Bibliothèque numérique
medic@

Le progrès médical : journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie

1878, série 01, tome 06. - Paris, 1878.
Cote : 90170

PARIS biu Santé

(c) Bibliothèque interuniversitaire de santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90170x1878x01x06

© BIU Santé

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

SIXIÈME ANNÉE

TOME VI. — 1878



COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

AVEZOU (CH.), BÉRINGIER, BESSON (L.), BITOT (P.), BLONDEAU (A.), BOUTEILLIER (G.), DE BOYER (H.-C.), BRISSAUD (E.), BUDIN (P.), CARTAZ (A.), CHABBERT, CHARCOT (J.-M.), CORNILLON (J.), COTTIN (E.), CRUET, DAREMBERG (G.), DEBOVE, DEJERINE (J.), DELASIAUVE, DREYFUS-BRISSAC (J.), DURET (H.), FÉRÉ (CH.), GOLAY (E.), JOFFROY (A.), JOSIAS (A.), JOUSSET DE BELLESME, LANDOUZY (L.), LAVERAN (A.), LIOUVILLE (H.), MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MAUNOURY (G.), MONOD (E.), DE MUSGRAVE-CLAY (R.), PARROT (J.), PELTIER (G.), PETIT (CH.-H.), PITRES, POIRIER, PONCET (F.) (de Cluny), RANVIER, RAYMOND, RECLUS (P.), REGNARD (P.), RENAUT (J.), RICHER (P.), SEVESTRE (A.), SIMON (J.), TALANDIER (A.), TEINTURIER (E.), THAON (L.), TRÉLAT (U.), VILLARD (F.), YVON (P.).

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Abadie (Ch.), Aguilhon, Apolinario, Archambaut, Boudet de Pâris, Brun (F.), Cadet de Gassicourt, Chambard (S.), Coursserant (H.), Demmler (A.), Després, Duplay (S.), Fioupe (J.), Fleck (H.), Folet (de Lille), Gombault, Grasset (J.), Hillairet, Jean (A.), Jullien (L.), Keller (Th.), Letiévant, Magitot, Miot (G.), Morer (S.), Moutard-Martin (P.), Nélaton, Oltramare, [illegible], Poinot (G.), Ribemont (A.), Terrillon, Thomas (P.), Vigouroux (R.).

PARIS
AUX BUREAUX DU JOURNAL
6, RUE DES ÉCOLES, 6

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 1. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 5 JANVIER 1878

Le Progrès Médical

MALADIES DU PREMIER AGE

Hospice des Enfants-Assistés.— M. PARROT.

TROISIÈME LEÇON.

Etude clinique de la syphilis héréditaire (1).

Messieurs,

L'enfant syphilitique, qui est expulsé mort, ressortit à l'anatomie pathologique, et il en sera parlé ultérieurement. Aujourd'hui, je ne vous entretiendrai que du malade vivant, qu'il soit viable ou non; qu'il ait atteint ou non, le terme normal de la vie intra-utérine.

Les manifestations morbides qui peuvent l'atteindre sont de diverses sortes : locales ou générales, superficielles ou profondes. Chacune d'elles sera examinée à part, mais je n'aborderai pas immédiatement cette revue de détail. Si je débutais par là, si, tout d'abord, je décrivais par le menu, chacune des affections cutanées ou viscérales, que peut déterminer la maladie, vous auriez de la peine à me suivre et à saisir les rapports, pourtant si intimes, de ces pièces éparses. Pour que vous puissiez, d'un coup d'œil, vous rendre compte de la physionomie clinique du mal, je vais, à l'aide d'une esquisse rapide, vous représenter un enfant syphilitique. Ce sera, remarquez-le bien, le portrait d'un malade, mais non celui de la maladie. Je n'y mettrai que les traits principaux, indispensables, mais il sera assez caractérisé, assez ressemblant, pour que son souvenir vous permette de reconnaître, à première vue, tous les cas de même espèce.

Ce n'est que par exception, que l'enfant apporte, en naissant, de sanglantes marques de la syphilis, et qu'on voit ses extrémités couvertes de bulles purulentes; alors, il échappe presque toujours à l'observation, par une mort rapide. Dans le plus grand nombre des cas, il a toutes les apparences de la santé. Son embonpoint est moyen ; sa peau rosée, ou couverte de légères marbrures; ses chairs sont fermes; son œil est vif; sa tête volontiers ; ses garde-robes sont régulières et ses urines claires et abondantes.

Ceci dure ainsi quinze jours, trois semaines, un mois, et puis la scène change. Le nez se prend, et des narines s'échappe une matière jaunâtre, qui parfois les bouche, en se figeant à leur entrée. De ce fait, la succion, pénible, gênée, provoque de l'agitation, des cris; et l'enfant dépérit.

Bientôt une éruption envahit certaines régions de la peau, toujours les mêmes: à savoir : les fesses, la partie postérieure et supérieure des cuisses, le pourtour de la bouche et des narines et le menton.

Sur le limbe des lèvres, on voit des fissures; et au niveau de leurs commissures, des saillies ulcérées.

Très-rapidement l'éruption devient plus abondante et plus saillante. Les macules primitives sont remplacées par des plaques d'une teinte rouge et rosée, un peu violette, que l'on a comparée à celle du maigre de jambon. Leur centre est souvent grisâtre et déprimé, ailleurs squameux ou ulcéré, suivant la région que l'on examine. Ci et là, et surtout à la face, elles se couvrent de concrétions jaunes ou brunâtres.

Alors, il est rare que les troubles fonctionnels de l'athrepsie ne se soient pas manifestés. L'appétit a diminué d'une manière sensible ; il peut y avoir des vomissements, et les garde-robes, fréquentes, sont muqueuses et verdâtres. Les chairs s'amoindrissent et deviennent molles, le tégument se décolore et se plisse. Quand les membres ont ainsi perdu de leur volume, si l'on explore certaines parties, telles que l'extrémité inférieure du bras et la région interne de la jambe; on constate qu'immédiatement au-dessus de l'articulation du coude, l'humérus s'est épaissi et que la face interne du tibia est légèrement bombée, comme si quelque chose avait été surajouté à l'os normal.

Quand l'athrepsie s'est de la sorte emparée du malade, son rôle devient prédominant ; et de sa marche, bien souvent, dépend celle de la maladie tout entière. Si son allure est chronique, plusieurs semaines peuvent s'écouler avant la mort; d'autres fois, celle-ci survient au bout de quelques jours. — Dans le premier cas, à mesure que le dépérissement fait des progrès, que la maigreur se marque davantage, les manifestations propres de la syphilis s'accentuent et s'aggravent. L'éruption s'étend à de nouvelles parties, en prenant plus de relief sur celles primitivement atteintes. Les fesses, les cuisses, le scrotum et les grandes lèvres, se couvrent de plaques élevées et dures. Ailleurs, il se fait des ulcérations larges et profondes.

Des yeux, du nez, des oreilles et des plaies de la face s'écoule une matière puriforme, qui se prend en croûtes épaisses et irrégulières ; et le visage des petits malades prend un aspect hideux et repoussant. Leurs traits sont masqués ou défigurés par le gonflement de la peau et les concrétions qui la couvrent. Les yeux sont clos, les paupières étant comme soudées ; les narines sont obstruées ; les lèvres, couvertes de fentes profondes, saignent au moindre contact.

« C'est une chose digne de grande compassion, dit Mauriceau, de voir de pauvres petits innocents à la mamelle » affligés d'une fâcheuse maladie ; qu'outre qu'elle leur » fait porter la peine d'un péché dont ils ne sont pas coupables, elle les fait encore assez souvent abandonner » d'un chacun et délaisser même de leur propre mère dans » un état si déplorable. »

Que l'enfant succombe aux progrès de la cachexie, ou qu'il soit enlevé par une affection intercurrente, on voit la peau subir, dans les derniers instants, un changement notable; tout s'affaisse, tout se décolore. La rougeur pâlit et même disparaît, les plaques se flétrissent et le suintement cesse. Seules, les croûtes persistent, non toutefois sans avoir perdu, du moins en apparence, une partie de leur volume.

Dans ce moment critique, si l'on ne regardait que la peau, si l'on s'en tenait aux renseignements qu'elle fournit, l'on serait tenté de croire que le mal diminue, et que la guérison n'est pas éloignée; mais, en dehors de cette fausse amélioration, tout, dans l'organisme, annonce que la fin est inévitable et qu'elle est imminente.

Dans la forme aiguë, à marche rapide, tout se passe à peu près, comme dans le dernier acte des cas chroniques ; mais la syphilis n'a pas eu le temps d'évoluer complètement et de se montrer avec toute sa laideur. Elle est arrêtée brusquement en un point de sa marche, où la surprise la complication ou l'affection intercurrente qui fait périr l'enfant, parfois même, avant que son identité ait été dûment constatée.

La mort, bien que fréquente, n'est pas la terminaison nécessaire de la syphilis héréditaire. Lorsque les malades se trouvent dans un milieu sain, dans de bonnes conditions hygiéniques; ils reviennent assez rapidement à la santé, soit sous l'influence d'un traitement méthodique, soit d'une manière tout à fait spontanée. Dans ces cas heureux, les taches s'en vont les premières, puis les papules s'affaissent pour disparaître à leur tour, les ulcérations elles-mêmes se comblent, non toutefois sans laisser de leur existence, des traces toujours visibles. La nutrition, un moment enrayée,

(1) Voir les nos 44 et 47 de 1877.

© BIU Santé

reprend sa marche, et souvent avec une activité inusitée ; les forces se relèvent, les tissus deviennent fermes, et la peau se colore. C'est le tube digestif qui est l'artisan de tout ce bien ; et qu'il s'agisse de prescrire un traitement ou de déterminer l'issue probable de la maladie, c'est toujours sur lui, que le médecin doit tenir ses regards fixés.

(*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. S. DUPLAY.**

Sur une forme d'ostéite suppurative.

Leçon recueillie par ET. GOLAY, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Vous avez pu examiner au lit n° 61 *bis* de la salle Saint-Augustin, un jeune homme âgé de 23 ans, qui est entré depuis quelques jours dans nos salles, pour se faire soigner d'une affection qu'il porte au tibia gauche.

Voici en quelques mots son histoire :

Il y a trois ans, il vit apparaître sans cause appréciable quelconque, au niveau de la crête du tibia et à l'union environ du quart inférieur de cet os avec ses trois quarts supérieurs, une tuméfaction de la grosseur d'une noisette, douloureuse à la pression et qui le gênait dans la marche. Elle envahit peu à peu la face interne du tibia en prenant la forme d'une tuméfaction diffuse.

Inquiet de la persistance de cet état, il se décida au bout d'un mois à entrer à l'hôpital de Reims. Il y fut soigné par le repos et des frictions résolutives avec l'onguent napolitain. Sous l'influence de ce traitement, la tuméfaction diminua, les douleurs disparurent, et, au bout de trois mois de séjour à l'hôpital, il put sortir et reprendre ses occupations de garçon de magasin. Mais sous l'influence de la marche, de la fatigue, les douleurs ayant bientôt reparu, il se confia à un charlatan qui lui conseilla des frictions avec une pommade quelconque.

Bientôt apparut sur le point le plus saillant de la tuméfaction un abcès qui s'ouvrit spontanément, donnant issue à du pus et dont l'ouverture resta fistuleuse. Ceci se passait environ huit ou dix mois après la sortie du malade de l'hôpital de Reims, c'est-à-dire environ quatorze mois après le début de la maladie. Par cette fistule, il ne vit à aucun moment d'esquille ou de fragment osseux quelque petit qu'il fût, se faire jour à l'extérieur. Le trajet fistuleux et les douleurs persistant, le jeune malade se décida au bout de quelque temps à rentrer à l'Hôtel-Dieu de Reims, et, après trois mois de séjour dans cet hôpital, la fistule était, dit-il, complètement fermée. Il en sortit il y a environ un an ; mais, depuis cette époque, les mêmes phénomènes douloureux ont reparu à différentes reprises, et le malade a passé par diverses alternatives de mieux et de plus mal, les douleurs réapparaissant quand il reprenait ses occupations et disparaissant quand, au contraire, il cessait de travailler et prenait du repos. C'est pour que nous mettions un terme à cet état de choses qu'il est entré ces jours derniers dans notre service.

Aujourd'hui, nous constatons que le tibia gauche est le siége d'une tuméfaction très-manifeste, localisée exclusivement sur la diaphyse de l'os, l'épiphyse inférieure du tibia ayant conservé sa conformation normale. En effet, le gonflement ne débute qu'à quatre travers de doigt au-dessus des malléoles et remonte jusqu'à la partie moyenne de l'os dans une étendue d'environ 12 centimètres. La tuméfaction se confond insensiblement en haut et en bas avec les parties voisines, d'où il résulte que la face interne du tibia paraît bombée et sa crête fortement allongée et déformée. La face interne de l'os malade, dans le point le plus saillant de la tuméfaction, mesure sept centimètres de largeur, tandis que le tibia sain mesuré au même niveau n'en présente que quatre.

Du reste, la tuméfaction n'est pas limitée à la face interne de l'os, car si l'on cherche à explorer par la palpation la face externe, on trouve les muscles de la région antérieure de la jambe soulevés à son niveau par une voussure profonde. L'augmentation de volume porte donc sur toute l'épaisseur de l'os et non point seulement sur un point limité de sa surface.

La peau est restée à peu près saine dans toute l'étendue de la tuméfaction : elle n'est le siége d'aucune rougeur, et a conservé sa mobilité sur les parties sous-jacentes si ce n'est cependant au niveau du point qui avait été le siége d'un abcès et d'une ouverture fistuleuse dans le courant de l'année dernière.

Mais, je vous prie de le remarquer, Messieurs, cete adhérence est superficielle, et ne se signale à l'extérieur par aucune dépression, aucun enfoncement de la peau comme cela arrive lorsque l'os sous-jacent a été atteint de nécrose. Quant au tissu cellulaire sous-cutané, il paraît épaissi dans toute l'étendue de la tuméfaction. La palpation révèle en outre une différence notable de température entre le siége de la tuméfaction et les parties saines voisines.

Les douleurs spontanées sont à peu près nulles : c'est à peine si le malade accuse avoir éprouvé parfois quelques élancements douloureux au niveau de la partie malade, avec quelques irradiations du côté du genou. Lorsqu'il souffre, il ne ressent le plus souvent qu'un vague sentiment de malaise dans toute l'étendue de la jambe; par contre, les douleurs provoquées sont assez vives, et la pression au niveau de la partie tuméfiée force le malade à retirer brusquement sa jambe.

Cette sensibilité présente son maximum d'intensité au niveau de la partie la plus saillante de la tuméfaction, ou encore en un point voisin de la partie inférieure de la tumeur, où une palpation minutieuse permet de reconnaître une petite saillie osseuse en forme d'aiguille qui soulève les téguments.

Au point de vue de son état général, le malade, s'il n'est pas vigoureux, présente du moins toutes les apparences d'une bonne constitution. Du reste, il affirme qu'en dehors de l'affection qui l'amène à l'hôpital, il a toujours joui d'une excellente santé.

En face d'une affection qui dure depuis trois ans sans s'amender, nous pouvons, Messieurs, dire qu'il s'agit d'une affection chronique, et nous ajouterons, d'une affection chronique de nature inflammatoire, puisqu'elle présente trois des symptômes caractéristiques de toute inflammation : gonflement, chaleur, douleur. Seul le phénomène rougeur manque ; mais vous savez qu'il en est habituellement ainsi dans les inflammations profondes, surtout lorsqu'elles ont une marche chronique. Du reste, chez notre malade, n'avons-nous pas une nouvelle preuve de la nature inflammatoire de la maladie dans l'existence antérieure de la suppuration ?

Il s'agit donc bien ici d'une lésion inflammatoire localisée au niveau du tibia. Si j'insiste sur ce fait, Messieurs, c'est qu'il nous permet d'éliminer immédiatement du diagnostic toutes les tumeurs du tibia, les exostoses et les périostoses. J'ajoute que ce n'est pas non plus une périostite pure et simple, car cette affection a une tendance à marcher vers la résolution ou à se terminer par la formation d'abcès sous-périostiques ; et d'ailleurs, si chez notre malade le périoste participe à l'inflammation, ce qui ne paraît pas douteux, le gonflement de la totalité du tibia prouve que le tissu osseux lui-même est enflammé.

Quelle est la nature de cette ostéite?

Au point de vue étiologique, nous ne trouvons chez notre malade aucune cause extérieure, aucun traumatisme ; il affirme ne jamais s'être donné de coup un peu sérieux au niveau du tibia. La profession du malade a-t-elle pu jouer le rôle de cause prédisposante ? C'est à la rigueur possible, puisqu'il est garçon de magasin et qu'il se tient constamment debout ; mais, il faut le reconnaître, cette étiologie est bien vague. — Pourrait-on faire intervenir l'état général du malade? Non, car nous n'avons trouvé dans ses antécédents aucun signe de scrofule et aucun accident syphilitique. Du reste, il est jeune, il n'a que vingt-trois ans, et

© BIU Santé

ce serait une exception de voir à cet âge des accidents tertiaires. L'affection serait-elle d'origine rhumatismale? Cela est peu probable, car notre malade n'a jamais souffert de rhumatismes. Cependant, il accuse avoir été soumis pendant son enfance à l'action du froid humide; il couchait dans le rez-de-chaussée d'une maisonnette de paysan où son lit reposait sur un sol dépourvu de parquet. Tout en tenant compte de cette influence, nous pouvons donc dire que l'étiologie de cette ostéite n'est pas nette.

Quant à la nature des lésions, vous n'ignorez pas que l'ostéite se présente sous les formes les plus variées. Nous devons donc actuellement rechercher quelle est la variété d'ostéite dont notre malade offre l'exemple.

Nous pouvons d'abord éliminer toute la classe des ostéites *épiphysaires* et *juxta-épiphysaires*, appelées ainsi parce qu'elles se développent au point d'union de la diaphyse et de l'épiphyse, et se montrent au moment de la croissance des os, alors que l'activité nutritive au niveau des cartilages dia-épiphysaires est la plus considérable. L'irritation inflammatoire peut alors être considérée comme une conséquence de la suractivité physiologique qui se passe à ce niveau.

Chez le malade qui fait le sujet de cette conférence, l'affection siége manifestement au niveau de la diaphyse; c'est une ostéite *diaphysaire*.

Or, on peut observer sur la diaphyse des os longs, un grand nombre de variétés d'ostéites, qui se distinguent par ce premier caractère que les unes s'accompagnent de suppuration et que les autres ne suppurent pas. Parmi ces dernières, on doit noter l'ostéite *condensante hypertrophiante*; chez notre malade, la suppuration a déjà eu lieu, il a présenté un abcès du tibia, dont l'ouverture a persisté plusieurs mois, en sorte que l'on peut ranger son cas dans la classe des ostéites suppuratives.

Mais la suppuration des os est souvent secondaire et symptomatique d'une lésion primitive du tissu osseux, telle que les tubercules des os, la carie et la nécrose.

S'agit-il chez notre malade de l'une ou l'autre de ces trois affections?

Les dépôts tuberculeux sont beaucoup plus rares dans les os que ne le pensait Nélaton; ils siégent habituellement dans le tissu spongieux et se rencontrent presque exclusivement chez les sujets atteints de tuberculisation pulmonaire: ce n'est pas le cas de notre malade.

La carie, dont la nature pathologique a été si bien élucidée par Ranvier et qui est caractérisée anatomiquement par la dégénérescence graisseuse des éléments osseux, atteint de préférence le tissu spongieux dont elle entraîne le ramollissement et la suppuration; il en résulte des fistules intarissables donnant issue à du pus parfois chargé d'une sorte de poussière osseuse. Si l'on introduit un stylet par cette ouverture, on pénètre le tissu osseux en rompant les cloisons fragiles et dégénérées du tissu spongieux

Chez notre malade, la lésion osseuse atteint le tissu compacte, elle est limitée à une portion de la diaphyse; la fistule qui a existé s'est refermée beaucoup trop vite pour qu'on puisse songer à l'existence d'une carie.

Existerait-il alors une nécrose limitée?

Vous n'ignorez pas que les portions osseuses atteintes de nécrose, et que l'on désigne sous le nom de séquestres, se séparent des parties vivantes en déterminant des phénomènes de suppuration de longue durée. On observe alors des fistules qui persistent jusqu'à expulsion complète des séquestres. En outre, si l'on introduit une sonde ou un stylet à travers les fistules cutanées, on arrive sur une surface osseuse dure, plus ou moins rugueuse et qui, par la percussion, donne un bruit sec et caractéristique.

Chez notre malade, rien n'indique qu'il y ait eu ou qu'il y ait actuellement une nécrose. Le gonflement de l'os est très-limité, la fistule qui s'est produite et qui est actuellement fermée a persisté seulement quelques mois, et n'a donné passage à aucun séquestre, si petit qu'il fût; et d'ailleurs les phénomènes inflammatoires n'ont jamais présenté et ne présentent pas actuellement le degré d'intensité qu'ils offrent dans la nécrose.

La forme d'ostéite suppurative dont notre malade nous montre un exemple ne peut donc être rapportée ni aux tubercules, ni à la carie, ni à la nécrose. Il s'agit d'une variété particulière d'ostéite idiopathique dont il me reste à vous parler,

Au point de vue anatomique, elle consiste dans la formation, au sein d'un os atteint d'ostéite condensante ou raréfiante, de cavités remplies tantôt de pus, tantôt de fongosités.

Dans le premier cas, on peut dire qu'il s'agit d'un abcès intra-osseux; dans l'autre, d'une lésion qui n'a pas reçu de dénomination spéciale, mais que l'on pourrait appeler fongueuse, lacunaire.

Voici, en quelques mots, les caractères cliniques qui peuvent permettre d'arriver au diagnostic de ces formes d'ostéites. On constate d'abord un gonflement de l'os limité en un point assez circonscrit de son étendue. Bientôt ce gonflement s'accompagne d'une douleur très-variable dans son intensité et dans ses caractères: quelquefois très-vive et, revenant par crises, souvent sans cause appréciable; elle est d'autres fois sourde et ressemble même plus à une simple sensation de gêne ou de malaise dans le membre qu'à une véritable douleur. Mais chez tous les malades, elle a ceci de très spécial, d'être intermittente, de revenir et disparaître souvent sans cause connue. Cependant, elle se montre de préférence dès que le malade marche ou se fatigue un peu, pour disparaître dès qu'il prend du repos. Ces mêmes accidents peuvent persister presque indéfiniment sans se modifier, si un traitement spécial n'y vient pas mettre un terme.

Lorsqu'on constate une ostéite présentant ces caractères, on doit soupçonner qu'il s'agit d'un abcès intra-osseux ou de cette forme caractérisée anatomiquement par la présence dans l'épaisseur de l'os de cavités remplies de fongosités.

Des symptômes analogues pourraient cependant se montrer, dans certaines variétés d'ostéites condensantes non suppuratives, accompagnées de vives douleurs et sur lesquelles M. Gosselin a dernièrement appelé l'attention en les désignant sous le nom d'ostéites *à forme névralgique*.

On pourrait donc au début hésiter dans le diagnostic; mais l'ostéite condensante à forme névralgique, sans abcès, sans fongosités, s'observe surtout à la suite des traumatismes, et ne s'accompagne à aucun moment de suppuration. Au contraire, l'ostéite avec abcès intra-osseux ou avec espaces lacunaires remplis de fongosités ne tarde pas à donner naissance à des abcès qui s'ouvrent spontanément à l'extérieur ou sont ouverts par le chirurgien. A partir de ce moment, le diagnostic peut-être établi, selon moi, sur des bases solides. Dans les cas auxquels je fais allusion, tantôt le pus provient de l'os lui-même, tantôt de la surface du périoste. Ces abcès sus-périostiques accompagnant un gonflement limité de l'os sous-jacent ont une très-grande importance clinique; ils indiquent presque toujours la présence d'un abcès intra-osseux ou du moins une altération limitée de l'os sous-jacent, consistant en cavités plus ou moins irrégulières, renfermant des fongosités. On les reconnaîtra après leur ouverture, en ce que le stylet rencontre, au lieu d'une surface dénudée, le périoste épaissi.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion de traiter des cas de ce genre. J'ai, en particulier, observé un malade à Saint-Antoine, qui ressemblait à certains égards, à celui qui nous occupe aujourd'hui. Chez ce malade, la reproduction réitérée d'abcès sus-périostiques sans exfoliation ou dénudation osseuse à leur niveau, m'a fait diagnostiquer un abcès intra-osseux, et la trépanation de l'os m'a permis d'évacuer une cueillerée de pus réuni en foyer dans l'épaisseur de l'os.

La suppuration qui accompagne la forme d'ostéite que j'étudie ici peut, ainsi que je l'ai dit, provenir de l'os même, et non plus de la surface du périoste. Dans ce cas,

© BIU Santé

l'ouverture extérieure communique avec la cavité de l'abcès ou avec les cavités remplies de fongosités creusées dans l'épaisseur de l'os; le stylet, introduit dans les fistules, pénètre dans la substance osseuse, mais au lieu de donner les sensations propres à la carie ou à la nécrose, sur lesquelles je ne reviendrai pas, il parcourt un trajet de forme et d'étendue variable dont les parois sont résistantes, non friables comme dans la carie, et dont la cavité ne renferme aucun séquestre, si petit qu'il soit.

La forme d'ostéite sur laquelle je viens d'attirer votre attention, peut se rencontrer au voisinage des épiphyses : nous en avons un exemple chez le numéro 42 de la salle des hommes; et, dans ce cas, elle succède à l'ostéite épiphysaire. Lorsqu'elle atteint la diaphyse d'un os long, sa pathogénie me paraît devoir être rapprochée de celle de l'ostéite épiphysaire.

De même que l'os augmente de longueur aux dépens des cartilages dia-épiphysaires, il prend de l'épaisseur par l'intermédiaire des périostes interne et externe. Il se passe au niveau de ces lames périostales, au moment de la plus grande croissance, une suractivité dans le travail formateur de l'os, pouvant sous certaines influences inconnues, dépasser les limites normales et prendre les caractères d'une véritable inflammation.

Je conclus donc en disant que, dans le cas qui nous occupe, il ne s'agit ni d'une ostéite symptomatique de tubercules des os, de carie ou de nécrose, ni de l'ostéite condensante à forme névralgique décrite par M. Gosselin, mais bien d'une ostéite interstitielle accompagnée d'abcès intra-osseux ou de cavités remplies de fongosités.

La maladie est relativement bénigne, en ce sens qu'elle ne compromet jamais l'existence, et qu'elle n'altère même en aucune façon la santé générale ; mais elle constitue une affection très-gênante, pénible même et qui peut durer de longues années sans tendre à la guérison. C'est ainsi que les abcès peuvent rester emprisonnés dans l'épaisseur de l'os, pendant plusieurs années : cela dépend de l'épaisseur plus ou moins considérable de tissu osseux qui les sépare des parties extérieures. Ce n'est que lorsqu'un travail inflammatoire plus actif se développe dans les lames superficielles de l'os et les ramollit dans un point plus ou moins circonscrit, que l'abcès peut s'ouvrir à l'extérieur. Il reste alors ouvert pendant un temps plus ou moins long, quelquefois indéfini; mais la fistule peut se fermer pour se rouvrir de nouveau, à moins que d'autres ouvertures ne se produisent au voisinage. Dans tous les cas, il est rare que la guérison spontanée se fasse, et les cavités creusées dans l'épaisseur de l'os exigent presque toujours pour se combler l'intervention opératoire.

Le traitement général n'a aucune influence sur la guérison de cette affection, ce qui tend à prouver une fois de plus que la pathogénie doit être recherchée bien plus dans un état de suractivité du travail physiologique normal, formateur de l'os, que dans un état diathésique particulier du malade.

Cependant, comme le diagnostic exact ne peut pas être fait au début de l'affection, avant l'apparition de la suppuration, on devra commencer par prescrire le repos, des frictions résolutives avec l'onguent napolitain ou des révulsifs, tels que vésicatoires, application de pointes de feu sur le siége du mal. Cette médication, du reste, améliore momentanément l'état du malade; mais bientôt les mêmes accidents ne tardent pas à reparaître ; et, c'est seulement lorsque l'affection dure déjà depuis longtemps, ou lorsqu'on en a suivi la marche attentivement, qu'on peut soupçonner l'existence de cette forme d'ostéite avec abcès ou cavités fongueuses, dont je viens de vous entretenir.

Le diagnostic, une fois bien établi, il n'y a plus que l'intervention chirurgicale directe qui soit capable de guérir le malade, et le seul traitement consiste dans la trépanation de l'os ou l'évidement des cavités qu'il renferme.

Chez mon ancien malade de Saint-Antoine, dont je vous ai déjà parlé il y a un instant, j'avais formellement annoncé l'existence d'un abcès du tibia, et la trépanation de l'os m'a donné raison.

Chez notre malade actuel, je suis moins affirmatif sur la présence du pus ; mais, à défaut d'un abcès véritable, je puis vous annoncer d'avance que nous rencontrerons, au niveau de la tuméfaction du tibia, une ou plusieurs cavités creusées dans l'épaisseur de l'os et remplies de fongosités. J'ajoute, qu'en ouvrant l'abcès ou les cavités fongueuses, en évidant largement les cavités avec la gouge, nous en accélérerons ultérieurement la cicatrisation, et nous délivrerons le malade d'une affection qui le tourmente depuis trois ans.

Nous allons pratiquer cette opération devant vous. Nous ferons une incision cruciale sur le point le plus saillant de la tuméfaction; nous détacherons le périoste ; puis, à l'aide d'un petit trépan ou simplement de la gouge, nous enlèverons la partie superficielle de l'os, de manière à pénétrer dans la cavité que nous supposons exister. Cela nous permettra de donner écoulement au pus, s'il en existe, ou d'enlever toutes les fongosités et d'évider les parois osseuses de cette cavité. L'application de la bande d'Esmarch permet d'opérer sans être gêné par l'écoulement du sang, et de juger exactement la nature et l'étendue des lésions.

Nota. — L'opération que nous venons de pratiquer, a confirmé le diagnostic que je vous avais donné. Après avoir incisé les téguments et détaché le périoste avec le grattoir, nous avons trouvé qu'au niveau du point le plus saillant de la tuméfaction, la lame superficielle de l'os était réduite à quelques millimètres d'épaisseur, et qu'elle recouvrait une cavité intra-osseuse du volume d'une petite noisette, à parois irrégulières couvertes de fongosités et tapissées d'une couche de pus épais et blanchâtre. De cette cavité partait un petit canal dirigé de haut en bas, et qui aboutissait à la surface de l'os, précisément dans le point correspondant à la cicatrice cutanée de l'ancien abcès. Nous avons évidé la cavité et le trajet avec la gouge et régularisé les surfaces osseuses avec le ciseau et le maillet. Une boulette de charpie trempée dans l'eau phéniquée et introduite dans la cavité osseuse, puis, recouverte d'un pansement à plat, constituera le traitement consécutif.

CHIRURGIE D'ARMÉE

Rapport sur le mouvement de l'ambulance n° 5 du Croissant Rouge à Orchanié, du 17 octobre au 8 novembre 1877 ;

Par le Dr **G. MAUNOURY**, chirurgien délégué par la *Société protestante de Secours aux blessés et aux victimes de la guerre d'Orient*.

Lorsque l'ambulance du Dr Sarell arriva à Orchanié, le 17 octobre dernier, il y avait déjà quelques jours que l'on faisait sortir de Plewna les blessés de l'armée d'Osman-Pacha. Nous avions rencontré en venant de Tankœnen les premiers convois où il pouvait y avoir de 5 à 600 blessés ; nous avions constaté que l'état de ces blessés était loin d'être satisfaisant et que plusieurs d'entre eux supporteraient difficilement les fatigues de la route. D'après les renseignements qu'on nous donna, on attendait encore près de 4.000 blessés qui étaient déjà partis ou sur le point de partir de Plewna ; il était donc urgent d'établir un hôpital où ils pussent recevoir les soins nécessaires, et dès le soir de notre arrivée à Orchanié, le Dr Sarell chercha un local pour installer son ambulance.

On mit à sa disposition pour cet usage le grand Komak, bâtiment carré, composé d'un rez-de-chaussée surelevé et d'un étage. Malheureusement ce bâtiment n'était pas en excellent état, il avait besoin de quelques réparations ; chose plus grave, il était occupé, lorsque nous en primes possession, par un assez grand nombre de malades que l'on dut évacuer sur l'hôpital militaire, et les salles exhalaient une mauvaise odeur. N'ayant pas l'embarras du choix, nous dûmes nous contenter de ce qui nous était offert ; M. Sarell espérait d'ailleurs avoir devant lui deux ou trois jours pour faire nettoyer à fond l'hôpital et y faire faire les réparations nécessaires.

Les circonstances nous forcèrent d'aller plus vite. Le lendemain de notre arrivée, jeudi 18 octobre, de bonne heure, nous

© BIU Santé

reçûmes un grand convoi de blessés. Tout le personnel médical de l'ambulance fut occupé pendant plusieurs heures à renouveler les pansements. M. Sarell aurait voulu autant que possible ne garder aucun malade de ce premier arrivage, mais en présence de la gravité des cas et du mauvais état dans lequel se trouvaient tous ces blessés, il lui fut impossible d'agir ainsi. Plusieurs blessés étaient véritablement mourants, et il y eut eu inhumanité à remettre dans les *arabas* ces malheureux qui n'avaient plus que quelques heures à vivre; chez d'autres qui n'étaient pas aussi mal, la continuation du voyage aurait fait disparaître les quelques chances de salut qui leur restaient; bref nous eûmes la main forcée, et l'hôpital qui peut contenir au plus cent malades fut immédiatement occupé par 120 à 125 blessés, tous dans un état très-grave.

Il n'est pas sans intérêt de parler ici de l'état pitoyable dans lequel se présentaient ces blessés; ce sera une description faite une fois pour toutes, car elle est applicable à ceux qui arrivèrent les jours suivants; cet exposé est d'ailleurs nécessaire pour pouvoir juger les résultats obtenus.

Les soldats que l'on faisait alors sortir de Plewna avaient reçu leurs blessures à des époques fort différentes, la plupart il y a un mois ou six semaines, plusieurs il y a deux mois. Ils sont restés depuis ce temps dans les hôpitaux et les ambulances de Plewna où ils n'ont reçu aucun secours chirurgical. Il y a là cependant des traumatismes qui sont regardés comme les plus graves de la chirurgie, je puis citer à cet égard les blessures par armes à feu des grandes articulations. Il est entré à l'hôpital d'Orchanié un nombre relativement considérable de blessures de l'articulation du coude, mais ces blessés qui auraient pu conserver non-seulement la vie mais aussi leur membre, si l'on avait pu intervenir immédiatement après la blessure, sont arrivés dans un état presque désespéré. Les articulations ouvertes sont le siége d'une suppuration abondante qui a le plus souvent fusé le long des os des membres en décollant le périoste. De là, le nombre relativement restreint de résections que nous avons pu faire dans ces cas qui, presque tous, nécessitent l'amputation en un point souvent assez élevé au-dessus de l'article.

Les *fractures* dans la continuité des os, qui sont en nombre plus considérable, sont encore dans un état plus pitoyable, si c'est possible. Il y a beaucoup de fractures de la jambe et de la cuisse, et nous avons d'amples matériaux pour étudier ce que deviennent les blessures par armes à feu abandonnées à elles-mêmes. Ici, ce sont des fragments qui font issue de plusieurs centimètres par la plaie; là, d'énormes esquilles complètement mobiles dans un foyer suppuré; chez d'autres malades, blessés dans les premiers combats qui eurent lieu autour de Plewna, la consolidation a commencé à se faire dans la position qu'il a plu aux fragments de prendre, car chez aucun malade il n'y a ni attelle, ni appareil inamovible, ni moyen contentif quelconque; le membre est entièrement abandonné à lui-même. Je puis citer, comme exemple de cette négligence, un cas assez curieux qui s'est présenté à nous le 18 octobre: Un soldat avait été blessé 35 ou 40 jours auparavant par une balle qui lui avait labouré la région crurale au-dessous du ligament de Fallope et avait traversé le scrotum du même côté. Le testicule était sorti et avait contracté avec la plaie de l'aine de telles adhérences qu'il fut impossible de les rompre, et qu'on dut employer le bistouri pour les détruire.

La chirurgie pourrait en partie remédier à ces désordres locaux, mais, ainsi qu'il est facile, de le comprendre, tous ces blessés arrivent plus ou moins septicémiés.

Non-seulement les traumatismes graves, mais aussi les lésions légères nous viennent en mauvais état. Cela tient en partie au mode de transport. Tous ces blessés, en effet, ont mis six jours pour se rendre de Plewna jusqu'ici. Pendant ce laps de temps qu'ils ont passé dans des arabas à bœufs, ils n'ont reçu pour toute nourriture que du biscuit, et on n'a pas renouvelé leurs pansements. Aussi trouvons-nous toutes les plaies grouillantes de vers, répandant une odeur infecte, et présentant la plupart un aspect gangréneux.

Le dr Sarell fit nettoyer aussi vite que possible l'hôpital; on remplit de foin des paillasses que l'on rangea sur le sol, et, à mesure qu'une salle était prête, on y coucha les blessés auxquels on fit mettre du linge blanc. Une chambre de l'hôpital fut affectée à la lingerie et à la pharmacie; M. Sarell s'installa dans une autre afin de pouvoir tout surveiller de plus près.

Il est heureux qu'on ait agi avec cette rapidité, car le soir même M. Stoker amenait dans ses voitures 45 blessés nouveaux des plus graves; sept étaient morts en route. Il fallait de toute nécessité loger ces malheureux, mais l'hôpital était comble; et, malgré dix décès survenus dans la journée, on n'avait pas une place suffisante, on dut choisir les 35 blessés les moins graves pour les évacuer sur l'hôpital militaire, et l'on put ainsi loger les 45 arrivants.

Le lendemain 19, nouveau grand convoi de blessés, qui est suivi d'un second dans l'après-midi. Les jours suivants les convois se succédèrent rapidement; il en arriva chaque jour un ou deux jusqu'au 26, époque à laquelle il n'en arriva plus. Nous avons pu ainsi voir passer par Orkanié près de 4,000 blessés en quelques jours. Nous n'avons pas le chiffre exact de ceux qui ont été pansés dans notre ambulance, mais nous pouvons dire sans craindre de nous tromper beaucoup que leur nombre doit s'élever à 14 ou 1,500; nous ne comprenons pas là-dedans les 100 à 120 blessés de Telis que nous avons pansés, le 25, près du champ de bataille, et que nous avons ramenés avec nous à Orkanié. — Lorsqu'un convoi arrivait, les arabas entraient dans la cour de l'hôpital, les malades descendaient, entraient dans le vestibule du rez-de-chaussée où on les pansait; ceux qui avaient une blessure du membre inférieur étaient portés sur un brancard. Bien qu'on fit tout pour conserver à l'hôpital le moins de blessés possible, on était bien obligé d'en garder un certain nombre à chaque arrivage, par exemple ceux qu'il y avait danger de voir mourir en route, ou bien encore ceux auxquels on pouvait être utile en intervenant immédiatement.

L'encombrement du début nous empêcha de tenir, dès le premier jour, une statistique régulière du nombre des blessés pansés à chaque convoi, et de ceux que l'on recevait à l'hôpital. Nous ne pouvons citer pour les premiers jours que des chiffres approximatifs; les jours suivants, le journal de l'hôpital fut tenu d'une manière régulière. Nous dirons la même chose pour la mortalité; les premiers jours, elle est de 8 ou 10 par jour, plusieurs blessés meurent pendant qu'on les descend de l'araba ou qu'on les couche dans leur lit, beaucoup quelques heures après; les deux principales causes de mort sont la pyémie et la dysenterie.

Voici, approximativement pour le début, exactement pour les jours suivants, quel fut le mouvement des malades depuis l'installation de l'hôpital:

Le 18 octobre, il entre le matin de 120 à 125 blessés, il en meurt 10 dans la journée; le soir, on reçoit les 45 de Stocker, et, pour les loger, on en évacue 35 sur l'hôpital militaire. — Les jours suivants il y a une mortalité quotidienne de 7 ou 8, l'évacuation est à peu près égale: les réceptions faites à l'arrivée de chaque convoi sont de 3 à 4 chaque fois. Sous l'influence de la mortalité et des évaluations que l'on multiplie le plus possible, la population de l'hôpital diminue rapidement; le 29 octobre, elle est tombée au chiffre de 48. Du 1er au 7 novembre, 10 décès et une entrée réduisent ce chiffre à 39. — Le 8, on fait partir les 10 cas les moins graves pour Sophia dans les voitures de M. Stocker, il reste 29 malades.

On voit que le nombre de nos blessés diminua rapidement. M. Sarell n'avait, en effet, accepté les 120 du début que contraint et forcé, mais il n'avait pas abandonné l'idée de faire nettoyer et réparer l'hôpital dès que cela serait possible. C'est dans cette pensée qu'il fit des évacuations le plus souvent qu'il le put; c'est aussi la raison pour laquelle il ne fit entrer à l'hôpital aucun des blessés qu'il avait ramenés avec lui de Télis, ne voulant pas mettre ces hommes récemment blessés dans un milieu infecté.

Nous avons parlé tout à l'heure de l'état dans lequel arrivaient les malades. Il fallut les premiers jours mettre des attelles, des gouttières, des appareils; il y avait plusieurs fractures du fémur avec suppuration abondante: bref, il fallait faire des pansements longs et compliqués. Chez la plupart des malades, il y avait même plus que des appareils à poser, il fallait extraire de grosses esquilles, des projectiles, faire quel-

© BIU Santé

ques petites opérations, telles que amputations de doigt, passage de tube à drainage, ouverture d'abcès; tout cela exigeait beaucoup de temps. Ce travail était d'autant plus fatigant que, les lits n'étant pas encore confectionnés, les malades étaient couchés sur le sol, et il fallait être constamment baissé en faisant les pansements. Ce qui rendait la tâche encore plus pénible, c'était l'absence d'un nombre suffisant d'infirmiers, car on ne peut regarder comme tels les quelques soldats qui, ont été mis à notre disposition par l'autorité militaire pour faire le service de l'hôpital. Nous dûmes être nos infirmiers à nous-mêmes, aller chercher ce dont nous avions besoin, nous aider réciproquement pour faire les pansements, qui presque tous, nécessitaient l'assistance de deux personnes; cela allongea considérablement la besogne.

Ce que nous avons dit jusqu'à présent doit faire présumer dans quelles conditions déplorables on devait faire les opérations. Presque tous ces blessés auraient dû être opérés depuis longtemps, mais dans l'état où ils se trouvaient lors de leur arrivée, les indications étaient tout autres. Si, pour quelques-uns, l'opération était l'unique chance de salut, pour d'autres, au contraire, qui étaient déjà parvenus à une période avancée de septicémie, elle n'eut servi qu'à les achever, il n'y fallait plus songer.— A chaque entrée de nouveaux malades, on dut examiner minutieusement les conditions où se trouvait chaque individu, et proposer l'opération à ceux pour lesquels il en était temps encore. Malheureusement, beaucoup de ces pauvres gens qui, jusque-là, n'avaient trouvé dans l'intervention chirurgicale qu'une aggravation de leurs souffrances, refusèrent, et lorsque, quelques jours, après ils acceptèrent, leur état était souvent aggravé de telle façon que nous dûmes à notre tour refuser d'intervenir.

Nons avons fait jusqu'ici dans notre hôpital 19 grandes amputations et résections; nous pouvons ajouter, pour donner ici la liste complète des opérations faites à Orkhanié, qu'on a fait jusqu'ici à l'hôpital militaire cinq amputations, une de la cuisse et quatre du bras. Nous avons résumé dans le tableau ci-joint, l'histoire de nos 19 cas, mais il eut été impossible de s'en rendre un compte exact si nous n'avions pas présenté d'abord les quelques considérations qui précèdent. Blessures graves, datant de un à deux mois, en mauvais état, compliquées de fusées et de clapiers purulents avec dénudations osseuses; blessés épuisés par une suppuration prolongée et une alimentation insuffisante, présentant déjà des symptômes de septicémie; hôpital encombré de malades qui avaient amené l'infection avec eux; tels sont les facteurs qu'il faut faire entrer en ligne de compte pour juger sainement les résultats obtenus.

Tableau des Opérations du 20 Octobre au 8 Novembre.

NOMS du BLESSÉ	NATURE de LA BLESSURE	DATE de la BLESSURE lors de l'entrée.	OPÉRATIONS	DATE de L'OPÉRATION	NOM de L'OPÉRATEUR	OBSERVATIONS
Méhémet-Ali.	Fracture de l'humérus droit par balle.		Amputation circulaire du bras.	20 octobre.	Macpherson.	Mort par hémorrhagie secondaire.
Méhémet-Osman.	Blessure par balle de l'articulation coxo-fémorale gauche.	6 semaines.	Ablation de balle et résection de la tête fémorale.	21 —	Rudduck.	Pneumonie. Mort.
Alil-Beskisli.	Fracture comminutive de la jambe gauche avec issue des fragments.	2 mois.	Amputation de jambe au 1/3 supérieur.	21 —	Maunoury.	En traitement,
Méhémet-Ahmet.	Blessure du coude gauche par éclat d'obus.	2 mois.	Résection du coude.	21 —	Mackellar.	En traitement.
Ahmet-Ibrahim.	Fracture de l'humérus droit par balle.	6 semaines.	Amputation du bras.	21 —	Mackellar.	En traitement. Cicatrisation presque terminée.
Alil-Mustapha.	Fracture comminutive du fémur par balle.	2 mois.	Amputation de cuisse au 1/3 supérieur.	22 —	Rudduck.	Pyémie. Mort.
Ahmet-Ibrahim.	Fracture de la jambe gauche par balle.		Amputation circulaire de la jambe.	22 —	Mackellar.	Gangrène du moignon. Amputation de cuisse faite par Macpherson le 5 novembre. Mort.
Ahmet-Ali.	Blessure du coude gauche par éclat d'obus.		Résection du coude.	22 —	Mackellar.	En traitement.
Ismaël-Ali.	Blessure du pied droit par éclat d'obus.	6 semaines.	Amputation de jambe au 1/3 inférieur.	22 —	Pinkerton.	En traitement.
Ismaïl-Ahmet.	Fracture comminutive du tibia gauche par éclat d'obus.		Amputation de jambe à lambeau	23 —	Rudduck.	Mort.
Selim-Méhémet-Ali	Fracture comminutive des os de la jambe droite par éclat d'obus.		Amputation de jambe à lambeau.	23 —	Kirkpatrick.	Dysenterie. Mort.
Shaban-Satomush.	Fracture du radius avec nécrose de l'humérus.	6 semaines.	Amputation du bras.	23 —	Vachell.	En traitement.
Hassan-Ali.	Plaie pénétrante du genou droit, avec balle dans un des condyles du fémur.		Résection du genou.	25 —	Rudduck.	Pyémie. Mort.
Mazur-Allah.	Broiement de la main droite par éclat d'obus.	un mois.	Amputation de l'avant-bras	26 —	Rudduck.	En traitement. Cicatrisation presque terminée.
Hassan-Ismaïl.	Fracture des os de la jambe gauche par éclat d'obus.		Amputation de jambe au 1/3 inférieur.	26 —	Rudduck.	A refusé l'amputation à l'entrée. Mort.
Hazin-Ali.	Fracture compliquée des os de l'avant-bras par éclat d'obus.		Amputation du bras.	27 —	Rudduck.	A refusé l'amputation lors de l'entrée. Mort.
Kerim-Mehmet.	Fracture compliquée de la jambe droite.	2 mois.	Amputation de cuisse au 1/3 inférieur.	1er novemb.	Kirkpatrik.	En traitement.
Mehemet-Ali.	Fracture du fémur au-dessus des condyles.		Amputation de cuisse.	2 —	Macpherson.	Opération refusée à l'entrée. Mort.
Amin-Mahmed.	Fracture de la jambe droite avec clapiers purulents.	4 mois.	Amputation de cuisse.	8 —	Kirkpatrik.	En traitement.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le budget de l'instruction publique en 1878.

Il est à prévoir que cette année la discussion du budget sera brève, et s'il nous fallait attendre, pour étudier le budget spécial de l'Instruction publique, la publication des séances de la Chambre, nous risquerions d'être insuffisamment renseignés. Heureusement le rapport fait au nom de la Commission par M. Bardoux nous permet de prendre les devants. Les conclusions arrêtées, d'accord avec M. Waddington avant la dissolution, n'ont été que légèrement modifiées après le retour des Chambres, et probablement elles ne subiront aucun changement maintenant que le Rapporteur de la Commission est devenu Ministre de l'Instruction publique. On peut donc regarder comme définitif le rapport de M. Bardoux.

Comparé à celui de 1877, le budget de 1878 ne s'en distingue guère que par une augmentation de crédits de 4,314,432 fr., crédits consacrés exclusivement à l'amélioration ou à l'extension du système actuel d'enseignement. Personne ne blâmera cet accroissement de ressources, mais les impatients se plaindront peut-être qu'il ne soit pas accompagné de réformes et de transformations dont le besoin est grand. Ayons bon espoir toutefois. M. le rapporteur nous répond du ministre.

Le Gouvernement de la République continue avec un rare esprit de suite de donner à l'instruction publique tous les développements qu'exigent les besoins de la démocratie. Partout, sans se lasser, les bonnes volontés continuent à se manifester par des actes. L'Etat, les départements, les communes, font les plus louables et les plus lourds sacrifices. Mais la France comprend aussi que son avenir dépend de la direction qui sera imprimée à ces efforts et de l'emploi intelligent qui sera fait de toutes ces ressources.

Ces quelques lignes contiennent un engagement et un programme. M. Bardoux est tenu maintenant de rechercher si la direction donnée en France à l'instruction publique répond, à tous les degrés, aux besoins démocratiques de notre temps, et, s'il lui est démontré qu'elle ne les satisfait pas sur certains points ou les contrarie sur d'autres, de la redresser d'une main prudente, mais vigoureuse. On ne saurait lui souhaiter mieux que de réussir dans cette tâche difficile.

Passons rapidement sur les premiers chapitres où les tendances de la Commission déjà se manifestent : disposée à tout accorder au nécessaire, dans la mesure du possible, elle n'entend rien donner au superflu. En conséquence, augmentant divers petits traitements et élevant le chiffre des allocations au laboratoire de l'Ecole normale, elle a refusé de créer, pour examiner les comptes des économes des lycées et des collèges, quatre nouveaux inspecteurs généraux. Négligeons les Facultés de théologie et arrivons à ce qui intéresse plus spécialement le *Progrès médical*, aux Facultés des Sciences. L'assimilation déjà proposée l'an dernier par M. Liouville, du traitement (12,000) des professeurs de la Faculté de médecine de Paris à celui (15,000) des professeurs des Facultés de droit et des lettres, a été repoussé encore une fois. On n'a pas opposé à cette demande équitable et facile à justifier les bénéfices tirés de leur clientèle par les professeurs de l'Ecole de médecine ; ce déplorable argument, qui mènerait loin si on en acceptait le principe, n'a pas été invoqué, constatons-le avec plaisir ; on s'est borné à dire qu'il faudrait étendre l'amendement Liouville aux professeurs des Facultés des sciences et que, pour le moment, c'était impossible. Ce n'est donc qu'une question d'opportunité : sur ce terrain, sans vouloir retarder en rien le succès de la proposition Liouville, nous rappellerons qu'il serait juste aussi de penser aux préparateurs, plus pressés peut-être. — Les 10,000 fr. alloués pour les six cours supplémentaires et pour le cours spécial aux sages-femmes ont été supprimés par la Commission, qui croit suffisants les crédits généraux mis à la disposition du ministre sous le titre de maîtres de conférences, frais de cours, etc. Les professeurs complémentaires n'y perdront donc rien, mais il nous eût paru plus rationnel de maintenir l'allocation spéciale et de réduire d'autant les crédits généraux dont la distribution est moins facile à contrôler : on ne sait pas quels ministres nous réserve l'avenir. Il est possible encore de revenir sur ce détail de comptabilité : la Chambre y trouvera l'occasion de scruter les motifs de certaines nominations faites par M. J. Brunet, et de se faire expliquer pourquoi l'administration, qui avait cru bon de ramener à cinq le nombre des cours complémentaires, s'est décidée à maintenir le sixième.

Une indemnité de 4,000 fr. est allouée aux professeurs pour les concours de cliniquat, de prosectorat et d'adjuvat. C'est fort bien fait sans doute, toute peine méritant salaire ; mais on aurait dû songer aussi que ces concours imposent des charges plus lourdes encore aux candidats qu'aux juges, et relever un peu les traitements afférents aux titres qui s'y gagnent à force de travail. — A part un accroissement (4,000 fr.) de subvention à sa bibliothèque, le matériel de l'Ecole de médecine ne reçoit aucune amélioration. Il a paru inutile de modifier l'état actuel des laboratoires tant que l'Ecole pratique ne sera pas reconstruite ; ce serait une dépense stérile. On n'a qu'à s'incliner devant cet argument, tout en se disant que les laboratoires des sciences médicales n'ont pas de chance ; celui de la Sorbonne est un hangar ; ceux de la Charité et de l'Hôtel-Dieu sont bien installés, mais fonctionnent peu ou point ; ceux de l'Ecole de médecine sont condamnés à attendre leur transfert à l'Ecole pratique dont les travaux ne semblent pas aller bien vite. Espérons que MM. les architectes se hâteront ! Au risque pourtant de leur fournir un prétexte à délai, nous devons revenir (1), à propos de l'Ecole pratique, sur la nécessité de l'isoler autant que possible.

Tandis qu'il en est temps encore, nous supplions les médecins députés d'insister auprès de leurs collègues, pour obtenir la suppression des maisons en bordure dans la rue Monsieur-le-Prince et l'extension des terrains de l'Ecole jusqu'à la rue Dupuytren. Nous adressant à des hommes compétents, nous n'avons pas besoin d'exposer en détail les inconvénients et les dangers qui résulteront de la juxtaposition de maisons habitées à un établissement du genre de l'Ecole pratique : ils sauront mieux que nous faire ressortir tout ce qu'un pareil voisinage a de contraire aux lois de l'hygiène.

En province, outre les crédits nécessaires à la création des Facultés mixtes de Lille et de Lyon, il n'est accordé aux écoles de médecine qu'une seule subvention nouvelle : 5,000 fr. au jardin botanique de Montpellier. C'est maigre et l'élévation du traitement des secrétaires agents-comptables, si justifiée qu'elle soit ne consolera pas les étudiants

(1) *Progrès médical* n° 26, 1877.

© BIU Santé

du dénûment des bibliothèques et des musées ou de l'absence de chaires indispensables. Tout, il est vrai, ne peut se faire à la fois, surtout quand il y a tout à faire, aussi ous ne blâmons personne, comptant sur l'avenir. On nous permettra, dans cette prévision, d'indiquer ici d'une façon générale, quelle doit être, selon nous la marche à suivre dans les améliorations budgétaires dont on fera profiter les Facultés de médecine. Comme elles sont faites pour les élèves, les premiers efforts doivent se porter sur ce qui profite directement aux élèves; c'est donc à multiplier les moyens d'instruction, matériel et autres, qu'il conviendra de s'attacher tout d'abord. Quand les bibliothèques, les laboratoires, les amphithéâtres, seront convenablement installés et pourvus, il sera temps de s'occuper de l'élévation des traitements, en commençant par les petits. Cette règle, qui nous paraît vraiment démocratique, n'a bien entendu, rien d'absolu. L'Administration a pour tâche de combiner l'emploi de ses ressources de façon à satisfaire aux droits des élèves, tout en subvenant dignement aux besoins du personnel enseignant. Le devoir des Chambres sera de lui faciliter cette tâche en lui accordant tous les subsides nécessaires et possibles.— Deux lignes relatives à l'Académie de médecine, nous apprennent que les services rendus par cette honorable compagnie restent, comme l'année dernière, évalués à 75,500 fr. — L'Académie des sciences obtient une augmentation de 1,500 fr. destinée à assurer la publication du Recueil des savants étrangers.— Au Muséum, un surplus de 22,700 fr. permettra de chauffer les laboratoires, la ménagerie des reptiles, de faire relier des manuscrits précieux, entre autres ceux de Buffon, enfin de payer deux nouveaux préparateurs (à 2,000 fr.) et trois garçons de laboratoire (à 1,300 fr.).

Ces chiffres donnés et étant admis un rapport direct entre le salaire et le savoir, il a été facile aux professeurs du Muséum de prouver à la Commission que la réputation scientifique de cet établissement, si illustre par son passé, est loin d'avoir déchu. Mais il n'était pas en leur pouvoir de faire la même démonstration pour le matériel et le rapport de M. Bardoux signale « l'état de dépérissement et d'insuffisance des galeries de zoologie, d'anatomie comparée et surtout d'anthropologie ; certaines collections importantes sont endommagées par l'humidité, d'autres ne peuvent trouver place ; la bibliothèque est à l'étroit et ne peut suffir à donner asile aux collections et aux travaux étrangers qui s'accumulent. »

Il y a longtemps que ces doléances ont été exprimées, il y a longtemps que les magasins du Muséum ont été qualifiés de nécropoles et de catacombes ; il y a longtemps qu'on a proposé, au lieu d'envoyer à grands frais des voyageurs faire de lointaines recherches, de les retenir à Paris et de leur donner le Muséum à explorer. Et ce n'étaient pas les bâtiments qu'on accusait d'insuffisance. Sont-ils les seuls coupables aujourd'hui? Nous voudrions le croire, car il serait facile alors à M. Bardoux, en s'entendant avec son collègue des travaux publics, de trouver le remède au mal.

Les observatoires anatomiques de Marseille, de Toulouse, les observatoires météorologiques du Puy-de-Dôme et du Pic-du-Midi, de création récente, reçoivent d'importantes subventions ; l'Ecole des langues orientales, l' Ecole des Chartes, les Ecoles d'Athènes et de Rome, la Bibliothèque nationale, ont obtenu des augmentations de crédit. Pour la Bibliothèque, M. Bardoux insiste, avec grande raison, sur la nécessité de l'isoler, notamment des cuisines d'un hôtel meublé, dont la sépare seulement un mur d'une solidité douteuse. M. Bardoux est personnellement intéressé aujourd'hui à faire disparaître ce danger : tout Ministre de l'Instruction publique doit trembler que sa présence aux affaires ne soit marquée par l'incendie de la Bibliothèque nationale. La bibliothèque Mazarine, celle d'Alger, les Archives, voient aussi s'accroître leurs dotations.

Quant aux crédits alloués pour les souscriptions scientifiques et littéraires et pour les voyages et missions, ils restent les mêmes qu'en 1877. Etonnée du peu d'importance et du caractère futile de certains ouvrages gratifiés d'une souscription, la Commission a désiré et obtenu la promesse que, chaque année, la liste de souscription serait publiée. Il serait bon aussi de faire connaître, au moins en résumé, les résultats des missions. En 1877, deux avaient la médecine pour objet ; nous serions heureux de savoir à quoi elles ont abouti.

A l'enseignement secondaire est attribuée une augmentation de 1,121,000 fr., sur lesquels 21,000 fr. permettront d'améliorer la situation des maîtres élémentaires et 100,000 francs de créer, dans les lycées, des bibliothèques sérieuses ; 500,000 fr. sont absorbés par les dépenses extraordinaires des lycées, constructions et réparations. Ces allocations, utiles ou même nécessaires, ne soulèvent aucune objection; il n'en est pas de même de l'allocation de 500,000 fr. aux colléges communaux qui désirent se donner une organisation plus complète, particulièrement au point de vue de la préparation aux grades universitaires. « Notre originalité, dit M. Bardoux, est dans l'organisation de l'enseignement secondaire et dans son importance. C'est lui qui, par sa nature et ses tendances, a le plus d'influence sur nos mœurs et sur notre jugement. » A part l'originalité, nous ne dirions pas autrement. Mais il s'agit de savoir si, par nature, notre enseignement secondaire répond et peut répondre aux exigences et aux besoins d'une démocratie Nous ne le croyons pas, et, en conséquence, nous estimons qu'il est mauvais d'encourager les municipalités à le développer, tel qu'il est, aux dépens d'un enseignement mieux adapté à notre organisation sociale. Nous avons assez et trop de lycées donnant l'instruction secondaire classique, il nous faut à côté d'eux des maisons donnant plus et mieux que l'enseignement primaire, quelque chose d'analogue aux *commercial schools* de l'Angleterre.

Elles dispenseraient l'instruction à ceux qui veulent dépasser le programme des écoles primaires, sans apprendre ni le grec ni le latin; elles diminueraient d'autant la population des lycées où les études classiques, n'étant suivies que par ceux qui en ont besoin, se relèveraient de leur médiocre niveau. Les colléges semblent faits tout exprès pour remplir cette mission, c'est dans cette voie qu'il faut les pousser, c'est à ceux qui voudront y entrer qu'il faut réserver les subventions de l'Etat. Est-ce là ce qu'avait compris M. Brisson quand il appelait, l'année dernière, l'attention du Gouvernement sur l'*enseignement primaire supérieur;* est-ce là ce qu'a voulu la Commission en inscrivant sous ce titre une somme de 110,000 fr.? Nous le croi-

© BIU Santé

rions, si M. Bardoux ne parlait d'instituer cet enseignement primaire supérieur au chef-lieu de chaque canton. Dans ces conditions, cet enseignement restera primaire; il sera peut-être, et sans grande difficulté, supérieur à ce qui existe aujourd'hui, il ne sera pas ce que nous voudrions qu'il soit: un enseignement égal et parallèle à l'enseignement secondaire actuel, mais différent.

Pour l'enseignement primaire, la Commission consacre 1,610,900 fr. à relever le traitement des instituteurs et des institutrices, des directeurs et directrices d'écoles normales primaires, des maîtres-adjoints, à fonder de nouvelles bourses dans les écoles normales, à créer de nouvelles écoles normales de filles. C'est très-bien fait; tout ami de l'instruction applaudira à toute amélioration, au sort d'un personnel trop longtemps négligé. Mais ce n'est pas tout d'avoir des instituteurs mieux payés, des écoles plus nombreuses et mieux construites. Il faut s'occuper de ce qu'apprendront les enfants. A quand la réforme des programmes? E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Seance du 23 décembre 1877.—Présidence de M. Cl. Bernard.

M. François Franck fait, au nom de M. Pitres et au sien, une communication sur l'analyse expérimentale des mouvements provoqués par l'excitation de la substance grise du cerveau. Les principaux faits ressortant des recherches de MM. Franck et Pitres sont les suivants: I. *Retard des mouvements sur l'instant précis de l'excitation de la substance grise et de la substance blanche.* Quand on excite sur un chien le territoire de substance grise, dont l'excitation provoque des mouvements localisés dans le membre antérieur du côté opposé, en recueillant, sur un cylindre enregistreur à rotation rapide, l'inscription du mouvement produit, les signaux électriques des excitations et les divisions du temps en centièmes de seconde, on voit que le retard du mouvement sur le début de l'excitation est de 6 1/2/100e de seconde.

Ce retard qu'on peut appeler le *retard total* se compose du temps perdu du muscle exploré (soit 1/100e de seconde), de la durée de la transmission dans les 20 centimètres de nerf qui séparent du muscle le renflement cervico-dorsal de la moelle (soit 1/100e de seconde), et enfin de la durée de la transmission dans les 26 centimètres qui représentent la distance entre le point de l'écorce excité et le milieu de la région cervico-dorsale de la moelle. Toutes déductions faites, on a comme durée du transport de la surface extérieure de la substance grise à l'origine des nerfs du membre antérieur, une valeur de 9/200e ou 1/22e de seconde, chiffre très-approché. Or, si on enlève, sur le même animal, la mince couche de substance grise excitée dans l'expérience précédente et si on porte l'excitation sur les faisceaux blancs sous-jacents, on constate que le retard du mouvement sur le début de l'excitation est très notablement réduit: au lieu de 9/200e de seconde, il n'est plus que de 6/200e de seconde, il a donc diminué d'un tiers et c'est l'ablation de deux millimètres à peine de substance grise qui a produit cette grande modification. Il faut donc admettre que cette couche grise corticale constituait un obstacle puissant à la transmission de l'excitation: c'est là un caractère important des régions véritablement centrales du système nerveux. En présence de ce résultat, on ne peut pas admettre, avec quelques auteurs, que l'excitation portée à la surface des circonvolutions motrices, ne provoque le mouvement qu'en agissant sur les faisceaux blancs sous-jacents: *La substance grise excitée intervient non comme conducteur mais comme centre.*

Un autre fait, qui démontre encore la légitimité de cette conclusion, c'est l'excitabilité beaucoup plus grande de la substance grise que des faisceaux blancs sous-jacents. Ce point déjà constaté par MM. Putnam, Carville et Duret, etc., a été vérifié par MM. Pitres et Franck: il ressort clairement de l'examen des tracés comparatifs qui sont mis sous les yeux de la société. — Il faut donc que la substance grise ajoute comme centre actif, à l'excitation qu'elle reçoit pour réagir sur les faisceaux blancs sous-jacents. Cette propriété de renforcer une excitation, est encore caractéristique des régions véritablement centrales du système nerveux.

II. *Le retard du mouvement sur le début de l'excitation est constant.* Que les excitations soit fortes ou faibles, uniques ou multiples, le retard ne varie pas. Les tracés superposés que M. Franck montre à la Société prouvent la réalité de cette assertion. Il faut ajouter, à ce sujet, que MM. Franck et Pitres ont constaté dans toutes leurs expériences l'apparition du mouvement dans un membre, quand ils excitaient le centre de ce membre ou les faisceaux blancs sous-jacents avec les excitations les plus brèves (moins de un millième de seconde), ce qui est en désaccord avec les résultats annoncés par M. Schiff, dans l'appendice à ses leçons (Florence 1873).

III. *Vitesse de transmission dans la moelle des incitations motrices partant du cerveau.* —En excitant *simultanément*, avec les mêmes courants induits, le centre du membre ant. et le membre post. du même côté, on provoque 2 mouvements qui sont *successifs*. Chez un chien de grande taille, la distance entre le centre du membre antérieur gauche et l'origine des nerfs du plexusbrachial (partie moyenne du renflement cervico-dorsal de la moelle) était de 26 centimètres, la longueur du nerf entre la moelle et les muscles explorés étant de 20 centimètres, on constate un retard du mouvement sur l'excitation qui est de 6 1/2e 100e de seconde. En défalquant de ce retard total la durée du temps perdu du muscle et la durée de la transmission dans 20 centimètres de nerf, il reste 9/200e de seconde, soit 1/22e de seconde qui exprime la vitesse du transport de l'excitation, jusqu'à la partie moyenne du renflement cervico-dorsal.

Chez le même animal, le mouvement de la patte postérieure ne survient que 22/200e de seconde après l'excitation corticale: en défalquant de ce nouveau chiffre la durée de la transmission dans 30 centimètres du nerf sciatique (soit 3/200e de seconde) et la durée du temps perdu du muscle (soit 2/200e de seconde) il reste 17/200e de secondes comme durée de transmission de l'excitation entre le point excité de la substance grise corticale et la partie moyenne du renflement lombaire de la moelle. Mais on a vu que, pour arriver jusqu'au milieu du renflement cervico-dorsal, l'excitation corticale avait employé 9/200e de seconde. Il faut donc déduire de la dernière valeur obtenue, le chiffre de 9/200e, ce qui donne pour les 40 centimètres de moelle séparant l'origine du plexus brachial de l'origine du sciatique 8/200e ou 1/25e de seconde. Un calcul très-simple permet de tirer de ces données la vitesse des incitations motrices dans une longueur déterminée de moelle; il conduit à fixer par exemple à 1/10e de seconde le temps employé par les incitations motrices à franchir un mètre de molle. En d'autre termes, *les incitations motrices parcourent dans la moelle 10 mètres par seconde.*

M. Ferdinand Dreyfous communique l'observation d'un jeune homme hystérique. Les attaques rappellent tout à fait celles des femmes hystériques: précédées d'une aura qui part de la fosse iliaque gauche et remonte jusqu'à la base du cou, elles sont constituées par une phase de contracture, une phase de contorsions, et enfin une phase d'assoupissement et d'indifférence. La compression du testicule gauche arrête l'attaque Au contraire, on la provoque à volonté en faisant respirer au malade quelques bouffées d'éther ou de chloroforme. Enfin, on a constaté chez le même sujet un léger degré d'hémianesthésie gauche (retard des sensations, perte de la sensibilité électrique) et surtout une diminution de l'ouïe du côté gauche avec une diminution concentrique du champ visuel du même côté.

M. Laborde a constaté qu'en piquant certain point du bulbe, on déterminait des phénomènes de vaso-constriction et de vaso-dilatation du côté des vaisseaux de l'oreille. Il répète, avec succès, cette expérience devant la société.

© BIU Santé

M. Badal présente un œil artificiel destiné aux recherches optométriques.

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

MM. Franck et Bellouard présentent quelques considérations sur la valeur de certains symptômes de l'anévrysme du tronc brachio-céphalique. A deux reprises, dans le service de M. Bucquoy et chez M. Panas, M. Franck a trouvé dans ce cas une grande amplitude de pouls radial droit, tandis que le pouls du côté gauche était petit. Ce symptôme, en apparence singulier, doit s'expliquer par la paralysie du grand sympathique cervical, d'autant plus que la température était plus élevée dans le membre supérieur droit. On put, en outre, constater des altérations de la papille droite avec diminution du champ visuel de ce côté. Un signe seul est constant : c'est le retour du pouls qui n'est pas dans la dépendance du grand sympathique.

M. Pitres fait, au nom de M. François Franck et au sien, une communication sur *les conditions de production et de généralisation des phénomènes convulsifs d'origine corticale*. I. *De quelques phénomènes consécutifs à la destruction partielle de la zone motrice corticale chez le chien*. Si on détruit sur le cerveau d'un chien le territoire de substance grise dont l'excitation détermine des mouvements limités dans un des membres du côté opposé du corps, et si, quelques jours après l'opération, on excite le faisceau de substance blanche privé de ses connexions avec la substance grise qui le recouvrait, on constate que ce faisceau est devenu complètement inexcitable. (Albertoni et Michieli). MM. Franck et Pitres ont cherché à déterminer au bout de combien de temps survenait cette perte de la conductibilité des fibres nerveuses.

Dès le lendemain de l'opération, ils ont constaté un affaiblissement notable de leur excitabilité ; le deuxième et le troisième jour, il faut employer des courants énergiques pour provoquer des mouvements très-faibles dans le membre correspondant; vers la 90e ou 100e heure, l'excitabilité est totalement abolie. Chez le chien, c'est également dans le courant du quatrième jour que le bout périphérique d'un nerf sectionné cesse d'être excitable (Waller Longet, Ranvier, etc.) Il n'est pas sans intérêt de noter cette analogie dans la durée de la persistance des propriétés des fibres nerveuses centrales et périphériques séparées de leurs centres trophiques.

Tandis que la substance blanche sous-jacente au centre détruit, perd progressivement son excitabilité, la substance grise des centres voisins devient turgescente, s'enflamme, et si l'inflammation n'est pas assez intense pour altérer profondément la structure, on peut constater une augmentation considérable de son excitabilité. L'épilepsie partielle se produit alors avec la plus grande facilité. Il suffit souvent pour provoquer les accès convulsifs de faire marcher l'animal, d'exercer une pression sur la peau qui recouvre la plaie cérébrale, de passer une éponge sur la portion du cerveau qui est à découvert, etc. Il est même fort curieux de voir la substance grise réagir par des phénomènes convulsifs sous l'influence d'excitations mécaniques qui, à l'état physiologique, ne donnent lieu à aucune réaction motrice appréciable.

Dans ces conditions, l'épilepsie partielle peut rester limitée aux parties du corps dont les centres sont devenus anormalement excitables et respecte le membre correspondant au centre détruit. L'expérience suivante en est une preuve. Le 13 décembre, MM. Franck et Pitres ont mis à découvert la circonvolution marginale postérieure droite d'un gros chien adulte, et ont enlevé avec une curette toute la zone de substance grise dont l'excitation provoquait des mouvements limités dans le membre antérieur du côté gauche. Le lendemain l'animal présentait dans ce membre, les troubles de la motilité et de la sensibilité qu'on observe toujours chez le chien à la suite de l'ablation des centres moteurs corticaux. Après qu'on l'eut fait marcher un moment, il fut pris d'une attaque d'épilepsie partielle caractérisée par des secousses convulsives siégeant dans le membre postérieur gauche et dans le côté gauche de la face et du cou. Le membre antérieur gauche dont le centre moteur cortical avait été enlevé la veille, resta flasque et immobile pendant toute la durée de l'attaque. La perte rapide de l'excitabilité de la substance blanche sous-jacente à un centre cortical détruit, et l'exagération de l'excitabilité de la substance grise au voisinage d'une lésion circonscrite, expliquent un certain nombre de faits pathologiques. Le premier de ces phénomènes permet de comprendre pourquoi les lésions destructives très-étendues, comprenant toute la substance grise de la zone motrice corticale ne donnent pas lieu à de l'épilepsie partielle, et démontre que lorsqu'une lésion destructive limitée siége sur la zone motrice elle-même, l'épilepsie partielle n'est pas le résultat d'une irritation transmise par les faisceaux blancs sous-jacents, mais qu'elle est due à l'augmentation de l'excitabilité des centres voisins.

Le second, rend compte de ce fait en apparence contradictoire, que la plupart du temps les lésions qui donnent lieu chez l'homme à l'épilepsie partielle siégent au voisinage de la zone motrice, mais en dehors d'elle, et explique pourquoi dans certains cas de monoplégie d'origine corticale, accompagnées d'épilepsie partielle les convulsions respectent le membre paralysé ou tout au moins débutent par d'autres parties du corps.

II. *De quelques mouvements associés bilatéraux provoqués par des excitations unilatérales du cerveau.* — Lorsqu'on électrise la zone motrice corticale d'un chien dont les circonvolutions sont très-excitables, il arrive assez souvent que les mouvements provoqués par cette excitation ne restent pas limités au membre correspondant au centre excité. Si on place, par exemple, les réophores sur le centre du membre antérieur gauche, on peut obtenir des secousses musculaires, non-seulement dans le membre antérieur du côté gauche, mais encore dans le membre antérieur du côté opposé et quelquefois même dans les deux membres postérieurs. Ces mouvements associés ou généralisés ne peuvent pas être attribués à l'intensité trop grande du courant excitateur, car on les obtient avec des courants très-faibles, à peine sensibles à la langue. Il est certain, aussi qu'ils ne sont pas le résultat d'une secousse transmise mécaniquement au reste du corps par la contraction brusque des muscles d'un membre, car MM. Franck et Pitres les ont fait disparaître dans une patte par la section des nerfs se rendant à cette patte. Quelle est donc la signification de ces mouvements? On peut, pour expliquer leur production, avoir recours à l'une des trois hypothèses suivantes :

1° On peut supposer que de chaque centre partent des fibres nerveuses destinées à transmettre directement les excitations aux membres des deux côtés. Mais cette hypothèse est en désaccord avec une foule de faits physiologiques et pathologiques et, en particulier, avec celui de l'hémilatéralité constante et absolue des phénomènes consécutifs à la destruction unilatérale des centres corticaux.

2° On pourrait penser que les centres corticaux des deux côtés du cerveau sont réunis par des fibres commissurales, et que l'excitation portée sur un centre peut gagner d'une part le membre correspondant du côté opposé du corps, et d'autre part le centre cortical du côté opposé du cerveau. Mais cette hypothèse est détruite par l'expérience suivante : MM. Franck et Pitres ont enlevé sur l'hémisphère droit d'un chien le centre cortical pour le membre antérieur gauche. Quatre jours après, ils ont mis à découvert sur l'hémisphère gauche le centre pour les mouvements du membre antérieur droit, et en excitant ce membre, ils ont obtenu des mouvements bilatéraux.

3° La troisième hypothèse est la plus vraisemblable. Il est probable qu'il existe en dehors du cerveau, dans la protubérance ou dans la moelle, des centres d'association motrice, dans lesquels une excitation unilatérale partant d'un point limité, peut se transmettre au côté opposé du corps ou même se généraliser. C'est très-vraisemblablement par un mécanisme analogue que se généralisent les attaques d'épilepsie partielle. M. Albertoni a montré, qu'après la destruction de la zone motrice corticale d'un côté et la perte de l'excitabilité de la substance blanche sous-jacente, on pouvait déterminer, chez les chiens, par l'excitation de l'hémisphère du côté opposé, des attaques épileptiformes généralisées. MM. Franck et Pitres ont répété cette expérience et ont obtenu les mêmes

© BIU Santé

résultats. Sur un chien, six jours après l'ablation complète du centre gris cortical pour le membre antérieur gauche, ils ont mis à découvert la zone motrice du côté opposé et ont provoqué une attaque d'épilepsie partielle qui s'est généralisée et dans le cours de laquelle ils ont pu constater que le membre antérieur gauche, dont le centre cortical était détruit depuis 6 jours, était le siége de convulsions toujours très-marquées.

Ces faits semblent donc démontrer que les convulsions d'origine corticale ne sont pas directement produites par les lésions du cerveau, mais que ces lésions agissent sur des centres placés en dehors du cerveau, centres dans lesquels des excitations partant de points limités peuvent étendre et généraliser leur effet. Ces explications laissent du reste à l'épilepsie partielle toute son importance clinique et toute sa valeur diagnostique; elles font seulement comprendre la complexité des éléments qui entrent en jeu dans sa production et ceux qui permettent sa généralisation.

MM. Dastre et Morat communiquent les résultats de leurs recherches sur le *rhythme cardiaque*. Les mouvements du cœur (grenouille, tortue) persistent lorsque l'organe a été séparé en totalité du corps de l'animal: Si l'on divise le cœur par une section transversale, pratiquée un peu au-dessous du sillon auriculo-ventriculaire, la pointe reste immobile comme un muscle au repos tandis que la partie supérieure continue à battre spontanément. On soumet la pointe du ventricule à l'action des excitants artificiels (courant continu, décharges d'induction, courants induits fréquemment répétés ou tétanisants). — On a un terme de comparaison dans l'action connue de ces stimulants sur les muscles ordinaires.

1° *Courants continus*. L'action des courants de pile révèle ce fait remarquable qu'un stimulant continu peut provoquer le travail discontinu du muscle cardiaque, c'est-à-dire des contractions rhythmiques. La fermeture du courant donne lieu à une contraction unique; — si le courant est fort à une fusion des secousses qui simule un tétanos incomplet. L'ouverture ne détermine jamais qu'une seule systole. Le passage du courant donne lieu à des systoles qui, d'abord rapprochées au point de simuler un tétanos, s'espacent progressivement en devenant plus amples. Le rhythme ne paraît dépendre ni des centres nerveux, ni des ganglions de la base, mais d'une propriété du muscle cardiaque ou des terminaisons nerveuses.

2° *Courants induits*. — Chaque décharge produit une systole, quand l'intensité est suffisante. — Pour une même intensité, la décharge d'ouverture a un effet prédominant. La répétition des décharges fournit un exemple remarquable de sommation Elle augmente l'aptitude du cœur à se contracter, au point qu'un courant inefficace au début devient efficace à l'ouverture d'abord, puis à la fermeture; de plus, les contractions croissent en amplitude jusqu'à une limite qu'elles ne dépassent point.

En augmentant la fréquence des excitations (de 20 à 12,000 par minute), le nombre des systoles croît jusqu'à un chiffre qui ne dépasse pas 2 à 3 par seconde: elles restent toujours distinctes. — Lorsque la pointe a été épuisée par une série d'excitations, on lui rend son aptitude à se contracter par l'addition de quelques gouttes de vératrine. — Cette addition ne déforme pas la systole cardiaque, mais en accroît seulement le nombre; pour les muscles ordinaires, il y a, au contraire, allongement considérable de la secousse. — L'ammoniaque tétanise la pointe du cœur et le maintient en rigidité, comme pour les muscles ordinaires. — MM. Dastre et Morat signalent le fait suivant: La ligature de Stannius n'arrête plus le cœur d'une grenouille curarisée. D'ailleurs, l'excitation du vague étant alors inapte à arrêter le cœur, on est amené à admettre que l'arrêt de Stannius est dû à l'action sur les terminaisons du vague, en les excitant et non pas, comme on l'a dit, en séparant des parties inférieures un centre automoteur.

M. Rabuteau voit plutôt dans la vératrine un paralysant musculaire: ses propriétés excitantes de début sont communes à toutes les substances actives.

Pour M. Laborde, au contraire, la vératrine, l'ésérine, le sel sont bien des excitants musculaires; ils augmentent l'intensité et la durée de la contraction.

M. Duval rappelle qu'on peut faire des recherches analogues sur le cœur de l'embryon du poulet, encore dépouvu, de nerfs.

M. Gellé a constaté chez des animaux soumis à la pendaison des altérations profondes de la caisse du tympan, congestions intenses et hémorrhagies.

M. Fieuzal remarqua, en outre, à l'ophthalmoscopie une anémie progressive de la rétine.

M. Laborde fait ressortir tout l'intérêt de ces recherches au point de vue médico-légal, le diagnostic de la pendaison et de la suffocation étant très-difficile.

La Société procède à l'élection de son bureau pour 1878. Sont élus : vice-présidents MM. Houel et Luys; secrétaires, MM. Galippe, Duret, Bochefontaine, A. Robin. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 janvier 1878. — Présidence de M. Baillarger.

M. Bouley, avant de quitter le fauteuil de la présidence, rappelle à l'Académie les travaux accomplis durant l'année 1877.

M. Baillarger adresse quelques paroles de remerciement à son prédécesseur et appelle à la tribune M. Briquet qui reprend la lecture de son rapport officiel sur les épidémies de l'année 1876.

L'académie se constitue en comité secret afin d'entendre le rapport de M. Poggiale sur la situation financière de la docte compagnie. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 2 novembre 1877. — Présidence de M. Charcot.

1. Abcès du foie; par MM. Beringier et Moindrot.

M. Beringier présente une *tumeur du foie* ayant les caractères extérieurs d'un kyste alvéolaire. L'observation n'a pas été remise. L'examen anatomique pratiqué par M. Moindrot a donné les résultats suivants :

A l'*examen macroscopique* cette pièce rappelle un peu la disposition du kyste multiloculaire à échinocoques; mais je n'ai trouvé nulle part l'aspect gélatineux de ces kystes : d'échinocoques nulle part, ni de crochets; enfin, je n'ai pas vu les membranes caractéristiques.

Le tissu hépatique, sur de larges surfaces, est divisé en alvéoles; quelques-uns de ces alvéoles sont vides, leur contenu s'étant écoulé au moment de la section; le plus grand nombre est rempli d'une matière caséeuse parsemée de petits blocs réfringents, non cristallisés. Cette substance jaune, très-pâle, n'est pas attaquée par les alcalis, elle ne donne pas de bulles avec les acides, elle ne présente pas la réaction des matières biliaires. Je suis conduit à la regarder comme un dérivé quelconque de la graisse.

La substance caséeuse qui remplit les cavités ne renferme que les petits éléments caractéristiques de ces foyers; on n'y trouve nulle trace de vaisseaux.

La paroi de l'alvéole est formée par du tissu conjonctif embryonnaire, offrant la plus grande irrégularité dans sa distribution. Çà et là seulement, l'organisation de ce tissu est un peu plus avancée; il entoure alors un groupe d'alvéoles comme d'un manchon, soit complet, soit interrompu par ulcération.

Poumon. Dans le poumon, mêmes foyers caséeux, mais ils sont isolés. La matière caséeuse est parsemée des mêmes blocs réfringents que nous avons décrits dans le foie. Les foyers que j'ai vus siégent près de la surface de l'organe; à leur limite on voit une zone de pneumonie catarrhale.

Rate. Dans la rate les foyers caséeux sont confluents, mais beaucoup plus petits que dans le *foie*. Ils ont produit la même destruction de substance; ils ont la même structure et renferment les mêmes blocs de substance graisseuse. Comme dans le foie, ils sont entourés d'une membrane ou zone pyogénique. Pas de dégénérescence amyloïde.

Sur les points non abcédés on ne trouve d'autre altération que la dégénérescence granulo-graisseuse des cellules; d'ailleurs pas d'altération amyloïde. Les vaisseaux périlobulaires

© BIU Santé

ainsi que la veine centrale sont entourés d'une zone de tissu embryonnaire peu abondant; les canaux biliaires ont leur épithélium granulo-graisseux.

En somme, l'étude histologique me conduit au diagnostic *abcès* du foie, et à rejeter l'idée du kyste multiloculaire. C'est aussi l'opinion de M. Cornil, à qui j'ai soumis mes préparations.

2. Fracture de la colonne vertébrale à la région dorsale. — Section de la moelle. — Cystite purulente; par A. Boursier, interne des hôpitaux.

F..., Pierre, 44 ans, maçon, entre à l'hôpital Cochin le 8 Octobre 1877 (service de M. Després). Cet homme vient de tomber quelques instants auparavant de l'échafaudage d'une maison en construction, et de telle façon que sa région dorsale a porté sur une pierre de taille. Bien que légèrement ivre au moment de la chute, il n'a nullement perdu connaissance, et répond facilement aux questions qu'on lui adresse.

Examiné dès son entrée, il se plaint de douleurs fort vives au niveau de la partie inférieure de la colonne dorsale, et il est facile de voir une déformation notable de la région, une saillie anguleuse portant sur les dernières vertèbres dorsales. En même temps, paraplégie complète, perte absolue de mouvement et de sensibilité dans les membres inférieurs; l'anesthésie remonte sur la paroi abdominale jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pubis. Nous devons signaler aussi une absence totale de mouvements réflexes dans les parties paralysées, fait important en présence des désordres qui ont été rencontrés plus tard dans la moelle épinière. Ces symptômes permettent facilement de porter le diagnostic de fracture du rachis.

9 *Octobre.* Le malade est dans un grand état d'affaissement et se plaint de violentes douleurs dans le dos. La paraplégie est tout aussi complète, pas de mouvements réflexes. — Rétention des matières fécales et de l'urine. Evacuation par le cathétérisme d'une notable quantité d'urine très-claire jusqu'aux dernières gouttes. — La paralysie vésicale est complète et l'évacuation ne peut se faire qu'à l'aide de pressions abdominales assez fortes. — Prescription : Cathétérisme toutes les 6 heures pour éviter la cystite. Immobilité dans le décubitus dorsal sur un lit un peu dur.

10 *Octobre.* — Pas de changement notable. — Aucun trouble du côté du cœur ni de la respiration. — Incontinence des matières fécales.

11 *Octobre.* — Même état, — les urines sont toujours claires, les douleurs de la région dorsale deviennent très fortes.

12 *Octobre.* — Les urines sont toujours limpides, mais les dernières gouttes deviennent sanguinolentes et sédimenteuses. — Même état. Paraplégie toujours aussi complète et cependant le malade ressent dans les jambes des sensations mal définies de refroidissement et de frissons; à la main, pas de changement appréciable de température. Dans l'aisselle T. 37°,6. — Pupilles égales.

13 *Octobre.* — Même état. — Le sommeil devient difficile à cause de l'intensité des douleurs dorsales.

14 *Octobre.* — Même état local. Les urines commencent à être chargées et sanglantes; frisson intense avec claquement des dents et soubresants des tendons, suivi d'une sueur très-abondante. — La température qui, jusqu'alors, avait à peine dépassé 38°, atteint 39°,8.

15 *Octobre.* — Nuit mauvaise mais pas de frisson.

16. — Incontinence d'urine; le malade urine par regorgement; le cathétérisme devient difficile et douloureux; la pression abdominale est douloureuse; les urines sont rouges et commencent à être purulentes.

17. — Quelques râles sous-crépitants à la base du poumon gauche; début d'escharre sur la fesse droite; la température dépasse 39°, sans frisson; les urines sont franchement purulentes; prescription, sulfate de quinine, 0,60 centig.

19. — Légère amélioration; les douleurs de la fracture sont moins fortes. — 20. Même état.

21. — L'état général s'aggrave; un frisson peu intense après chaque cathétérisme; le soir, le cathétérisme a été particulièrement difficile et douloureux, les urines sont plus sanglantes que d'habitude.

22. — Le malade s'affaiblit; nouveau frisson excessivement intense et durant près de deux heures; la température atteint 40°,8; les urines qui contiennent beaucoup de pus prennent une odeur infecte.

23. — Même état; fièvre presque continue; ventre ballonné, très-douloureux; état de demi érection à peu près constant.

25. — L'état général s'aggrave; ventre très-ballonné; demi-érection; émission de sperme (?); les urines sont complètement purulentes, l'évacuation complète de la vessie est rendue presque impossible par l'augmentation des douleurs abdominales.

27. — La langue devient sèche; apparition d'une teinte subictérique généralisée; pouls à 100.

28. — L'ictère devient très-prononcé; pas de douleurs hépatiques, pas de frissons; les urines ont une odeur infecte; ventre très-ballonné et très-douloureux.

29. — L'ictère devient très-foncé; le malade meurt avec un abaissement de la température à 37°, 4. (Voy. le tracé dans l'Album de la Société).

Autopsie. — Pratiquée 26 heures après la mort.

A l'ouverture de la cavité abdominale, le péritoine paraît sain; cependant, en enlevant le paquet intestinal et les organes contenus dans la cavité pelvienne, on trouve de la pelvi-péritonite et une quantité notable de pus dans le petit bassin.

En enlevant le rein gauche, on trouve un phlegmon périnéphrétique très-étendu; le foyer purulent occupe toute l'atmosphère graisseuse du rein, descend le long du carré des lombes presque dans le bassin, et a infiltré tout le périnée. A droite, le tissu périnéphrétique est sain.

Les *reins*, sur une coupe longitudinale, ne présentent qu'une hypérémie assez notable, une consistance molasse, et une teinte jaunâtre qui semble faire soupçonner un certain degré de dégénérescence graisseuse. — La *rate* est normale. — Le *foie*, très-jaune, paraît cependant indemne de toute altération et ne renferme notamment aucun abcès métastatique. — Rien dans l'*estomac* ni dans les intestins.

Les *plèvres* présentent quelques adhérences, à droite, au niveau de la région antéro-externe; à gauche, épanchement séreux, peu abondant. — Les *poumons* sont sains. A peine un peu de congestion hypostatique à gauche. — Le *cœur* est sain et très-ferme. On peut voir des traces d'endocardite ancienne sur tout le pourtour de l'orifice mitral, et sur la valve postérieure de la valvule tricuspide. Rien sur les valvules sigmoïdes, ni au niveau des orifices artériels.

Les *téguments* sont sains, mais très-ictériques. Au niveau de la région sacrée, de chaque côté de la partie moyenne du sacrum, à 2 centimètres de la crête sacrée, on trouve une escharre arrondie, noire, sèche, de 4 à 5 centimètres de diamètre.

L'examen de la *colonne vertébrale* a montré que la fracture diagnostiquée portait sur les 10e et 11e dorsales. Le trait de fracture se dirigeait obliquement de haut en bas et d'avant en arrière coupant obliquement les corps de ces deux vertèbres. Le pédicule de la 11e vertèbre dorsale était fracturé, et la masse apophysaire postérieure broyée. Le fragment inférieur s'était reporté en arrière, de telle façon qu'il n'y avait plus de communication entre les deux extrémités du canal rachidien, qui étaient écartées l'une de l'autre d'un centimètre et demi environ. La dure-mère, bien que fortement contuse, était encore continue dans toute l'étendue du canal rachidien, mais la moelle épinière était nettement sectionnée dans toute son épaisseur. Elle était trop ramollie pour qu'il ait été possible de faire un examen histologique.

Enfin, la *vessie* présentait une muqueuse épaissie, noirâtre, ramollie, d'aspect gélatiniforme; elle était remplie d'un liquide purulent, d'odeur infecte. — L'urèthre, dont la muqueuse était rougeâtre mais à peu près saine, portait au niveau de sa portion membraneuse une perforation faisant communiquer sa cavité avec la vaste suppuration qui allait du petit bassin à la région périnéphrétique.

Cette observation mérite l'attention à plusieurs titres. En première ligne, nous devons noter l'absence constante des mouvements réflexes dans les régions paralysées, fait qui paraît en opposition avec ce que l'on sait sur les sections de

© BIU Santé

la moelle, dans lesquelles au contraire l'excitabilité reflexe se trouve exagérée dans les premiers moments. En second lieu, le malade est mort surtout par sa cystite purulente, mais l'examen nécroscopique a révélé l'existence d'un vaste foyer de suppuration que rien n'avait révélé pendant l'existence, et qui aurait peut-être dû être indiqué par les frissons répétés, qui étaient au contraire attribués à la cystite. Enfin, le malade est mort avec une teinte ictérique très-prononcée, dont nous n'avons pu trouver l'explication dans l'examen post-mortem.

3. Présentations diverses.

M. Carrier présente des pièces relatives à un cas d'*endocardite végétante* avec embolies multiples.

M. Letulle présente des *reins kystiques* provenant d'un fœtus de 7 mois 1/2. Il n'y avait pas de lésions syphilitiques cutanées ou osseuses. La mère avait contracté la syphilis au début de la grossesse.

M. Pinard fait observer que beaucoup d'enfants qui naissent de parents syphilitiques ne présentent pas de signes extérieurs de syphilis au moment de la naissance, mais que les altérations spécifiques se développent dans les premiers mois qui suivent la naissance.

Séance du 9 novembre 1877. — Présidence de M. Charcot.

4. Pachyméningite hypertrophique d'origine spontanée, de la région dorso-lombaire; par MM. Lordereau et Troisier.

Les faits de pachyméningite spinale chronique de la région dorso-lombaire sont rares. En dehors de l'observation publiée par M. Rendu dans les *Bulletins de la Société anatomique* (*Pachyméningite spéciale antérieure, comprimant le renflement lombaire et les nerfs de la queue de cheval*; *myélite diffuse, surtout périépendymaire*, 1874, p. 598). Il n'existe peut-être pas d'exemple de cette affection confirmé par l'autopsie. Nous avons eu l'occasion d'observer le suivant que nous publions, quoique l'histoire clinique de la malade soit fort incomplète.

Virginie E..., âgée de cinquante-cinq ans environ, était entrée dans le service de M. Isambert, à l'hôpital Saint-Antoine, le 9 septembre 1872, pour une paralysie incomplète, accompagnée de vives douleurs. Quand on essayait de la faire marcher, en la soutenant, on voyait que le membre inférieur gauche glissait sur le sol sans faire aucun mouvement; le droit pouvait exécuter quelques petits mouvements, mais tout à fait insuffisants pour la marche. Une fois couchée, la malade pouvait mouvoir les membres inférieurs, mais les mouvements ainsi obtenus étaient très-faibles. Les masses musculaires étaient très-amaigries. La sensibilité était conservée; il n'y avait pas de retard dans la perception des sensations. Les mouvements réflexes n'étaient pas exagérés. La malade éprouvait dans le membre inférieur gauche des douleurs fulgurantes, excessives, qui devinrent de plus en plus intolérables. Des douleurs de même nature se montraient assez souvent au côté gauche de l'abdomen. Le membre inférieur droit était aussi le siége d'élancements douloureux. Mais ceux-ci étaient beaucoup moins violents et moins fréquents que ceux du côté gauche. — La malade mourut de pneumonie le 3 décembre 1872.

A l'autopsie, nous avons trouvé un épaississement de la dure-mère, commençant à l'origine du renflement dorso-lombaire de la moelle épinière et se prolongeant jusque sur la queue de cheval. Il offre l'apparence d'une tumeur fusiforme, aplatie; il occupe presque exclusivement le côté gauche de la moelle épinière. Sur différentes sections transversales, il représente une espèce de croissant qui s'étend du sillon antérieur au sillon latéral postérieur du côté droit; la partie la plus épaisse répond à l'émergence des racines postérieures gauches; il offre à ce niveau, vers la partie moyenne du renflement dorso-lombaire, 5 à 6 millimètres de largeur. Il est intimement adhérent avec la pie-mère. Son aspect rappelle celui de la dure-mère, avec laquelle il se confond, mais que l'on distingue cependant à la partie externe; il est manifeste qu'il s'est développé à la face interne de cette membrane. La structure de cet épaississement est celle du tissu fibreux; on y remarque une quantité assez considérable de noyaux disséminés entre les lames de tissu conjonctif. Les racines postérieures et les racines antérieures paraissent comprimées pendant leur trajet au travers de cette néoplasie. La moelle épinière à ce niveau est un peu ramollie; après macération dans une solution étendue d'acide chronique, il existe dans ce point un état granuleux et des lacunes qu'on ne retrouve pas ailleurs.

Il nous est impossible de dire quelle altération la moelle épinière avait subie; car nous ne pouvons rien conclure de l'examen de nos préparations histologiques qui sont défectueuses. Il y a lieu de penser qu'elle était atteinte d'inflammation chronique, ou que, du moins, elle était comprimée depuis longtemps à ce niveau; car il existe une sclérose ascendante du cordon postérieur gauche, sclérose que l'on retrouve jusque dans la région cervicale.

Nous nous bornerons aux remarques suivantes : 1° l'altération de la dure-mère, dans ce cas, est absolument semblable à celle de la Pachyméningite cervicale hypertrophique, décrite par MM. Charcot et Joffroy; c'est une pachyméningite interne d'origine spontanée.

2° Comme dans la pachyméningite cervicale, les symptômes ont consisté en phénomènes douloureux et en une paralysie incomplète avec atrophie des masses musculaires.

5. Tuberculisation du poumon, du foie, des reins; mal vertébral de Pott; maladie bronzée; hémiplégie flasque des membres du côté droit; ramollissement du pied de la circonvolution frontale ascendante gauche; par Ferdinand Dreyfous, interne des hôpitaux.

Badière, 52 ans, entre le 23 octobre 1877 (service de M. Oulmont) à l'Hôtel-Dieu. Ce vieillard, à la face bronzée, amaigrie, venait d'être soumis aux plus déplorables conditions hygiéniques : il sort de la prison de Poissy. A son arrivée à l'hôpital, on ne constate que ceci : signes physiques d'emphysème pulmonaire, poussée aiguë de bronchite, caractérisée surtout par l'expectoration abondante, spumeuse et incolore. Il dit avoir depuis trois ans une bronchite chronique. Enfin, il fait remonter aussi à une époque assez reculée l'existence d'une tumeur grosse comme une tête d'enfant, fluctuante, qu'il porte à la région fessière gauche.

Dans la nuit du 29 au 30 octobre, il est réveillé par un besoin pressant d'aller à la garde-robe, fait sous lui, essaie de se lever pour aller aux cabinets, et ne peut se soutenir sur son membre inférieur droit; il tombe.

30 *et* 31. — Le 30, au matin, nous constatons qu'il lui est en effet impossible de se tenir sur sa jambe droite; au contraire, le membre supérieur n'est encore qu'incomplètement paralysé; le malade nous serre encore un peu la main, mais bien moins que du côté opposé. *Pas de paralysie de la face ni d'aphasie.* Cœur : bruit de galop à la pointe; athérome artériel. Albumine dans les urines (chaleur et acide nitrique). Temp. le 31 octobre : matin, 38°6; soir, 39°2.

1er *novembre*. — La paralysie est complète au membre supérieur; il y a une *hémiplégie flasque* des deux membres du côté droit. Rien à la face ni à la langue; pas d'aphasie, pas d'anesthésie. La température, aujourd'hui et hier, est élevée, mais au sommet gauche du poumon on constate une matité absolue et des râles muqueux; crachats de bronchite; langue humide.

2-3 *novembre*. — Même état.

1er *novembre*,	*matin* :	T. 38°,4.	*Soir* :	T. 38°,8.
2	—	—	T. 39°,2.	—	T. 38°,8.
3	—	—	T. 38°.	—	T. 39°.

4 *novembre*. — Etat général grave; beaucoup d'albumine dans l'urine; la langue reste humide.

5 *novembre*. — Pas de paralysie faciale.

6 *novembre*. — Agonie; il ne peut pas parler, prononce des paroles incompréhensibles, mais il remue bien la langue. — Mort dans la nuit du 7 au 8, à deux heures et demie du matin.

Autopsie faite le 9 novembre. *Thorax* : Les *poumons* sont tous les deux d'un poids énorme; ils sont durs, surtout le poumon gauche, au sommet. Un fragment du poumon droit, pris au sommet, surnage, un fragment du poumon gauche

© BIU Santé

pris au même point, tombe au fond de l'eau; le poumon droit est littéralement farci de tubercules jaunes. A gauche, outre l'infiltration tuberculeuse, il y a de la sclérose du poumon, surtout au sommet, avec un grand nombre de petites cavernes au milieu de ce tissu sclérosé. La plèvre est très-épaissie, notamment à la surface du poumon gauche.

Cœur chargé de graisse, fibre musculaire pâle, volume du cœur diminué. Pas de liquide dans le péricarde; léger épaississement du feuillet viscéral.

Abdomen. — *Foie*: Aspect du foie muscade; volume normal; çà et là quelques tubercules jaunâtres. *Rate* très-volumineuse; 480 grammes. Pas d'altération manifeste. *Reins.* — 1° Rein droit : on y constate un nombre considérable de tubercules visibles, soit sur la surface des coupes parallèles ou perpendiculaires à la surface, soit à la surface même du rein, sous la capsule, qui se détache facilement, et laisse voir de petits tubercules blancs-jaunâtres, entourés d'une zone rouge injectée. Dans son épaisseur, ils sont ou isolés ou confluents, plus nombreux dans le labyrinthe et les colonnes de Bertin; 2° L'autre rein n'est qu'une réunion de cavernes contenant une masse caséeuse, de forme pyramidale à base dirigée en haut, occupant exactement les pyramides de Malpighi, tandis qu'il reste à la surface assez de substance corticale pour qu'on y distingue des tubercules jaunes disséminés.

Capsule surrénale droite: Augmentée considérablement de volume, de poids et de consistance (véritable induration scléreuse). Or, la face offrait un teint bronzé assez marqué, et à la face interne des joues et sur la muqueuse de la lèvre inférieure, au niveau de la commissure gauche, il y avait une pigmentation manifeste.

Une ponction, pratiquée dans la tumeur de la région fessière, fait sortir une quantité considérable de pus mal lié. Le couteau, enfoncé dans les corps des vertèbres et dorsales, y pénètre facilement.

Cerveau. Pas de granulations tuberculeuses au niveau de la scissure de Sylvius. Les méninges n'adhèrent point, sauf au niveau du pied de la circonvolution frontale ascendante gauche. En les soulevant sur ce point, on entraine une sorte de membrane brun-foncé, qui ressemble à un caillot par sa couleur et sa consistance, sans que nous puissions distinguer s'il siége dans le sinus correspondant. Au-dessous des méninges, voici ce que l'on voit : *un foyer de ramollissement rouge* occupant la partie supérieure évasée de la *circonvolution frontale ascendante*, empiétant en avant sur la première frontale et en arrière sur la partie supérieure du bord antérieur de la circonvolution pariétale ascendante, qui offre aussi un piqueté brun-rouge et une consistance amoindrie. De plus, il y a un ramollissement blanc du *lobule paracentral* tout entier. Telle est la lésion : localisée à la région des centres psychomoteurs des membres et au lobule paracentral. Une section perpendiculaire à la surface démontre nettement que la lésion n'intéresse que l'écorce cérébrale. Les parties centrales et le centre ovale sont intacts.

En résumé : Ramollissement cérébral datant de neuf jours, chez un sujet tuberculeux et cachectique, par conséquent prédispose aux thromboses. Inutile d'insister sur l'importance de cette lésion *corticale* au point de vue de la doctrine des localisations. Elle confirme en tous points les résultats acquis dans ces derniers temps par l'Ecole de la Salpétrière.

M. Mossé présente un cas d'abcès solitaire du foie, consécutif à une dysentérie de Cochinchine. L'observation n'a pas été remise.

M. Duret dépose sur le bureau de la Société une brochure de M. le docteur Lebredo, de la Havane, intitulée : *Applicaciones que permite hacer à la fisiologia e a la terapeutica*, et demande que son auteur soit nommé membre correspondant. M. Lebredo est nommé membre correspondant de la Société anatomique.

Séance du 16 novembre 1877. — Présidence de M. Charcot.

6. Myxo-sarcome.

M. Marchand présente un myxo-sarcome du creux poplité, développé en six mois, sur un jeune homme de 19 ans. Le nerf sciatique est compris dans la tumeur qui a probablement pris naissance dans la gaine du nerf. L'observation n'a pas été remise.

7. Leucocythémie.

M. Abadie-Tourné présente des pièces provenant d'un cas de leucocythémie. L'observation n'a pas été remise.

8. Fistule vésico-intestinale ; par P. Bauchet, interne des hôpitaux.

M. X..., âgé de 67 ans, entre le 6 août 1877 à la Maison municipale de santé dans le service de M. Cruveilhier, suppléé alors par M. Nicaise. Dans les antécédents de ce malade on ne trouve que les accidents ordinaires dus aux calculs biliaires, dont il rendit une assez grande quantité il y a six ou sept ans. Peu de temps après bronchite intense. Depuis lors il avait toujours joui d'une bonne santé.

Le 16 juillet 1877, il éprouva pour la première fois quelques picotements en urinant, et deux jours après la miction était accompagnée du rejet d'un peu de sang. Trois jours plus tard des matières fécales étaient rendues par l'urèthre mêlées à l'urine. Tel est le début parfaitement précisé par le malade, de l'affection qui l'amène à la Maison de santé. Malgré un interrogatoire minutieux et maintes fois répété, nous ne pouvons obtenir aucun autre renseignement qui puisse en éclairer l'étiologie. Il affirme n'avoir jamais éprouvé auparavant de fortes douleurs abdominales, ni de constipation opiniâtre, ni aucun des phénomènes d'un rétrécissement intestinal. Jamais non plus de symptômes de phlegmon de la région iliaque ou pelvienne.

Depuis le début des accidents les matières fécales ont continué à être rendues avec les urines : elles s'y trouvent du reste en abondance variable : un jour il y en a à peine des traces, et l'urine ne laisse alors déposer qu'une matière épaisse, gris-sale, en grande partie formée par du pus; le lendemain au contraire on retrouve au fond du vase des masses brunâtres, quelquefois liquides et boueuses, quelquefois solides et moulées sur une ouverture étroite. Ces matières dont l'origine et la nature ne sauraient être douteuses paraissent avoir subi toutes les phases de la digestion et viennent par conséquent du gros intestin. En même temps il s'échappe par l'urèthre des gaz qui font bouillonner le liquide. Quand ces gaz passent de l'intestin dans la vessie, le malade dit en avoir très-bien la sensation et il éprouve immédiatement un vif besoin d'uriner. Aussi la miction est-elle très-fréquente; elle est aussi douloureuse et s'accompagne de forts picotements, surtout à l'extrémité de la verge.

Ces douleurs qui se font sentir pendant la miction ne sont intenses que lorsque des matières fécales sont expulsées par les voies urinaires; elles sont beaucoup moindres quand elles n'apparaissent pas dans l'urine.

La région hypogastrique est aussi douloureuse. La défécation s'accompagne aussi de ténesme vésical et de picotements dans l'uréthre. L'abondance des matières fécales rendues par l'anus est en raison inverse de celle des fèces expulsées par la vessie. Il y a quelque temps une légère quantité de sang a apparu dans les selles normales.

L'état général du malade à son entrée est assez bon ; toutes les apparences de la santé sont conservées. — Les fonctions digestives s'exécutent normalement. Le toucher rectal ne révèle absolument rien au sujet du siége et de la nature de la perforation qui doit s'être produite dans une région plus élevée, hypothèse que vient confirmer ce fait que les urines n'ont jamais paru passer par le rectum. L'exploration de la vessie isolée et combinée avec le toucher rectal, ne donne pas plus de renseignements. Une injection poussée dans la vessie est entièrement rendue par la sonde, rien ne passe par l'anus. La palpation de la région hypogastrique ne fait pas percevoir de tumeur. L'état du malade se conserva assez bon pendant les mois d'août et de septembre.

Des moyens palliatifs, tels que des lavages quotidiens de la vessie, l'entretien minutieux des fonctions digestives procurèrent même une notable amélioration des symptômes. Mais bientôt les périodes d'exacerbation devinrent plus fréquentes; les douleurs augmentèrent rapidement d'intensité, devinrent

© BIU Santé

presque continuelles. En même temps l'appétit se perdait et l'amaigrissement faisait de rapides progrès.

15 *octobre*. — Depuis plusieurs jours le malade ne peut presque rien manger; — les douleurs sont très-vives; — les selles presque exclusivement liquides, renfermant certainement de l'urine. Presque chaque jour le malade vomit après ses repas. — Affaiblissement notable.

25 *octobre*. — Tous les symptômes se sont aggravés rapidement; le malade dans la journée d'hier a eu une syncope. — Il est demeuré très-affaibli et succombe aujourd'hui.

AUTOPSIE. — Nous ne pouvons prendre que les pièces qui nous intéressent le plus immédiatement, la vessie et l'S iliaque: l'ouverture de l'abdomen nous montre que c'est au niveau de cette dernière qu'existait la communication anormale. — Pas de péritonite.

L'*S iliaque* dilatée et appliquée sur le sommet de la vessie; elle forme une masse de consistance résistante paraissant confondue avec le réservoir urinaire; le péritoine passe de l'une à l'autre en les réunissant. — Les pièces sont enlevées et préparées, on remarque les particularités suivantes: entre la vessie qui est petite, ratatinée et l'S iliaque (portion concave en dedans), existe une poche limitée de toutes parts par des fausses membranes faciles à déchirer, cette poche est capable de loger environ une grosse noix.

A ce niveau la paroi gauche de la vessie, près de son sommet, est le siége de deux petites perforations du diamètre d'une lentille et séparées l'une de l'autre par une très-mince languette de paroi vésicale. La face interne de la vessie n'offre aucune autre ulcération, elle est lisse, régulière, sans colonnes charnues, malgré l'épaississement notable des parois.

La portion de l'S iliaque, en rapport avec la vessie par l'intermédiaire de la loge enkystée, est volumineuse, de consistance solide, comme il a été dit, sur une étendue de 6 centimètres; au-dessus et au-dessous d'elle l'intestin s'affaisse sous la pression; la partie supérieure n'est pas énormément dilatée. Cette portion qui est certainement le siége du rétrécissement, est recouverte de gros appendices épiploïques graisseux et en outre d'un amas de graisse plus régulier.

L'*intestin* est ouvert par son bord externe. La portion qui précède la masse solide est le siége de plusieurs ulcérations plus ou moins profondes en général du diamètre d'une pièce de 50 centimes. A la partie inférieure, elle paraît se terminer en cul-de-sac au niveau de la masse solide, et à ce niveau, en soulevant des replis muqueux très-développés, on découvre une perforation qui admet l'extrémité de l'index et fait communiquer l'intestin avec la poche intermédiaire à lui et à la vessie. Cette première perforation se trouve à la paroi inférieure et près du bord interne de l'S iliaque; un peu plus en dehors en existe une autre analogue, cachée également par les replis muqueux qu'il est nécessaire de soulever pour l'apercevoir.

Le bout inférieur étant également incisé, on voit à la ponction, avec l'extrémité inférieure du rétrécissement, des replis comme valvulaires, plus longs encore et plus développés que ceux que nous remarquons à l'extrémité supérieure. Ces replis sont du reste manifestement recouverts par une muqueuse lisse, souple et absolument saine. En les soulevant on aperçoit une large perforation d'un centimètre de diamètre au moins, faisant communiquer ce bout inférieur avec la même poche qui recevait les matières fécales du bout supérieur. De cette poche les pièces se distribuaient donc en partie dans la vessie, en partie dans le rectum, ce qui explique comment avec un rétrécissement qui paraît très-serré le malade avait encore des garde-robes normales en apparence. Une seconde perforation plus petite, facilite encore la communication entre le bout rectal et le réservoir pathologique.

Quant au point rétréci lui-même il offre en haut, s'ouvrant dans le calibre de l'intestin, un orifice situé comme au fond d'un entonnoir formé par ses replis que nous avons signalés; un stylet qu'on y fait pénétrer traverse facilement le rétrécissement et apparaît à l'extrémité supérieure en soulevant les replis analogues: ceux-ci forment aussi à l'ouverture inférieure du rétrécissement un infundibulum plus irrégulier, plus long que le supérieur. Le calibre du rétrécissement tout entier est capable d'admettre une grosse plume d'oie; mais les matières devaient s'y engager bien difficilement eu égard à ces espèces de valvules qui en masquaient l'entrée.

Ce trajet est incisé et étalé. On reconnaît alors qu'il est tapissé par une muqueuse lisse se continuant avec la face interne des replis dont la face externe se continue avec la muqueuse des deux portions (supérieure et inférieure), adjacentes de l'intestin.

La paroi du rétrécissement a plus d'un centim. d'épaisseur; mais elle est formée en grande partie par un amas régulier de graisse qui se distingue très-bien de la paroi propre de l'intestin; celle-ci est, du reste, épaissie aussi, mais ne paraît pas être le siége d'une altération organique qui n'expliquerait pas du reste, l'existence de ces replis si développés et parfaitement souples.

Mais en examinant avec attention la face supérieure du point retréci, on découvre un petit orifice qui forme l'entrée d'un trajet parallèle au premier trajet central déjà ouvert, lui étant excentrique et supérieur et s'ouvrant comme lui dans le bout inférieur, en s'élargissant peu à peu et paraissant s'y continuer aussi avec la muqueuse intestinale.

On ne pouvait guère désormais songer qu'à une invagination d'une courte portion d'intestin dans l'S iliaque; les faces péritonéales du cylindre interne et du cylindre moyen, avaient dû adhérer complètement, en produisant cet épaississement de la paroi intestinale. — La cavité muqueuse existant entre la face muqueuse du cylindre moyen et celle du cylindre externe avait en partie disparu par suite du travail inflammatoire et de mortification qui s'était produit au niveau du collet de l'invagination, et à la partie inférieure de celle-ci; mais le canal excentrique à celui du cylindre interne en était un vestige. Ajoutons enfin pour corroborer cette hypothèse, que nous découvrons au point opposé à ce trajet, c'est-à-dire au-dessous du canal central, un autre trajet s'ouvrant dans les deux bouts de l'intestin, et se continuant manifestement par son ouverture inférieure du moins avec la muqueuse intestinale.

En outre, au-dessous et au-dessus du retrécissement, la surface interne de l'intestin était plissée comme ayant subi la rétraction du méso-colon.

Nous ne pensons pas non plus qu'on puisse expliquer autrement la présence de ces longs replis qui pendaient librement dans le bout inférieur qui comme l'extrémité des cylindres invaginé.

9. Névrôme Amyélinique sous-cutané; par M. DESPRÉS.

M. DESPRÉS présente une petite tumeur cutanée sur une jeune fille de 11 ans, cette tumeur du volume d'une noix était située à la partie supérieure du creux poplité et était situé immédiatement au-dessous de la peau à laquelle elle adhérait. Elle présentait une grande dureté et a été diagnostiquée tumeur fibreuse. A l'examen on constate qu'il s'agit d'une tumeur ramifiée à petits lobules.

Je présente cette tumeur qui est congenitale mais a acquis un développement assez rapide depuis 6 mois; à la naissance elle était grosse comme un pois. Je suivrai cette malade et nous verrons si le pronostic des histologistes et des cliniciens peut être aujourd'hui porté d'une manière précise eu égard à la récidive.

M. MALASSEZ. — Le pronostic n'est pas du ressort direct de l'histologie. La bénignité ou la malignité des tumeurs nous sont révélées par l'observation clinique: c'est aux cliniciens qu'il appartient de nous les faire connaître.

Le rôle des histologistes consiste, surtout en présence d'une tumeur, à décrire les tissus qui entrent dans sa composition. Lorsque la science sera assez avancée on pourra peut-être, connaissant la nature histologique d'une tumeur, savoir avec certitude si elle est destinée à récidiver ou non. Pour le moment il est impossible de le faire, au moins dans tous les cas, et ce serait s'exposer à discréditer les recherches micrographiques que de leur demander des résultats qu'elles sont incapables de fournir. Dans tous les cas, toutes les fois que d'après l'examen histologique on peut affirmer la malignité d'une tumeur, c'est en s'appuyant sur des notions révélées antérieurement par la clinique.

© BIU Santé

Examen histologique de la tumeur précédente, par M. Malassez. — La tumeur est située à la face profonde du derme. A l'œil nu on voit qu'elle est composée de petites masses sphériques ou ovoïdes du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois. — Au microscope, ces lobules présentent une enveloppe mince formée de tissu conjonctif. Leur intérieur est homogène et constitué par des éléments d'apparence fusiforme coupés en long ou en travers et donnant grossièrement l'aspect d'un sarcôme fasciculé. En dehors de ces lobules relativement volumineux, on en distingue d'autres plus petits, visibles seulement au microscope, disséminés entre les faisceaux du tissu conjonctif. Les uns ont une forme allongée et sont composés par une masse fibrillaire très-fine, sinueuse, dans laquelle sont plongés des noyaux allongés. Ces apparences rappellent tout à fait celles que donne un nerf amyélinique coupé dans le sens de sa longueur. On pourrait à première vue les confondre avec des faisceaux d'éléments fasciculés, coupés dans le sens de leur longueur. Mais en y regardant de plus près, on voit que ce tissu finement fibrillaire, dans lequel sont plongés les noyaux ne donne pas l'aspect d'un enchevêtrement de cellules fusiformes.

Sur d'autres points les petits lobules microscopiques ont une forme arrondie, et présentent, au milieu d'une masse finement granuleuse, des noyaux arrondis. Ces noyaux ne sont pas entourés d'une masse protoplasmique à limites distinctes comme s'il s'agissait d'éléments sarcomateux ou de fibres muculaires lisses coupés en travers. Les éléments qui entrent dans la composition des lobules visibles à l'œil nu, sont tout à fait semblables à ceux qui viennent d'être décrits dans les lobules microscopiques. Il n'y a entre eux qu'une différence de volume. M. Ranvier, à qui les préparations microscopiques ont été soumises, pense que la tumeur toute entière est un *névrôme amyélinique*.

M. Castex présente des testicules tuberculeux. L'observation n'a pas été remise.

10. Développement d'un cancroïde sur une plaque de psoriasis du doigt ; par le Dr A. Cartaz.

Le malade, auquel on a pratiqué l'amputation du doigt pour un épithélioma, est un homme de 40 ans, bien portant, n'ayant jamais eu d'autre affection qu'un psoriasis dont le début remonte à vingt-trois ans. Rien dans les antécédents du côté de sa famille. Le père et la mère n'étaient atteints ni de rhumatismes, ni d'affections cutanées. Pas de scrofule, pas de syphilis.

Le psoriasis a débuté par les coudes, s'est montré ensuite à la plante des pieds et successivement sur différents points du corps. Actuellement on en trouve des traces aux bras, aux deux mains, aux genoux, à la plante des pieds, sur la poitrine et dans le pli inguinal gauche. Les ongles, surtout aux mains, sont complétement déformés par suite de la maladie. Il y a quinze ans que sont apparus les premiers symptômes d'un emphysème pulmonaire qui varie d'intensité suivant le plus ou moins d'étendue des poussées cutanées et augmentait notablement sous l'influence de la disparition du psoriasis.

Le psoriasis a déterminé sur la paume des mains et la plante des pieds de grosses écailles verruqueuses, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Il y a un an au mois de septembre, à la suite de grattages répétés sur une de ces productions siégeant sur la face palmaire de l'annulaire de la main droite, au milieu de la deuxième phalange, il arracha cette écaille et détermina une petite ulcération. L'irritation déterminée par le frottement fit bourgeonner la périphérie. A plusieurs reprises le malade arracha ces bourgeons; mais peu à peu l'ulcération s'étendit, et au mois de mai dernier, il se présentait à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, porteur d'une ulcération de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. On lui prescrivit des cataplasmes et des frictions à l'huile de cade.

Peu après un médecin crut reconnaître une lésion syphilitique, institua un traitement spécifique et appliqua localement un pansement au diachylon; ce traitement continué pendant un mois n'amena aucune amélioration. Il lui fit alors subir une cautérisation énergique au nitrate d'argent; cette cautérisation fit saigner très-abondamment l'ulcére qui, à partir de ce moment, s'agrandit rapidement.

Cette ulcération mesurait en effet, quand je vis le malade, quatre centimètres de largeur, était arrondie, à bords calleux, cicatriciels, à fond bourgeonnant, saignant au moindre attouchement, présentant tous les caractères du cancroïde. De plus on trouvait un petit ganglion épitrochléen, dur, mobile, indolent, dont le malade ne s'était jamais aperçu. Rien dans l'aisselle. Le diagnostic de cancroïde étant établi, on se décida à enlever le doigt.

L'opération fut pratiquée le 10 novembre par le procédé ovalaire (désarticulation métacarpo-phalangienne). Le malade est, à l'heure qu'il est, aussi bien que possible.

SOCIETÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 décembre 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Delens lit un rapport sur les travaux présentés à la Société par les concurrents au prix Duval.

M. Périer lit au nom de M. Farabeuf, un rapport sur les candidatures aux titres de membres correspondants nationaux. — M. Ledentu termine la lecture de son rapport sur les localisations cérébrales au point de vue chirurgical.

M. Lucas Championnière. A l'occasion d'une communication de M. Terrillon, M. Ledentu a fait une étude très-intéressante des localisations cérébrales dans leur rapport avec le diagnostic chirurgical et le trépan.

M. Ledentu a déprécié l'importance chirurgicale des localisations. Cette importance est très-supérieure à celle que peuvent présenter les cas médicaux proprement dits. En effet, dans la pathologie médicale, on n'a affaire généralement qu'à des lésions localisées, qui, résultant pour la plupart de troubles circulatoires, occupent presque toujours les mêmes siéges. Les traumatismes, au contraire, intéressent les différents centres moteurs sans prédilection; il s'en suit que les paralysies limitées et les associations de symptômes sont beaucoup plus variées.

Quant à la gravité de la trépanation, elle a été exagérée par M. Ledentu, lorsqu'il considère cette opération comme un dernier recours. La méthode de Lister en rend la gravité encore beaucoup moins grande.

A cinq heures, la Société se réunit en comité secret. E. B.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I.—De quelques points de l'art de prescrire pour les enfants, par R. Farquharson. (*British med. Journal*, n° 874.)

On est frappé de voir, dit l'auteur, combien sont peu connues les doses à employer dans la thérapeutique des maladies de l'enfance. Presque partout, on se contente de proportionner la dose à l'âge du petit patient, quelle que soit la substance employée; de là ces tableaux de réduction qu'on trouve en tête de nos formulaires. Il y a quelques années un étudiant se serait fait refuser à des examens s'il avait dit à ses juges que l'enfant supporte une dose de belladone capable d'entraîner des accidents chez l'adulte. Il ne faut, du reste, pas croire qu'un médicament à dose insuffisante soit pour cela sans effet; trop faible pour produire un résultat salutaire, elle peut cependant faire un certain mal : ainsi, un purgatif insuffisant sera un irritant de l'intestin; un narcotique pris à petite dose causera de l'insomnie, etc.

Etant donc admis qu'un médicament n'est utile que si on l'administre à dose pleine, l'auteur établit comme première proposition, que les enfants supportent, pour beaucoup de médicaments, une dose aussi élevée que celle des adultes; mais il faut dire que M. Farquharson ne s'occupe que de la seconde enfance, et que, comme tout le monde, il admet que, dans la première enfance, il faut être d'une réserve extrême surtout pour les préparations opiacées.

En prescrivant pour l'adulte, on est souvent embarrassé par la diversité des effets produits par un même médicament chez différents sujets; tel malade aura une poussée d'acné après l'ingestion de quelques grains de bromure de potassium, ou

© BIU Santé

salivera après une friction mercurielle ; on n'observera rien de tel dans l'enfance ; à cet âge, tous les organismes réagissent de même en présence des médicaments, il n'y a pas encore d'idiosyncrasies de dessinées, aussi peut-on mieux compter sur les résultats d'une thérapeutique opportune. Pourquoi en est-il ainsi ? Peut-être parce que les enfants absorbent moins rapidement les poisons par la muqueuse digestive ; ne voit-on pas les lapins brouter, sans accidents, la belladone, et les pigeons résister à l'action si dangereuse de la strychnine ?

Il est cependant probable que telle n'est pas la raison et qu'il faut plutôt la chercher dans les conditions de nutrition rapide qui caractérisent la physiologie de l'enfance. Le sang, et par conséquent les tissus, sont dans un état d'activité excessif ; à une rapide assimilation succède une désassimilation proportionnelle ; les médicaments, comme les métaux, se combinent probablement avec l'albumine du fluide nutritif et de là sont rejetés loin de l'économie ; d'autres substances, agissant surtout sur les centres nerveux, sont expulsées avant qu'elles n'aient eu le temps de produire leurs effets, et d'une façon tellement rapide que leur accumulation est impossible dans les tissus.

Après ces considérations générales, l'auteur entre dans le détail des faits particuliers ; il administre des doses relativement élevées de bromure de potassium, mais a remarqué que l'iodure de potassium est beaucoup moins bien supporté. L'arsenic s'emploie sans causer d'accidents à la dose de 6 gouttes pour un enfant de six ans ; l'auteur a même poussé jusqu'à 16 gouttes par jour chez une fillette de 10 ans, atteinte d'un psoriasis invétéré ; on peut également administrer l'acide prussique à la dose de 1 à 2 gouttes ; on sait depuis longtemps que les vomitifs doivent être donnés à larges doses chez les enfants.

Mais où l'on s'aperçoit bien des différences qui permettaient à l'auteur de considérer les enfants comme plus réfractaires aux médicaments que les adultes, c'est dans l'emploi de la belladone. Il y a quelques années, Fuller avait déjà signalé ce fait, M. Farquharson l'a souvent vérifié ; il a très-souvent donné 20 à 30 gouttes de teinture de belladone à des enfants de 15 mois à cinq ans ; il a remarqué, en outre, que plus l'enfant est jeune moins rapidement paraissent les symptômes toxiques ; de même chez l'enfant de 10 ans, un ou deux drachmes (30 à 60 gr.), ne causent pas d'accidents, tandis que 10 gouttes par jour produisent, assez souvent, de la sécheresse de la gorge chez l'adulte. M. Farquharson a présenté ces considérations à la *British medical Association*, (session de Manchester).

H. de B.

BIBLIOGRAPHIE

I. De l'atrophie du membre abdominal dans la coxalgie ; par le Dr Léo Berguien. In-8 de 56 p. Paris, 1877.

II. La goutte articulaire ; par le Dr Nivelet père (de Commercy), 1877.

III. De la convalescence confirmée ; par le Dr E. Braive, chez A. Delahaye, Paris, 1877.

I. Par des mensurations prises, aussi exactement que possible, sur plus de trente sujets, M. le Dr Berguien a démontré que, dans toute coxalgie, il y a atrophie du membre abdominal. Cette atrophie porte tant sur le système osseux que sur le système musculaire ; elle est plus marquée dans la coxalgie suppurée que dans la coxalgie simple, et d'autant plus accentuée que l'affection est plus ancienne. L'atrophie des muscles est proportionnelle à leur volume ; celle de la rotule est plus grande que celle des autres parties du squelette, parce qu'elle reçoit le contre coup des altérations musculaires. Quant aux autres os du membre malade, ce sont les plus éloignés de l'articulation coxo-fémorale qui sont le plus atrophiés. Pour M. Berguien, cette atrophie serait due à un apport moins considérable du liquide nourricier dans les artères du membre abdominal, ce que prouverait une différence de température très-appréciable (?) entre le côté sain et le côté malade.

II. Pour se venger, sans doute, de la goutte qui le travaille, M. Nivelet a publié contre elle une brochure qui ne manque pas de verve. Après avoir énuméré les causes prédisposantes et occasionnelles de la goutte, il insiste sur l'utilité d'un régime prophylactique.

III. Le titre inscrit sur la thèse de M. Braive promet plus que ne donne l'auteur. Néanmoins, il a étudié avec assez de soin certains points de la question. Des recherches que M. Braive a faites, il résulte que, pendant la convalescence des fièvres continues, de la pneumonie et de la pleurésie, la température et le pouls restent voisins de la normale ; le poids du corps suit une marche ascendante ; la force musculaire s'accroît d'une façon constante et régulière ; l'urée est excrétée en grande quantité pendant la convalescence confirmée de la fièvre continue et diminue quand la convalescence touche à sa fin.

I. Besson.

VARIA

Le docteur Dolbeau et Mlle Stolz.

Une réclamation, portant sur une question bien délicate, est faite par les héritiers du dr Dolbeau à Mlle Stolz, une demi-mondaine qui, nous a-t-on dit, a obtenu, sur une scène parisienne, de véritables succès de formes et de beauté. Il y a deux ou trois ans, Mlle Stolz avait tout ce qu'il faut pour être heureuse, et pour faire le bonheur de ceux qui l'entouraient. Elle était bonne, aimable, jolie, bien faite. Elle avait même, paraît-il, quelque chose de plus que n'ont d'ordinaire les jolies femmes, un je ne sais quoi impossible à dire, même en se servant de la plus savante des périphrases. Ce je ne sais quoi l'inquiétait. Mlle Stolz croyait, à tort ou à raison, qu'une femme doit ressembler à une autre femme, et qu'un charme inutile ne compte pas aux yeux des hommes. Une fois entrée dans cet ordre d'idées, elle se dit que M. le docteur Dolbeau lui donnerait certainement un bon conseil si elle allait le consulter sur cette grave affaire.

Le docteur la rassura, la complimenta, et lui déclara tout net qu'elle était charmante comme elle était, et qu'il serait tout à fait fâcheux, dangereux peut-être, de changer quoi que ce fût à ce qui existait. Mais Mlle Stolz persistant à rentrer dans la banalité des choses, il fut décidé que le docteur l'aiderait à revenir à la voie commune.

L'opération eut lieu et elle réussit à souhait. Mlle Stolz en remercia M. Dolbeau avec l'effusion d'un jeune cœur qui renaît à l'espérance. Mais quand il s'agit de payer le docteur, ce fut une autre affaire. De là naquit une contestation qui, il y a deux ans environ, fut jugée à la sourdine par le tribunal civil. Aujourd'hui, comme nous l'avons dit, cette cause épineuse revient devant la cour.

M. le docteur Dolbeau, qui n'avait point été payé, s'était cependant montré galant au dernier point : « Pas d'argent, avait-il dit à Mlle Stolz. Ce que j'aurais à vous demander vous effraierait trop. Donnez-moi seulement ce magnifique cheval qui fait l'ornement de votre écurie, et je vous tiendrai quitte. »

La jeune femme ne l'entendit point ainsi. Elle voulait garder son cheval, un souvenir, dit-elle. Ce que voyant, l'habile chirurgien a dû parler d'honoraires ; il demanda quatre mille francs pour cette opération délicate. Mlle Stolz estima que quatre mille francs constituaient une rémunération exagérée pour le service que le docteur lui avait rendu. Elle lui en offrit deux mille, plus cinq cents francs pour le jeune interne qui avait eu la bonne fortune d'assister l'homme de l'art. Le docteur repoussa cette offre et plaida une première fois devant le tribunal civil, devant la Cour ensuite. Me Octave Falateuf s'est présenté pour Mlle Stolz ; les plaidoiries ont été curieuses. Citons un incident assez drôlatique :

M. le Président. — Mais enfin, Me Falateuf, indiquez donc à la Cour, d'une façon précise, en quoi consistait cette opération mystérieuse qui fut pratiquée par le docteur Dolbeau ? Vous nous parlez par périphrase, par sous-entendus, par énigmes... La Cour désirerait cependant être édifiée. (Approbation.)

Me Falateuf (timidement). — Mais, monsieur le président, vous apprécierez les difficultés, la délicatesse de l'affaire... Je ne sais vraiment comment m'expliquer... Mon honorable contradicteur, Me Durier, qui plaide pour la famille du docteur Dolbeau, et qui, en somme, fait le procès, vous dira tout à l'heure... M. Durier s'est récrié, et l'on est arrivé, mais non sans peine, à mettre les points sur les *i*.

La Cour a pensé, du reste, comme les juges de première instance, que l'illustre docteur réclamait trop d'honoraires pour la peine qu'il avait prise, et qu'il avait chiffré trop haut le temps qu'il avait passé dans l'intimité d'une jolie femme. Elle a donc estimé que la somme de deux mille francs était suffisante, et que Mlle Stolz avait eu raison de ne rien offrir de plus (*Le Moniteur universel.*)

Les étudiants de l'Université de Berne.

L'Université de Berne compte, pour le semestre d'hiver 1877-1878 : 295 étudiants réguliers et 98 auditeurs, qui se répartissent comme suit : faculté de théologie, 19 ; faculté de théologie catholique, 17 ; faculté de droit, 102 ; faculté de médecine, 134 ; faculté de philosophie, 121. Dans ce nombre, il y a 154 Bernais, 113 Suisses d'autres cantons, et 28 étrangers. Le nombre des

© BIU Santé

étudiants s'élève à 19, dont 10 dans la Faculté de médecine. L'école vérinaire est fréquentée par 17 élèves.

Alimentation publique.

Nous avons entretenu nos lecteurs des premiers essais d'importation de viandes fraîches d'Amérique conservées par les procédés réfrigérants. L'esprit d'initiative et d'entreprise de l'industrie française ne devait pas s'en tenir aux résultats de la première tentative faite par le *Frigorifique*, bien qu'ils constituassent déjà un notable progrès sur les procédés employés à bord des steamers anglais pour la conservation des viandes transportées des Etats-Unis en Angleterre.

Au mois d'août dernier, le vapeur français *Paraguay*, muni d'appareils spéciaux du système Carré-Julien pour la conservation des viandes par la congélation, partait de Marseille pour Montevidéo et Buenos-Ayres. A la différence du *Frigorifique*, où le refroidissement se fait par l'éther méthylique et n'atteint que 0 degré, les appareils du *Paraguay* fonctionnent au moyen de l'ammoniaque et peuvent produire un froid de 20 degrés. La viande y est donc gelée non point à la surface seulement, mais dans toute son épaisseur.

A son départ de Marseille, le *Paraguay* emportait dans ses cales à froid vingt moutons et deux bœufs marqués du sceau du consul de la République Argentine, afin de rendre toute substitution impossible. Les journaux et les correspondances que nous recevons de Buenos-Ayres ne laissent aucun doute sur le succès de cette nouvelle tentative. La viande conservée depuis le départ de Marseille, c'est-à-dire pendant plus d'un mois, a été livrée à la consommation à Montevidéo et à Buenos-Ayres. Plusieurs centaines de personnes l'ont goûtée. L'opinion est unanime. Il était impossible de mieux résoudre les conditions multiples du problème : le goût de la viande au dégel est ce qu'il était au moment de l'abatage. La congélation prolongée à laquelle elle a été soumise n'en a altéré ni l'aspect, ni la saveur, ni les qualités nutritives. Il résulte d'un rapport rédigé par M. Alfred Ribéren, au nom d'une commission d'expertise formée de délégués de la société rurale de la Plata et des délégués du gouvernement argentin :

1° Que l'aspect de la viande *congelée* est comme si elle était *pétrifiée*; 2° Que l'aspect, à l'œil, de la viande une fois dégelée est *entièrement semblable* à celui de la viande provenant d'un animal récemment abattu; 3° Que son goût ne s'écarte en rien du naturel; 4° Que la viande, avant de se dégeler, reste suffisamment de temps *pour être transportée en wagons* garnis d'isolants; circonstance, ajoute le rapporteur, qui met hors de tout calcul l'horizon de ses débouchés.

Le public parisien ne tardera pas à pouvoir apprécier le mérite du nouveau procédé. Le *Paraguay* a quitté Buenos-Ayres, et, plus récemment, Montevidéo, faisant route vers le Havre, avec une cargaison de 10,000 moutons. Du Havre, où le *Paraguay* arrivera dans les derniers jours de décembre, une portion du chargement sera dirigée sur Paris.

A son prochain voyage, il chargera 50,000 moutons. En supposant qu'il fasse quatre voyages par an et que les armateurs du *Paraguay* aient quatre vapeurs aménagés de la même façon, c'est une exportation annuelle de 800,000 moutons valant, au port d'embarquement, 4 millions de francs, sans la peau et les abats. Le gouvernement et la presse de Buenos-Ayres ont suivi avec le plus vif intérêt une tentative qui ouvre à l'agriculture argentine un si important débouché. Le succès n'en serait pas moins important pour l'Europe, dont la population pourrait être pourvue d'une viande excellente à des conditions de bon marché qui la mettraient à la portée de tous. — (*Journal officiel*).

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard commenceront, le 15 janvier, à 4 h. 1/2, un nouveau cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois. Il comprendra quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique; 2° Eutocie; 3° Dystocie et opérations; 4° Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cours de pathologie interne. — M. le dr Sevestre reprendra son cours de pathologie interne le *lundi 7 janvier*, à 5 h., dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. (*Maladies de l'estomac, de l'intestin, du foie*, etc.)

Pathologie interne. — M. le dr Henri Huchard, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours de *pathologie interne* le lundi 7 janvier, à 3 heures (amphithéâtre n° 3) et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Il traitera, en premier lieu, des fièvres éruptives.

1. Elixir fortifiant contre l'anémie.

Extrait de cascarille	15	grammes.
Extrait de gentiane	15	—
Délayez dans :		
Eau de menthe poivrée	1000	—
Ajoutez :		
Teinture de mars astringente	60	—

Filtrez : on en donne quelques cuillerées par jour, une le matin à jeun, une avant le déjeuner, et une avant le dîner.

2. Préparations de valérianate de zinc.

Le valérianate de zinc se donne en pilules :

Valérianate de zinc	6	décig.
Gomme adragante	2	grammes.

Pour 12 pilules, à prendre une le matin et une le soir.

Ou bien :

Valérianate de zinc	6	décig.
Sucre en poudre	3	grammes.

Mêlez et divisez en 24 paquets dont on donnera un à quatre par jour, suivant les indications.

Ou bien :

Eau distillée	120	grammes.
Valérianate de zinc	10	centig.
Sirop de sucre	30	grammes.

Une cuillerée toutes les demi-heures. — (*Dictionnaire de Thérapeutique*).

Faculté de médecine de Paris. — Ont été appelés à l'activité à dater du 1er novembre 1877, les agrégés stagiaires de la Faculté de médecine de Paris, dont les noms suivent : *Section de médecine* : MM. Dieulafoy, Grancher, Legroux. — *Section de chirurgie* : MM. Berger, Pozzi, Marchand, Monod. — *Section d'accouchements* : M. Chantreuil. — *Section des sciences physiques, chimiques et naturelles* : MM. Bourgoin, Gay, de Lanessan.

Assistance publique. — M. H. Roger, médecin honoraire des hôpitaux, a fait remettre à M. le directeur de l'assistance publique, la somme de 430 fr. pour les pauvres des vingt arrondissements.

Corps étranges dans l'œsophage d'un enfant de huit jours. — Rapport de M. le dr Baudry, d'Evreux. Une fille mère accouchée depuis huit jours, nourrissait au biberon son enfant qui était très-fort, bien venant. Il ingurgitait avec avidité et avec force le lait qui lui était présenté dans une fiole, à laquelle était fixée par un fil une petite éponge introduite dans le goulot, comme on en trouve encore beaucoup dans nos campagnes.

Vers deux ou trois heures du matin, la mère remplit de lait tiède ce biberon et le présenta à son enfant. La force de succion s'exerça de telle façon que bientôt la fiole fut vide, et que l'éponge, détachée du col, fut avalée et resta à l'entrée de l'œsophage, qu'elle obstrua complétement, comprimant en même temps la trachée artère, de manière à gêner la respiration et à asphyxier le malheureux enfant, qui succomba quelques heures plus tard. Le fil qui retenait l'éponge céda-t-il accidentellement aux efforts de la succion, ou fut-il coupé dans un mauvais dessein ? C'est, jusqu'à ce jour, un problème dont la justice, qui informe, s'occupe d'avoir la solution. (*Union médicale.*)

Nécrologie. — Nous apprenons la triste nouvelle de la mort de M. le dr Delacroix, médecin inspecteur des Thermes de Luxeuil, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Besançon. — (*Gazette hebdomadaire*).

La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques, réunie en assemblée générale, le 16 décembre 1877, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1878 : *Président*, M. Edouard Laboulaye, de l'Institut. — *Vice-présidents*, MM. le baron Larrey, Colmet Daage, Paul Pont et le dr Jules Bergeron. *Secrétaire général*, dr L. Lunier. *Secrétaires généraux adjoints*, MM. Edmond Bertrand et dr Decaisne *Secrétaire des séances*, drs Magnan et Vidal. *Bibliothécaire-Archiviste*, dr A. Motet. *Trésorier*, M. Gust. Maugin. — Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de Caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalés comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance. Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 1er février 1878, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, boulevard St-Germain.

Fauconneau-Dufresne (V.-A.). — Titres médicaux des thermes de Dax comme station hivernale. Paris 1877, in-8 de 160 pages.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

Besnier (Jules). — Contribution à l'étude des hématocèles péri-utérines et notamment de l'hématocèle par néo-membranes pelviennes. — De la pachy-péritonique hémorrhagique. Paris 1877, in-8 de 104 pages. — Prix : 2 fr.

Librairie G. MASSON, rue Hautefeuille.

Burdel (Ed.). — Le vin dans la Sologne considéré comme prophylactique puissant des fièvres telluriques. Lettres médicales. Paris, 1877. Grand in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Campbell (Ch. James). — Considérations nouvelles sur l'anesthésie obstétricale. Paris, 1877, 1re partie, 1 vol. in-8 de 224 pages. — Prix : 4 fr.

Chassagny (de Lyon). — Compression et immobilisation méthodiques par l'air ou par l'eau, pansement des plaies avec occlusion hermétique. Paris, 1877, grand in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 50.

© BIU Santé

WORMS (J.) — Note sur un cas d'atrophie musculaire progressive avec paralysie glosso-labio-laryngée. Sclérose symétrique des cordons latéraux de la moelle et des pyramides, avec atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle et des racines et noyaux de l'hypoglosse, du spinal et du pneumogastrique. Paris 1877, in-8 de 16 pages.

ALEXANDROFF (G.-N.). — Clinique ophthalmologique du dr Metaxas. Du chlorhydrate de pilocarpine en injections hypodermiques contre certaines affections oculaires. Marseille, 1877, imprim. Samat, in-8 de 21 pages.

CAMPBELL (Henry S.). — Pneumatic self replacement in dislocations of the gravid and non-gravid uterus. Augusta, Georgia 1876, in-8 de 42 pages.

BEARD. (GEORGE). — The scientific basis of delusions. A new theory of trance, and its bearings on human testimony, 1877, New-York. Putnam's sous, in-8 de 47 pages.

PROCEEDING of the Association of medical officiers of american institutions for sdiotic and Feebleminded persons. — Sessions : media, june 6-8, 1876, columbus, june 12-15, 1877. Philadelphia : J.-B. hippincott et Co, 1877, in 8 de 35 pages.

BHOLANOTH ROSE. — Principles of rational therapeutics, commenced an enquiry into the relative value of quinine and arsenic in ague. London 1877, J. et A. Churchill, 11 new Burlington street, in-8 de 88 pages.

THE ROYAL LONDON OPHTHALMIC HOSPITAL REPORTS and Journal of ophthalmic medicine and surgery. Edited by J. Hutchinson vol. IX. Part. II december 1877. J. and. A. Churchill, 11 new Burlington street. in-8 de 274 pages.

CESARI FILIPPO. — Il taluya contro la scrofula et la sifilide. Roma 1877. Tipogr. romana. Piazza s. Silvestre 1875, in-8 de huit pages.

MUARI (Aug.). — Sulla diagnosi d'Apertura nel setto interventricolare et di tubercoli nel polmone. Firenze, 1877, tipogr. cenniana, in-8 de 31 pages.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés dont l'abonnement est terminé depuis le 31 décembre que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le 25 janvier, augmentée* D'UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous leur rappelons que le meilleur mode de paiement consiste en l'envoi d'un mandat sur la poste.* — LA TABLE DES MATIÈRES *paraîtra dans le courant de janvier. — Nous invitons enfin nos abonnés, auxquels il manquerait des nos de l'année 1877, à nous les réclamer avant le 1er février.*

Chronique des Hôpitaux.

Le *Progrès médical* a pris, le premier, il y a plusieurs années, l'habitude de publier au commencement de janvier la liste de tous les services hospitaliers dépendant de l'Assistance publique, avec les noms des chefs de service, des internes titulaires et provisoires. Cette idée a paru bonne et a trouvé des imitateurs, ce dont nous n'avons qu'à nous louer. En ce qui nous concerne, nous n'avons aussi qu'à persister : Voici la liste nouvelle.

Hôtel-Dieu. — *Médecins* : M. le professeur G. Sée, chef de clinique, F. Raymond. — M. Guéneau de Mussy ; interne, Déjerine. — M. Fauvel ; interne, Boursier. — M. Frémy ; interne, Clozel de Boyer. — M. Hérard ; interne, Cossy. — M. Oulmont ; interne, Mossé. — *Chirurgiens* : M. le professeur Richet ; internes, Suss, Huezeau, Bellouard. — M. Cusco ; internes, Bruchet, Gauché. — M. Guérin ; internes, Cruel, Savard.

Hôpital de la Pitié. — *Médecins* : M. le professeur Lassègue, chef de clinique, Hanot. — M. Gallard ; interne, Segond. — M. Desnos ; interne, Quenu. — M. le docteur Gombault ; interne, Vermeil. — M. le docteur Dumont-Pallier ; interne, Boussi. — M. le docteur Peter ; interne, Cuffer. — *Chirurgiens* : M. le professeur Verneuil ; internes, Rédard, Jarjavay, Jalaquier. — M. Polaillon ; internes, Chevallereau, Gaucher, Clément.

Hôpital de Charité. — *Médecins* : M. le professeur Hardy, chef de clinique, Landouzy. — M. le docteur Bourdon ; interne, Decaisne. — M. le docteur Bernutz, interne, Benoit. — M. le docteur Empis ; interne, Merklen. — M. le docteur Vulpian ; interne, Hutinel. — M. le docteur Laboulbène ; interne, Routier. — *Chirurgiens* : M. Gosselin ; internes, Amodru, Legendre, Faisant. — M. Trélat ; internes, Brun, Josias.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecins* : M. le docteur Mesnet ; interne, Deschamps. — M. le docteur C. Paul ; interne, Letulle. — M. le docteur Brouardel ; interne, Marchand. — M. le docteur Lancereaux ; interne, Bazy. — M. le docteur Ball ; interne, Rivet. — M. Beaumetz ; interne, Stackler. — M. Fernet ; interne, Labat. — *Chirurgiens* : M. B. Anger ; internes, Comby, Gautier ; interne provisoire, Barette. — M. le docteur Ledentu ; internes, Mayor, Lapierre.

Hôpital Necker. — *Médecins* : M. le professeur Potain, chef de clinique, Homolle. — M. Chauffard ; interne, Saint-Ange. — M. le docteur Delpech ; interne, Leroux. — M. Blachez ; interne, Poulin. — *Chirurgiens* : M. le professeur Broca ; internes, Boraud, Piéchaud, Marot. — M. Guyon ; internes, Jean, Lebec, Carrie.

Hôpital Cochin. — *Médecins* : M. Bucquoy ; interne, Monod. — *Chirurgiens* : M. le docteur Després ; internes, Mary, Abbadie-Tourné, Boudet de Pâris. — M. le docteur Lucas-Championnière ; interne, Hermel.

Hôpital de Lourcine. — *Médecins* : M. le docteur Cornil ; interne, Leloir. — M. Martineau ; interne, Hannequin. — *Chirurgiens* : M. le docteur Delens ; interne, Boulay.

Hôpital Méraimontant. — *Médecins* : M. le docteur Hayem ; interne, Chatelin. — M. le docteur Audhoui ; interne, Gauchas. — M. le docteur Duguet ; interne, Robert. — M. le docteur Gérin Roze ; interne, Béclère. — M. le docteur D'Heilly ; interne, Aigre. — M. le docteur Rigal, interne, Letousey. — *Chirurgiens* : M. Périer ; internes, Gueilliet, Ledoux. — M. le docteur Th. Anger ; internes, Havage, Cerné.

Hôpital Saint-Louis. — *Médecins* : M. le docteur Hillairet ; interne, Béringier. — M. le docteur Lailler ; interne, Barth. — M. le docteur Guibout ; interne, Oudin. — M. le docteur Vidal ; interne, Colson. — M. le docteur Besnier ; interne, Arnozan. — M. le docteur Fournier ; interne, Chuquet. — *Chirurgiens* : M. Péan ; internes, Bulteau, Audouard, Ballet. — M. le docteur Duplay ; internes, Weiss, Faucher, Cottin.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Médecins* : M. le docteur Bouchut ; interne, Raymondaud. — M. le docteur Labric ; interne, Guillermet. — M. le docteur Archambault ; interne, Pétel. — M. le docteur J. Simon ; interne, Chambard. — M. Molland ; interne, Bastard. — *Chirurgiens* : M. le docteur de Saint-Germain ; internes, Veil, Dubar.

Hôpital Temporaire. — *Médecins* : M. le docteur Rendu ; interne prov., M. Latil. — M. le docteur Gouguenheim ; interne prov., M. Ménard. — Service de M. Audhoui, interne prov., M. Haranger. — M. le docteur Grancher ; interne prov., M. Olivier, Adolphe. — M. le docteur Gouraud ; interne prov., M. Bruneau. — *Chirurgiens* : Service de M. Nicaise ; interne prov., MM. Butruille, Luc.

Hôpital Beaujon. — *Médecins* : M. le docteur Gubler ; interne, Pimont. — M. le docteur Moutard-Martin ; interne, Nélaton. — M. le docteur Millard ; interne, Brissaud. — M. Guyot ; interne, Loviot. — *Chirurgiens* ; M. le docteur Lefort ; internes, Robin, Langlebert, Barthélemy. — M. le docteur Tillaux ; internes, Labbé, Régnier.

Hôpital Lariboisière. — *Médecins* : M. le docteur Jaccoud ; interne, Castex. — M. le docteur Raynaud ; internes, Leroux, Sabourin. — M. le docteur Féréol ; interne, Davaine. — M. le docteur Proust ; interne, Berdinel. — M. le docteur Ollivier ; interne, Gill. — M. le docteur Siredey ; interne, de Beurmann. — *Chirurgiens* : M. Panas ; internes, Maygrier, Lataste, Duvernoy, Nitot. — M. Labbé ; internes, Levrat, Bide, Boncour.

Hôpital du Midi. — *Médecins* : M. le docteur Simonet ; internes, Robert (Paul). — M. Mauriac ; interne, Bertheux. — *Chirurgien* : M. Horteloup ; interne, Rouxeau.

Hôpital Sainte-Eugénie. — *Médecins* : M. le docteur Bergeron ; interne, Dreyfous. — M. le docteur Triboulet ; interne, Talamon. — M. le docteur Cadet de Gassicourt ; interne, Golay. — *Chirurgien* : M. Lannelongue ; internes, Ramonède, Doléris.

Maternité (accouchements). — *Médecin* : M. le docteur Hervieux ; interne, Blin. — *Chirurgien* : M. le docteur Tarnier ; interne, Champetier de Ribes.

Maison municipale de santé. — *Médecins* : Lecorché ; interne, Brault. — M. Labbée ; interne, Bar. — *Chirurgiens* : M. Marc Sée ; internes, Laurent, Galliard. — M. le docteur Cruveilhier ; internes, Chauffard, Jichel-Renoy.

Hospice de Bicêtre. — *Médecins* : M. le docteur Bouchard ; interne, G. de Marignac, interne prov., Derignac. — Service de M. le docteur Berthier ; interne, Garcia, prov., Poupinot. — M. le docteur Legrand du Saulle ; internes, Bénard, prov., Bimenstein. — M. Falret ; internes prov., Méricamp, Hoorlatt. — *Chirurgien* : M. Nicaise ; internes, Herbelin, Desnos, prov., Delangenhagen.

Hospice de la Salpêtrière. — *Médecins* : M. le docteur Charcot ; interne, Richer. — M. le docteur Luys ; interne, Variot. — M. le docteur Voisin ; interne, Gastaud. — M. le docteur Moreau ; interne, Regnard. — M. Delasiauve ; interne, Poirier. — *Chirurgien* : M. le docteur Terrier ; interne, Ovion.

Hôpital des Enfants assistés. — *Médecin* : M. le docteur Parrot ; interne, Leduc. — *Chirurgien* : M. le docteur Guéniot ; interne, Féré.

Hospice des Incurables. — *Médecin* : M. le docteur Ferrand ; interne, Laurand.

Asile Sainte-Périne. — *Médecin* : M. le docteur Descroizilles ; interne, Carafi, interne prov., Brazier.

Hospice des Ménages. Médecin : M. le docteur Bernard ; interne, Valude.

Hôpital Cochin. — M. le Dr DESPRÉS, chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, reprendra ses leçons

© BIU Santé

cliniques, le mercredi 9 janvier et les continuera les mercredi et samedi de chaque semaine à 9 h. 1/2.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Ernest Besnier. Salles Saint-Léon et Saint-Thomas. Consultation externe le lundi. Conférence clinique le mercredi. — Salle Saint-Thomas : 44, 49, arthropathies syphilitiques ; 54, lymphadénie cutanée (mycosis fongoïde) ; 64, lichen planus. — Salle Saint-Léon : 10, 54, 68, élephantiasis des Arabes ; 58, dactylite strumeuse ; 62, pityriasis rubra chronique.

Hôpital de la Charité. — Service de M. Empis. Visite à 8 h. Consultation le vendredi à 9 heures. Spéculum le samedi. — Salle Saint-Michel (H.) : 1, insuffisance aortique, rhumatisme articulaire ; 4, pleurésie gauche ; 9, phthisie pulmonaire, pneumothorax, orchite tuberculeuse double, péritonite tuberculeuse ; 16, pneumonie double avec phénomènes typhoïdes. — Salle Sainte-Marthe : 1, péritonite tuberculeuse ; 8, paraplégie ; 5, phlegmon iliaque ; 16, hémiplégie ancienne avec contracture ; 17, cancer de l'épiploon phlegmatia alba dolens ; 19, rhumatisme goutteux ; 21, mal de Pott ; 28, ataxie locomotrice.

Service de M. Laboulbène. Consultation le samedi. Visite à 8 h. 30. Spéculum le jeudi. Interrogatoire par les élèves le lundi. — Salle Saint-Vincent : 1, tumeur syphilitique de la moelle ; 5, polype de l'utérus ; 6, ataxie locomotrice ; 23, pelvi-péritonite ; 24, myélite. — Salle Saint-Félix : 1, pleurésie aréolaire ; 6, sciatique a frigore ; 7, coliques de plomb ; 14, rhumatisme articulaire.

Service de M. Bernutz. Visite à 8 h. 30. Consultation le lundi à 10 h. Spéculum le mercredi. — Salle St-Joseph : 1, gastralgie ; 2, mal de Bright ; 4, insuffisance mitrale ; 8, cancer de l'estomac ; 9, atrophie musculaire progressive. — Salle Saint-Ferdinand : 1, pelvi-péritonite ; 2, rhumatisme articulaire aigu avec endocardite ; 3, anémie ; 5, contracture hystérique ; 12, phlegmon du ligament large.

Chirurgie. — Service de M. Gosselin. Visite à 8 h. Clinique, lundis, mercredis et vendredis. Consultation mardis, jeudis et samedis. — Salle Ste-Catherine : 22, fracture du radius ; 26, roséole, iritis. — Salle Ste-Vierge : 18, onyxis ulcéreux sous-ungéal de nature syphilitique ; 20, fracture du bassin ; 28, fracture des deux os de la jambe gauche avec abcès au même niveau ; 43, tumeur du creux poplité ; 46, hydrocèle aiguë dans un sac herniaire renfermant de l'épiploon ; 49, dysurie rebelle.

Service de M. Trélat. — Visite à 10 h. Consultations lundis, mercredis, vendredis ; spéculum mardi ; opérations jeudi ; ophthalmologie samedi. — Salle Saint-Jean (H.) : 4, hernie de l'iris ; 5, rétrécissement de l'urèthre, infiltration d'urine ; 16, nécrose du tibia gauche ; 30, fracture du radius. — Salle Sainte-Rose (F.) : 11, carcinôme du sein ; 12, fracture du tibia gauche ; 18, vaginite ; 20, corps fibreux de l'utérus ; 21, glaucôme.

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE — ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. — PILULES 20 cent. p. pilule.
FREYSSINGE, Phᵉⁱᵉ, 97, r. de Rennes — Paris.
Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF
Breveté s. g. d. g. — de la marque
A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et MOURGET (de Limoges)
SEULS FABRICANTS
Se méfier des contrefaçons
Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

L'Imparziale journal pratique de médecine, chirurgie et sciences adjacentes, et des intérêts moraux et professionnels de la classe médicale. — Directeur : Docteur Giovanni Faralli. — Paraissant le 15 et le 30 de chaque mois. Chaque numéro se compose d'un cahier de 32 pages avec couverture, et l'année forme un volume de 768 pages in-8°. — Italie : un an, 12 fr. ; 6 mois, 6 fr. — France : les frais de port en plus. — Bureaux : Florence (Italie), Via Valfonda, 79.

Union médicale et scientifique du Nord-Est, paraissant tous les mois. In-8°. — Abonnement : prix, 6 fr. pour toute la France. — Publié à Reims, 67, rue de Venise. — Les abonnements et les annonces sont reçues aux bureaux du *Progrès médical*, 6, rue des Ecoles, de une heure à cinq heures.

EPILEPSIE
Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)
Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.
LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

ÉLIXIR DE PEPSINE A LA GLYCÉRINE
De CATILLON
Cette préparation possède un pouvoir digestif bien supérieur à celui de la Pepsine ordinaire. Elle n'est pas alcoolique, l'alcool paralyse la pepsine. Par son action puissante et rapide, elle entrave les accès de **MIGRAINE** provenant de l'estomac, dyspepsies, gastr., etc. — 1, rue Fontaine-Saint-Georges, *Paris*.
DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

VIN DE CATILLON A LA GLYCÉRINE
ET AU QUINQUINA
Le même **Ferrugineux** : *GLYCÉRINE, QUINA et FER (0 gr. 25 par cuillerée).*
Troubles digestifs, inappétence rebelle, fièvres intermittentes, anémie, chlorose, diabète, etc.
Puissants toniques-reconstituants, offrant réunis tous les principes du quinquina, le fer à haute dose sans constipation, et la glycérine pure employée comme succédané de l'huile de foie de morue.
V. notre Mémoire sur l'*Emploi de la Glycérine à l'intérieur*. — Paris, rue Fontaine-St-Georges, 1.
DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

EAU FERRUGINEUSE ACIDULE, GAZEUSE D'OREZZA (CORSE)
Contre GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANEMIE, etc.
CONSULTER MESSIEURS LES MÉDECINS.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.
Versailles, imp. Cerf et fils, 59, rue Duplessis.

Iconographie Photographique de la Salpétrière, par Bourneville et Regnard. Mode de publication : Chaque livraison comprendra 8 à 16 pages de texte et 4 photographies. — Prix : 3 fr. — Pour *les abonnés* du *Progrès médical*, 2 fr. 50. Douze livraisons sont en vente.

Recherches anatomiques sur les aponévroses abdominales, par le Dr F. Poncet. Paris, 1877. In-8 de 16 pages, avec figures. — Aux bureaux du *Progrès Médical*.

Poste médical à prendre de suite. — La commune de Fougerolles (Haute-Saône), 6,000 habitants, demande un docteur qui sera seul. La commune accorde une subvention. Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. le maire de Fougerolles.

AVIS A MM. LES ÉTUDIANTS
Une remise importante est toujours continuée à la Pharmacie PENNES et PÉLISSE, rue des Écoles, 49, Paris. (*Prière de montrer sa carte pour éviter les questions*).

LES DRAGÉES GRIMAUD
APPROUVÉES PAR PLUSIEURS SOCIÉTÉS DE MÉDECINE
(Plusieurs médailles)
GUÉRISSENT RADICALEMENT
Incontinence d'urine, maladies des femmes, chloroses, aménorrhée, leucorrhée, paralysie de la vessie chez les vieillards, pertes séminales, chute du rectum chez les enfants, etc. Succès constatés dans les hôpitaux.
Poitiers — Prix : 5 francs le flacon — Poitiers
POITIERS, *chez l'inventeur, M. GRIMAUD aîné*
Envoi de brochure sur lettre affranchie
Se trouve dans toutes les Pharmacies de France et de l'étranger

CONSTIPATION
HÉMORRHOÏDES, COLIQUES HÉPATIQUES
Guérie sans purger par les pilules de
PODOPHYLE COIRRE. 3 fr.
Gros, 79, rue du Cherche-Midi ; Détail : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.

SOLUTION COIRRE
AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE de CHAUX
Gros : 79, r. du Cherche-Midi ; Détail : 97, r. de Rennes et dans les pharmacies.
SIROP ET VIN
Pour les personnes qui ne doivent pas en faire un long usage.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 2. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 12 JANVIER 1878

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

La tuberculose dans ses rapports avec la srofule;

Par le Dr **L. THAON** (de Nice).

Après mille péripéties, la théorie *dualiste* du tubercule nous paraît définitivement abandonnée. La théorie *uniciste* de Laennec a été sauvée par la résistance des cliniciens français ; elle a été rajeunie par les travaux de nos histologistes : Ranvier, Cornil, Grancher, Thaon, Malassez ; elle est redevenue classique , grâce aux savantes leçons de M. Charcot. En partant de cette base solide, on peut désormais aborder certains problèmes, dont on avait sagement réservé la solution jusqu'à ce jour.

Parmi les questions complexes que nous présente la tuberculose, il n'en est pas de plus difficile, de plus controversée, que celle de ses rapports avec la scrofule. Lugol, Graves, Lebert, ont prétendu que la phthisie n'est pas autre chose que la scrofule du poumon. Morton, Milcent, Bazin ont décrit une phthisie scrofuleuse, douée de caractères propres et indépendants de la phthisie ordinaire. Pidoux se borne à penser que la scrofule fournit à la phthisie un plus grand contingent de sujets que les autres maladies. Virchow fait de la pneumonie caséeuse le synonyme de pneumonie scrofuleuse. Comment se reconnaître dans ce dédale d'opinions et quel parti prendre au milieu de tant de théories ?

Jusqu'ici c'est en étudiant les caractères anatomiques de l'*écrouelle ganglionnaire*, qui constitue le type des affections strumeuses, et en les mettant en regard des lésions du poumon tuberculeux, que les auteurs ont conclu à l'identité des deux sortes d'affection ou à leur diversité plus ou moins absolue. C'est en suivant la même méthode que nous cherchons à éclairer notre jugement. Mais cette fois, nous abordons la question avec des idées très-nettes sur le tubercule, sur les inflammations dites caséeuses ; nous pouvons, grâce à des connaissances plus précises sur l'histologie normale du ganglion, nous orienter plus facilement dans l'étude anatomo-pathologique de ces organes compliqués.

Il est des ganglions que tout le monde s'accorde à considérer comme tuberculeux : ce sont ceux que l'on rencontre quelquefois chez les poitrinaires, au niveau des grosses bronches et de leurs divisions ; ils présentent un sablé très-fin de nodules arrondis, tranchant sur le reste du parenchyme par leur coloration gris-rosée ou jaunâtre et leur circonscription exacte. Les auteurs veulent bien considérer ces nodules comme des granulations tuberculeuses des ganglions ; mais, de peur d'être accusés de tout confondre, ils s'empressent de certifier que leur existence est fort rare : Barthez et Rilliet n'ont trouvé cette lésion que 16 fois chez 249 poitrinaires, atteints de dégénérenence ganglionnaire. Nous pouvons ajouter aussi que dans nos nombreuses autopsies, nous n'avons pas souvent rencontré la granulation tuberculeuse du ganglion, avec des caractères macroscopiques si bien tranchés. Puisqu'on s'entend si bien pour accorder à ces ganglions le titre de ganglions tuberculeux, empressons-nous de pénétrer plus avant dans leur structure et demandons à l'histologie de nous fournir des caractères qui nous permettent de reconnaître ces tubercules, alors même qu'ils seraient masqués par des produits complexes et qu'ils se déroberaient à un examen superficiel.

Sur une coupe du ganglion, examinée à un faible grossissement, on constate que les granulations élémentaires se sont considérablement multipliées, le champ du microscope en est rempli. Les tubercules que l'on voyait à l'œil nu, amplifiés par le grossissement, apparaissent comme des agrégats de granulations élémentaires : ce sont les tubercules conglomérés. A côté d'eux, on remarque une foule d petites granulations isolées qui, à ce faible grossissement, se présentent sous forme de foyers un peu opaques, tranchant sur un fond assez clair.

Après durcissement dans l'acide picrique, et coloration à l'aide du picro-carminate, on obtient de belles préparations, dont certaines parties sont très-vivement colorées ; ce sont les parties saines dn ganglion, follicules et système caverneux ; d'autres parties sont plus pâles, ce sont les granulations élémentaires ; enfin, il en est de tout à fait décolorées, ce sont les granulations déjà un peu vieilles. Dans cette préparation, on peut encore faire les remarques suivantes, c'est que les granulations renferment un grand nombre d'éléments qui ont des dimensions très-variables : il y a de grosses cellules à plusieurs noyaux et de véritables petites cellules embryonnaires ; entre ces deux sortes d'éléments, on remarque tous les intermédiaires. Pour quiconque a vu des granulations élémentaires de l'épiploon, la ressemblance est frappante. Ces éléments sont groupés autour d'une belle figure arrondie, fort grande, représentée par une masse centrale granuleuse, colorée en jaune par le réactif et bordée par une collerette élégante de cellules ovoïdes à noyaux : c'est la prétendue cellule géante ou *Riesenzelle*. Grâce à ces caractères, nous pouvons déjà distinguer la granulation du tissu environnant, la dégager des cellules lymphatiques qui remplissent partout le tissu ganglionnaire normal. D'ailleurs, il semble qu'un des premiers effets de la granulation soit d'écarter les cellules lymphatiques ; car le tissu ou ganglion apparaît visiblement moins riche en éléments de ce genre, au voisinage du tubercule.

Avec un dernier artifice de préparation, qui consiste à traiter par le pinceau les coupes du ganglion, avant de les colorer, on reconnaît que le réticulum du ganglion est conservé, au niveau des granulations, mais que les travées en sont épaissies et granuleuses. Sur certaines travées, on aperçoit de grosses cellules à plusieurs noyaux, il y en a aussi quelques-unes dans les mailles du tissu, mêlées à d'autres cellules plus petites ; la prétendue cellule géante a résisté au pinceau, c'est d'elle que se détachent les travées lymphatiques.

Ainsi, le développement de la granulation se fait manifestement dans le ganglion, comme sur les travées de l'épiploon, par multiplication des cellules endothéliales.

Dans les deux régions, la granulation, à son état de développement complet, est constituée par un grand nombre de cellules embryonnaires, mêlées à des cellules plus grosses : le tout groupé sous forme d'un petit foyer arrondi. Les attributs de luxe, les cellules géantes, ne manquent pas ; elles sont même fort nombreuses et plus nettes que partout ailleurs.

Les périodes plus avancées de la granulation sont la dégénérescence graisseuse, et la transformation fibreuse. Ces deux évolutions de la granulation n'offrent rien de particulier dans le ganglion : la trame réticulée du tissu lymphatique disparaît sur les points caséeux ; elle s'hypertrophie au contraire et se transforme en tissu fibreux autour de ces foyers et constitue l'enveloppe nécessaire des granulations anciennes ou granulations de Bayle.

A côté des ganglions manifestement tuberculeux que nous venons de décrire, il en existe un grand nombre d'autres, dont la nature tuberculeuse est un sujet de doute pour beaucoup d'auteurs. On les considère plus volontiers comme des ganglions scrofuleux. Les ganglions plus ou moins hypertrophiés présentent à la coupe des noyaux de substance grise, de grosseur variable, depuis le volume d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une grosse noisette ; quelquefois même un de ces noyaux occupe le ganglion tout entier. Le

© BIU Santé

plus souvent, le même ganglion est parsemé d'autres îlots de coloration blanchâtre ou jaunâtre et sa coupe offre l'aspect d'un marbre à plusieurs teintes. Il s'agit de savoir si nous retrouverons, dans ces ganglions, quelques-uns des caractères si nets, qui appartiennent aux tubercules des ganglions, ou bien si nous avons affaire à un processus tout différent.

Les mêmes coupes, les mêmes artifices de préparation nous montrent encore dans la constitution de ces noyaux de substance grise, les cellules géantes, la prolifération des cellules endothéliales du stroma, les groupes de cellules embryonnaires, en un mot, tous les éléments de la granulation, sans en excepter un seul ; mais, ici, la granulation n'est plus isolée ou groupée par petits îlots, elle s'est infiltrée dans une grande partie du ganglion ; elle a affecté la forme qu'elle prend si souvent dans les os, dans les poumons, dans le testicule, dans les reins. C'est toujours du tubercule que l'on a sous les yeux, mais du tubercule ayant pris d'énormes proportions et par cela même échappant à la définition, beaucoup trop exclusive, donnée par Virchow.

Ce gros tubercule dégénère, comme les granulations simples; il subit la fonte caséeuse et s'élimine à l'extérieur vers la peau ou plus profondément dans des organes tels que les bronches. Mais il peut aussi subir la dégénérescence fibreuse vers ses bords, et être incarcéré par une barrière de tissu fibreux.

Ainsi, il n'existe aucune différence essentielle entre ce ganglion et celui que nous décrivions précédemment ; de sorte que nous ne voyons pas pourquoi on refuserait de le considérer comme tuberculeux, et pourquoi on le prendrait pour un ganglion purement scrofuleux.

En poursuivant nos recherches, nous arrivons à une troisième variété de ganglions qu'il importe de soumettre à la même analyse. On les rencontre chez des sujets encore assez jeunes, n'ayant présenté jusque là aucun signe de tubercule, ni de scrofule. Ils se présentent sous forme de masses volumineuses, pouvant atteindre le volume d'une tête de fœtus ; ils siégent de préférence sur la partie latérale du cou. Ce sont des tumeurs globuleuses, ayant la forme d'un sphéroïde, ou bien elles sont aplaties, irrégulièrement quadrilatères ; elles sont indolentes, ont une consistance variable, le plus souvent inégale sur les divers points de leur surface ; elles sont rénitentes et élastiques ; elles sont enchâssées profondément dans les muscles, mais se déplacent en totalité et n'adhèrent pas à la peau. Cette forme d'écrouelle ganglionnaire intéresse surtout les chirurgiens qui se préoccupent à bon droit de la distinguer des autres dégénérescences des ganglions, notamment du sarcôme et des lymphômes ganglionnaires. Il n'est pas rare qu'une erreur de diagnostic, ou le danger de voir la tumeur atteindre un développement trop considérable,ne décide les chirurgiens à opérer les malades, et on a ainsi la bonne fortune d'étudier ces tumeurs dans les conditions les plus favorables ; c'est ce qui nous est arrivé plusieurs fois dans le laboratoire d'histologie du Collége de France.

Parmi les nombreux ganglions qui composent ces masses considérables, les uns sont tout à fait lisses à la coupe, d'une coloration grisâtre, uniforme, et offrent au microscope tous les degrés de l'inflammation interstitielle ; d'autres ont à peu près les mêmes caractères à l'œil nu, mais au microscope montrent des centres de dégénérescence fibreuse, des zones où il ne reste du tissu lymphatique que les mailles du réticulum, singulièrement agrandies et remplies de grosses cellules granuleuses : d'autres ganglions offrent des îlots de matière caséeuse, des granulations véritables avec leurs cellules embryonnaires, leurs cellules géantes ; enfin, il en est qui sont tout à fait caséeux.

Pourquoi cette grande diversité dans les lésions? Elle est probablement favorisée par la lenteur dans le processus, lenteur qui amène la prédominance du tissu fibreux dans ces ganglions dégénérés ; mais la signature anatomique, la granulation tuberculeuse,est toujours là. Aussi ces masses ganglionnaires appartiennent-elles à la tuberculose ; elle lui appartiennent aussi bien que ces lésions complexes que l'on rencontre dans certains poumons chez les phthisiques et qui sont constituées par de la sclérose en nappe, par des noyaux caséeux, par des granulations de Bayle et par des granulations ordinaires.

L'anatomie pathologique vient de parler, elle vient de déclarer que le type des affections strumeuses, l'affection nécessaire pour beaucoup de médecins, sans laquelle il ne saurait y avoir de maladie scrofuleuse (Voyez Bazin), l'écrouelle ganglionnaire doit être considérée comme appartenant à la tuberculose. Il en est de même de beaucoup d'autres affections que, naguère encore, on considérait comme étant de nature purement strumeuse. Il en est de même de l'orchite strumeuse, que Malassez et Reclus ont rendue définitivement à la tuberculose ; il en est de même de la prétendue néphrite scrofuleuse, de l'encéphalopathie scrofuleuse, des méningites, des pleurésies et des péritonites scrofuleuses. La phthisie, à son tour, n'a pas échappé à cette assimilation. Qu'est-ce que la pneumonie caséeuse ou pneumonie scrofuleuse de Virchow, sinon une infiltration tuberculeuse ? Nos recherches précises et synthétisées par M. Charcot ont démontré que tout est tubercule dans la phthisie pulmonaire, à l'exception des lésions irritatives de voisinage ; lésions catarrhales et lésions interstitielles ; que nous enseigne la clinique sur le même sujet? Elle nous montre les cliniciens, distinguant une phthisie scrofuleuse bien avant les anatomo-pathologistes et lui assignant des caractères propres ? Franck, Morton, Milcent, Danjoy, déclarent cette phthisie reconnaissable à sa marche lente, à son expectoration abondante, à l'absence de fièvre et d'hémoptysie, au désaccord manifeste entre des altérations locales très-étendues et une réaction générale à peine appréciable. Cette phthisie scrofuleuse essentielle n'a pas été acceptée sans réplique; MM. Hérard et Cornil la combattent vivement. Il est même curieux de voir, disent-ils, que les exemples et les types de cette forme,fournis par les auteurs, sont précisément des cas de phthisie dont la marche a été rapide et promptement funeste. Notre expérience personnelle, dans une station où l'on a l'occasion de traiter des poitrinaires de tous les pays, nous montre combien est grande la résistance de certains phthisiques d'origine slave et qui présentent tous les attributs de la scrofulose, mais il y a loin de là à admettre une forme clinique à part que l'on pourrait caractériser du nom de phthisie scrofuleuse : la phthisie est une, quel que soit le terrain sur lequel elle est implantée, quelle que soit sa marche.

Ainsi, on peut absorber dans la tuberculose une foule de lésions prétendues strumeuses, mais par ce procédé avons-nous pour but unique de restreindre la scrofule, de la dépouiller au profit de la tuberculose? Ce serait un travail bien ingrat que celui qui consisterait à toujours tourner dans le même cercle, à augmenter ou diminuer à chaque instant le domaine réciproque de ces deux maladies, selon les idées du moment !

Il nous semble qu'il y aurait lieu de voir si une troisième opinion, celle qui proclame l'identité de ces deux maladies, la fusion de ces deux diathèses en une seule, n'est pas la plus probable ; si cette hypothèse ne permet pas de grouper tous les faits, de les enchaîner les uns aux autres.

Puisque les lésions de l'écrouelle ganglionnaire sont identiques aux lésions de la tuberculose pulmonaire, et que l'écrouelle ganglionnaire est la manifestation la plus indéniable de la scrofule, il s'ensuit que l'on ne saurait se refuser de conclure à la nature scrofuleuse de la phthisie pulmonaire. D'après cette manière de voir, ce n'est plus la pneumonie caséeuse qui est scrofuleuse, comme l'avait dit Virchow, c'est la phthisie tout entière qui est absorbée dans la scrofule.Cette opinion avait été soutenue par Lugol avec beaucoup de conviction, mais elle avait immédiatement rencontré une foule de contradicteurs.Lugol avait beau soutenir que la scrofule et la tuberculose se reproduisent mutuellement par voie d'hérédité, on se refusait à fondre dans une seule maladie le tubercule et la scrofule, on n'osait toucher au tubercule, à la diathèse tuberculeuse, telle

© BIU Santé

qu'elle avait été créée par le génie de Laennec. Les cliniciens objectaient que si bon nombre de phthisiques étaient des scrofuleux, il en existait un plus grand nombre qui ne l'avaient jamais été. Comme si une maladie générale, constitutionnelle ne pouvait être incomplète, comme si ses localisations devaient toujours être réglées d'une façon préétablie, et devaient toujours apparaître dans le même ordre de succession ! Nous n'ignorons pas que la scrofule se montre d'abord, sous forme de scrofulides bénignes à la peau et aux muqueuses, qu'elle donne lieu ensuite à des manifestations plus graves, telles que les éruptions ulcéreuses des téguments et qu'enfin, à une dernière période, elle envahit les viscères. Mais que d'exceptions, que de déviations dans cette marche classique ! Tel individu aura un lupus rongeant à la face, comme première manifestation de la scrofule ; tel autre aura une tumeur ganglionnaire au cou, tel autre enfin aura une infiltration dans le testicule ou dans les poumons.

La scrofule peut être incomplète, elle peut avoir pour première manifestation les lésions les plus graves, soit vers la peau, soit vers les viscères ; ses localisations peuvent être déterminées par des causes occasionnelles insignifiantes ; c'est ainsi que l'on voit l'impétigo apparaître, au niveau du lobule de l'oreille que l'on vient de percer, un ganglion scrofuleux se montrer au cou, par suite des frottements exercés par le collet de la tunique, chez le soldat ; c'est ainsi que les infiltrations du poumon se déclarent d'emblée chez l'ouvrier qui respire des poussières irritantes.

Cette prédisposition à une localisation déterminée peut se transmettre elle-même par voie d'hérédité, de sorte qu'un poitrinaire, c'est-à-dire un scrofuleux avec localisation pulmonaire pourra donner naissance à des enfants qui, à leur tour, succomberont à des infiltrations pulmonaires. Le cancer nous offre des exemples analogues, nous savons qu'il peut se montrer pendant plusieurs générations dans le même organe, à l'estomac ou à la mamelle.

Lorsqu'on met en avant une théorie nouvelle, on ne saurait se soustraire aux nombreuses objections qu'elle paraît soulever : dans le nombre nous en trouvons une que l'on considère comme capitale. Les médecins qui se sont occupés de géographie médicale ont remarqué que la scrofule et la tuberculose n'envahissaient pas toujours les mêmes contrées ; que l'on rencontrait des scrofuleux à des altitudes où la phthisie a totalement disparu. Ils ont noté que la scrofule est très-répandue dans le Harz, la Sardaigne, le Bengale, et d'autres pays où la phthisie est relativement rare. Tout ceci nous prouve que dans ces pays les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles vivent les indigènes, au point de vue de la nourriture, de l'habitation, suffisent pour provoquer la scrofule, mais qu'il manque ce quelque chose d'indéterminé qui provoque la localisation aux poumons, sous forme de phthisie : on ne saurait tirer d'autres conclusions de ces faits.

On nous dira encore que vouloir fondre la tuberculose dans la scrofule, c'est méconnaître les enseignements de la médecine expérimentale qui a affirmé l'existence d'un virus tuberculeux, inoculable à plusieurs espèces animales et qui ne saurait dériver d'un simple vice scrofuleux. Nous répondrons en protestant de notre admiration pour les belles expériences de Villemin et de Chauveau, mais en déclarant qu'elles ne sauraient prouver que la tuberculose humaine soit virulente et qu'elle soit transmissible par contagion.

En résumé, après avoir dans nos travaux antérieurs, apporté notre modeste tribut à la réédification de la théorie *unitaire* du tubercule, nous ajoutons aujourd'hui, que la théorie unitaire de la scrofule et de la tuberculose n'a rien d'invraisemblable, et que l'on trouve dans l'anatomie pathologique plus d'un argument en sa faveur.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de l'envoi de cinquante centimes pour frais de réimpression de bande.*

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. S. DUPLAY.**

Fistules de l'espace ischio-rectal.

Leçon recueillie par Et. GOLAY, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je désire vous entretenir aujourd'hui de quelques variétés de fistules à l'anus que vous rencontrerez fréquemment dans votre pratique, et dont vous pouvez voir divers exemples actuellement dans notre service, chez les malades couchés aux nos 18, 19 et 33 de la salle Saint-Augustin. Je vous parlerai, en même temps, d'un cas analogue que nous avons observé, il y a deux ou trois mois, au pavillon Gabrielle. Ce dernier nous servira même de point de départ à notre description. C'était un ancien militaire, âgé d'une cinquantaine d'années, encore fort et vigoureux, et qui portait au côté gauche de l'anus, à deux ou trois centimètres de son orifice, une ouverture fistuleuse unique. Le début des accidents lui avait échappé; il avait, sans cause appréciable, commencé à ressentir un peu de douleur au niveau du périnée, et bientôt après, il s'était développé un abcès dans le voisinage de l'anus. Celui-ci s'était ouvert spontanément et avait laissé à sa suite une fistule. Malgré l'écoulement incessant de matières purulentes par l'orifice fistuleux, il continua à vaquer à ses occupations ; mais, au bout d'un certain temps, voyant que la suppuration ne tarissait pas et, ennuyé des soins de propreté quotidiens qu'elle rendait nécessaires, il se décida à entrer à Saint-Louis pour que nous le débarrassions de cette continuelle incommodité.

Nous procédâmes à l'examen de la région malade. A ce sujet, je dois vous dire que la position classique pour l'exploration de la région anale, qui consiste à faire placer le malade dans le décubitus latéral, le siége au bord du lit, la cuisse inférieure dans l'extension, la supérieure dans la flexion forcée, est défectueuse à divers égards. Je lui préfère, dans la plupart des cas, le décubitus dorsal avec deux aides spécialement chargés de soutenir les membres inférieurs et de les maintenir en flexion forcée sur l'abdomen, comme cela se pratique pour l'opération de la taille. Dans cette situation, la rainure fessière est largement ouverte et permet au chirurgien de faire une exploration de la région anale aussi complète que possible. Le seul inconvénient de cette position est de mettre parfois les muscles dans un état de tension qui peut rendre difficile l'introduction du stylet dans les ouvertures fistuleuses et empêcher de parcourir les trajets dans toute leur étendue. Mais, rien alors n'est plus facile que de diminuer cet état de tension excessive, en priant les aides de ramener momentanément les cuisses dans la demi-flexion.

L'exploration des trajets fistuleux doit être pratiquée avec un instrument métallique; mais le stylet en argent étant le plus souvent trop flexible, donne au doigt des sensations fausses ou tout au moins incomplètes. Mieux vaut se servir de la sonde cannelée de nos trousses, qui allie à une certaine flexibilité permettant de la recourber en différents sens, une résistance plus considérable.

Chez notre malade, vous ai-je dit, l'on ne trouvait au périnée qu'une seule ouverture fistuleuse, située à quelques centimètres de l'anus sur le côté gauche. Une sonde pénétrait tout droit à travers la fosse ischio-rectale, jusqu'à six ou huit centimètres de profondeur avant d'être arrêté par l'extrémité supérieure du décollement. Ayant alors introduit le doigt indicateur de la main droite dans le rectum, nous avons cherché à nous rendre compte du trajet parcouru par le stylet, de sa direction et nous assurer si le trajet fistuleux communiquait avec le rectum. En un mot, il fallait savoir si nous avions affaire à une fistule complète, ou si, au contraire, l'orifice interne faisant défaut, nous devions admettre une fistule simplement borgne externe se terminant supérieurement dans le tissu cellulaire périrectal. C'est à cette dernière conclusion que l'exploration combinée du stylet avec le doigt, nous a conduit. En même

© BIU Santé

temps, elle nous a renseigné sur les dispositions intérieures du trajet et sur ses rapports exacts avec le rectum. Nous avons constaté que la fistule se dirigeait directement de bas en haut, et était séparée du doigt par une épaisseur assez considérable de parties molles, pour qu'il ne fût pas possible de penser qu'il existât un simple décollement de la muqueuse, comme cela se voit habituellement dans les fistules anales ordinaires, mais que le trajet passait dans le tissu cellulaire péri-rectal induré en dehors de la tunique musculaire du rectum.

Après cette exploration, le diagnostic devenait très-simple; il était évident que la fistule avait eu pour origine une suppuration du tissu cellulaire de la fosse ischio-rectale qui, après s'être ouverte à l'intérieur, avait laissé une fistule. On comprend aisément la persistance de ces trajets fistuleux, lorsqu'on se reporte aux dispositions anatomiques de la région.

La cavité pelvienne est fermée en bas par le releveur de l'anus qui, du pourtour du bassin vient, en se dirigeant de haut et de dehors en dedans, se jeter sur l'extrémité inférieure du rectum en laissant en dehors de lui les tubérosités ischiatiques. Il résulte de cette disposition qu'il existe entre le rectum et les ischions de chaque côté, un espace triangulaire rempli de tissu cellulaire. Cet espace est limité, en bas par les téguments, en dedans par le rectum, en dehors par la face interne des tubérosités ischiatiques. De ces différentes parois, deux sont essentiellement mobiles et la troisième fixe ; de là, l'impossibilité matérielle pour les trajets que traversent cet espace, de marcher vers la guérison. En effet, tandis que la paroi externe reste absolument fixe et immobile, le releveur de l'anus et par son intermédiaire le rectum, sont soumis à des mouvements incessants pour s'accommoder aux variations de capacité et de tension abdominale. En outre, l'ampliation et le resserrement alternatifs de l'intestin, les contractions du sphincter anal changent continuellement les rapports des parois du trajet et empêchent les bourgeons charnus d'établir la cicatrisation.

Parfois même le trajet fistuleux remonte plus haut et se termine au-dessus du releveur de l'anus dans l'espace décrit par M. Richet sous le nom d'espace pelvi-rectal supérieur. Cet espace également triangulaire et complètement analogue à l'espace pelvi-rectal inférieur ou fosse ischio-rectale, est compris entre l'aponévrose supérieure du releveur, le péritoine et le rectum. Un tissu cellulaire lâche et abondant le remplit et se continue sur les côtés avec celui des fosses iliaques, en arrière avec celui qu'on trouve dans le méso-rectum et la concavité du sacrum. Les suppurations qui prennent naissance à ce niveau ne sont connues que depuis peu de temps ; elles s'ouvrent généralement à l'extérieur au niveau de l'anus et donnent lieu à des trajets fistuleux que M. le professeur Richet a le premier décrits sous le nom de fistules *pelvi-rectales supérieures*. Ces abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur n'ont pas, en général, une marche très-aiguë; aussi la suppuration une fois établie a peu de tendance à se porter sur les parties latérales et à envahir le tissu cellulaire des fosses iliaques. Il presse sur le releveur de l'anus, peu à peu l'érode et finit par le perforer pour venir finalement se faire jour à quelque distance de l'anus en traversant le tissu cellulaire de la fosse ischio-rectale,

Chez notre malade, je ne voudrais pas affirmer qu'il s'agissait d'une de ces fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur, parce que je ne me souviens pas exactement quelle était la longueur du trajet. Si cette longueur dépassait huit à dix centimètres, je pourrais affirmer que nous avions affaire à une fistule pelvi-rectale supérieure.

Lorsque la maladie est ancienne, il est assez fréquent de trouver plusieurs orifices fistuleux autour de l'orifice anal communiquant tous avec la cavité suppurante située au-dessus du releveur. Quoique ces trajets suivent le plus souvent une voie rectiligne, il peut cependant arriver que le pus, rencontrant certaines résistances, soit gêné dans la progression, se dévie de sa direction première et donne naissance à des trajets passant par des chemins divers et parfois très-éloignés en apparence. C'est ainsi que certains trajets, situés à leur origine du côté gauche, contournent le rectum et viennent s'ouvrir du côté droit. On désigne parfois cette variété de fistules, sous le nom de fistules *en fer à cheval*. Un de nos malades actuels, couché au n° 18 de la salle Saint-Augustin, nous en a fourni un bel exemple. Il y a neuf ans, il vit apparaître, sans cause appréciable, sur le côté droit de l'anus, deux ouvertures fistuleuses ; l'une en avant, l'autre en arrière. Trois ans plus tard, il s'en est formé une nouvelle sur la partie latérale gauche. Le malade a laissé les choses dans cet état jusqu'à ces jours derniers.

En explorant la fistule gauche, la dernière produite, nous avons constaté tout d'abord qu'elle se portait en avant en se rapprochant du rectum. Nous aurions pu nous en tenir là et croire qu'il s'agissait d'une petite fistule inter-sphinctérienne, développée dans l'épaisseur du sphincter anal. C'eût été une erreur, car poursuivant l'exploration, nous nous sommes bientôt aperçu qu'elle continuait son trajet en se portant en arrière et à droite et qu'elle finissait par venir s'aboucher dans l'un des trajets fistuleux dont nous avons signalé l'existence au côté droit de l'anus. Cette fistule, disposée en fer à cheval, n'était donc autre chose qu'un diverticule d'un autre trajet, plus important, siégeant à droite de l'anus et remontant à six ou huit centimètres dans la fosse ischio-rectale. Voici vraisemblablement quelle a été la marche de l'affection chez le malade. Il s'est formé dans l'espace pelvi-rectal supérieur un abcès qui s'est ouvert au côté droit de l'anus par deux trajets indépendants, dont un, trois ans plus tard, a envoyé un diverticule qui, contournant le rectum, est venu s'ouvrir sur le côté opposé à l'origine de la fistule.

La possibilité de ces dispositions un peu insolites est importante à connaître, au point de vue opératoire, si l'on ne veut pas s'exposer à pratiquer des opérations incomplètes et par conséquent inutiles. Dans certains cas, l'erreur de diagnostic est même encore plus facile, car il est de ces trajets superficiels qui, dans leurs parcours, s'abouchent dans le rectum par une petite ouverture et qui cependant, plus loin, aboutissent à un trajet plus important remontant plus ou moins haut du côté du bassin. L'importance pratique de ces considérations, c'est que croyant avoir affaire à une fistule simple, on peut pratiquer une opération incomplète et que, quelque petite que soit la plaie qui résulte de l'incision, les malades ne guérissent pas, jusqu'au jour où l'on découvre et incise le trajet profond.

Peut-on se mettre en garde contre ces erreurs ? Oui, car ces fistules profondes présentent quelques caractères particuliers qui peuvent les faire soupçonner. Tels sont: l'ancienneté du début de l'affection et la pluralité des ouvertures fistuleuses qui, presque toujours, sont placées sur les parties latérales de l'anus à plusieurs centimètres de cet orifice et sur une ligne transversale qui réunirait les deux ischions. Sans doute, ces signes ne sont pas pathognomoniques, mais sont cependant suffisants pour faire soupçonner immédiatement des fistules de l'espace pelvi-rectal. On ne pourra en être sûr qu'après le cathétérisme des trajets fistuleux. En effet, la hauteur à laquelle la sonde remonte et l'épaisseur des tissus qui séparent du cathéter le doigt introduit dans le rectum indiquent suffisamment qu'il ne s'agit pas d'une fistule superficielle et que le trajet passe non pas sous la muqueuse, mais au milieu du tissu cellulaire péri-rectal en dehors de toutes les tuniques du rectum.

(*A suivre*).

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours d'anatomie générale comparée.* — M. Paul Gervais, membre de l'Institut, a commencé ce cours le mercredi 9 janvier 1878, à 2 h. 1/2 et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure. — Le professeur traitera des divers systèmes d'organisme propres aux animaux, en les envisageant dans les différentes classes et en étudiant le mode de développement. — Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre attenant aux galeries d'anatomie comparée. — Des démonstrations pratiques auront lieu chaque lundi, à midi, dans les galeries publiques, ou au laboratoire, 58, rue de Buffon.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Inauguration des conférences de médecine légale pratique à la Morgue.

Le 9 janvier 1878 a eu lieu l'ouverture des conférences de médecine légale pratique, faites à la Morgue par M. P. Brouardel. MM. Tardieu et Devergie assistaient à cette première leçon.

Depuis longtemps déjà, le besoin de ce cours se faisait vivement sentir, car nombre de jeunes docteurs quittaient l'Ecole sans autre idée de la médecine légale que le souvenir plus ou moins effacé de leçons faites d'ailleurs par d'éminents professeurs. Ils écoutaient mais ne voyaient jamais. Aujourd'hui, cette lacune des études médicales est comblée : les étudiants seront admis à voir, à constater par eux-mêmes, et cela au courant même des événements, qui surgissent chaque jour dans la Capitale. Aussi, ce cours ne peut-il comporter aucun programme: il est subordonné aux différents cas qui se présenteront à la Morgue (pendaisons, submersions, coups, blessures de toutes sortes, mort subite sur la voie publique, etc , etc.,) et, parmi ces cas, il en sera certainement qui pourront devenir le point de départ d'une enquête judiciaire.

Le but de M. Brouardel, chargé de ces conférences, est d'enseigner la pratique des autopsies médico-légales ; les constatations simples, sans ouvertures du cadavre. Le professeur se propose surtout d'apprendre à faire un rapport, d'après les notes qu'il dictera lui-même, au cours de l'autopsie ; ces rapports lui seront remis et il en corrigera un certain nombre, pour bien montrer avec quel soin, et quelle minutieuse attention, le médecin expert doit procéder en pareille matière.

Toutefois, ce cours si utile ne peut être public, il n'est d'ailleurs profitable qu'aux étudiants et aux docteurs et eux seuls doivent y être admis. Des précautions infinies, émanées de la préfecture de police ont été prises à ce sujet: La carte qu'on délivre au secrétariat de l'école, aux docteurs et aux étudiants qui ont passé le 3e examen de doctorat, est personnelle et ne peut être prêtée. On comprend, du reste, cette faveur spécialement accordée aux médecins; de nombreux abus pourraient survenir; des indiscrétions coupables pourraient entraver l'action de la justice, qui a surtout besoin du secret et qui regretterait la faveur faite aux médecins seuls si elle ne comptait sur le secret professionnel qui est un des devoirs du médecin. Aussi, la condition essentielle, mise par l'autorité à l'ouverture de ces cours, est-elle que tout élément étranger au corps médical doit être écarté.

Une autre précaution a été prise, mais celle-là tient surtout à l'exiguïté du local. On a organisé des séries de 30 cartes qui se renouvellent tous les mois; si bien qu'une carte délivrée en janvier, par exemple, donne droit pour un mois à dix leçons (mercredi et vendredi à 3 heures). De cette façon tous les Etudiants pourront, à leur tour, profiter de l'enseignement, les uns pour le mois de janvier, les autres pour le mois de février et ainsi de suite. On évite de la sorte l'encombrement dans un local où, pour que l'enseignement profite, un nombre restreint d'auditeurs est seul admis.

Il est certainement à regretter que le local soit aussi exigu, qu'un laboratoire ne soit pas installé, où les Etudiants pourraient s'exercer à la recherche des taches, à l'analyse des substances ingérées, etc. Toutes ces lacunes seront comblées, nous l'espérons, au grand profit des Etudiants qui aimeront cette étude si variée et dont jusqu'alors ils redoutaient l'application.

Les cours de M. Brouardel ne seront pas publiés; la raison en est simple, et on l'a comprise en lisant cet article; le secret médical, en effet, nous fait un devoir de taire absolument tout ce qui a été vu et entendu dans cette enceinte, réservée surtout à la justice.

Encore le budget de l'instruction publique en 1878.

Dans son dernier bulletin, le *Progrès Médical* a insisté sur la nécessité et la convenance qu'il y avait à dégager des constructions voisines deux de nos établissements publics : la future Ecole pratique et la Bibliothèque nationale. On nous rappelle que les mêmes raisons militent en faveur de l'isolement du Collége de France ; nous ne l'avions pas oublié, et nous pensons qu'il faut viser à éloigner autant que possible les habitations particulières du périmètre des établissements publics ; mais on ne peut exiger que ce principe soit appliqué partout à la fois.

Il est certainement très-désirable que le Collége de France soit isolé, et nous faisons des vœux pour qu'il le soit bientôt. Si nous n'avons parlé que de la Bibliothèque nationale et de l'Ecole pratique, c'est pour ne pas demander tout à la fois, parce que les ressources budgétaires exigent que l'on coure au plus pressé. Pour la Bibliothèque, il y a péril imminent et de tous les jours ; pour l'Ecole pratique, le fait accompli menace de rendre vaine toute réclamation. La situation est intacte aujourd'hui ; on peut encore modifier les plans puisque l'exécution n'en est pas commencée. Plus tard, il sera trop tard.

Incidemment, disons, à l'adresse du Conseil municipal de Paris, qu'à la rencontre du boulevard Saint-Germain et de la rue des Écoles, il reste un îlot de terrain qui semble attendre une statue. Serait-il trop ambitieux de songer, pour décorer cette petite place, à y dresser l'effigie d'une de nos grandes illustrations médicales, par exemple, celle d'Ambroise Paré ?

Pour le Collége de France, il suffit de veiller et de prendre ses précautions pour que, si l'état actuel n'est pas modifié en mieux, il ne soit pas du moins changé de façon à rendre plus dispendieuse l'opération que nous demandons le jour où elle sera décidée. — Nous n'avions rien dit, non plus à ce point de vue de l'Ecole de Médecine, parce que, dans l'emplacement où, par malheur, on l'a laissée et où elle étouffera toujours, il est impossible de l'agrandir sérieusement sans absorber tout le triangle qu'elle occupe en grande partie. C'est à peine si, dans cet espace, on trouvera moyen d'installer convenablement la bibliothèque avec les salles de lecture indispensables.

Le rapide exposé que nous avons fait du projet de budget, ne prétendait pas à ne rien omettre. Cependant il y a deux points dont nous regrettons de n'avoir rien dit. Nous voulons parler des chaires d'agriculture et du concours général des lycées.

On propose de porter de 30,000 à 45,000 fr. le crédit destiné à créer des chaires d'agriculture dans les écoles normales primaires. Est-ce bien là leur place ? Sans doute, il

© BIU Santé

est bon que l'instituteur, qui doit vivre à la campagne, ne soit pas dépourvu de toute notion agricole ; mais l'utilité de ces connaissances est, pour lui, principalement subjective : c'est une illusion de croire qu'il pourra les transmettre.

Au contraire, ces mêmes chaires seraient appelées à un grand succès et rendraient de grands services à l'industrie si elles étaient instituées dans les colléges et faisaient partie de l'enseignement secondaire extra-classique que nous avons réclamé. — Quant au Concours général, qui coûte 45.000 fr., nous regrettons que M. Duvaux n'en ait pas obtenu la suppression et n'admettons pas qu'il n'appartienne point à la Commission du Budget d'en apprécier la valeur. et l'importance. Si les éléments nécessaires pour résoudre la question lui manquent cette année, ce n'est pas une raison d'abdiquer en principe le droit qui est sa raison d'être. Le vote du budget est l'instrument de toutes les réformes : les événements récents en ont démontré l'efficacité.

E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 janvier 1878. — Présidence de M. Houel.

M. Ferré fait une communication très-intéressante intitulée : *Note sur les cerveaux d'amputés*, et sur laquelle nous reviendrons longuement dans le prochain numéro.

M. Cornil fait une communication relative à l'*anatomie pathologique des ganglions lymphatiques*. Il rappelle que le tissu des ganglions est constitué par un tissu réticulé, soutenu par les vaisseaux et formé de fibrilles de tissu conjonctif, recouvertes par des cellules plates, non-seulement dans les sinus et le tissu caverneux, mais aussi dans le tissu réticulé fin. La lymphe et les corpuscules lymphatiques remplissent les mailles du réticulum. De là ressort l'assimilation des ganglions au tissu conjonctif. Aussi, les lésions des ganglions lymphatiques ont-elles beaucoup d'analogie avec celles du tissu conjonctif.

Les lésions inflammatoires des ganglions consistent essentiellement dans l'afflux sanguin, dans le remplissage et la distension des voies lymphatiques et du tissu caverneux par des corpuscules lymphatiques ou par les cellules plates tuméfiées, enflammées et très-abondantes et dans des modifications analogues des cellules du tissu réticulé des follicules. Les inflammations chroniques montrent, en outre, une formation considérable de tissu conjonctif embryonnaire ou adulte.

Les ganglions se modifient très-profondément sous l'influence de toutes les altérations pathologiques, si bien que lorsqu'il s'agit d'un ganglion atteint de carcinôme, ou de sarcôme ou d'épithélioma, il serait impossible, par l'examen d'une préparation histologique, de dire qu'il s'agit d'un ganglion. Ces organes, en effet, n'ont aucun élément ni aucune disposition caractéristique de leur tissu qui résistent à l'envahissement des néoplasies. Ainsi, tandis qu'on reconnait toujours la trame fondamentale du poumon, par exemple, même dans son envahissement par un carcinôme ou par les tubercules, il n'en est pas ainsi pour les ganglions. Aussi, est-ce seulement par leur forme ovoïde et par leur apparence extérieure et leurs rapports avec les organes voisins qu'on peut affirmer, dans les tumeurs néoplasiques, qu'il s'agit d'un ganglion lymphatique.

Dans les inflammations et dans la plupart des tumeurs, les ganglions sont malades consécutivement à une lésion d'un tissu ou d'un organe voisin et ce sont les vaisseaux lymphatiques afférents qui sont les vecteurs de la lésion. L'origine de la maladie du ganglion est dans les vaisseaux lymphatiques afférents qui communiquent avec le tissu caverneux, les sinus et les voies lymphatiques du ganglion lui-même. C'est là que se passent les premiers phénomènes morbides, plus tard, si l'inflammation simple ou spécifique continue, le tissu conjonctif des cloisons qui accompagne les vaisseaux sanguins est modifié lui-même, et il en résulte une inflammation chronique interstitielle ou cirrhotique dont le type est dans l'adénite scrofuleuse.

Ces données générales sont très-faciles à vérifier dans les inflammations de diverses natures qui affectent si souvent les ganglions. Ainsi, dans l'*inflammation suraiguë intense des ganglions*, lorsque, par exemple, il s'agit d'un phlegmon ou d'un œdème inflammatoire d'un membre, alors que l'on peut suivre le vaisseau où les vaisseaux lymphatiques pleins de pus qui s'y rendent, les sinus, les voies lymphatiques et le tissu caverneux du ganglion sont eux-mêmes remplis de pus. J'ai pu observer plusieurs cas de ce genre et, en particulier, un fait d'œdème inflammatoire de la cuisse, consécutif à un accouchement. Deux des vaisseaux lymphatiques de la cuisse formaient des cordons blancs, opaques, et contenaient du pus épais. Le ganglion inguinal auquel se rendaient ses vaisseaux était lui-même tuméfié, blanchâtre et infiltré de pus lorsqu'on l'examinait sur une section.

L'examen histologique du vaisseau lymphatique, examiné sur des sections transversales après le durcissement dans l'alcool absolu, montrait à son pourtour une infiltration du tissu cellulo-adipeux par des cellules lymphatiques. La paroi mince du vaisseau présentait aussi une infiltration analogue et son canal était rempli de cellules lymphatiques ou globules de pus (puisque c'est tout un) ; quelques-unes d'entre elles étaient granulo-graisseuses.

Le ganglion durci de la même façon offrait des lésions identiques. A la surface, les vaisseaux lymphatiques étaient distendus et remplis des mêmes éléments ; le tissu cellulo-adipeux était infiltré de pus ; les vésicules adipeuses étaient entourées d'une couronne de cellules lymphatiques, et lorsque la gouttelette adipeuse centrale avait disparu par résorption, la vésicule n'était plus qu'un petit nid de cellules lymphatiques. Les sinus et les voies lymphatiques et tout le tissu caverneux du ganglion lui-même se montraient gorgés de pus sur les coupes examinées au microscope. Toutes ces cavités étaient remplies comme une éponge.

D'après ces données histologiques concernant le début de l'adénite aiguë, il est facile de se rendre compte de la façon dont le ganglion suppure, et du mode de formation du pus qui entoure la capsule et de celui qui se rencontre dans le ganglion lui-même, après que les cavités des tissus, énormément distendues, se sont transformées en petits clapiers puriformes entourant et étouffant le tissu réticulé des follicules. Les inflammations subaiguës de cause spéciale présentent des phénomènes analogues, mais avec des variations en rapport avec chaque série spéciale de cas cliniques.

M. Cornil relate ensuite les résultats intéressants que lui a fournis l'examen des altérations que subissent les ganglions dans la syphilis (adénites syphilitiques de la période secondaire et de la période tertiaire). Puis, il déclare avoir vu des lésions analogues des voies lymphatiques et du tissu caverneux ganglionnaire, dans d'autres états inflammatoires spéciaux, par exemple, dans l'adénite des glandes mésentériques dans la fièvre typhoïde et dans celle qui succède aux ulcérations tuberculeuses de l'intestin. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 *janvier* 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Après la lecture du procès-verbal de la dernière séance et le dépouillement de la Correspondance, l'Académie se constitue en comité secret afin d'entendre le rapport de M. Hillairet sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène.

A. J.

École du Val-de-Grace. — Les deux concours ouverts à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour un emploi de professeur agrégé de clinique chirurgicale et trois emplois de professeurs agrégés de médecine, se sont terminés le 2 et le 3 janvier dernier M. le dr Charvot, médecin aide-major, a été désigné au choix du ministre pour être nommé *agrégé de clinique chirurgicale*. Ont été désignés comme *agrégés de médecine* : MM. Bussard, médecin aide-major, pour la clinique médicale ; Du Cazal, médecin-major, pour l'hygiène militaire ; Zuber, médecin-major, pour l'épidémiologie. (*Gaz. hebdom.*)

© BIU Santé

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 16 novembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

11. Anthracose pulmonaire, broncho-pneumonie chronique chez un fondeur en cuivre; par Charles MAYGRIER, interne des hôpitaux.

Perr.... Pierre, âgé de 49 ans, exerçant depuis longtemps la profession de fondeur en cuivre, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 12 juin (service de M. MESNET). Cet homme déclare tousser depuis plusieurs mois, mais il n'y a guère que deux mois qu'il est réellement malade. Il présente tous les signes de la tuberculose chronique : toux fréquente, expectoration purulente, fièvre le soir, sueurs nocturnes, amaigrissement et perte des forces. L'examen de la poitrine donne les résultats suivants : Signes d'induration dans le poumon gauche, et caverne assez considérable au sommet droit.

La maladie fait des progrès assez rapides, et prend tous les caractères de la cachexie tuberculeuse : Fièvre hectique, sueurs profuses, diarrhée, amaigrissement considérable; l'expectoration augmente et prend les caractères de la purée de pois. *Jamais de crachats noirs.*

Après quatre mois de séjour à l'hôpital, le malade meurt le 26 octobre avec un œdème considérable des membres inférieurs, du scrotum, de la paroi abdominale et un peu d'ascite. Diagnostic porté pendant la vie : Phthisie pulmonaire.

AUTOPSIE. — Les organes splanchniques sont relativement sains, sauf un peu de dégénérescence graisseuse du foie et des reins; on n'y trouve pas trace de tubercules non plus que dans le péritoine.

Cavité thoracique. Un peu d'hydrothorax, adhérences intimes entre le sommet du poumon droit et la paroi; on ne peut enlever cet organe qu'en le déchirant. La plèvre présente à sa surface, surtout à la base des poumons, de petits grains blanchâtres, analogues à première vue à des tubercules. Le sommet du poumon droit est détruit par une large caverne à parois anfractueuses, indurées, absolument analogue à une caverne tuberculeuse. Mais ce qui frappe immédiatement dans l'examen des poumons, c'est leur couleur noire, leur dureté et l'aspect très-caractéristique qu'ils présentent; ils sont, en effet, parsemés de nodules saillants, faciles à énucléer, semblables à de petites balles de plomb incrustées dans le parenchyme pulmonaire. En examinant à l'œil nu la coupe de ces nodules, on constate qu'ils ne sont autre chose que des lobules pulmonaires indurés en masse, et formés par une agglomération de lobules primitifs dont les contours sont parfaitement visibles. Enfin la trame cellulaire du poumon est très-épaissie, surtout à la base du côté droit, et présente une dureté considérable; en ce point, on voit des tractus fibreux cloisonnant le tissu pulmonaire et lui donnant un aspect typique de pneumonie interstitielle.

L'*examen microscopique* a été fait par M. GOMBAULT, dans le laboratoire de M. CHARCOT. Il a porté plus spécialement sur deux points du tissu malade : sur les parties nodulaires saillantes, d'un aspect si caractéristique, et sur les petites granulations visibles au niveau des plèvres.

1° Des coupes faites au niveau des gros nodules noirs, durcis par l'alcool et colorés par le carmin, présentent les particularités suivantes. On y constate des noyaux de structure fibreuse entourant les bronches et les vaisseaux. Les bronches ne présentent aucune dilatation; elles sont oblitérées par un magma épithélial plus ou moins analogue à de la matière caséeuse. Les artères sont oblitérées aussi et présentent les lésions de l'endartérite. Tout autour des bronches et des vaisseaux, le nodule fibreux est infiltré de granulations charbonneuses; il est plus ou moins rapproché des nodules voisins, et dans les points intermédiaires on trouve du tissu pulmonaire à peu près sain.

2° Au niveau des petites granulations, voici ce qu'on observe : D'abord ces granulations ne tiennent pas à la plèvre, mais bien au poumon; elles présentent absolument le même aspect nodulaire et fibreux que les parties décrites précédemment. Nulle part elles ne sont entourées d'une zone embryonnaire, ni de cellules géantes comme dans les noyaux caséeux de la tuberculose. Dans le tissu pulmonaire qui les sépare, les parois des alvéoles sont épaissies, mais ne présentent point les lésions de la pneumonie catarrhale; on ne trouve pas, en effet, dans l'intérieur des alvéoles, le produit de desquamation épithéliale ; dans quelques points cependant, quelques cellules épithéliales sont détachées et, fait curieux, contiennent très-manifestement des granulations noires.

En résumé, il s'agit d'une *broncho-pneumonie anthracosique*, ayant simulé absolument par ses symptômes et sa marche la tuberculose pulmonaire chronique.

12. Coliques hépatiques; fièvre intermittente hépatique. — Angiocholite suppurée. — Autopsie; par M. F. DREYFOUS, interne des hôpitaux.

Marguerite, 32 ans, ménagère, entre le 8 novembre 1877, à l'Hôtel-Dieu. Cette femme est accouchée il y a un mois de son quatrième enfant. A part une attaque d'éclampsie lors du premier accouchement, les autres grossesses furent exemptes de complication. — Il y a six mois, elle eut, au service de M. le docteur Guibout, des accès de *colique hépatique* avec ictère. — Les jours qui précédèrent le dernier accouchement et l'après-midi qui le suivit, elle eut des phénomènes fébriles. — C'est surtout le surlendemain de l'accouchement qu'elle eut un grand frisson accompagné de douleurs dans le dos et d'une sensation de boule dans le ventre. — La nuit suivante, elle avait coup sur coup trois grands frissons avec claquement de dents.

A son arrivée à l'hôpital, on remarque un léger degré d'ictère cutané. Les urines sont colorées en brun et les matières fécales décolorées. La malade raconte qu'elle a, le plus souvent vers le soir, de *véritables accès de fièvre avec frisson* au début, puis chaleur, puis sueurs. Elle dit avoir ressenti des douleurs aux deux hypochondres et dans les deux épaules, surtout à gauche. — Le jour de son entrée, pas de fièvre : le foie est douloureux, tuméfié et dépasse de 3 centimètres environ le rebord des fausses côtes.

En présence de ces renseignements et de ces symptômes, le diagnostic porté fut le suivant : *angiocholite calculeuse.*

10 *novembre.* Elle a eu ce matin un accès de fièvre qui a débuté franchement par un grand frisson. Ta. Matin 39°, 8. L'urine des 24 heures étant recueillie, la quantité d'*urée* est de 16 à 17 grammes. (Procédé Regnard.)

Soir. Nouveau frisson suivi maintenant de chaleur. Ta. 40°,6.

11 *novembre.* Matin. T.A. 38°. Soir. T.A. 40°,8. Bronchite intense.

12. Matin : T. 40°,4; soir : T. 40°,1.

Etat typhoïde : teinte ictérique marquée, pas d'hémorrhagies. La respiration est haute et accélérée; la fièvre intense est maintenant continue et non plus par accès.

Impossible d'ausculter la poitrine en arrière, à cause de l'état grave de la malade.

13. Matin : T. 39°; R. 72; ictère de plus en plus marqué. Mort le 13 à 4 heures du soir.

AUTOPSIE faite le 15 novembre 1877 (Résumé). — Rien dans les organes du petit bassin; pas de lymphangite utérine. *Poumons* congestionnés; cœur chargé de graisse et à fibres pâles.

Le *foie* seul mérite d'attirer l'attention : il est volumineux, n'a pas la couleur du foie gras. A sa surface, sur la convexité au niveau de la moitié gauche, un peu de rougeur et quelques vasa aberrantia blanchâtres.

En faisant une section perpendiculaire à la surface et antéro-postérieure, on trouve une quantité d'abcès de volume variable d'un pois à une noisette. Et partout on fait sortir, par la pression du foie, une notable quantité de pus qui sort de canaux à parois béantes et relativement volumineux. Nous verrons que ce sont les canaux biliaires dilatés et enflammés. De plus, on fait aussi sortir par la pression du foie un gravier très-abondant.

Reprenant la face inférieure du foie, nous voyons ceci : la vésicule biliaire, injectée, contient peu de bile et une poussière de gravier. Le canal hépatique a sensiblement le même volume que la veine porte ; il est perméable et contient du gravier; la veine porte est perméable aussi. Mais, à la partie

© BIU Santé

la plus reculée de la branche gauche du canal hépatique, au niveau de sa division, est enclavé un gros calcul, inégal à sa face inférieure, lisse et moulé par sa face supérieure sur le canal hépatique, et à son extrémité sur les deux divisions du canal hépatique, dans lesquelles il est enclavé et comme à cheval sur les bifurcations. Son volume est environ celui d'une noix. Enfin, en passant un stylet dans un des canaux qui contiennent du pus, on arrive jusqu'à un point où ce conduit aboutit au canal hépatique, en butant contre un petit calcul qu'il faut déplacer pour faire pénétrer l'instrument dans la grosse branche. De plus, la partie où siégent les abcès est très-nettement celle qui correspond à la distribution de la branche oblitérée du canal hépatique.

On avait donc bien affaire à une angiocholite suppurée et à des *abcès biliaires*.

RÉFLEXIONS. — Je ne ferai remarquer que deux points intéressants :

1° Le diagnostic a pu être porté pendant la vie et confirmé de tous points à l'autopsie ;

2° Il est permis de se demander si l'état puerpéral aurait joué ici un rôle dans l'époque de ces accidents, sinon dans leur nature, en donnant un coup de fouet à une inflammation latente.

13. Kyste de la glande thyroïde ; par AUDOUARD, interne.

La nommée Marguerite Laborie, âgée de 17 ans, est entrée à l'hôpital Beaujon, (service de M. GILLETTE), le 13 août 1877, pour être soignée d'une tumeur de la région antérieure du cou. La malade est originaire du Cantal où elle a vécu jusqu'à l'âge de quatorze ans, elle n'est à Paris que depuis deux ans. Dans sa famille, personne n'a de tumeur semblable à la sienne. Elle-même est, du reste, bien constituée et ne présente sur le corps aucune trace de scrofule. Bien réglée depuis l'âge de treize ans. La tumeur cervicale a été remarquée pour la première fois, il y a trois ans. Elle a toujours augmenté de volume, mais lentement et sans produire de gêne de la respiration et de la déglutition. Actuellement, la malade est surtout préoccupée de la déformation qu'elle produit.

Le volume de la tumeur égale celui d'une orange. Elle est située en avant et à droite de la trachée, à laquelle elle adhère intimement. La partie supérieure de la trachée est déviée à gauche et refoulée profondément. Dans les mouvements de déglutition, le larynx et la tumeur se meuvent ensemble. La voix n'est pas altérée. La peau est lisse, tendue, sans adhérence et sans changement de couleur. La peau est élastique, rénitente et on obtient facilement la fluctuation.

25 *août*. On ponctionne la tumeur et on retire environ deux cents grammes d'un liquide chocolat. Pas d'injection dans la cavité kystique. Le lendemain, la peau est rouge, douloureuse localement, la malade a de la fièvre.

28 *août*. Le liquide s'est reproduit rapidement. La tumeur est revenue au même volume. La fièvre et la douleur ont disparu.

3 *septembre*. Seconde ponction du kyste. On retire 160 grammes de liquide semblable au premier. De nouveau, on observe pendant quelques jours de la fièvre et de la douleur.

14 *septembre*. Troisième ponction qui donne 100 grammes de liquide plus foncé. La fièvre éclate le soir même. La malade est prise de vomissements. La peau du cou est rouge, et les jours suivants, la tumeur augmente considérablement de volume. La paroi du kyste paraît indurée, et on ne trouve pas de fluctuation.

17 *septembre*. L'augmentation de la tumeur et des parties périphériques détermine des phénomènes de compression de la trachée qu'on ne peut sentir avec le doigt. Un drain passé dans la tumeur qui ne se vide qu'incomplétement amène un soulagement momentané. Le liquide qui s'écoule est brunâtre, mélangé de caillots sanguins. Lorsqu'on attire la tumeur en soulevant le drain, la malade paraît respirer un peu mieux. La déglutition est gênée. La voix est éteinte, enfin les phénomènes de compression augmentant, la malade succombe à l'asphyxie lente le 19 septembre.

AUTOPSIE. — On ne peut isoler les muscles sous-hyoïdiens du côté droit. Les tissus de la région sont confondus et infiltrés par une matière gélatineuse et lardacée.

Corps thyroïde. — Le lobe gauche a un volume normal. L'isthme est très-étroit. Quant au lobe droit, il est formé d'une 1re partie qui paraît être elle-même atrophiée et de la tumeur kystique. Le kyste n'est relié au lobe que par un pédicule très-étroit dont on ne peut pas déterminer la nature : une branche de l'artère thyroïdienne se rend directement dans ce kyste. Au niveau de la bifurcation de la trachée on trouve quelques ganglions volumineux.

Poumons. — Emphysème en avant et principalement au niveau du bord antérieur. Congestion aux deux bases, sans suffusions sanguines. — *Cœur*. — Les cavités sont remplies de caillots décolorés. — *Cavité abdominale*. — Rien à noter.

Examen de la tumeur. — La paroi du kyste est épaisse, d'apparence fibreuse : sa face interne est formée de petites masses blanchâtres, comparables à des fausses membranes ayant un centimètre d'épaisseur. Le liquide de la cavité est séro-purulent et contient des caillots noirâtres assez volumineux. Le peu de connexion de cette tumeur avec le lobe droit du corps thyroïde, peut faire supposer qu'on est en présence d'un ganglion cervical suppuré.

L'examen histologique, fait par M. Malassez, est du plus haut intérêt. La paroi du kyste est formée dans ses couches externes par du tissu conjonctif, présentant en quelques points des portions sarcomateuses et d'autres myxomateuses. Les couches internes sont en dégénérescence graisseuse, ce qui rend l'examen microscopique très-incertain. Cependant on y reconnaît des travées plus transparentes, formées par du tissu conjonctif qui a résisté à la dégénérescence graisseuse. Ces travées limitent des espaces qui, les uns sont remplis complètement par des éléments dégénérés, probablement des cellules épithéliales, et les autres sont tapissées par une couche d'éléments dégénérés semblables à ceux qui remplissent les loges précédentes. Ici, la cavité est comblée par une masse granuleuse dans laquelle on distingue vaguement quelques éléments dégénérés. Les parties correspondent, les premières à des amas épithéliaux pleins; les secondes à des cavités kystiques tapissées par un revêtement épithélial. En sorte que la tumeur est probablement un de ces épithéliomas décrits par M. Cornil, présentant des portions kystiques et des masses épithéliales pleines, le tout soutenu par un stroma fibreux.

Quant à la cavité centrale, on ne saurait dire, si elle résulte d'un ramollissement des tissus, ou si elle est due à une formation kystique plus complète que celles qui ont été constatées dans les parois. Il est très-probable que la tumeur appartient au corps thyroïde, mais les portions soumises à l'examen ne ressemblent pas au tissu du corps thyroïde.

Séance du 23 novembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

14. Lésions du cerveau chez une épileptique; absence du lobule pariétal inférieur du côté droit sans troubles oculaires du côté opposé ; par M. le Dr Clovis GALLOPAIN, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés d'Evreux.

Imbécillité ; épilepsie ; pas de troubles oculaires ; pendant les six derniers mois céphalalgies, vomissements, somnolence, attaques apoplectiformes, hémiplégie droite. — Cancer encéphaloïde du lobe frontal gauche ayant fait irruption dans le ventricule latéral et le 3e ventricule. Absence de développement du pli courbe et du lobule du pli courbe du côté droit (1).

Guillem, Julie-Louise, âgée de 39 ans, est entrée à l'asile d'aliénés d'Evreux, le 18 mai 1875. Cette malade a été admise à la Salpétrière le 6 novembre 1851 (elle avait alors environ 13 ans); sortie de cet hospice le 4 juillet 1860, elle y est entrée une seconde fois le 29 juin 1861, et y est restée jusqu'au moment où elle a été transférée à l'asile d'Evreux. M. le Dr Moreau, sur son certificat, déclare cette malade atteinte d'épilepsie.

Guille... est une imbécile qui ne connaît pas son âge et n'a aucune initiative; on est obligé de la surveiller et de la diri-

(1) Voir trois dessins dans l'Album de la Société.

© BIU Santé

ger dans tous ses actes; elle est cependant calme et se laisse facilement conduire. Pendant deux ans, on n'a observé chez elle que des attaques de *petit mal* consistant en vertiges accompagnés de quelques soubresauts dans les membres, et plus souvent de convulsions dans les muscles de la face; ses attaques n'ont jamais été suivies d'agitation. Elle a un léger embarras de la parole et traîne un peu la jambe gauche. Pas de troubles oculaires. La figure est asymétrique.

4 *mai* 1877. — Guille.... a eu aujourd'hui trois violentes attaques qui n'ont pas été précédées de cri et qui ont consisté en : chute, perte de connaissance, convulsions cloniques, état comateux; elle s'est profondément mordu la langue.

5 *mai*. — Deux attaques. — 9 *mai*. — Trois attaques semblables à celles du 4. Ces attaques n'ont point été suivies d'agitation, mais d'une hébétude très-prononcée. Depuis ces attaques, Guille.... s'est continuellement plainte de céphalalgies plus ou moins violentes, affectant particulièrement le côté gauche.

13 *juillet*. — Guille... accuse une céphalalgie opiniâtre, prononcée surtout à gauche, une somnolence continuelle qui lui fait garder constamment le lit, des nausées, quelquefois des vomissements; cet état a duré plus d'un mois. Souvent, on la surprenait se frappant le côté gauche de la tête avec le poing.

7 *août*. — Même état; constipation. — Eau de Sedlitz. — 8 *août*. — Lavement purgatif; tisane d'orge. — 15 *août*. — Guille... va un peu mieux et peut se lever; souffre de la tête, somnolence.

23 *août*. — Guille... a eu aujourd'hui dix ou douze attaques apoplectiformes précédées ou accompagnées de vomissements et consistant principalement en perte de connaissance, résolution musculaire, immoblité, face vultueuse.

24 *août*. — On constate une paralysie du côté droit; déviation de la bouche et des traits à gauche; chute de la paupière supérieure droite; la sensibilité est exagérée à droite; pouls fort, large; sueurs générales; somnolence.

25 et 26 *août*. — Même état; ne peut prendre aucun aliment. — 27 *août*. — Coma. — 28 *août*. — L'état comateux se prononce davantage; cependant, Guille... sort encore un peu de sa somnolence quand on l'excite par la douleur; pouls très-fort, large; face vultueuse. — Saignée de 200 grammes; Lavement { huile de croton.... 1 goutte. sulfate de soude... 15 grammes.

29 *août*. — Guille... va mieux; l'état comateux est à peu près disparu. — Potion : poudre de digitale 0,10 centigr.

30 *août*. — L'amélioration continue. — Potion : poudre digitale 0,10 centigr.

4 *septembre*. — Guille... peut se lever, commence à se servir de ses membres paralysés; gâteuse.

15 *septembre*. — Guille... se sert assez bien de son bras droit; mais elle ne peut marcher sans aide; se plaint toujours de céphalalgie et se frappe souvent le côté gauche de la tête; tendance continuelle au sommeil.

27 *septembre*. — Somnolence; céphalalgie; nausées, vomissements; plusieurs attaques apoplectiformes légères; sueurs.

28 *septembre*. — Même état. — Tisane d'orge avec émétique 0,02.

29 *septembre*. — Coma. — Sangsues à l'anus.

2 *octobre*. — Amélioration. — Lavement { aloès..... / savon médicinal } 5 gr.

9 *octobre*. — Guille... peut se lever; mais elle est devenue tout à fait gâteuse; elle se plaint toujours de céphalalgie.

14 *octobre*. — Vomissements; attaque apoplectiforme; somnolence.

15 *octobre*. — Vomissements; coma qui se prononce de plus en plus; sueurs générales. — Mort dans la soirée.

Autopsie. — *Crâne*. — Le pariétal droit présente, vers sa partie moyenne, une bosse, plus saillante qu'à l'état normal, et qui correspond à une fosse profonde, ovoïde, que l'on remarque à sa face interne. Cette fosse a, dans le sens antéro-postérieur, une longueur de six centimètres et demi, et, transversalement, dans sa plus grande largeur, quatre centimètres et demi; l'os, à ce niveau, est très-aminci; il est au contraire épaissi tout autour de la cavité où il forme une espèce de bourrelet.

Méninges. — En incisant la dure-mère, il s'écoule de la cavité arachnoïdienne environ 200 gr. de sérosité. La pie-mère est vasculaire, mince. De nombreux corpuscules de Pacchioni sont implantés sur la portion de cette membrane qui recouvre les pieds des 2e et 3e circonvolutions frontales droites; il en existe également au sommet du lobe frontal, à 2 centim. en dehors de la ligne médiane; la dure-mère, qui recouvre ces corpuscules, est amincie et criblée de trous et les os du crâne présentent, dans les parties correspondantes, de nombreuses dépressions. La pie-mère, au niveau du lobule pariétal inférieur du côté droit, est épaissie, opaline et soulevée sous forme d'une saillie ovoïde présentant les mêmes dimensions que la fosse signalée à la face interne du pariétal du même côté; cette saillie forme une tumeur fluctuante qui, après l'incision de la pie-mère, s'affaisse par suite de l'écoulement d'un liquide analogue à la sérosité céphalo-rachidienne et qui laisse apparaître, à sa place, une excavation profonde.

Cerveau.— Hémisphère droit. (Poids 311 gr.) La première circonvolution frontale est très-volumineuse et occupe à elle seule presque la moitié de la face externe du lobe frontal; elle se bifurque en arrière, à la partie moyenne de sa longueur: la bifurcation inférieure, arrivée à la frontale ascendante, se recourbe en bas et se termine par une lame mince de 2 mm. d'épaisseur. L'insula a un aspect lisse et ne présente à sa surface aucune apparence de circonvolution. La circonvolution frontale ascendante est divisée à sa partie moyenne en deux tronçons par un sillon; le tronçon inférieur est lui-même coupé en deux par un second sillon.

A la place du lobule pariétal inférieur se trouve une excavation profonde, ovalaire, à bords taillés à pic, allongée dans le sens antéro-postérieur, et s'étendant depuis la scissure de Sylvius en avant jusqu'à la scissure pariéto-occipitale en arrière; son bord supérieur est situé à 3 centimètres de la scissure inter-hémisphérique. Cette excavation a 6 centim. de long, 2 centim. 1/2 de large à sa partie moyenne, et près de 2 centim. de profondeur, son fond est une surface plane qui correspond, dans son tiers antérieur, à la face externe du corps strié; dans la partie postérieure, l'excavation est séparée du ventricule latéral par une membrane de 1 à 2 mm. d'épaisseur.

La circonvolution pariétale ascendante n'existe que sur une longueur de 2 centim. 1/2 : assez développée dans sa moitié supérieure, elle est très-grêle (4 mm. d'épaisseur) dans sa moitié inférieure; sa limite inférieure est marquée par le bord supérieur de l'excavation : à ce niveau, la substance nerveuse n'existe que sous forme d'une très-mince et étroite languette; une lame fibreuse, constituée par l'adossement des deux feuillets de la pie-mère, fait suite à cette circonvolution et contourne l'extrémité antérieure de la cavité. Les circonvolutions, qui se dirigent vers l'excavation, et notamment la première circonvolution temporale, s'y terminent de même sous forme de lamelles fibreuses qui se recourbent de façon à border la cavité dans presque toute son étendue.

En résumé, cette excavation résulte de l'absence de développement des deux tiers inférieurs de la pariétale ascendante, de l'extrémité supérieure de la 1re circonvolution temporale et surtout du pli courbe et du lobule du pli courbe dont il n'existe aucun vestige. Le lobule pariétal supérieur est normal. La scissure pariéto-occipitale supérieure est très-développée. Le lobule paracentral présente un développement considérable : il est de forme triangulaire, a une hauteur de 3 centimètres et une base périphérique de 4 c. 8. Ce lobule est divisé en deux parties inégales par une fossette verticale coupé à sa partie inférieure par un sillon oblique.

Hémisphère gauche. (531 gr.). Dans la plus grande partie de la face externe du lobe frontal, sur une longueur de 7 c. 1/2 et une largeur transversale de 6 cent., la pie-mère est tellement adhérente au tissu sous-jacent, qu'il est impossible de la détacher. Cette surface comprend la deuxième circonvolution frontale, qui présente un développement très-considérable et la bifurcation inférieure de la première dans une partie de son étendue; cette dernière circonvolution est, du reste, atrophiée. La partie antérieure et supérieure de cette surface est constituée par une plaque lisse, d'un blanc laiteux, ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs.

© BIU Santé

La troisième circonvolution frontale est normale, quoique déjetée en bas et en dedans par le développement exagéré de la deuxième. L'insula est très-volumineux et composé de cinq circonvolutions formant un lobule très-saillant, allongé dans le sens antéro-postérieur et présentant une crête qui proémine à travers les lèvres de la scissure de Sylvius. La circonvolution pariétale ascendante est amincie à son extrémité supérieure. Le lobule paracentral est moins développé qu'à droite, il n'est limité en avant que par un sillon très-court ; sa hauteur est de 3 centimètres et sa base périphérique a 3 centimètres ; sa surface est divisée par un sillon vertical qui est coupé à sa partie inférieure par une fossette assez profonde.

Une masse charnue, très-molle, d'un blanc rosé remplit le ventricule latéral depuis la queue du noyau caudé jusqu'à l'extrémité antérieure de la corne fontale ; cette production, passant par le trou de Monro, va combler le troisième ventricule. Après avoir ouvert le ventricule latéral, nous constatons que la tumeur a fait irruption dans cette cavité par la voûte du ventricule, et qu'à ce niveau se trouve un pédicule, régulièrement arrondi, de 5 centimètres de diamètre. Entre la tumeur et le noyau caudé se trouvent plusieurs petits caillots sanguins : l'un d'eux a la grosseur d'une noisette ; un autre petit caillot se trouve dans la cavité digitale. Une coupe, pratiquée de dedans en dehors, au milieu de la tumeur nous permet de voir que le centre de celle-ci est constitué par un tissu jaune, résistant, infiltré de granulations calcaires ; autour de ce noyau, se trouve le tissu rosé, mou, déjà décrit, lequel est mêlé à de nombreux petits caillots sanguins. Une seconde coupe, pratiquée de dehors en dedans, au centre de la plaque lisse, signalée à la partie antérieure et supérieure du lobe frontal, fait constater un noyau de la grosseur d'un marron, constitué par un tissu blanc laiteux, très-résistant et infiltré de granulations calcaires. La substance corticale (très-altérée du reste) de la deuxième circonvolution frontale et la pie-mère, qui lui est intimement adhérente, forment une mince coque recouvrant un tissu pulpeux, mélangé de caillots sanguins.

Nous avons vu que la portion altérée du lobe frontal est limitée par la troisième circonvolution frontale, en haut par la première circonvolution frontale, dans une partie seulement de son épaisseur ; elle l'est, en avant, par une coupe faite à 0,02 cent. du sommet du lobe, et en arrière par une coupe passant par les pieds des circonvolutions frontales ; dans toute cette étendue, la substance blanche et la substance grise sont complètement détruites ou altérées.

Cervelet et bulbe (130 gr.). Le cervelet ne présente rien de particulier. Le plancher du quatrième ventricule présente des arborisations vasculaires anormales.

Le *cœur* ne présente pas de lésions d'orifices, ses cavités sont remplies de caillots sanguins. Quelques tubercules au sommet du poumon droit. Autres viscères sains.

15. Phthisie urinaire. — Intégrité de tous les autres appareils. — Mort par urémie dyspnéique ; par Champetier de Ribes, interne des hôpitaux.

Estenger, Alfred, âgé de 18 ans, entre dans le service de M. Moutard-Martin, le 19 novembre 1877, salle St-François, n° 14. Il est très-chétif, très-maigre, on ne lui donnerait pas plus de douze à quatorze ans. Ce qui frappe tout d'abord en lui, c'est la manière dont il respire : quoique l'air entre facilement dans sa poitrine, l'inspiration s'accompagne d'un effort violent ; l'expiration est courte et plaintive ; toutes les inspirations sont égales, toutes sont également laborieuses et profondes, la respiration est bruyante. On ne trouve ni dans le cœur, ni dans les organes respiratoires la cause de cette dyspnée. Le 19 novembre, à 5 heures du soir, P. 106. T. R. 38°. Le nombre des mouvements respiratoires est de 38 dans une minute.

Les yeux sont brillants, les pupilles contractées ; l'intelligence est très-nette ; le malade parle d'une voix entrecoupée, chevrotante, comme accompagnée de sanglots ; il n'a pas la moindre sensation de frisson. La maladie a débuté brusquement le samedi 10 novembre. Le soir de ce jour, en rentrant de son travail, il eut un éblouissement et tomba sans connaissance ; il ne peut préciser la durée de cet évanouissement mais il assure n'avoir eu ni vomissements, ni convulsions ; quand il revint à lui, il n'avait pas de paralysie et souffrait seulement d'une céphalalgie frontale vive, qui persista pendant deux jours. Puis, peu à peu, survint de la gêne dans la respiration en même temps qu'une douleur très-grande dans les régions lombaires avec irradiation le long du trajet des deux uretères, et une sensibilité très-vive de la région hypogastrique, au-dessus de l'arcade pubienne.

Ces douleurs persistent actuellement ; le malade gémit quand on presse sur les régions correspondant aux reins ou à la vessie ; les mouvements du tronc et même ceux des membres inférieurs lui arrachent des plaintes bien que les articulations soient indemnes. Nous ne trouvons pas de gonflement des régions lombaires, ni d'œdème des parties superficielles.

La mère de ce jeune homme est morte phthisique il y a deux ans. Lui-même n'a jamais toussé, n'a jamais eu d'hémoptysie. Dès l'âge de huit ans, il a eu le ventre gros, des maux de reins, des sensations de chaleur pénible derrière le pubis et il a éprouvé des troubles dans la miction : tantôt celle-ci était difficile et douloureuse ; tantôt, au contraire, l'urine s'écoulait sans que l'enfant pût la retenir, et avant qu'il eût pris ses précautions pour ne pas souiller ses vêtements. Il y a trois ans, c'est-à-dire à l'âge de 15 ans, le malade eut une hématurie peu abondante, survenant à la fin d'une miction ; le sang était pur, l'urine de ce jour là en contenait un peu, mais on n'en vit plus le lendemain et on n'y attacha pas d'importance, son père et lui remarquèrent cependant, dès cette époque, que son urine était trouble et laissait au fond du vase un dépôt jaunâtre.

Depuis ce temps, l'état de ce jeune homme resta le même ; ses vêtements étaient souvent tachés d'une urine jaune et fétide, souvent la miction était douloureuse, il éprouvait fréquemment des douleurs dans les reins et dans le bas ventre, il avait peu de vigueur, mais à condition de ne pas se livrer à un travail fatigant, il n'était jamais obligé de s'arrêter. Il y a un mois, il pissa quelques gouttes de sang, mais ce phénomène passager attira à peine son attention. L'urine que nous voyons est trouble et décolorée, jaune sale, laissant déposer ; sans s'éclaircir, un abondant précipité purulent. Ce sont là, les caractères que M. le professeur Guyon assigne à *l'urine des maladies rénales*.

20 *novembre, matin*. T. R. 37° ; P. 96. — La respiration présente les mêmes caractères qu'hier soir. Quelques râles ronflants et muqueux dans la poitrine. Le pouls est petit. Le malade s'est plaint toute la nuit sans délirer. Il a grand soif, boit de la tisane et du bouillon sans vomir ; il n'a pas pris d'autres aliments que ceux-là depuis le début de sa maladie. — *Soir*. T. R. 37°,6. Même état. Les inspirations sont moins fréquentes, mais s'accompagnent d'un effort aussi violent.

21 *novembre, matin*. T. R. 37°. Le malade n'a pas uriné depuis hier matin. Le ventre est plat, la vessie ne contient pas d'urine. Le pouls est extrêmement misérable. La dyspnée est la même. Prostration très-grande. *Soir*. T. R. 36°,8.

23 *novembre, matin*. A la visite. T.R. 36°,3. Agonie. Le malade a été agité cette nuit, il se découvrait continuellement ; il a laissé un peu d'urine s'écouler sous lui ; pas d'attaques convulsives. Les inspirations toujours aussi profondes sont extrêmement rares. — Mort à 10 heures du matin.

Autopsie, le 23 novembre, à 10 heures du matin. Les poumons, les plèvres, le cerveau, les méninges, le péritoine et tous les organes sont examinés avec le plus grand soin ; on ne trouve nulle part ni granulations tuberculeuses, ni tubercules, ni aucune autre lésion. Les organes génitaux y compris l'urèthre sont absolument sains. On ne trouve d'altérations que dans les voies urinaires.

Reins. Uretères. — Les deux reins présentent les mêmes lésions ; ils forment de chaque côté une poche fluctuante ; leur volume dépasse le double de l'état normal ; dans le tissu graisseux, peu abondant, qui les entoure, on trouve par places un peu de pus infiltré, provenant de la rupture de cavernes superficielles. — Les deux uretères, très-dilatés, ont plus de deux centimètres de diamètre ; ils arrivent jusqu'à la vessie

© BIU Santé

conservant dans tout leur trajet ce volume considérable, sans qu'aucun obstacle pouvant les comprimer, nous explique leur dilatation; au-dessous du bas-fond vésical, de chaque côté, ils présentent une ampoule volumineuse, en forme de cul-de-sac. Les parois de ces canaux, redevenues de dimension normale quelques millimètres avant leur abouchement dans le réservoir urinaire, sont accolées l'une à l'autre au niveau du trajet que parcourent les conduits dans l'épaisseur de la vessie, si bien que celle-ci une fois vidée, l'urine qui gonfle les uretères ne s'écoule pas; leur orifice vésical est cependant normal, aucun corps étranger n'en oblitère l'ouverture.

Une coupe des reins montre les lésions de l'hydropyonéphrose arrivée à un degré très-avancé; le tissu de l'organe est réduit à une coque d'un centimètre d'épaisseur. La muqueuse qui tapisse les calices, les bassinets et les uretères, énormément dilatés, est rouge et injectée, mais ne présente ni granulations tuberculeuses, ni ulcérations. Dans la substance rénale, on trouve de petits foyers tuberculeux à divers états; les uns forment de véritables petites cavernes remplies de pus crémeux, d'autres sont pleins de matière caséeuse; d'autres, enfin, sont constitués par des amas de granulations non ramollies. Il y a, en outre, un grand nombre de granulations disséminées.

Vessie. — La capacité du réservoir est augmentée; ses parois sont légèrement épaissies; la muqueuse est injectée. Un semis de fines granulations occupe tout le bas-fond faisant une légère saillie sous l'épithélium; elles sont nombreuses, surtout autour du col vésical et des orifices des uretères; elles ont absolument l'aspect de granulations grises si communes à la surface de la plèvre. En outre, sur toute la surface interne de la vessie, on trouve une quantité considérable de taches ecchymotiques d'un rouge noirâtre, généralement arrondies, quelques-unes irrégulières, comme étoilées..., leur étendue est variable, le plus grand nombre a les dimensions d'une lentille; elles ne font pas de saillie sous l'épithélium, ne changeant pas d'aspect sous un filet d'eau, et sont contenues dans l'épaisseur de la muqueuse. En aucun point, la muqueuse vésicale n'est ulcérée.

L'urine en quantité considérable retenue dans les canaux excréteurs est absolument semblable à celle que nous avons observée pendant la vie.

En résumé, tuberculose des reins ayant amené la production de cavernes: les unes vidées dans les canaux excréteurs et confondues avec eux, les autres contenues dans le parenchyme de l'organe et parfaitement fermées; d'autres, enfin, en petit nombre, récemment ouvertes à l'extérieur dans l'atmosphère celluleuse.

Granulations grises sous-épithéliales et ecchymoses de la muqueuse vésicale. Dilatation considérable des calices, des bassinets et des uretères sans que ces canaux présentent de lésions tuberculeuses. Au point de vue symptomatique, urémie à forme dyspnéique. Un point à discuter dans cette observation nous paraît être la pathogénie de la dilatation des canaux excréteurs de l'urine. On ne peut invoquer ici pour l'expliquer un état de contracture de la vessie, car la capacité du réservoir est augmentée, ses parois n'étant que médiocrement épaissies. D'autre part, il n'y a d'obstacle ni au niveau du col vésical ni dans l'urèthre. La portion des uretères comprise dans l'épaisseur des parois de la vessie, est la seule dont le calibre soit normal, et il nous semble que c'est là qu'a dû exister primitivement un obstacle au-dessus duquel toutes les voies urinaires se sont dilatées. Nous croyons qu'on peut admettre que des caillots ou des débris caséeux, arrêtés dans les dernières portions des uretères, ont été la cause première d'une gêne au cours de l'urine, gêne dont la persistance a pu être entretenue par la formation, au niveau du bas-fond vésical, des culs-de-sac que nous avons signalés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 janvier 1878. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une observation de M. Surmay, relative à un cas de luxation de la symphyse pubienne.

M. LEDENTU, à l'occasion de cette communication, signale un fait semblable qu'il a eu à étudier récemment. Il s'agissait d'un enfant de 14 ans qui avait une disjonction complète de deux os du pubis à la suite d'un *aplatissement* sur une machine à raboter. L'écartement des deux os était tel, qu'on pouvait introduire l'indicateur entre les cartilages. Comme il n'y avait aucune espèce de lésions viscérales, la luxation était en somme réduite à sa plus simple expression. Dans ce cas, ainsi que dans celui de M. Surmay, le malade était dans l'impossibilité de fléchir les jambes. Enfin, il présenta des accidents hémorrhagiques très-intéressants, du moins au point de vue du mode pathogénique. Le visage se couvrit de taches de purpura. Les conjonctives furent infiltrées d'épanchements sanguins, des hémorrhagies se produisirent également par le nez et les oreilles. Comme il n'existait assurément aucune lésion du crâne, M. Ledentu n'hésita pas à rapporter toutes ces hémorrhagies à la tension sanguine exagérée qui avait dû résulter de la compression de l'aorte, au moment du traumatisme.

M. LANNELONGUE fait une communication intéressante sur un cas de fracture du fémur, avec épanchement dans l'articulation du genou: un enfant de 4 ans se tenait debout sur une table. Il tombe sur le parquet et se brise le fémur à la réunion des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur. Le surlendemain de la blessure, on constate un épanchement considérable dans le genou. D'ailleurs, pas la moindre contusion. Six jours après il meurt de diphthérie. Voici dans quel état on trouve les parties malades: l'articulation est remplie par un liquide rougeâtre. Les cartilages sont sains: mais les culs-de-sac synoviaux sont vascularisés et leurs vascularisations remontent jusqu'à la surface cartilagienne, particulièrement sur la surface du cartilage rotulien. Une infiltration sanguine pénètre toutes les parties molles au voisinage de l'articulation, et en particulier le triceps, qui est doublé d'un caillot en nappe assez étendu. Enfin, l'articulation de la hanche est indemne, mais il existe dans le psoas et dans la capsule fibreuse des foyers identiques à ceux de la région du genou. Le liquide de l'hydartrose du genou, examiné au microscope, renfermait des globules rouges en voie de destruction, des globules blancs et des cellules pavimenteuses. Il y avait donc du sang dans l'articulation, et pourtant la capsule séreuse n'était déchirée nulle part.

M. Berger a établi comme règle, que toutes les fois que la fracture est complète, il existe un épanchement articulaire. Peut-être cette proposition est-elle un peu exagérée; Hennequin a cité des faits probants de fractures de cuisse, dans lesquels l'épanchement faisait défaut. En tous cas, cet épanchement est certainement très-commun, et M. Lannelongue déclare pour sa part l'avoir toujours constaté. Quant à la pathologie de cette hydropisie, elle est diversement interprétée: irritation de voisinage, stase séreuse due à l'immobilisation par les appareils, retour du sang veineux vers la syniovale par suite de l'obstruction du courant au niveau du foyer de la fracture. Enfin, MM. Gosselin et Berger admettent la transsudation à travers la synoviale du sang épanché dans les tissus. Dans le cas actuel comme la présence du sang dans l'articulation était manifeste et qu'il n'existait aucune déchirures de la synoviale, on peut fort bien supposer que le liquide articulaire, peu épais et foncé en couleur provenait du caillot qui formait une sorte de nappe autour de la capsule. Mais l'arthrite, qui révélait la présence des globules de pus, doit-elle sa cause à l'irritation causée par ces globules rouges, ou bien n'est-elle pas la conséquence d'un ébranlement articulaire déterminé par le traumatisme?

M. VERNEUIL est partisan, en général, du traumatisme indirect comme cause des épanchements sur lesquels MM. Berger et Gosselin ont appelé l'attention. En effet, on les observe souvent dans les cas de fractures de la jambe. D'ailleurs, M. Verneuil a cru remarquer que ces hydarthroses existent surtout dans les fractures par chute, c'est-à-dire lorsque le traumatisme est assez violent pour faire naître du même coup un épanchement articulaire. Au contraire, dans les

© BIU Santé

fractures par écrasement et en général dans les cas où la contusion n'est pas très-étendue l'épanchement est très rare.

M. Després est de l'avis de M. Verneuil pour ce qui a trait aux épanchements immédiats, mais il partage l'opinion de MM. Gosselin et Berger pour les épanchements, tardifs ou du moins pour ceux qui se produisent du 3e au 10e jour.

M. Polaillon lit un rapport sur les mémoires présentés au concours pour le prix Laborie.

Séance du 9 janvier 1877. — Présidence de M. Panas.

La Société procède à l'élection de trois membres correspondants étrangers. Sont élus : MM. Arlt (de Vienne), Callender (de Londres), et Reverdin (de Genève). Sont ensuite nommés membres correspondants nationaux : MM. Vedrenne (de l'hôpital militaire de Vincennes), Poinsot (Bordeaux), Roux de Brignoles (Marseille), et Paquet (Lille).

M. Després, à l'occasion du rapport de M. Ledentu sur les localisations cérébrales et la trépanation, expose son opinion sur la question dans un discours fort intéressant dont l'étendue ne nous permet pas de donner ici une analyse complète. M. Després s'attache surtout à mettre en relief que les succès obtenus par la trépanation sont relatifs à des jeunes gens, et que toutes les statistiques fournies par les chirurgiens français et étrangers sont d'une exactitude plus ou moins suspecte. Ennemi de la trépanation en général dans les cas de traumatismes crâniens, il n'en est partisan que lorsque la fracture est accompagnée de contusion cérébrale, attendu que si en pareille circonstance on ne pratique pas l'opération, le blessé est fatalement condamné à mourir.

En résumé, pour ce qui concerne la trépanation primitive ou secondaire, on doit admettre que les succès n'ont jamais été observés que chez de jeunes sujets ; quant à la trépanation consécutive, elle est condamnée à l'avance par ce fait qu'il est impossible de reconnaître les lésions cérébrales avant le moment où il y a une encéphalite, et l'encéphalite constitue la contre-indication la plus formelle à l'opération.

E. Brissaud.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 décembre 1877. — Présidence de M. Empis.

M. Straus communique deux observations de *rétrécissement de l'artère pulmonaire*, diagnostiqué pendant la vie. Les malades étaient de plus tuberculeux.

M. Bucquoy a été dernièrement appelé en consultation à Nimes, pour un cas anologue. Il s'agissait d'une jeune fille de 11 ans 1/2, chez laquelle la maladie remontait à la première enfance. On constatait une hypertrophie légère portant surtout sur le cœur droit, et l'on trouvait à la base du cœur, particulièrement du côté gauche, et presque sous la cavicule, un souffle intense, râpeux, ne se propageant pas du côté de l'aorte. Cette jeune fille présentait, depuis deux ou trois semaines, un état typhoïde, mal caractérisé ; l'examen de la poitrine fit constater les signes du début d'une affection pulmonaire, (broncho-pneumonie tuberculeuse) à laquelle la malade à succombé, en moins d'un mois. Il n'y avait aucun antécédent tuberculeux dans la famille ; mais un autre enfant était mort l'année dernière dans les mêmes conditions.

M. Straus fait remarquer que, dans les cas qu'il a observés, les malades étaient atteints de tuberculose *vraie* et non de pneumonie caséeuse, ainsi que l'a démontré, après l'observation clinique, l'examen anatomique. Il y a même eu, dans un cas des ulcérations tuberculeuses de l'intestin.

M. Laveran rappelle un cas analogue qu'il a publié dans un travail sur la phthisie aiguë. Il s'agissait d'une tuberculisation aiguë généralisée, sans trace de pneumonie caséeuse. —M. Bucquoy présente au nom de M. Hortelour un travail sur la *syphilis maligne*.

M. Duguet présente une observation d'*embolie pulmonaire* observée chez une femme de 42 ans, ayant des corps fibreux de l'utérus. Cette femme, dont le ventre, au moment de son entrée à l'hôpital, avait le volume d'une grossesse au 8e mois, fut prise de douleurs dans le mollet droit, puis d'œdème du membre. Au bout de quelques jours, à 4 heures du soir, survinrent subitement des palpitations intenses, avec menaces de suffocation et un trouble considérable des battements cardiaques ; pouls insensible. Les choses allèrent ainsi toute la nuit, et la malade mourut à 8 heures du matin. A l'autopsie, on trouva de nombreux corps fibreux, présentant les caractères habituels, l'un d'eux kystique ; en outre, il existait dans le cœur un caillot embolique imbriqué dans les cordages, et l'artère pulmonaire était en quelque sorte bourrée de nombreuses coagulations.

M. Laveran présente un cas d'*infarctus cardiaques consécutifs à l'oblitération d'une artère coronaire*. C'est une lésion rare dont M. Bernheim, dans sa thèse sur les myocardites, n'a pu réunir que 5 cas. Il faut y ajouter bien probablement un certain nombre de cas de rupture du cœur. Le malade, sujet de cette nouvelle observation, succomba rapidement à des accidents d'asystolie avec oppression très-intense et expectoration sanguinolente.

A l'autopsie, on constata une hypertrophie considérable du cœur, et l'on trouva dans la paroi du ventricule une plaque d'un blanc grisâtre, résultant de la désorganisation du tissu cardiaque à ce niveau. L'artère coronaire était oblitérée dans un point correspondant. Il existait, en outre, une néphrite interstitielle, laquelle avait probablement été le point de départ de l'hypertrophie du cœur.

M. Lancereaux voit, dans ce cas, une oblitération de l'artère coronaire et une myocardite fibreuse. Il croit que l'on doit rester sur la réserve relativement à la subordination de ces deux éléments ; cependant, il serait plus disposé à admettre une myocardite primitive. Il serait nécessaire de compléter l'observation par l'examen histologique.

M. Laveran répond que d'après les résultats de l'examen histologique, il paraît s'agir ici d'un infarctus et non d'une myocardite primitive,

M. Féréol rappelle un cas analogue observé dans son service, et qui a été présenté par M. Cauchois à la Société anatomique en 1873.

M. Dujardin-Beaumetz présente des pièces anatomiques relatives à un *énorme anévrysme de l'aorte descendante*. Les vertèbres étaient altérées et six des corps vertébraux étaient presque complètement détruits ; il n'y avait eu, malgré cela, aucun symptôme de paraplégie. Trois côtes avaient aussi été détruites, mais les cartilages costaux étaient intacts. La crosse de l'aorte était saine. Le malade succombe à la cachexie ; il avait des douleurs très-vives, et n'avait jamais pu se coucher à cause de la bosse produite par la tumeur anévrysmale. La poche présentait des dimensions considérables (43 cent. de périmètre à droite, 49 cent. à gauche). A. S.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

II. Traité de thérapeutique et de matière médicale; par Trousseau et Pidoux ; neuvième édition, revue et augmentée avec la collaboration de Constantin Paul. 2 vol. in-8 1875-1877, chez Asselin.

Le livre de MM. Trousseau et Pidoux est resté, pendant trente ans, le traité classique de thérapeutique et de matière médicale, et aujourd'hui encore on peut dire sans être taxé d'exagération, qu'aucun des ouvrages, parus depuis cette époque, ne pourrait lui être comparé. Et pourtant la thérapeutique a subi dans cette période des modifications profondes ; non-seulement de nouveaux médicaments, dont quelques-uns fort importants, sont venus s'ajouter aux anciens ; mais surtout les notions acquises sur l'action physiologique des médicaments ont paru devoir transformer complètement cette science. Ces notions ne sont certainement pas encore assez précises à l'heure actuelle pour qu'il soit permis de s'appuyer exclusivement sur elles ; néanmoins, elles doivent entrer sérieusement en ligne de compte, et en attendant l'heure où nous verrons apparaître un traité de thérapeutique physiologique, on ne peut qu'applaudir aux efforts de ceux qui cherchent à allier les données de l'expérimentation à celles de l'observation empirique, et à réaliser, comme le disaient MM. Trousseau et Pidoux en 1867 (préface de la 8e édition), l'union de la science et de l'art.

© BIU Santé

Les auteurs du *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, dans les éditions successives de leur ouvrage, ont suivi le courant, sans cependant s'y laisser entraîner, et la partie clinique, le côté de l'art, suivant leur expression, a continué à former la partie fondamentale. Il en est de même encore dans l'édition actuelle, et M. Constantin Paul à qui revient la responsabilité comme le mérite de cette neuvième édition, a respecté les considérations générales sur les diverses médications et les applications thérapeutiques particulières en les complétant seulement sur certains points. De plus, en raison des tendances actuelles, il ne pouvait manquer d'insister plus que cela n'avait été fait dans les éditions précédentes, sur l'étude physiologique des médicaments. Il l'a fait dans une certaine mesure et a utilisé dans ce but les recherches modernes en prenant bien soin d'ailleurs de distinguer l'action physiologique de l'action toxique de chaque substance.

L'action physiologique des médicaments occupe donc dans cette nouvelle édition une place beaucoup plus importante que dans celles qui avaient précédé. Elle est exposée avec soin et si parfois le lecteur, qui cherche à se faire une opinion, hésite entre plusieurs résultats contradictoires, c'est à la nature du sujet plus qu'à l'auteur qu'il doit s'en prendre; pourtant il nous a semblé qu'à côté de certains articles très-étendus, quelques autres se trouvaient un peu écourtés et pour n'en citer que trois il est certain que l'action physiologique des sels de potasse, du régime lacté, des bains froids dans les maladies aiguës, aurait gagné à être étudiée avec plus de détails et l'on peut s'étonner de voir accorder une place beaucoup plus grande à d'autres sujets moins importants et par exemple aux injections mercurielles dont l'emploi est, du reste, condamné par l'auteur.

Les nouveaux médicaments, introduits dans la thérapeutique depuis une dizaine d'années, sont assez nombreux; ils sont pour la plupart étudiés dans la nouvelle édition de Trousseau et Pidoux; nous disons la plupart, car, là encore, se remarque une disproportion analogue à celle dont nous parlions tout à l'heure. L'acide salicylique ne figure dans le 2e volume paru en 1877, que comme l'un des principes contenus dans la reine-des-prés, sans qu'il soit question de son action thérapeutique, et cependant le travail de Kolbe date de 1874. Un autre médicament qui a fait tant de bruit il y a quelques années, la propylamine, n'a pas eu l'honneur d'être mentionné, ne fût-ce qu'au point de vue historique, et pourtant une page toute entière est consacrée à un médicament duquel il est dit: « C'est sous le titre ambitieux de remède du cancer que le condurango a fait son entrée en France, prôné par la quatrième page des journaux qui espéraient trouver là une mine d'or. Nous ne surprendrons personne en disant qu'il n'y a rien de sérieux dans les affirmations qu'on a faites relativement au cancer et que ceux qui nous l'ont prôné n'avaient en vue qu'une affaire lucrative. »

L'étude des bains froids dans la fièvre typhoïde, quelle que soit d'ailleurs l'opinion que l'on ait sur l'emploi de ce moyen, n'aurait-elle pas été mieux placée dans un traité de thérapeutique? Ces réflexions n'enlèvent rien d'ailleurs au mérite du traité de thérapeutique, mérite incontesté et incontestable, mais en lisant ce livre on ne peut s'empêcher de penser qu'il est peut-être plus facile de faire un ouvrage personnel, depuis le commencement jusqu'à la fin, que de publier de nouvelles éditions d'anciens ouvrages. Au total et tel qu'il est, le traité de thérapeutique de Trousseau et Pidoux, revu par Constantin Paul, constitue encore le meilleur ouvrage sur la matière; nous n'avons point indiqué tous les sujets nouveaux qui sont étudiés dans cette nouvelle édition; ce n'aurait été qu'une énumération fastidieuse des acquisitions récentes de la science, dans laquelle nous aurions eu seulement à signaler quelques lacunes regrettables.

III. Traitement de l'eczéma chronique, par le glycérolé de sous-acétate de plomb; par M. le Dr Balmaung.

Suivant cet auteur, le glycérolé de sous-acétate de plomb donne d'une manière générale des résultats beaucoup plus satisfaisants dans l'eczéma chronique que les préparations de zinc, de calamine ou l'onguent diachylon. Voici le mode de préparation de ce glycérolé:

Acétate de plomb	5	parties.
Litharge	3	— 1/2.
Glycérine	20	—

Faire chauffer pendant une demi-heure, dans un bain de glycérine bouillante, en ayant soin d'agiter constamment le mélange et filtrer sous l'action de la chaleur. Le liquide qui en résulte est parfaitement clair et incolore, un peu plus visqueux que la glycérine pure.

Quand on applique ce glycérolé, le premier résultat que l'on constate, même dans les cas où il est le mieux indiqué, c'est une aggravation apparente de la maladie, c'est-à-dire la partie qui est le siége de l'eczéma, paraît plus rouge, plus enflammée et plus humide. Il est facile de se méprendre sur cette rougeur, qui pourrait amener à douter de l'efficacité du remède et à l'abandonner dès le début. Elle est due simplement à la transparence plus grande de l'épiderme et des squames, qui est occasionnée par l'infiltration de la glycérine, qui laisse ainsi mieux voir la peau enflammée située au-dessous. Avant chaque application de ce glycérolé, il faut laver la partie avec une éponge fine trempée dans de l'eau de savon chaude. (*Medical Times and Gazette* et *Ann. de dermatologie*, etc.).

VARIA

Admission d'élèves sages-femmes à la clinique de la Faculté de médecine de Paris pour l'année scolaire 1877-1878.

Un examen vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine pour l'admission d'élèves sages-femmes à la clinique d'accouchements pour l'année scolaire 1877-1878. Jusqu'en 1874, on n'exigeait des élèves, pour *toute épreuve*, qu'une dictée d'*orthographe*, pour laquelle le nombre des fautes n'était pas limité. En 1874, l'administration de la Faculté a fixé à 12 le maximum des fautes; en 1875, ce maximum a été abaissé à 8; en 1876, à 5. De plus, il a été ajouté à cette épreuve des notions de calcul, de système métrique et de géographie de la France. 85 aspirantes s'étaient fait inscrire; 48 ont été admises. Sur ce nombre, 14 ont eu 0 faute, 6, 1 faute, 9, 2 fautes, 8, 3 fautes, 5, 4 fautes, 6, 5 fautes. Ces résultats sont déjà très-satisfaisants et attestent que des progrès considérables ont été obtenus dans ces dernières années. Les mesures qui ont été prises par M. le doyen, dont la certitude que de nouvelles améliorations seront réalisées dans un prochain avenir. (*Gazette hebdom. de médec. et de chir.*)

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 31 décembre 1877 au 5 janvier 1878. — 87. M. Becquenbois: Des causes de la mort chez les cancéreux. — 88. M. Lecène (H.): Contribution à l'étude de la pathogénie du genre valgum. — 89. M. Pretet: Contribution à l'étude de la suette miliaire. — 90. M. Decaudin (E.): Concomitance des maladies du foie et des reins, et en particulier des reins dans l'ictère.

Du 7 au 12 janvier. — 91. M. Dziewonski: Etude sur les injections hypodermiques de bromhydrate et de sulfovinate de quinine. — 92. M. Duroux: Essai sur l'assainissement des champs de bataille. — 93. M. Castanedo: Du phlegmon de la cavité prépéritonéale de Retzius, ou phlegmon peri-vésical. — 94. M. Oulmont (Paul): De l'athétose. — 95. M. Sabatié: De l'atrophie musculaire consécutive aux fractures. — 96. M. Lamoure: De l'abaissement de la température dans la lypémanie avec stupeur. — 97. M. Baudet: De l'articulation temporo-maxillaire, mécanisme de sa luxation, cause de sa permanence. — 98. M. Roulin: De la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf. — 99. M. Grenouiller: Etude sur la syphilis cardiaque. — 100. M. Choquart: Contributions sur la pathogénie de la glycosurie. — 101. M. Bongrand: Réflexions à propos de trois cas d'agoraphobie. — 102: M. Fatome: Sur les affections péri-articulaires du genou.

Statistique des Naissances, des Décès et des Mariages à Londres.

Dans le cours des cinquante-deux semaines qui se sont terminées le 29 décembre dernier, il a été enregistré à Londres 127.238 naissances. La proportion des naissances est de 36.0 par 1,000 habitants; elle avait été de 36.5 pendant l'année précédente. Pendant l'année 1877, le chiffre des naissances a excédé celui des décès de 50.256, ce qui est plus que suffisant pour maintenir l'accroissement de la population à son taux normal pendant cette année.

On a enregistré 77,002 décès, ce qui donne une proportion annuelle de 21.8 par 1.000 habitants. L'année 1877 figure dans les documents statistiques de Londres comme une année remarquablement saine; on n'en trouve que deux, depuis 1840, qui présentent une plus faible proportion de décès: l'année 1850, où cette proportion a été de 21.0, et l'année 1872, où elle a été de 21.5. Le chiffre des décès en comprend 14.805 qui ont eu lieu dans les hôpitaux, les Workhouses et autres établissements publics; c'est une augmentation, pour l'année, de 880. 4.916 décès ont donné lieu à des enquêtes devant les coroners, et 2.572 ont été causés par la violence, ce qui est une diminution de 313. 18.549 décès ont eu lieu au-dessous de 6 ans et 2.544 à 60 ans et au-dessus.

La petite vérole a sévi cruellement et a eu un résultat fatal dans 2.344 cas; c'est le chiffre le plus élevé depuis 1871. Cette maladie a éclaté de la manière la plus grave pendant le dernier trimestre de 1876; dans le premier

© BIU Santé

trimestre de 1877, elle a causé 1.192 décès ; 824 dans le second, 252 et 272 dans le troisième et le quatrième. La rougeole a régné aussi pendant cette année ; on a enregistré 2.347 décès par cette cause, contre 1.741 pendant l'année précédente. La fièvre scarlatine a amené 1.576 décès au lieu de 2.297 en 1876 ; la diphthérie, 317 au lieu de 359 ; la coqueluche, 1.780 au lieu de 2.739 ; la dyssenterie a été considérablement au-dessous de la moyenne ; on n'a enregistré que 2.479 cas suivis de mort.

34.072 mariages ont été célébrés à Londres. Dans le trimestre de mars, les mariages ont été au nombre de 7.078 ; dans le trimestre de juin, de 8.121 ; dans le trimestre de septembre, de 9.115, et dans le trimestre de décembre, de 9.758. 2.769 mariages ont eu lieu entre célibataires ; 1.637 célibataires ont épousé des veuves, 3.017 veuves ont épousé des célibataires, et 1.759 veufs ont épousé des veuves. Le nombre des veuves qui se sont mariées est de 4.476, et celui des veufs de 3.396. 1.610 hommes au-dessous de 21 ans et 5.712 femmes au-dessous du même âge ont contracté mariage. Dans 2.949 cas, l'homme a signé son acte de mariage par une croix ; il en a été de même dans 4.346 cas pour la femme. Dans 1.392 cas, les deux parties ont signé l'acte d'une manière imparfaite ; dans 4.511 cas, l'une des parties seulement a signé d'une manière insuffisante. (*Journal Officiel.*)

Hospices civils de Saint-Etienne (Loire).

Concours public pour une place de médecin. — L'administration des hospices civils de Saint-Etienne fait savoir que le *lundi 29 avril* 1878, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place de médecin. Le concours aura lieu devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical et se composera de cinq épreuves, savoir : le lundi, question d'anatomie et de physiologie ; le mardi, question de pathologie interne ; le mercredi, question d'hygiène et de thérapeutique ; le jeudi, clinique avec consultation orale ; le vendredi, clinique avec consultation écrite.

Pour chacune des trois premières épreuves, les concurrents composeront un mémoire sur la question posée par le jury, et feront la lecture de ce mémoire en séance publique. Pour la quatrième, chaque candidat examinera, devant le jury, un malade choisi par ce jury, puis émettra, en séance publique, son opinion sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'affection soumise à son observation. Enfin, pour la cinquième séance, chacun des concurrents examinera un autre malade en présence du jury, puis rédigera, pour être lue en séance publique, une consultation écrite contenant son avis sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie.

Conditions d'admission au concours : 1° Au jour fixé pour le concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs. Toutefois, cette condition n'est pas obligatoire pour ceux qui auraient fait, après une nomination au concours, pendant trois ans et à la satisfaction de l'administration, le service d'élève interne dans les hôpitaux de Paris, Lyon, Montpellier et Nancy ; 2° tout médecin étranger est admissible au concours si, indépendamment des conditions exigées par le précédent article, il exhibe son diplôme et justifie qu'il a obtenu du gouvernement l'autorisation d'exercer la médecine en France ; 3° les candidats sont tenus de se faire inscrire quinze jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de l'administration des hospices civils de Saint-Etienne, rue Valbenoîte, n° 40, et d'y déposer leur diplôme de docteur, ainsi qu'un certificat de moralité récemment délivré par le maire de leur résidence. Tout candidat qui se présentera en invoquant le titre d'interne sorti de l'un des hôpitaux civils ci-dessus désignés, devra justifier, en outre, par pièces émanées de l'administration de cet hôpital, qu'il a été interne au concours, et qu'il en a fait le service pendant trois ans au moins à la satisfaction de ladite administration ; 4° Avant de concourir, chaque candidat prendra connaissance des règlements relatifs au service médical dans les hospices civils de Saint-Etienne, et sera réputé de plein droit s'être engagé, en cas de nomination, à se conformer à tous ces règlements et à tous autres que l'administration jugerait convenable d'adopter pour le bien du service. Les candidats pourront déposer au secrétariat leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés concernant la médecine, et, s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront mis sous les yeux de messieurs les jurés.

Entrée en exercice et honoraires. — Le médecin qui sera nommé à la suite du concours, entrera en exercice le 1er juin 1878. Son traitement sera de 1.500 fr. par an.

Enseignement médical libre.

Hôpital Sainte-Eugénie. — M. le docteur Cadet de Gassicourt reprendra ses leçons cliniques, à l'hôpital Sainte-Eugénie, le lundi 14 janvier, à 9 heures 1/2, et les continuera les lundi et jeudi de chaque semaine, à la même heure. Visite des malades à 8 heures 1/2.

Anatomie. — M. le dr Fort commencera la 2e partie de son cours le lundi 14 janvier. Ce cours comprendra l'étude de la tête et du cou. On s'inscrit, 21, rue Jacob. Le cours public d'anatomie de M. Fort, qui avait lieu à l'Ecole pratique, à 6 heures, aura lieu désormais à midi 1/2 et il aura lieu le lundi, le mercredi et le vendredi.

Clinique des maladies des yeux. — Le docteur Carré recommencera ses conférences mardi prochain, 15 janvier, à trois heures, à sa clinique, rue Git-le-Cœur, n° 11 (près la place Saint-Michel), et les continuera les vendredis et mardis suivants. Examen des malades, tous les jours, de 2 à 4 heures.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard commenceront, le 15 janvier, à 4 h. 1/2, un nouveau cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois. Il comprendra quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique ; 2° Eutocie ; 3° Dystocie et opérations ; 4° Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

3. Traitement de la diphthérie par les préparations bromées ; (*Sanné*).

1° Irrigation dans le nez et dans la gorge avec de l'eau bromée au 1/500e.
2° Faire prendre toutes les heures une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Eau distillée.....	125 grammes.
Brome pur.....	6 gouttes.
Bromure de potassium.....	50 centigr.
Sirop.....	30 grammes.

M. s. a. (*Traité de la diphthérie*).

4. Traitement de la diphthérie par les balsamiques.

Sirop de copahu (*Trideau*).

Copahu.....	80 grammes.
Gomme pulv.....	20 —
Essence de menthe poivrée....	12 gouttes.
Laudanum.....	2 —
Sirop de sucre.....	400 grammes.

F. s. a. 500 grammes de sirop.

Sirop de cubèbe (*Trideau*).

Poivre cubèbe.....	12 grammes.
Sirop simple.....	240 —

F. s. a. 250 grammes de sirop.

Donner de deux en deux heures une cuillerée à soupe de sirop de copahu alternant avec une même dose de sirop de cubèbe.

Potion de cubèbe (*Sanné*).

Julep gommeux.....	120 grammes.
Oléo-résine de cubèbe....	50 centigr. à 2 grammes.

M. s. a. A prendre par cuillerée à soupe toutes les deux heures, autant que possible au moment des repas. (*Traité de la diphthérie*).

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 5 janvier 1878 on a déclaré 970 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 21 ; rougeole, 22 ; scarlatine, 1 ; variole, » ; croup, 25 ; angine couenneuse, 35 ; bronchite, 56 ; pneumonie, 83 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1 ; choléra nostras » ; dysenterie, » ; affections puerpérales, 4 ; érysipèle, 4 ; autres affections aiguës, 253 ; affections chroniques, 429 dont 149 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 26 ; causes accidentelles, 16. — Les 970 décès ci-dessus donnent une proportion de 25,4 par 1,000 habitants et pour l'année.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 10 janvier 1878, on a déclaré 1,006 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 19, rougeole, 20 ; scarlatine, 4 ; variole » ; croup, 34 ; angine couenneuse, 30 ; bronchite, 42 ; pneumonie, 86 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 6 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 1 ; affections puerpérales, 4 ; érysipèle, 1 ; autres affections aiguës, 233 ; affections chroniques, 468 dont 169 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 31 ; causes accidentelles, 27. — Les 1,006 décès ci-dessus donnent une proportion de 26.3 par 1,000 habitants et pour l'année.

Faculté de médecine. — *Hôpital des cliniques.* — M. Chantreuil, agrégé, suppléant de M. le professeur Depaul, a commencé son cours de clinique (Accouchements), le mardi 8 janvier, à 9 h. du matin, et le continuera les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, à la même heure.

Acis. — M. le professeur Parrot a repris ses leçons le 8 janvier. Il traite de l'inoculation et de la vaccine.

Cours libres pour le 2e semestre de l'année scolaire 1877-78. — MM. les docteurs qui désireraient faire des cours libres à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1877-78, sont priés de vouloir bien en faire la demande avant le 15 janvier courant. La demande doit être adressée à M. le Ministre de l'Instruction publique, par l'intermédiaire du doyen de la Faculté.

Inscriptions et consignations pour le 1er trimestre de l'année 1878. — 1° *Inscriptions.* Le registre pour les inscriptions du 1er trimestre de l'année 1878 (2e de l'année scolaire 1877-78) a été ouvert le lundi 7 janvier ; il sera clos le jeudi 25 janvier, à 4 heures. Les inscriptions seront reçues les lundi, mardi, mercredi et jeudi de chaque semaine, de 9 h. à 11 h. du matin et de 1 h. à 4 h. de l'après-midi. Passé le 25 janvier, nulle inscription ne pourra être prise sans une autorisation rectorale ou ministérielle, selon les cas. — 2° *Consignations.* Les consignations pour les examens de doctorat continueront à être reçues les vendredi et samedi de chaque semaine, de 1 h. à 4 h. Il ne sera plus reçu de consignation pour le 1er examen de doctorat passé le 30 mars.

La Société de statistique de Paris vient de renouveler son bureau pour l'année 1878 ; il est composé comme il suit : *Président*, M. le docteur Lunier ; *vice-présidents*. MM. Bertillon, Vacher et Bourdin ; *secrétaire général*, M. T. Loua ; *trésorier*, M. Jules Robyns.

© BIU Santé

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, A PARIS. — Concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 4 février 1878, à 2 heures précises, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, n° 47. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le lundi 7 janvier jusqu'au lundi 21 janvier inclusivement, de 11 heures à 3 heures.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — L'administration de l'Assistance publique a reçu de MM. Thonet frères la somme de 100 fr. pour les pauvres de Paris.

— La chambre des avoués près le tribunal de première instance de la Seine a voté une somme de deux mille francs, pour secours aux indigents, à répartir entre les vingt arrondissements de Paris.

—M. Dreux, agent de change, vient d'adresser au préfet de la Seine une somme de trois cents francs pour être répartie entre les bureaux de bienfaisance des arrondissements les plus nécessiteux de Paris.

Legs. — Le directeur de l'administration de l'assistance publique, est autorisé à accepter : 1° le legs d'une somme de 2,000 francs, fait par la dame veuve Darcy, à l'asile des petites orphelines de Ménilmontant (*Décret du 17 octobre* 1877) ; 2° le legs d'une somme de 500 francs, fait aux pauvres du cinquième arrondissement par la demoiselle Maurisset. (*Décret du 17 octobre* 1877). (*Bulletin des actes administratifs*).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. Séance du lundi 14 janvier 1878, à 3 h. précises, au Palais de Justice. Ordre du jour : I. Suite de la discussion du rapport de M. Demange sur les aliénés dangereux. Inscrits : M. Hémar. — II. Discussion du rapport de M. Ladreit de la Charrière, sur la crémation. Inscrits : M. Napias. — III. Rapport de M. Legroux. — IV. Communications de MM. Lutaud, Masbrenier, Goujon, etc. — V. Communication de la commission chargée de recueillir et de classer les jugements et arrêts rendus en France pendent l'année 1877 sur les questions qui intéressent la Société de médecine légale.

MÉDECINS CONSEILLERS MUNICIPAUX A PARIS. — Les élections municipales du 6 janvier ont envoyé au Conseil les médecins dont les noms suivent : MM. Bourneville, Cattiaux, Delpech, Dubois, Frère, Lamouroux, Level, Levraud, Ch. Loiseau, G. Martin, Métivier et Thulié. Tous sont républicains, à l'exception de M. Delpech, réactionnaire. Deux sont nouveaux, MM. Cattiaux et Frère. Le docteur Clavel, républicain, ne s'était pas représenté. — Les membres du conseil municipal de Paris sont en même temps, *conseillers généraux* du département de la Seine.

LA RÉFORME ÉCONOMIQUE. — Tome X. 1re livraison. — Sommaire du numéro du 1er janvier 1878. — La philosophie du 16 mai, par Yves Guyot.— Le Brésil d'après des travaux officiels et des documents inédits (2e article), par E. A. Spoll. — Le brigandage fiscal et ses remèdes (1er article), par Michel Laporte. — Le budget des cultes depuis la Révolution (2e article), par Lucien Delabrousse. — Le mouvement préfectoral, par Albert de la Berge. — Walrussia (1er article), par H. E. Chevallier. — *Chronique économique* : France. — La Situation économique : I. Le rôle du travail dans le dénouement de la crise. — II. La droite du Sénat et le refus de l'impôt, par Achille Mercier. — Angleterre. — La Situation économique : Le Congrès des Trades' Unions à Leicester, par Edmond Barbier. — Autriche-Hongrie. — Russie. — Roumanie. — La Situation économique : I. La prolongation du traité de commerce entre l'Allemagne et l'Autriche-Hongrie; les traités de commerce de l'Autriche-Hongrie; le tarif autonome austro-hongrois. — II. Le rapport financier du contrôleur général de l'empire russe sur l'année 1876. — III. Le budget roumain, par J. Hellès. — Société d'économie politique. — Réunion de décembre, par Achille Mercier. — *Bibliographie.* — *Bulletin économique.* — Actes officiels. — Le commerce de la France pendant les onze premiers mois de 1877. — Projet de budget du département de la Seine pour 1878. — Tableau comparé des recettes de l'exploitation des chemins de fer français d'intérêt général pendant les trois premiers trimestres de 1877 et 1876, par Georges Lassez.—*Bulletin politique.*

VACANCES MÉDICALES. — A céder pour cause de santé, dans d'excellentes conditions, une bonne position médicale dans une ville de la Nièvre. S'adresser au bureau du *Moniteur thérapeutique*, 13, rue du Vieux-Colombier.

— La commune d'Auderville (Oise), demande un docteur-médecin-pharmacien. La municipalité met gratuitement un local à sa disposition pendant 4 ans, et la Société de Secours mutuels l'accepte pour son médecin. La population d'Auderville est de 1,300 habitants avec un entourage de 13,500 habitants dans un rayon de 5 kilomètres. Seul, Méru, bourg distant de 3 kilomètres, a 2 médecins pour une population de 7,000 habitants. Pour de plus amples renseignements, s'adresser à M. le maire d'Auderville. A Paris, à M. Lestuvée, rue d'Odessa, 8. — Belle position offerte à un jeune médecin dans le département de Saône-et-Loire. S'adresser, pour les renseignements, à M. Citerne, 12, rue de Seine, à Paris. — A céder, en prenant de sa suite du bail, une clientèle de médecin dans un chef-lieu de canton du département de l'Indre. S'adresser, pour les premiers renseignements, à M. Luthier, rue Saint-André-des-Arts, 63.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés dont l'abonnement est terminé depuis le 31 décembre que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le 25 janvier, augmentée* D'UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous leur rappelons que le meilleur mode de paiement consiste en l'envoi d'un mandat sur la poste.* — LA TABLE DES MATIÈRES *paraîtra dans le courant de janvier.* — *Nous invitons enfin nos abonnés, auxquels il manquerait des nos de l'année 1877, à nous les réclamer avant le 1er février.*

EN VENTE **aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL,**
De midi à cinq heures.

BESSON (I.). Dystocie spéciale dans les accouchements multiples. Vol. in-8 de 92 p. — Prix 2 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 25.

BÉTOUS (I.). Etude sur le tabes spasmodique. In-8 de 48 pages.. 1 fr. 50
Pour les abonnés, 1 fr.

BOURNEVILLE et REGNARD. Iconographie photographique de la Salpétrière. Mode de publication : Chaque livraison comportera de 8 à 16 pages de texte et 4 photographies. — Prix : 3 fr. — Pour les *abonnés* du *Progrès médical* 2 fr. 50. Douze livraisons sont en vente.

BOURNEVILLE. Science et miracle : *Louise Lateau* ou la *Stigmatisée belge*. In-8 de 72 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau-forte, dessinées par P. Richer. 2 fr. 50. Pour nos abonnés. 1 fr. 50.

BOURNEVILLE. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie. In-8 de 200 pages avec 5 fig. dans le texte de 3 planches.. 4 fr.

BOURNEVILLE. Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde. In-8° compacte de 80 pages, avec 10 tracés en chromo-lithographie. 3 fr.

BOURNEVILLE et L. GUÉRARD. De la sclérose en plaques disséminées. Vol. gr. in-8 de 240 p. avec 10 fig. et 1 pl. 4 fr. 50. — Pour nos abonnés. 3 fr.

BOURNEVILLE et VOULET. De la contracture hystérique permanente ou appréciation scientifique des miracles de Saint-Louis et de Saint-Médard. In-8°. 2 f. 50

BUDIN (P.). De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8 de 112 pages, avec de nom-

Bromure de Camphre du Dr Clin
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »
(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du **Dr Clin** renferme 0,20 Bromure de Camphre
Chaque **Dragée** du **Dr Clin** renferme 0,10 Camphre pur.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus
au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enve- « loppe mince de Gluten, constituent le moyen le « plus parfait pour administrer certains médica- « ments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence** de **Santal**, associée au Copahu « et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès « dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite « du col, l'Urétbrite et dans toutes les affections « des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les « plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

NOTA. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

GROS : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau
Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

© BIU Santé

breux tableaux, dix figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. Prix : 10 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 6 fr. franco.

Chabbert (L.). De l'anthrax des lèvres, ses complications, son traitement. Paris 1877, in-8 de 44 pages. — Prix : 1 fr. 50 ; pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr.

Charcot (J.-M.). Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau, recueillies et publiées par Bourneville. In-8 de 168 pages avec 45 figures dans le texte. Prix : 5 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 4 fr. *franco*.

Miot. De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan. In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50, pour les abonnés du *Progrès médical*, 2 fr. 50.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, pl. de l'École-de-Médecine.

M A. M. J. de B. — Hygiène et sauvetage pour la femme, pour la famille et pour la société. Paris, 1877, in-8 de 64 pages. Prix, 5 fr.

Librairie F. SAVY, 77, boulevard Saint-Germain.

Ranvier (L.). Leçons sur l'histologie du système nerveux, recueillies par M. Ed. Weber. Paris, 1878, 2 vol. grand in-8, avec 8 figures dans le texte et 12 planches chromo-lithographiées. Prix, 25 francs.

Bouchard (Ch.). — Etiologie de la fièvre typhoïde, Paris, 1877, in-8 de 20 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Lunier (L.). — De la production et de la consommation des boissons alcooliques en France et de leur influence sur la santé physique et intellectuelle des populations. Paris, 1877, 1 vol. gr. in-8 avec nombreux tableaux et 6 planches coloriées. — Prix : 8 fr.

Hélot (Paul). Etude de physiologie expérimentale sur la ligature du cordon. Rouen, 1877, imprim. Deshays, in-8 de 22 pages, avec tableau.

Schœnfeld (H.). Fédération médicale belge. Rapport sur les indemnités médico-légales et historiques de la révision des lois sur l'exercice de l'art de guérir en Belgique. Bruxelles, 1877. In-8 de 25 pages. Librairie Manceaux.

Seguin (E.-C.). Transactions of the american neurological Association for 1877, vol. II. New-York, 1877. Putnam sons. In-8 de 227 pages.

Yandell (L.-P.). A cate of syphilitie aphasia. Louisville, 1877, in-8 de 8 pages.

Charcot (J. M.). — Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems von J.M. Charcot, Professor an der medicinischen Facultät in Paris und Kliniker an der Salpêtrière daselbst, nach der Redaktion von dr Bourneville, ins Deutsche übertragen von dr Berthold Fetzer, II Abtheilung, 4 Theil mit in den Text gedruckten Holzschnitten un Tafeln in chromo lithographie. Autorisirte Uebersetzung 1877, Stuttgart Verlag von Adolf Bouz et Comp.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service de M. Bergeron : Visite à 8 h. — Salle Saint-Benjamin : 1, 2, 13, 24, broncho-pneumonie ; 7, pleurésie purulente ; 16, 20, coqueluche ; 25, pyopneumothorax ; 29, chorée et endocardite. — Salle Sainte-Mathilde (F.) : 1, chorée ; 2, hypertrophie du cœur ; 7, fièvre typhoïde ; 8, kyste hydatique du foie ; 10, 25, hystérie.

Service de M. Cadet de Gassicourt. Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques les lundi et jeudi à 9 h. 1/2. — Salle Saint-Joseph : 5, rougeole ; 8, pneumonie franche ; 9, tuberculose pulmonaire ; 14, otite moyenne, accidents cérébraux ; 24, rougeole ; 25, chorée, affection cardiaque ; 31, 32, 33, 34, croup.

Service de M. Tribouleт. Visite à 8 h. 1/2. — Salle Sainte-Marguerite : 3, coqueluche ; 4, méningite tuberculeuse ; 5, 10, 11, broncho-pneumonie ; 18, ostéo-périostite épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur ; 20, chorée ; 24, mal de Bright. — Salle Sainte-Rosalie : 1, croup ; 2, angine diphthéritique ; 3, 4, croup ; 5, angine diphthéritique ; 3, 10, coqueluche.

Service de M. Lannelongue. Visite à 8 h. Opérations les mardi et samedi. — Salle Napoléon : 5, arthrite purulente guérie avec conservation des mouvements ; 8, périostite phlegmoneuse de la colonne vertébrale ; 19, calcul de la vessie (enfant de 3 ans) ; 39, médullite suppurée du fémur ; trépanation de l'os ; 49, fongus bénin du testicule. — Salle Sainte-Eugénie : 3, mal de Pott cervical ; 20, fracture verticale du bassin, 21, fracture de jambe ; 25, fracture de l'olécrane.

Hôpital Cochin. — Médecine : Service de M. Bucquoy. — Salle Saint-Jean (F.) : 2, pleurésie double ; 4, pleuro-pneumonie ; 8, arthrite du genou, grossesse ; 9, éclampsie puerpérale ; 10, anévrysme du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive ; insuffisance aortique ; 14, sciatique ; 15, pleurésie, thoracentèse ; 16, fièvre continue ; 28, hémiplégie hystérique ; 21, pelvi-péritonite ; 22, péritonite tuberculeuse en voie de guérison ; 23, syphilis cérébrale ; 24, néphrite catarrhale. — Salle Saint-Philippe (H.) : 1, ulcère simple de l'estomac ; 2, laryngite tuberculeuse ; 3, ataxie locomotrice ; 4, pneumonie double rhumatismale ; 9, insuffisance mitrale ; hémiplégie droite incomplète ; 14, rhumatisme articulaire généralisé ; 15, pneumonie double chez un alcoolique ; 17, zona ; 18, asphyxie locale des extrémités ; 19, ulcère simple de l'estomac ; 22, ramollissement cérébral. — Salle Sainte-Marie (H.) : 1, grippe ; 4, insuffisance mitrale.

Chirurgie. — Service de M. Després. — Baraque I : 2, farcin chronique. — Salle Saint-Jacques (H.) : 10, pustule maligne ; 17, castration ; 22, ectropion, autoplastie. — Salle Cochin (F.) : 2, kyste hydatique du foie suppuré ; phlébite de la veine cave ; 4, fistule vésico-vaginale ; 7, anévrysme faux consécutif de l'artère axillaire. — *Nota :* M. Després a commencé ses leçons cliniques le 9 janvier et les continuera les mercredi et samedi de chaque semaine à 9 h. 1/2 du matin.

Hôpital Lourcine. — Service de M. Martineau. Clinique du mercredi. — Salle Saint-Alexis : 5, métrite généralisée, herpès et névralgie ; 9, pelvi-péritonite ancienne, hystérie cataleptiforme ; — 22, syphilis, plaques muqueuses du vagin et du col ; 25, chancre de la fourchette et plaques muqueuses, syphilis contractée au 6e mois de la grossesse ; 36, eczéma du vagin 41, métrite parenchymateuse chlorotique ; ulcération folliculaire du col. — Clinique du samedi. — Salle Saint-Louis : 3, chancre du col, éruption papulo-squameuse, érythémateuse ; 5, syphilides papuleuses, érythémateuses, squameuses ; 6, métrite blennorrhagique ; 8, chancre de l'urèthre, plaques muqueuses du vagin, blépharite spécifique ; 22, métrite eczémateuse.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF
Breveté s. g. d. g. — de la marque
A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)
SEULS FABRICANTS
Se méfier des contrefaçons
Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

L'Imparziale journal pratique de médecine, chirurgie et sciences adjacentes, et des intérêts moraux et professionnels de la classe médicale. — Directeur : Docteur Giovanni Faballi. — Paraissant le 15 et le 30 de chaque mois. Chaque numéro se compose d'un cahier de 32 pages avec couverture, et l'année forme un volume de 768 pages in-8o. — Italie : un an, 12 fr. ; 6 mois, 6 fr. — France : les frais de port en plus. — Bureaux : Florence (Italie), Via Valfonda, 79.

Poste médical à prendre de suite. — La commune de Fougerolles (Haute-Saône), 6,000 habitants, demande un docteur qui sera seul. La commune accorde une subvention. Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. le maire de Fougerolles.

Union médicale et scientifique du Nord-Est, paraissant tous les mois. In-8o. — Abonnement : prix, 6 fr. pour toute la France. — Publié à Reims, 67, rue de Venise. — Les abonnements et les annonces sont reçues aux bureaux du *Progrès médical*, 6, rue des Ecoles, de une heure à cinq heures.

EPILEPSIE
Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)
Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.
LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

Recherches anatomiques sur les apo-névroses abdominales, par le Dr F. Poncet. Paris, 1877. In-8 de 16 pages, avec figures. — Aux bureaux du *Progrès Médical*.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Vers (Eure) Imp. Chez et Vilb. 59, rue Duplessis.

ACIDE SALICYLIQUE *produits de Schlumberger, pharmacie Chevrier, 21, Faubourg-Montmartre.* Poudre de salicylate de soude. Eau salicylée. Pilules de salicylate de lithine. Vin salicylé. Glycérine salicylée. Pastilles salicylées. Dragées d'acide salicylique. Charpie, ouate et coton salicylés. — *Echantillons gratis offerts aux médecins.*

Capsulines aromatiques AU GOUDRON
Ont l'avantage d'offrir, sous forme et saveur agréables, les principes actifs du Goudron et du Baume de Tolu réunis.
A. Débonnaire, rue du Faubourg-Saint-Honoré, 20
Et principales pharmacies

GLACE NUTRITIVE IMODA
Tonique, alimentaire. — 1 fr. et 1 fr. 50
Contient la moitié de son poids de viande crue de choix. Nouveau mode d'alimentation convenant à tous malades, convalescents et affaiblis ; saveur exquise et variée neutralisant tout goût de viande pour les plus difficiles.
IMODA, *glacier, rue Royale, 5*

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 3. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 19 JANVIER 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Des troubles de la vision chez les hystériques.

Dans une de ses dernières conférences à la Salpêtrière, M. Charcot a appelé l'attention de ses auditeurs sur quelques-uns des troubles de la vision qui s'observent le plus habituellement chez les hystériques. Aux faits de cette catégorie, déjà exposés par lui dans diverses circonstances et qu'il a rappelés, il en a ajouté d'autres qui n'ont pas encore été signalés.

M. Briquet, on le sait, a depuis longtemps mentionné l'existence de divers phénomènes morbides qui occupent l'œil du côté où siége l'hémianesthésie : de ce côté, « la malade voit mal, les objets ne dessinent pas nettement leur image ; les draps du lit et le papier paraissent gris, les caractères d'un livre ne semblent pas d'un beau noir et ils sont souvent si peu distincts, que les malades ne peuvent pas les lire ; elles voient sur le livre du gris plus foncé sur du gris moins foncé.... Lorsque l'anesthésie est portée au dernier degré, elle donne lieu à l'amaurose (1). »

On doit à M. Galezowski d'avoir montré que ce genre d'amblyopie s'accompagne régulièrement de dyschromatopsie ou d'achromatopsie, c'est-à-dire d'une distinction défectueuse ou absolument nulle des couleurs.

Il est remarquable que cette perversion du sens de la vue, en ce qui concerne la notion des couleurs, s'opère suivant certaines règles, certaines lois que M. Landolt a bien fait connaître à la suite de recherches entreprises sur les malades du service de M. Charcot.

A l'état normal, toutes les parties du champ visuel ne sont pas également aptes à percevoir les couleurs. Il est des couleurs pour lesquelles le champ visuel est physiologiquement plus étendu que pour d'autres, et ces différences se reproduisent chez tous les sujets à peu près, suivant la même règle pour chaque couleur. Ainsi, dans la grande majorité des cas, c'est pour le bleu que le champ visuel est le plus vaste ; viennent ensuite le jaune, puis l'orangé, le rouge, le vert ; enfin, le violet n'est perçu que par les parties les plus centrales de la rétine.

Dans l'amblyopie hystérique, ces caractères de l'état normal se montrent en quelque sorte exagérés à des degrés variés. Là, en effet, les divers cercles qui correspondent dans l'exploration (2) aux limites de la vision pour chaque couleur, se rétrécissent concentriquement d'une façon plus ou moins accentuée suivant la loi reconnue pour l'état normal. On comprend, sans peine, d'après cela, les nombreuses combinaisons qui pourront se produire dans les cas d'hystérie où ce genre d'amblyopie sera parvenu à un haut degré.

Le cercle du violet, — couleur *centrale* par excellence, — pourra se rétrécir jusqu'à devenir nul, et la malade distinguant nettement toutes les autres couleurs, sera incapable de nommer le violet; puis, la maladie progressant, ce sera le tour du vert, — autre couleur *centrale* ; — puis, le tour du rouge, de l'orangé. Le jaune et le bleu, — couleurs *périphériques*, — continueront à être perçues jusqu'à la dernière limite. Ce sont, en effet, l'observation le démontre, les deux couleurs dont la sensation dans l'amblyopie hystérique, se conserve le plus longtemps. Il y a cependant, on pouvait s'y attendre, des exceptions à la règle commune, en ce sens que certains malades, et le cas n'est pas très-rare, M. Charcot s'en est assuré encore tout récemment, persistent à voir le rouge, alors que la notion du jaune et même du bleu s'est déjà éteinte ; mais on peut quant à présent, dit M. Charcot, considérer comme une règle absolue que les couleurs *centrales*, le vert et le violet, ce dernier surtout, cessent d'être perçus avant que la notion du rouge et des autres couleurs, en général, disparaisse.

A un degré plus élevé encore de l'amblyopie hystérique, il peut se faire que toutes les couleurs cessent d'être perçues absolument, la notion de la forme étant conservée, et alors les objets n'apparaissent plus en quelque sorte aux yeux du malade que sous l'aspect où ils se présentent dans une peinture grise « en *camaïeu* » ou dans une aquarelle « à la sépia. » Enfin, au dernier terme, l'amblyopie hystérique peut faire place — le cas est assez rare, — à une véritable amaurose (1).

Ces altérations chromatiques du champ visuel se manifestent principalement, comme on l'a dit, dans l'œil correspondant au côté hémianesthésié ; mais il est habituel que le champ visuel pour les couleurs se montre en même temps rétréci, à la vérité, à un degré beaucoup moindre dans l'œil du côté opposé. C'est pourquoi il n'est pas très-rare de rencontrer des hystériques qui, ne distinguant de l'œil gauche par exemple, répondant au côté hémianesthésié, que les couleurs périphériques, à savoir le jaune et le bleu, auront perdu seulement pour l'œil du côté opposé, la notion des couleurs centrales, à savoir, au premier chef, le violet, puis le vert. On comprend théoriquement l'existence d'une foule d'autres combinaisons fondées sur le même principe, et ces combinaisons trouvent chaque jour leur réalisation dans la clinique.

Il est bien entendu que ces troubles visuels de l'hystérie sont tout fonctionnels et qu'ils ne s'accompagnent, dans le fond de l'œil, d'aucune altération visible à l'ophthalmoscope. La papille et la rétine sont dans des conditions tout à fait normales. L'examen comparatif du fond de l'œil des deux côtés ne dénote même aucune différence appréciable dans la vascularisation des parties.

Il faut ajouter que cet ensemble de symptômes peut présenter la même *mobilité classique* que les autres *manifestations locales* de la diathèse hystérique, et comme celles-ci se montrer et disparaître soudainement ou, au contraire, s'établir à l'état de phénomène persistant.

Ainsi, par exemple, la dyschromatopsie préexistante et plus ou moins permanente chez telle ou telle malade, fera place chez celle-ci tout-à-coup à l'achromatopsie complète, dans le temps où, placée sous le coup de l'aura prémonitoire, elle est menacée d'une attaque convulsive et disparaîtra après l'attaque aussi vite qu'elle s'était produite. Une amaurose absolue, portant sur les deux yeux, pourra aussi s'établir momentanément à la suite de l'attaque (Observ. de Lero... (2) en même temps que l'anesthésie, dépassant ses limites habituelles, aura envahi toute l'étendue du corps. Il peut également arriver que l'amaurose monoculaire ou la cécité complète se développera spontanément, brusquement ou progressivement sans avoir été précédée par l'orage convulsif (Obs. de Marc...) (3). En somme, ainsi qu'on l'a fait pressentir, l'amaurose complète, portant sur les deux yeux, est, dans l'hystérie, un fait relativement rare. Briquet ne l'avait rencontrée que trois fois. (*Loc. cit.*, p. 293). Il cite

(1) *Traité cliniq. et thérap. de l'hystérie*, p. 293.
(2) Landolt. — *Leçons sur le diagnostic des maladies des yeux*, p. 153 et suivantes.

(1) Charcot. — *Leçons sur les localisations cérébrales*, p. 118.
(2) Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie*, p. 137 et 146.
(3) Voir l'obs. complète dans : Bourneville et Regnard. — *Iconographie phot. de la Salpêtrière*, p. 129 et 151.

© BIU Santé

comme des faits exceptionnels les cas relatés par Pomme, Allègre, Landouzy. M. Charcot ne l'a guère observée plus souvent que M. Briquet. Au contraire, la dyschromatopsie, l'achromatopsie et même l'amaurose complète d'un œil, celui qui correspond au côté où siégent l'hémianesthésie et l'ovarie sont des phénomènes, en pareils cas vulgaires.

Une combinaison très-intéressante au point de vue clinique et que M. Charcot a rencontrée plusieurs fois est la suivante : La malade présente d'un côté, le droit par exemple, seulement un peu d'analgésie sur le tronc et les membres, tandis que sur la face du même côté l'anesthésie est très-accentuée, complète. En même temps, l'achromatopsie est absolue pour les deux yeux, ou tout au plus la malade perçoit-elle de l'œil gauche, et encore seulement par moments, les couleurs périphériques, à savoir le bleu et le jaune. Cette combinaison s'est présentée entre autres d'une façon très-nette chez une jeune malade, hystérique, adressée à M. Charcot par M. le docteur Fieuzal, et qu'il a montrée dans son cours. Dans ces cas, le rétrécissement, en quelque sorte normal dans l'espèce, du champ visuel pour les couleurs de l'œil relativement sain, s'est exagéré comme on voit, au point — et c'est en cela que l'anomalie consiste, — d'égaler presque le rétrécissement de l'œil primitivement et principalement affecté. Cette anomalie montre, si l'on peut ainsi dire, la voie pour l'interprétation de certaines amauroses hystériques, dans lesquelles l'existence de l'hémianesthésie et de quelques autres symptômes permanents fondamentaux de la diathèse feraient défaut ou seraient peu accentués.

Tout remarquables qu'ils soient, il importe de le relever, ces symptômes de l'amblyopie hystérique, à part toutefois la mobilité très-fréquente et la concomitance à peu près nécessaire d'autres phénomènes propres à la diathèse, n'appartiennent cependant pas en propre à l'hystérie. C'est là un point sur lequel M. Charcot a, depuis longtemps, beaucoup insisté. Il a montré en effet (1) que tous se retrouvent avec leurs nuances variées, dans l'amblyopie monoculaire avec hémianesthésie sensorielle et sensitive, relevant des lésions en foyer du cerveau qui siégent dans les parties postérieures de la capsule interne, sur le point qu'il a désigné dans ses leçons sous le nom de *carrefour sensitif* (2); même diminution de l'acuité visuelle, même rétrécissement concentrique et général du champ visuel pour les couleurs, marqué dans les deux yeux, mais prédominant beaucoup dans l'œil du côté opposé au siége de la lésion intra-encéphalique ; même absence de lésions du fond de l'œil appréciables à l'ophthalmoscope. Les divers caractères de ce genre d'amblyopie appartiennent donc, on le voit, à l'hémianesthésie cérébrale en général, et non pas à l'hémianesthésie hystérique en particulier. On comprend l'intérêt qu'offre cette relation, non-seulement au point de vue pratique mais encore au point de vue théorique. En effet, le siége qu'occupent les lésions organiques en foyer capables de déterminer la production de l'*hémianesthésie totale* — sensorielle et sensitive — *de cause cérébrale*, semble désigner tout naturellement le siége que doivent occuper les lésions non appréciables par nos moyens actuels d'investigation, *dynamiques* comme on les appelle encore quelquefois, qui tiennent sous leur dépendance l'hémianesthésie correspondante des hystériques.

Ces dernières lésions, en conséquence, siégent vraisemblablement, soit sur les fibres même qui traversent le *carrefour* sensitif, soit sur leur prolongement à la surface du cerveau, soit encore sur toutes ces parties à la fois.

M. Charcot, dans cette même conférence, a insisté sur un autre genre de trouble visuel, depuis longtemps remarqué par lui, qu'il considère comme très-fréquent chez les hystériques et qui, cependant, à sa connaissance du moins, n'a pas encore été signalé. On sait que des hallucinations très-accentuées et très-variées de la vue sont un accompagnement pour ainsi dire normal du *délire* des hystériques. Or, des hallucinations de ce genre se montrent très-fréquemment chez ces malades dans l'intervalle des orages convulsifs, à leur suite ou encore dans le temps même ou ceux-ci menacent d'éclater. Il est très-commun de voir, dans le service, des hystériques dans leur période de calme, assises tranquillement, occupées à des travaux d'aiguille, se soulever brusquement et quitter leur siége en poussant un cri comme si elles étaient surprises par la vue d'un objet effrayant dont elles voudraient fuir le contact. De fait, si on les interroge touchant le motif de ces mouvements imprévus, elles racontent qu'elles ont cru voir des animaux, surtout des rats, des chats, d'autres fois des bêtes fantastiques courir sur le parquet ou sur le mur voisin. Plus rarement, c'est l'apparition de têtes grimaçantes qui a été la cause de l'effroi. On apprend, de plus, que les animaux imaginaires, généralement de couleur noire ou grise, plus rarement d'un rouge vif, se présentent toujours pour chaque malade du même côté, et le côté où l'hallucination se dessine est toujours celui qui correspond à l'hémianesthésie et par conséquent à l'amblyopie.

Ainsi, si l'hémianesthésie siége à droite c'est toujours à droite de la malade que les animaux imaginaires apparaissent ; inversement c'est toujours à gauche, si, comme on a coutume de le dire dans le service, la malade est *gauchère* — habituellement les animaux passent en série et courent rapidement, venant de derrière la malade et se dirigeant en avant. Ils disparaissent en général aussitôt qu'elle tourne les yeux directement de leur côté ; cependant, il peut arriver que l'hallucination persiste plus longtemps, dans toute sa vigueur lorsque l'hystérique est à l'époque d'une *grande marée* nerveuse, en *état de mal* ou sort d'une crise.

M. Charcot a présenté à ses auditeurs et interrogé devant eux un certain nombre de femmes hystériques qui présentent très-habituellement et d'une façon très-accentuée ce genre de trouble visuel.

1° Marc... — Hémianesthésie et ovarie gauches, dyschromatopsie de l'œil gauche. Voit souvent tout à coup des rats gris ou noirs courir à gauche d'elle sur le parquet ou sur les draps de son lit.

2° Wit. — Anesthésie totale, mais prédominant à gauche ; achromatopsie de l'œil gauche, ovarie double prédominant à gauche. Au sortir de ses attaques, elle est souvent tourmentée par la vision de *lions* qui se détachent en rouge vif sur le mur blanc de la salle où elle est couchée. Ces animaux apparaissent toujours sur le côté gauche de la malade, ils courent rapidement et disparaissent aussitôt qu'elle les regarde en face.

3° Vend... voit dans l'intervalle de ses attaques, mais surtout lorsque celles-ci sont sur le point d'éclater, tantôt un chat noir, tantôt un fantôme blanc, se dessiner à sa gauche ; la malade est atteinte d'anesthésie totale, d'ovarie double ; mais ces phénomènes prédominent à gauche ; dyschromatopsie de l'œil gauche.

4° B... Alors même que la malade est en *état de calme*, elle est souvent effrayée par l'arrivée brusque et inopinée, d'un gros chat gris qui, apparaissant sur sa droite, semble sauter sur elle tout à coup, et dont elle croit même sentir le contact. Cette malade est atteinte d'hémianesthésie et d'ovarie à droite.

5° G..., atteinte d'hémianesthésie, d'ovarie et d'achromatopsie du côté droit, voit souvent, sur sa droite, courir sur le sol des chats et des rats noirs qui semblent venir de derrière elle.

6° Angèle a perdu la vue à peu près complètement dans son enfance à la suite d'une maladie des milieux de l'œil. — Quand elle est menacée d'avoir des attaques, il lui arrive fréquemment de s'imaginer voir des *hommes rouges* se présenter tout à coup sur sa droite. Cette malade est atteinte d'hémianesthésie et d'ovarie droites.

On pourrait facilement multiplier ces exemples.

Ce sont là les principaux troubles de la vision qu'on rencontre d'une façon habituelle dans l'hystéro-épilepsie (*Hysteria major*) et aussi, fréquemment, dans l'hystérie vulgaire (*Hysteria minor*). Bien d'autres troubles visuels peuvent s'observer encore dans ces mêmes circonstances, mais

(1) *Leçons sur les Localisations dans les maladies du cerveau*, p. 119.
(2) *Leçons sur les Localisations*, p. 100, 104.

© BIU Santé

ils y sont beaucoup plus rares; tels sont les défauts d'accommodation, certaines formes de diplopie, etc; tel est surtout le cas que présentait une malade adressée par M. Galezowski et sur lequel ce dernier, à l'invitation de M. Charcot, est entré devant l'auditoire dans quelques développements dont on trouvera plus bas la substance.

Contracture hystérique de l'iris et du muscle accommodateur avec myopie consécutive;

Par le docteur **X. GALEZOWSKI.**

Plus on étudie les affections hystériques, plus on se convainct qu'il y a là un champ très-vaste d'investigations. Grâce aux admirables recherches de M. Charcot sur cette matière, l'histoire de l'hystérie est aujourd'hui enrichie d'un certain nombre de données jusque-là inconnues ou peu connues. L'éminent professeur nous a montré, entre autres, plus nettement qu'on ne l'avait fait avant lui, que c'est tantôt la sensibilité générale qui est affectée, tantôt ce sont les sens spéciaux qui subissent des altérations plus ou moins graves, tantôt, enfin, on voit les hystériques éprouver des contractures dans différentes parties de l'organisme. La lésion de la sensibilité générale, se traduit par une hémianesthésie ou analgésie, soit partielle, soit totale. L'anesthésie des sens spéciaux, est caractérisée par des troubles de la vue, de l'odorat, de l'ouïe et du goût. Les troubles visuels portent le cachet très-caractéristique de la diathèse hystérique. Ils se résument dans les symptômes suivants :

Amblyopie hystérique. Elle est généralement monoculaire et elle correspond au côté de l'hémianesthésie. Cette amblyopie est très-caractéristique, ainsi que nous avons été le premier à le démontrer. Outre la diminution très-marquée de l'acuité visuelle centrale, il existe un rétrécissement très-sensible et concentrique du champ visuel périphérique, et une dyschromatopsie ou une achromatopsie absolue. Selon M. Charcot, l'amblyopie hystérique d'un œil, est presque toujours accompagnée d'un rétrécissement, quoique moins marqué, du champ visuel de l'autre côté.

Mais, l'amblyopie n'est pas le seul trouble visuel qui se produise dans l'hystérie. Nous avons observé quelquefois, dans cette affection, des contractures dans différents muscles de l'œil, entre autres dans l'orbiculaire, ou dans les muscles droits externes ou internes du globe. La contracture peut, dans des cas tout-à-fait exceptionnels, atteindre les muscles de l'iris et ceux de l'accommodation, et amener, par conséquent, des modifications notables, dans la nature de la vision. Sous l'influence de cette contracture, il se produira une tension permanente et durable du muscle accommodateur, qui masquera en partie ou en totalité, la réfraction normale ou l'amétropie.

L'observation que nous donnons plus loin, est un fait de ce genre des plus intéressants. La contracture du muscle accommodateur, survenue chez une femme hystérique, en même temps que d'autres contractures musculaires, a amené d'une part un myosis des deux yeux aussi complet que possible, permettant à peine d'éclairer le fond de l'œil; et d'autre part, cette malade, qui avait les yeux hypermétropes, a été atteinte d'une myopie de 0,75 dioptrie, qui ne peut disparaître momentanément que sous l'influence du collyre d'atropine.

Observation. — *Contracture hystérique de l'iris et du muscle accommodateur.*— Madame Emma, de Freschel, 38 ans, se présente à ma clinique, 26, rue Dauphine, le 9 octobre 1877. Elle est mariée et mère d'une jeune fille âgée de 20 ans. Depuis l'époque de ses couches jusqu'en ses dernières années, elle a été sujette à des crises nerveuses, que provoquaient les moindres incidents. Ces crises se caractérisaient par la sensation d'une boule, montant le long de l'estomac et amenant de tels étouffements, que, de douleur, la malade se déchirait la poitrine de ses ongles. Pendant ces crises, qui s'accompagnaient toujours, et alternativement, d'accès de rires ou de pleurs, la malade n'entendait et ne voyait plus rien; elle perdait absolument connaissance. Ces crises se représentaient d'ordinaire après la période de menstruation. Bientôt la malade sentit ses extrémités s'engourdir, ses articulations se raidirent, la partie inférieure des jambes devint enflée, et enfin il s'ensuivit un malaise général qui altéra un peu sa santé.

Il y a cinq ou six ans les accès de rires ou de pleurs qui accompagnaient les crises cessèrent. Depuis, la malade n'a plus perdu connaissance, mais elle a souvent des faiblesses et des vertiges, surtout pendant la digestion. Depuis cette même époque, c'est-à-dire six années environ, elle a senti sa vue faiblir.

En même temps, elle a commencé à éprouver des douleurs à la jambe gauche sous forme d'éclairs, et qu'elle ne pouvait calmer qu'avec de l'eau froide. Ces accidents se compliquèrent d'une incontinence d'urine: toutes les nuits, pendant les époques, elle urinait dans son lit. Ces accidents ont cessé le 25 août dernier. Ce jour-là la malade venait de prendre son repas, lorsque, voulant se lever de table, elle sentit tout d'un coup sa jambe gauche engourdie et ne pouvant plus exécuter aucun mouvement.

Actuellement, cette dame boite considérablement de la jambe gauche, qui a repris un peu ses mouvements, grâce à l'électrisation qu'on lui a fait subir depuis cinq semaines. Le pied est légèrement dévié en dehors et il existe une contracture permanente dans les muscles fléchisseurs.

La sensibilité générale est affaiblie dans toute la moitié gauche du corps. La délimitation est facile à faire et correspond parfaitement à la ligne médiane du corps; du côté gauche, on peut impunément enfoncer une épingle à deux millimètres de profondeur sans provoquer la moindre sensation. L'aile gauche du nez est insensible, tandis que l'aile droite ressent les coups d'épingle. Il en est de même pour les cornées; on peut promener le doigt sur la cornée gauche sans amener le moindre clignotement. Rien d'anormal dans les parties externes des yeux. On ne constate aucune sorte de paralysie des muscles moteurs. Seuls les deux iris sont fortement contractés et forment des *myosis* tellement accentués, qu'on ne peut éclairer le fond de l'œil. L'acuité visuelle et le champ périphérique sont normaux; on n'observe pas de scotômes; la faculté chromatique est conservée.

En l'examinant pour la seconde fois le 21 octobre dernier nous avons pu constater que ses pupilles présentaient un diamètre de deux millimètres. La malade accusait une myopie de 5,75 dioptrie, mais après avoir instillé une goutte d'atropine, nous avons obtenu une dilatation de six millimètres et une hypermétropie marquée, car ce n'est qu'avec un verre convexe de 1,25 de dioptrie qu'elle pouvait voir à distance.

La malade a été soumise à plusieurs reprises au traitement par la méthode de la métallothérapie. M. le Dr Burcq a fait, en présence de M. Charcot, l'application de différents métaux, soit à la jambe gauche, soit sur le pourtour des orbites. L'argent seul a pu exercer une certaine influence sur la sensibilité de la malade, mais aucun métal n'a pu, jusqu'à présent, faire cesser le spasme du muscle accommodateur, et la myopie par contracture dure toujours.

La myopie spasmodique, provoquée par des accidents hystériques, est un fait unique dans son genre, et nous ne croyons pas qu'on en ait observé d'autres avant celui-ci. Cette affection n'est pas seulement rare dans la diathèse hystérique, elle l'est tout autant dans d'autres maladies, constitutionnelles ou non, et nous n'en connaissons, en ophthalmologie, que quelques cas isolés.

De Graefe (1) a observé, deux fois seulement, un spasme tonique de l'accommodation, et il le considérait comme une névrose réflexe, survenant consécutivement à des lésions des nerfs sensitifs.

Nous avons observé, pour notre part, une myopie acquise, avec contracture permanente du muscle accommodateur, chez une jeune femme qui avait essayé de s'empoisonner avec une dose considérable d'opium (2).

Dernièrement encore, nous avons constaté chez un ma-

(1) De Graefe. — *Archiv. f. ophthalmologie*, Bd. II. *Abth.* 2, p. 204.
(2) Galezowski.— *Recueil d'ophthalmologie*, 1874.

© BIU Santé

lade atteint de syphilis ataxique, et qui nous avait été obligeamment adressé par M. le professeur Lasègue, une myosis très-prononcée, avec myopie acquise.

La contracture de la pupille n'est pas rare ; on la rencontre même très-fréquemment dans l'ataxie locomotrice, comme cela a été fort justement démontré par Romberg, Duchenne (de Boulogne) et M. Charcot. On en a aussi signalé la présence dans les maladies du cœur (Eulenbourg, Guttmann, Giovanni); mais, dans tous ces cas, la contracture était limitée aux fibres radiaires de l'iris, et le muscle accommodateur ne se trouvait aucunement atteint. Chez notre malade, au contraire, la contracture hystérique de la pupille a donné lieu à une myopie accidentelle, résultant précisément d'un spasme accommodateur. Il est probable qu'on parviendra, un jour, à modifier cette contracture oculaire, ou qu'elle se modifiera spontanément, à la suite d'une crise, mais, ce qui est certain, c'est que, jusqu'à présent, tous les moyens internes et locaux sont restés sans effet.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Note sur les cerveaux d'amputés ;

Par **Ch. FÉRÉ** (1).

Après que MM. Fritsch et Hitzig eurent démontré l'irritabilité de la substance grise corticale du cerveau ; après que MM. Ferrier, Carville et Duret et leurs successeurs eurent établi expérimentalement l'existence de centres d'excitabilité spéciaux pour certains groupes de muscles, tous les doutes n'étaient pas levés ; il restait à faire sur l'homme la preuve des localisations fonctionnelles motrices, acceptées par un grand nombre de physiologistes, mais non pas encore par tous.

On a cherché à atteindre ce but par plusieurs méthodes. La première en date et la plus importante est celle qui a été mise en pratique par M. Charcot, et, plus tard, par ses élèves. Cette méthode n'a point pour bases des idées préconçues, elle est absolument empirique ; elle consiste à mettre en regard de certains troubles de la motilité, observés pendant la vie, certaines lésions localisées constatées à l'autopsie, et à ne tirer une conclusion des faits acquis que lorsqu'ils sont assez nombreux pour constituer des groupes homogènes. Tout d'abord, cette méthode promettait d'être féconde, car c'était elle qui avait déjà servi à M. Broca pour découvrir la localisation, aujourd'hui définitivement établie, des troubles de la parole. Elle devait servir plus tard à M. Pitres, pour montrer des localisations dans le centre ovale. M. Charcot n'a fait entrer en ligne de compte que les lésions destructives en foyer et principalement les ramollissements corticaux caractérisés par des plaques jaunes, rejetant les cas de compression par des tumeurs dans lesquels il n'est pas facile de faire la part de l'irritation, de la compression et de la destruction, laissant aussi de côté, pour des raisons analogues, les lésions inflammatoires. Les lésions chirurgicales ne pouvaient pas figurer dans cette statistique avant que les rapports anatomiques du cerveau et du crâne fussent parfaitement connus. Malgré le soin qu'on a apporté à ces recherches, on n'a pu établir encore chez l'homme, d'une manière qui semble définitive, qu'une localisation en groupe des centres moteurs des membres.

A cette méthode empirique, qui avait déjà fait ses preuves, on a voulu en ajouter une autre qui avait des vues plus élevées, puisqu'elle prétendait montrer le centre moteur, non-seulement d'un membre en particulier, mais même d'un segment de membre. Cette méthode, cependant, ne repose que sur des hypothèses qui sont au nombre de deux.

On s'est dit que puisqu'à la suite de sections des nerfs d'un membre, on avait observé une dégénération ascendante remontant tout le long du cordon médullaire correspondant, il était possible, vraisemblable même, que la dégénération secondaire ne s'arrêtât pas là et se continuât plus haut jusqu'au centre moteur situé à la périphérie du cerveau. M. Luys, qui a la priorité dans cet ordre d'idées, admit tout d'abord (encore par hypothèse), que la dégénération marche moins rapidement dans le cerveau et qu'il faut attendre une dizaine d'années pour retrouver sur les circonvolutions d'un amputé quel qu'ait été son âge au moment de l'opération, une dégénération secondaire se traduisant par une atrophie. Cette hypothèse, d'une dégénération possible des circonvolutions à la suite d'amputations, a déjà contre elle les expériences de M. Pitres qui, longtemps après l'ablation d'un membre, n'a point trouvé de fibres dégénérées dans la couronne rayonnante.

La seconde hypothèse est la suivante : me basant sur ce que le développement du volume du cerveau est à peu près en proportion avec le développement de son activité fonctionnelle, j'ai pensé que lorsqu'un membre venait à être supprimé, arrêté dans son développement ou réduit à l'inaction dans les premières années de la vie, il était vraisemblable que le centre moteur correspondant subit un arrêt de développement secondaire caractérisé par un volume moindre d'une région de l'écorce cérébrale. (*Arch. de phy.*, 1876, p. 262, et *Soc. anat.* 1877, p. 186.)

Quelle que soit l'hypothèse adoptée, le point important était de démontrer l'existence de l'atrophie ou de l'arrêt de développement et de les localiser. Pour arriver à ce but, deux procédés ont été employés. Ces procédés eux-mêmes sont fondés sur des hypothèses.

M. Luys compare le volume des circonvolutions homologues et déclare atrophiée celle qui est la plus petite. Mais, pour admettre sans conteste cette conclusion, il faudrait qu'il fût démontré, ce que, du reste, un certain nombre de personnes semblent croire, que tous les cerveaux sont symétriques dans toutes leurs parties. Or, il n'en existe pas un seul qui soit ainsi : les sillons principaux, ordinairement symétriques, ou peu s'en faut, par leur situation et leur direction générale, ne le sont jamais dans leur forme sur toute leur étendue ; les sillons secondaires ne sont jamais symétriques, et les incisures des circonvolutions sont encore bien plus variables, non-seulement dans leur forme et leur profondeur, mais aussi dans leur nombre. Il faut aussi tenir compte des anomalies, si multipliées qu'il est impossible de les décrire toutes, et dont quelques-unes sont si importantes qu'elles rappellent des dispositions qu'on ne rencontre que chez les anthropoïdes et même plus bas, dans l'échelle animale. Ces anomalies se trouvent souvent chez des sujets qui n'ont rien présenté de particulier pendant leur existence et elles peuvent être unilatérales. (*Bull. Soc. anat.*, 1876, passim.) M. Luys lui-même reconnait l'asymétrie constante du cerveau humain. Dans ces conditions, il faut avouer qu'il est bien difficile de s'assurer qu'une circonvolution est atrophiée, surtout quand les différences sont peu considérables.

Le second procédé de recherche est le suivant : étant admis que les deux sillons de Rolando sont *à peu près* symétriques dans leur position et leur direction générale, ce que je puis déduire de plus de cent mensurations faites sur des sujets de tous âges, depuis le fœtus de six mois jusqu'au centenaire, et que les centres moteurs sont localisés en avant et en arrière de ce sillon, j'ai espéré trouver dans son avancement ou son recul la preuve de l'atrophie ou de l'arrêt de développement de la région de l'écorce située en avant ou en arrière. Je me suis donc appliqué à déterminer aussi exactement que possible la position relative des sillons, en prenant des points de repère sur le crâne par un moyen qui a déjà été exposé. (*Bull. Soc. anat.* décembre 1875.)

Ce procédé n'est pas plus que le précédent à l'abri de tout reproche. Sans compter les modifications qui peuvent être produites par les déformations du crâne (*Soc. biol.*, janv. 1876. — *Soc. anat.*, décembre 1877.), on peut trouver à l'état normal, avec une symétrie parfaite de la boîte osseuse, une variation de plusieurs millimètres dans la position des sillons de Rolando. On a aussi à redouter les anomalies possibles, etc.

Voici une pièce qui est bien propre à démontrer l'insuffisance de ces procédés d'observation.

Il s'agit d'un individu amputé de l'avant-bras droit au tiers supérieur, à l'âge de 30 ans, et mort sept ans après l'opéra-

(1) Communiquée à la *Société de biologie*, le 5 janvier 1878.

© BIU Santé

tion à l'hôpital Necker. L'amputation est peut-être trop récente pour que l'examen anatomique du cerveau puisse prouver pour ou contre la première hypothèse; elle a été pratiquée à un âge trop avancé pour qu'il puisse étayer ou ruiner la seconde. Grâce à l'obligeance de M. Cossy et à l'assistance de M. Mayor, j'ai pu examiner le cerveau avec tout le soin désirable : il a été mesuré dans le crâne après l'introduction de fiches par des trous pratiqués symétriquement sur la boite osseuse et avec toutes les précautions habituelles. J'ai constaté que les deux sillons de Rolando étaient rigoureusement symétriques par leur position et leur direction ; ils étaient un peu plus rapprochés qu'à l'ordinaire de la suture coronale (34 mm. en arrière en haut, 28 en bas) ; la scissure pariéto-occipitale était à gauche à 6 millimètres en arrière du lambda, tandis qu'à droite, elle correspondait exactement à ce point. Les fiches sont restées en place, et on peut encore vérifier ces détails sur la pièce. Ces mesures indiquent que le lobule pariétal est notablement plus volumineux à gauche, c'est-à-dire du côté opposé à l'amputation. Mais si, revenant au premier procédé d'étude, on examine comparativement le volume des circonvolutions homologues, on voit qu'à droite la circonvolution pariétale ascendante antérieure est plus épaisse (de 4 millim.) dans la partie supérieure que celle de gauche, mais, par contre, la circonvolution pariétale ascendante postérieure droite est plus mince (de 5 millim.) que son homologue dans la même portion. Du reste, ce cerveau est dans la règle, on pourrait décrire des asymétries de toutes les circonvolutions. Mais en ne s'occupant que de la région dite motrice, on voit que les parties, que l'on pourrait considérer comme atrophiées, sont assez équitablement réparties des deux côtés, c'est même la région gauche qui est la plus épaisse ; par conséquent, cette pièce ne pourrait même pas servir à prouver que la lésion centrale est du côté opposé à la lésion périphérique. Il est vraisemblable que, dans quelques autres cas, on fût arrivé à des résultats analogues, si on avait examiné avec le même soin. En se contentant d'un examen superficiel, on s'expose à toujours trouver ce qu'on cherche.

Ainsi, la méthode qui consiste à chercher une lésion qu'on suppose *à priori*, et les procédés qui aboutissent à faire soupçonner plutôt qu'à montrer une altération, peuvent, à bon droit, être considérés comme défectueux. Mais, admettons pour un instant que la méthode est légitime et que les procédés sont sans reproche. A-t-on noté dans les faits recueillis des différences telles qu'elles soient irrésistibles ? Je ne le pense pas.

On indique une diminution de volume des circonvolutions, généralement peu considérable. Dans la plupart des observations, on signale seulement le fait sans donner de chiffres ; mais en raison de l'asymétrie du cerveau, ces simples affirmations sont absolument sans signification. Les chiffres que l'on donne trahissent des différences peu importantes, de 2 ou 3 milimètres à peine sur l'épaisseur de tout un lobule ; leur valeur est, pour la même raison, très-discutable. Et il faut ajouter qu'on ne note pas sur l'autre hémisphère l'état des parties qui avoisinent l'homologue de la circonvolution soi-disant atrophiée ; cela aurait pourtant bien son importance, car personne n'est en état d'affirmer qu'un centre moteur est limité par un pli et que deux circonvolutions voisines ne peuvent se suppléer. M. Bourdon a réuni dans son mémoire à l'Académie la plupart des observations d'atrophie limitée à une seule circonvolution. Si on les examine sans parti pris, on verra qu'elles sont loin d'avoir la valeur qu'il leur attribue.

On a rapproché des atrophies limitées les effondrements des circonvolutions que l'on a rencontrées du côté opposé à une lésion périphérique ; or, chez les vieillards, il n'est pas rare de trouver ces effondrements, même dans la région motrice, sur des sujets qui n'ont jamais été ni amputés, ni paralysés.

Quant au déplacement unilatéral du sillon de Rolando, qui avait seulement la prétention d'indiquer qu'un centre moteur était en avant ou en arrière, sans désigner le point précis, il ne donne pas, pour les mêmes raisons, des résultats beaucoup plus convaincants. J'ai vu une fois le sillon avancé de 5 millimètres à droite sur une femme amputée du bras gauche, à l'âge de 5 ans, et morte à 42 (*Soc. biol.*, janv. 1876) ; M. Landouzy l'a trouvé avancé de 1 centimètre sur un individu présentant une impotence du membre inférieur du côté opposé depuis l'âge d'un an. (*Soc. anat.*, 1877). Ces deux cas sont peut-être les plus probants, et ils sont assez favorables à l'hypothèse de l'arrêt de développement. Dans un autre cas, j'ai trouvé un avancement bilatéral du sillon sur un sujet amputé d'un seul membre, ce qui ne put s'expliquer qu'à l'aide d'une nouvelle hypothèse. (*Bull. Soc. anat.*, 1877, p. 189.)

Si j'ai entrepris cette critique, ce n'était pas pour arriver à nier d'une façon générale l'utilité de ces hypothèses et de ces observations ; mais je voulais appeler l'attention sur ce que, dans cet ordre d'idées, la méthode de recherche étant basée sur des *à priori*, et les procédés étant tous défectueux, on ne peut arriver qu'à des conclusions probables, jusqu'au moment où les faits, devenus plus nombreux et plus significatifs, pourront former des groupes homogènes ; tous les doutes ne seront levés que lorsque l'examen microscopique des parties soi-disant atrophiées sera venu faire la preuve. Tant que ces conditions n'auront pas été remplies, les faits de ce genre ne pourront entrer en ligne de compte pour étayer la doctrine des localisations cérébrales, qui ne peut être soutenue, jusqu'à présent, que par des lésions destructives en foyer.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Questions médico-administratives : Aliénés, Enfants assistés, etc.

Nous avons toujours apporté un soin particulier à mettre sous les yeux de nos lecteurs un exposé des documents législatifs et administratifs concernant les questions d'instruction, dans leurs rapports avec notre profession, et les questions d'assistance publique. La fin de l'année nous apporte outre le budget de l'instruction publique qui a été examiné dans les derniers numéros, en ce qui concerne l'enseignement des sciences, d'autres documents que nous examinerons successivement : Budget rectificatif du département de la Seine ; — Budget du département de la Seine pour 1878.

Si nous insistons plus particulièrement sur les travaux du Conseil municipal et du Conseil général de la Seine, c'est que, dans ce département et à Paris, les questions qui intéressent le public médical ont une importance plus grande que partout ailleurs, et permettent à chacun de se faire, par comparaison, une idée de ce qui se passe auprès de lui.

Dans le *Budget rectificatif* nous trouvons, en premier lieu, quelques renseignements sur le service des *Enfants assistés* (1). La dépense totale du département de la Seine, inscrite de ce chef au budget de 1877, était de 3,831,300 fr. La somme allouée pour les frais d'inspection et de surveillance était de 252.900 fr. Les dépenses ont été plus fortes de 18.000 fr. Cela tient à la création d'un nouvel inspecteur départemental (arrêté du 12 juillet), et à ce que, au budget primitif de 1877, le crédit applicable aux frais de surveillance, a été basé sur les dépenses fixes nécessitées pour le traitement des agents et commis de surveillance, tandis que les dépenses variables, telles que celles qui résultent du déplacement et de l'installation des agents n'ont pas été prévues. L'organisation actuelle de ce service d'ins-

(1) Rapporteur, M. Thulié.

© BIU Santé

pection laisse beaucoup à désirer. Le choix des inspecteurs a été souvent déplorable ; nous en avons encore cité un exemple, dans le numéro 52 de 1877 (p. 999). Au lieu de confier à des personnes véritablement compétentes, c'est-à-dire à des médecins, des fonctions de ce genre, on les donne trop souvent, sinon toujours, à des hommes qui s'occupent de toute autre chose que des Enfants assistés. Et, profitant de l'occasion, nous déclarons que nous recevrons avec plaisir tous les renseignements qui pourraient nous être communiqués par beaucoup de nos lecteurs, mieux placés que nous le sommes, pour observer les faits.

Relativement aux *Aliénés* (1), dont les dépenses, pour 1877, étaient évaluées à 4.000.000 de francs nous avons à relever la création proposée de nouveaux quartiers dans les Asiles actuels. Le Conseil général a voté un crédit de 276.607 fr. pour cet objet. Mais l'étude des projets ayant été remise à la prochaine session, nous n'entrerons pas aujourd'hui dans les détails.

La situation du département de la Seine est, sous ce rapport, véritablement déplorable. Les Asiles d'aliénés (Sainte-Anne, Ville-Evrard, Vaucluse, quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière) sont insuffisants, et une portion considérable de ces malheureux malades est exilée dans les asiles de province. L'examen des budgets additionnels des trois grands asiles a démontré que ces transferts, si douloureux et pour les familles et pour les Aliénés eux-mêmes, avaient encore des conséquences fâcheuses au point de vue des finances du département. Il est arrivé, entre autres, ceci : c'est que les Aliénés tailleurs, par suite des mutations fréquentes, ont fait défaut, et que, ne pouvant plus profiter du travail des malades durant leur convalescence, puisqu'on les transférait dans d'autres asiles, on était contraint de recourir aux ouvriers du dehors.

L'organisation médico-administrative de ces Asiles laisse aussi à désirer. La condition des médecins n'est pas la même partout : Prérogatives et traitement diffèrent selon que l'on considère Ste-Anne, Ville-Evrard, Vaucluse d'une part, Bicêtre et la Salpêtrière d'autre part ; — dans les quartiers d'aliénés de ces deux hospices, les internes sont nommés au concours : ce sont les internes des hôpitaux ; dans les asiles proprement dits, les internes sont nommés directement par le ministre de l'intérieur.

Dans les *quartiers d'hospice*, pas de médecins-adjoints pouvant remplacer les médecins titulaires absents ou malades, c'est-à-dire remplissant les fonctions de médecins du Bureau central vis-à-vis des médecins des hôpitaux ; — dans les Asiles, au contraire, on trouve et avec raison des médecins-adjoints.

Dans les trois grands Asiles, le médecin en chef est chargé à la fois et de l'administration et du traitement des malades ; — dans les quartiers d'hospice, les médecins ont seulement des fonctions médicales.

On voit par ce parallèle rapide combien il est nécessaire de procéder à une réorganisation sérieuse des Asiles de la Seine, et combien aussi il est difficile de parvenir promptement au but désiré. Nous ne sommes guère plus avancés aujourd'hui sur ces graves intérêts qu'on ne l'était en 1861, à l'époque du rapport de M. F. Barrot. Nous aurons à revenir sur ce sujet. Toutefois, avant de l'abandonner, nous devons rappeler que Conseil général du Rhône est entré dans une excellente voie, il a obtenu que les internes de l'Asile de Bron fussent nommés au concours. Il n'a pas demandé tout à la fois ; en cela, il a agi avec sagesse, car en toutes choses il faut commencer par le commencement (1).

Enfin, sur le rapport de M. Béclard, le Conseil a voté une somme de 1.500 fr. pour « frais d'impression et de publication de la liste quinquennale des médecins, officiers de santé et sages-femmes du département de la Seine. » On sait combien il se glisse de pseudo-docteurs parmi les médecins, de « docteur d'Iéna » de « docteurs *in partibus* » de certaines facultés du Nouveau-Monde ; aussi, ne peut-on qu'applaudir à une semblable mesure. Il serait même à désirer que le travail officiel fût mis à la disposition du public et surtout que les éditeurs s'en servissent d'une façon sérieuse pour l'élaboration de leurs *Agendas médicaux*.

Telles sont, en résumé, les principales affaires ayant un intérêt médical qui ont été traitées par le Conseil général de la Seine dans sa dernière session.

(1) Rapporteur, Bourneville.

Bibliothèques médicales des hôpitaux de Paris.

Nous reproduisons plus loin le rapport que nous avons fait l'an dernier au Conseil municipal sur les Bibliothèques médicales des hôpitaux. En appelant encore l'attention du public médical sur ces utiles institutions, nous espérons leur attirer de nouveaux dons et legs et contribuer ainsi à leur développement. Nous espérons aussi que la connaissance des résultats obtenus par les internes en médecine des hôpitaux de Paris encouragera leurs collègues des hôpitaux de nos principales villes de province à suivre leur exemple.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Appendice à la séance du 30 décembre 1877.

M. Pitres fait, au nom de M. Franck et au sien une communication *sur les effets de l'excitation limitée des faisceaux du centre ovale et de la capsule interne*. L'étude de la pathologie du centre ovale des hémisphères cérébraux a conduit à admettre que les fibres blanches qui partent des régions excitables de la substance grise corticale et les relient aux parties centrales, sont groupées sous forme de faisceaux distincts conservant dans tout leur trajet à travers la masse blanche intra-hémisphérique leur indépendance fonctionnelle. De nombreuses observations pathologiques démontrent, en effet, de la façon la plus positive, que des lésions limitées du centre ovale peuvent donner lieu à des monoplégies, ce qui n'aurait certainement pas lieu si les fibres sous-jacentes aux territoires moteurs corticaux n'étaient pas groupées dans le centre ovale en faisceaux distincts.

MM. Franck et Pitres ont cherché à contrôler expérimentalement cette hypothèse, imposée, pour ainsi dire, par l'analyse des observations pathologiques, et leurs recherches les ont conduit à en vérifier l'exactitude. Pour cela, ils ont mis à nu sur des chiens, la zone motrice corticale et après avoir déterminé exactement la topographie des principaux centres psycho-moteurs, ils ont enlevé des tranches horizontales de l'hémisphère, en excitant après chaque mutilation les différentes parties de la substance blanche mise à découvert. En agissant ainsi, ils ont toujours constaté qu'il était possible d'obtenir par l'excitation de points, suffisamment limités, de cette substance

(1) Voir le n° 51, p. 977.

© BIU Santé

blanche des mouvements isolés tout à fait semblables à ceux que l'on obtenait au début de l'expérience par l'excitation des différents territoires de substance grise.

Dans le pied de la couronne rayonnante et *dans la capsule interne elle-même*, les faisceaux de fibres blanches conservent encore leur indépendance fonctionnelle. *Ils se juxtaposent sans se confondre*, et l'excitation isolée de ces différents faisceaux provoque des mouvements limités à certains groupes musculaires du côté opposé du corps. Il est à peine utile de dire que, pour obtenir cette dissociation des mouvements par l'excitation de la surface de section horizontale de la capsule interne, il faut localiser l'excitation dans une étendue très-restreinte et que, si les électrodes ont plus de 2 à 4 millimètres d'écartement, on provoque des mouvements très-étendus sans dissociation précise.

Sur le chien, la moitié antérieure de la surface de section de la capsule interne est seule excitable et les faisceaux qui entrent dans sa composition y sont groupés de la façon suivante : 1° Tout à fait en avant se trouvent les fibres dont l'excitation détermine des mouvements dans le côté opposé de la face et dans les paupières ; puis viennent successivement et d'avant en arrière : 2° le faisceau des fibres destinées au membre antérieur ; 3° un faisceau relativement étendu qui provoque des mouvements dans les deux membres du côté opposé ; 4° un petit faisceau très-limité, destiné au membre postérieur seul ; enfin, 5° au niveau de la partie postérieure du noyau caudé, on trouve un faisceau de fibres très-nettement limité dont l'excitation détermine un mouvement isolé d'élévation de l'oreille du côté opposé.

Ces expériences confirment en ce qui concerne la physiologie du centre ovale l'idée qu'avait fait naître l'étude attentive des observations pathologiques. En ce qui concerne la capsule interne, elles paraissent au premier abord en opposition avec ce fait que les hémiplégies produites par les lésions de la capsule interne sont toujours totales. Mais, en réalité, l'opposition n'est qu'apparente. La capsule interne constitue en effet un carrefour étroit. Pour obtenir des mouvements limités par son excitation, il faut que les électrodes soient extrêmement rapprochés. Or, les altérations pathologiques qui atteignent la capsule sont, dans l'immense majorité des cas, des lésions grossières : ce sont des hémorrhagies ou des foyers étendus de ramollissement. Dans de telles conditions, l'hémiplégie est totale parce que la lésion est trop étendue pour ne léser qu'un seul des faisceaux fonctionnellement distincts qui entrent dans la composition de la capsule interne. Il est très-vraisemblable qu'une lésion limitée de la capsule, qui ne dépasserait pas le volume d'une lentille ou d'un pois, donnerait lieu à une paralysie dissociée du côté opposé du corps. Mais les cas de ce genre doivent être excessivement rares : il n'en existe peut-être pas un seul exemple précis dans la littérature médicale.

L'existence de plusieurs faisceaux fonctionnellement distincts dans la capsule interne ne diminue donc en rien l'importance de la loi posée par M. Charcot, d'après laquelle les lésions centrales, avec extension à la capsule interne, détermineraient toujours une hémiplégie *totale* du côté opposé du corps. En revanche, les résultats physiologiques annoncés par MM. Franck et Pitres permettent de comprendre un certain nombre de faits qui n'avaient pas reçu jusqu'à ce jour d'explication plausible. Toutes les personnes qui ont eu l'occasion d'observer beaucoup d'hémiplégiques savent qu'il n'est pas très-rare de voir, dans les hémiplégies totales, une prédominance très-marquée de la paralysie dans la face ou dans un des membres. Tel malade, qui est condamné par l'inertie complète ou la rigidité du membre inférieur à ne pas sortir de son lit, peut encore exécuter certains mouvements relativement étendus avec le membre supérieur du même côté ; tel autre, dont le membre supérieur est absolument inerte ou fixé par la contracture secondaire dans une flexion permanente, peut encore marcher sans trop de difficulté. Les cas de ce genre coïncident le plus souvent avec des lésions centrales atteignant la capsule interne et s'expliquent vraisemblablement par ce fait que tous les faisceaux qui entrent dans sa composition ne sont pas altérés au même degré. L'analyse de quelques observations recueillies l'année dernière dans le service de M. Charcot semble même indiquer que la paralysie prédomine dans le membre supérieur quand la lésion est plus marquée dans les portions antérieures de la capsule interne et dans le membre inférieur quand les lésions siégent surtout dans les portions postérieures de la région motrice de la capsule interne.

Séance du 12 janvier 1878. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. HAYEM présente, à propos du procès-verbal, quelques réflexions sur la récente communication de M. Pouchet. Les éléments que M. Pouchet décrit sous le nom de cellules de la rate et qu'il considère comme des leucocytes spléniques typiques, ne sont autres que les hématoblastes et pourtant différents à plusieurs égards, suivant M. Hayem, des globules blancs. Les globules rouges proviennent non des leucocytes, mais de ces éléments spéciaux.

M. LUYS, revenant aussi sur la communication faite par M. Féré dans la dernière séance(1), montre à la Société les dessins des lésions observées chez deux personnes privées depuis 27 et 22 ans d'un membre par amputation. Dans les deux cas, on observe une atrophie de certaines régions dans le côté opposé du cerveau.

M. CHARCOT fait remarquer qu'un de ces faits est conforme à la théorie des centres moteurs ; dans l'autre, au contraire, l'atrophie porte sur un point du cerveau situé en dehors des zones motrices. Dans un cas de ce genre, M. Charcot n'a rencontré aucune lésion. En somme, les résultats fournis par cette méthode ne sont pas constants. Sans en nier les avantages, M. Charcot croit toujours préférable de se servir, pour édifier la physiologie pathologique du cerveau, des lésions destructives. Car les nombreux faits de ce genre, communiqués à la Société anatomique, plaident tous en faveur de la théorie des localisations corticales et présentent une remarquable concordance.

M. HAYEM dépose sur le bureau son mémoire sur l'anatomie pathologique des atrophies musculaires.

M. CORNIL continue l'exposé de ses recherches sur les lésions des ganglions et en décrit les altérations scrofuleuses.

M. MALASSEZ lit, au nom de M. RANVIER, une note où sont relatés les résultats d'expériences sur le rhythme cardiaque. M. Ranvier arrive aux conclusions suivantes : 1° la ligature de Stannius produit l'arrêt du cœur, en agissant comme les excitants ; 2° dans l'oreillette, les centres d'arrêt l'emportent sur les centres d'action contraire : dans le ventricule, l'inverse se produit. Ces deux espèces de centres sont nécessaires pour maintenir le rhythme du cœur.

M. MALASSEZ expose ensuite une nouvelle méthode pour la mesure du grossissement microscopique.

M. BADAL présente à la Société une fille de 14 ans, atteinte de kératite parenchymateuse diffuse, avec iritis et ulcération nécrotique du voile du palais. Ce fait est intéressant au point de vue de l'étiologie de cette kératite, rattachée par les Français à la scrofule, par les Anglais à la syphilis. Comme antécédents, M. Badal cite le fait suivant : le père de cette jeune fille est devenu amaurotique, à la suite d'accidents qui permettent de croire à une affection syphilitique du fond de l'œil.

M. REGNARD rapporte une expérience faite avec du sang bactéridien.

L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 janvier 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

Après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, on procède à l'élection d'un membre dans la section d'hygiène et de médecine légale. Sont présentés en première ligne, M. Lagneau ; en deuxième ligne, M. Proust ; en troisième ligne, M. Gallard ; en quatrième ligne et *ex æquo*, MM. Ernest Besnier, Colin, Henri Guéneau de Mussy et Lunier. Au premier tour de scrutin : votants 83 ; majorité absolue 42. Ont obtenu, M. H. Guéneau de Mussy, 29 voix ; M. La-

(1) Voir cette communication plus haut, p. 40.

© BIU Santé

gneau, 28; M. Proust, 12; M. Lunier, 12: M. Colin, 2, — Au deuxième tour de scrutin: votants 82; majorité absolue 42. Ont obtenu : M. H. Guéneau de Mussy, 41 voix; M. Lagneau, 37 ; M. Lunier 2 , M. Proust, 1 ; bulletin blanc, 1. — Au troisième tour de scrutin : volants, 81 ; majorité absolue, 41. Ont obtenu : M. H. Guéneau de Mussy, 41 voix; M. Lagneau, 38 ; bulletins blancs, 2.

En conséquence, M. H. Guéneau de Mussy est proclamé membre de l'Académie de Médecine; son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

A 4 heures 30 minutes, l'Académie se constitue en comité secret, afin d'entendre la lecture du rapport de M. Jaccoud, sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie interne. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 novembre. — Présidence de M. Charcot.

16. Reins kystiques; par M. Lataste.

M. Lataste présente des reins kystiques. Il y avait aussi quelques kystes dans le foie. — (L'observation n'a pas été remise).

M. Malassez. — La dégénérescence kystique des reins n'est pas très-rare, et le plus souvent, comme dans le cas qui vient d'être présenté par M. Lataste, on trouve également des kystes dans le foie. Le mode de formation des kystes est très-difficile à étudier dans le rein; il est plus facile de se rendre compte de leur origine et de leur évolution dans le foie. Voici alors ce qu'on observe: au début, on constate un peu de cirrhose périlobulaire et,dans les *espaces* élargis,on remarque des réseaux de canaux biliaires plus nombreux qu'à l'état normal et de diamètres très-inégaux, mais toujours tapissés par un revêtement continu d'épithélium cylindrique. Parmi ces canaux il en est d'extrêmement dilatés qui paraissent être l'origine des kystes. Plus tard, ils s'accroissent, deviennent visibles à l'œil nu et peuvent acquérir de grandes dimensions. Ils conservent toujours leur revêtement épithélial continu. Il n'est pas certain que tous ces kystes se développent aux dépens des canaux biliaires préexistants. Il serait possible qu'ils fussent le résultat d'une néoformation complète. Ce sont là deux théories entre lesquelles il est, pour le moment, fort difficile de se prononcer.

17. Fracture du col du fémur. — Pénétration des fragments. — Eclatement du grand trochanter; par M. Butruille, interne provisoire.

Mart... Louis, 71 ans, tailleur, entre à l'Hôpital Temporaire (service de M. Nicaise) le 26 octobre 1877. Il est tombé dimanche dernier en descendant les dernières marches d'un escalier. Le choc a porté sur la région du grand trochanter, le malade n'a pu ni se relever, ni marcher depuis.

A son entrée, la jambe gauche est dans la rotation en dehors, le pied repose sur le lit par son bord externe; le pli inguinal est saillant. Pas d'allongement ni de raccourcissement appréciable. Le malade peut soulever la jambe malade. On porte le diagnostic de *fracture du col du fémur* avec pénétration. Etat général mauvais, peau chaude, langue sèche couverte de fuliginosités, mais pas de signes d'affection thoracique. Rien d'anormal dans les urines.

Les jours suivants, l'état général reste mauvais, le malade a du délire; un soir même il se lève et fait quelques pas en se tenant aux barreaux de son lit. L'exploration de la région avait déjà fait voir qu'il était possible d'imprimer quelques mouvements à l'articulation coxo-fémorale. On renonce à employer le traitement d'Astley Cooper à cause de l'état cérébral du malade.

Vers les premiers jours de novembre, on constate au sommet gauche de la poitrine de la matité, du souffle et une augmentation des vibrations thoraciques. Le malade a toujours une température très-élevée 39°,5 à 40°, il tousse et crache, mais rien de caractéristique dans ces crachats. Vésicatoire, potion de Todd. De plus, eschare au sacrum.

10 novembre. Mêmes signes d'auscultation et de percussion, l'eschare du sacrum augmente en étendue et s'entoure d'une rougeur érysipélateuse. Le malade présente toujours le même état général, on peut à peine le remuer dans son lit.

Jusqu'au 18 novembre, jour de la mort, l'état s'aggrave continuellement : toux fréquente avec expectoration purulente, peau chaude, langue sèche et fuligineuse. L'eschare et l'érysipèle qui l'entoure ont gagné en surface. Mort le 18 novembre.

Autopsie. — Le poumon gauche présente dans toute son étendue les lésions de la pneumonie arrivée à sa période d'hépatisation grise. Le sommet présente des adhérences avec la paroi thoracique et est réduit en une lame mince de tissu pulmonaire circonscrivant une caverne du volume d'un œuf de poule. Ni tubercule, ni granulations tuberculeuses. Cette caverne est bien le résultat de l'élimination d'un noyau de pneumonie grise. Congestion hypostatique à la base du poumon droit. — Le foie, la rate, les reins et la vessie ne présentent aucune lésion.

Col du fémur et articulation coxo-fémorale. Les tissus périarticulaires ne présentent rien si ce n'est un peu d'épanchement en arrière, au niveau des muscles fessiers. A ce niveau on trouve une infiltration gélatineuse jaunâtre,indice d'un léger travail irritatif. La cavité cotyloïde et son bourrelet cartilagineux sont intacts; légère rougeur de la masse graisseuse qui remplit le fond de la cavité cotyloïde.

La capsule fibreuse de l'articulation est intacte dans toute son étendue. La fracture est extra-capsulaire ; en avant,elle se trouve sur la limite du repli synovial. Le trait de fracture relie en avant les deux trochanters limitant vers le milieu de ce trajet un petit fragment angulaire qui se continue avec le fémur, le grand trochanter est détaché presque en entier, la fracture part de l'angle antérieur de cette tubérosité et descend obliquement vers le bord postérieur qui se trouve détaché horizontalement. En arrière, la partie postérieure du col s'enfonce dans le grand trochanter, de là l'éclatement de cette portion osseuse. En outre, sur la ligne oblique qui relie les deux trochanters se trouve un fragment détaché du fémur, auquel il adhère encore et qui recouvre la face postérieure du col. Ce fragment semble bien avoir été détaché par pénétration. Quant au grand trochanter, il est détaché de l'os en dedans par le trait de fracture que nous avons décrit, en dehors par un autre trait qui relie les extrémités du précédent. La chute a dû jouer un certain rôle pour produire la fracture du grand trochanter ; cette tubérosité étant alors comprimée entre le sol et le col du fémur.

L'inclinaison du col du fémur sur l'axe fémoral a été diminuée, l'angle obtus interne ayant augmenté. En effet,au niveau du bord supérieur du col, il y a pénétration et, au niveau du bord inférieur, on constate un écartement d'un 1/2 centimètre. De plus, le col fait avec le corps du fémur un angle saillant en avant, dont le sommet se trouve être au niveau de la base du col.On constate,en effet, à ce niveau un écartement de deux fragments. Le grand trochanter déplacé et porté en arrière et en dedans regarde par sa face externe en arrière et en dehors; pressé entre le sol et le fragment supérieur du fémur, il s'est fracturé et a glissé en arrière. Le trait de fracture du grand trochanter présente au niveau de l'angle antérieur du bord supérieur un écartement de 1 centimètre. Cet écartement va en diminuant à mesure qu'il se rapproche du bord postérieur. Enfin, lorsque les parties molles sont enlevées, les fragments restent en place et présentent une mobilité assez marquée.

Une coupe dirigée suivant l'axe du col du fémur permet de comprendre, mieux encore, les détails de cette pièce : on constate, en effet, la division bien nette des deux fragments et l'éclatement du grand trochanter ; la partie supérieure du fragment inférieur présente une concavité dans laquelle est reçu le fragment supérieur, le bord inférieur du col du fémur est circonscrit par le tissu spongieux du fragment inférieur dans une étendue de trois centimètres. Il est, sur cette coupe, facile de comprendre comment le malade pouvait remuer le membre inférieur et même marcher, et il est regrettable que l'état cérébral du malade n'ait point permis d'instituer le traitement d'Astley Cooper.

M. Gaucher présente des pièces relatives à un cas d'*érysipèle*. (L'observation n'a pas été remise.)

© BIU Santé

Séance du 30 novembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

18. Nécrose phosphorée des deux maxillaires supérieurs; par CHUQUET, interne des hôpitaux.

Joséphine P... est entrée le 15 septembre 1877, salle Saint-Augustin, n° 11 (service de M. VERNEUIL, suppléé par M. Pozzi). Pas d'antécédents scrofuleux, pas de maladies antérieures. Depuis l'âge de 17 ans, elle met des allumettes chimiques en boîte. Dans la fabrique où elle travaillait, elle n'a été sujette à aucune indisposition.

Le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à 11 mois. De violentes douleurs se font sentir dans la tête et la joue enfle. Quatre jours après, la gencive du même côté devient rouge et tuméfiée. Trois semaines après, la joue et le genou de l'autre côté se prennent, le nez lui-même est envahi par la tuméfaction et du pus s'écoule par la narine droite. La malade rend par la bouche des crachats que, par la couleur, elle compare à du vert de gris.

Aujourd'hui, 15 septembre, la face est déformée, la joue droite et l'aile du nez sont tuméfiées. La voûte palatine présente un aspect singulier. Au centre, existe une dépression linéaire, de chaque côté, deux saillies longitudinales : ce qui fait que la malade se figure avoir un trou au centre de la voûte palatine. Quand on appuie sur les parties tuméfiées, la sensation est celle d'un corps solide. Les maxillaires apparaissent dénudés sur les parties latérales et en avant, ressemblent à une mâchoire de squelette. La mobilité est complète à gauche, au contraire, à droite le maxillaire ne présente point ce signe. Avant le début de l'affection, la malade n'avait aucune dent gâtée, depuis lors, les unes après les autres cessant d'être maintenues solidement dans l'alvéole, ont été arrachées par la malade ou sont tombées d'elles-mêmes. Rien d'anormal dans les viscères.

M. Pozzi enlève avec une pince le séquestre du maxillaire gauche, comme le maxillaire droit est encore adhérent, il fait une incision de la lèvre au niveau du sillon naso-labial, descendant verticalement jusqu'au bord libre et sectionne le petit pont osseux qui unit l'os malade à l'os sain. Après l'opération, la muqueuse palatine non entamée continue à former une cloison entre la bouche et les fosses nasales ; il existe, des deux côtés sur les parties latérales, un pertuis qui met les deux cavités en communication. Le séquestre enlevé comprend toute la moitié inférieure des deux maxillaires. La pièce a été déposée au musée Dupuytren.

La malade part à la fin du mois de novembre. Les fosses nasales communiquent encore avec la cavité buccale par un petit orifice. Du pus s'écoule toujours par la narine droite, ce qui laisse supposer que la guérison n'est pas complète.

M. HOUEL fait remarquer l'intérêt de cette pièce. Il est très-rare, en effet, que la nécrose phosphorée siége sur les maxillaires supérieurs.

19. Transformation kystique complète du rein gauche d'origine congénitale probable; par M. CH. TALAMON, interne des hôpitaux.

H... Henriette, âgée de 3 ans et demi, entrée le 24 novembre 1877, à l'hôpital Ste-Eugénie, (service de M. TRIBOULET), salle Ste-Marguerite, n° 14.

Cette enfant, atteinte du croup depuis trois jours, fut apportée à l'hôpital à la période d'asphyxie, et opérée immédiatement. Le lendemain matin, on constata l'existence dans le flanc gauche d'une tumeur arrondie, se limitant facilement par la palpation, et ayant à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme. Les renseignements donnés sur cette tumeur se bornent à ces quelques détails : C'est vers l'âge de cinq ou six mois que la mère s'aperçut du développement d'une grosseur dans le ventre de l'enfant. Elle ne saurait dire si cette grosseur existait auparavant, la petite fille étant élevée en nourrice. L'enfant n'a jamais accusé de douleur au niveau de la tumeur et n'a jamais eu le moindre trouble du côté des fonctions urinaires. — L'urine, recueillie douze heures après le trachéotomie, était d'un jaune un peu trouble, et donnait par la chaleur et par l'acide nitrique, un précipité d'albumine très-abondant. — L'enfant mourut asphyxiée vers neuf heures et demie du soir.

AUTOPSIE faite trente-six heures après la mort. — Le pharynx et le larynx étaient tapissés de fausses membranes grisverdâtres, purulentes, les divers organes offraient les lésions et l'aspect qu'on trouve habituellement dans la diphthérie. Voici quel était l'état de l'appareil urinaire.

La vessie, de volume ordinaire, contenait un peu d'urine. Les embouchures des deux uretères étaient perméables et comme à l'état normal. *Le rein droit* avait au moins le double du volume habituel à cet âge ; il mesurait 10 centimètres de long sur 5 de large. Il était d'ailleurs de couleur jaune-roux, de consistance molle manifestement graisseuse dans sa totalité ; la capsule s'enlevait facilement ; aucune apparence de kyste.

Le rein gauche était remplacé par une tumeur volumineuse, un peu ovoïde, ayant 16 cent. dans son plus grand diamètre 13 cent. suivant son diamètre transversal, et 35 cent. de circonférence. Cette tumeur est surmontée par la capsule surrénale qui a gardé son volume et son aspect normal ; elle refoule en haut et en arrière la rate, qui est petite, rouge, nullement modifiée dans son apparence extérieure. Au devant, passe le colon descendant qui n'adhère en aucun point à la tumeur. Celle-ci, en effet, enveloppée par l'atmosphère cellulaire rénale, a conservé son indépendance à l'égard des autres organes de la cavité abdominale ; on la décolle très-facilement de toutes les parties environnantes, et elle ne reste plus attachée au corps que par les vaisseaux et par l'uretère.

L'artère rénale a le volume et les dimensions de l'artère du côté opposé.— *La veine* au contraire est allongée, très-dilatée; le tronc s'étend jusque vers le milieu de la face antérieure de la tumeur ; les branches proviennent des différentes parties de la masse morbide.

L'uretère, depuis son embouchure vésicale jusqu'à son union avec le bassinet a les mêmes dimensions que l'uretère droit, il est partout perméable. Une sonde cannelée, introduite par son bout inférieur, pénètre sans difficulté dans une large cavité, située à la partie antéro-inférieure de la tumeur et s'étendant sur la face antérieure. Cette cavité est le *bassinet* considérablement dilaté, mais vide, ne contenant pas de liquide. Sa face interne est lisse, d'un blanc nacré, parsemée de quelques arborisations vasculaires. De cette cavité principale, on pénètre dans sept ou huit diverticuleuses plus ou moins larges, mais assez profondes, et qui ont la forme et l'aspect *des calices*. Ces prolongements, dont la surface interne est de la même couleur blanche que le bassinet, se terminent par un cul-de-sac arrondi, ce sont autant de petites poches closes de toutes parts et ouvertes seulement du côté du bassinet.

Que sont devenues les *papilles ?* Au point d'union de l'uretère et du col du bassinet, on trouve un prolongement de forme conique de 6 cent. de long de la grosseur d'une plume d'oie ordinaire, ce prolongement adhère à plusieurs points à la face interne du bassinet par de minces tractus assez résistants ; le sommet en est complètement libre. Ce sommet offre un aspect spécial ; il a une longueur d'un centimètre environ; sa couleur est grisâtre ; il est plus étroit que le reste du prolongement et se termine par une pointe mousse et un peu aplatie ; en un mot, il est absolument semblable à une papille rénale. Cette papille est pleine ; on n'y trouve aucune cavité centrale et il n'existe pas à sa surface d'orifices visibles à la loupe. — Au-dessus, l'aspect du prolongement conique change ; la surface extérieure en est rosée et a la même apparence que celle des kystes qui remplacent la substance du rein. Du reste, à la palpation, ce prolongement a la consistance d'un cordon plein ; on y trouve pourtant, après incision, trois petites cavités étroites, fusiformes, fermées aux deux bouts, sans communication les unes avec les autres. La base du cône est formée par un renflement plein, compact, fibreux, sans aucune trace de cavité. Immédiatement au-dessus s'étage la masse des kystes rénaux, qui prennent à partir de ce point la forme sphéroïdale. — On ne trouve en aucun autre point apparence de papilles.

La totalité de la substance rénale est transformée en kystes. Le bassinet incisé, une partie de ces kystes apparaissent pressés et accumulés les uns contre les autres, formant une

© BIU Santé

masse lobulée divisée par des sillons plus ou moins profonds. *Sur une coupe* faite suivant le grand axe de la tumeur, on voit une multitude de poches, du volume le plus variable depuis un grain de raisin jusqu'à la grosseur d'une noix, limitées par des cloisons résistantes, épaisses. L'incision de ces poches donne à la surface de la coupe des deux moitiés du rein une apparence aréolaire. La face interne des kystes est blanchâtre ; leur contenu est formé par un liquide citrin transparent. Deux, seulement, présentent sur leur paroi interne comme un exsudat sanguin rougeâtre. Le liquide citrin, vu au microscope, ne paraît contenir aucun élément figuré. Traité par la chaleur et l'acide nitrique, il se prend en une masse blanche et renferme par conséquent une proportion considérable d'albumine. Si on ajoute un excès d'acide azotique, après avoir filtré l'albumine, et qu'on examine au microscope le résidu obtenu, on voit de nombreux cristaux caractéristiques de l'azotate d'urée. Le dosage de la proportion d'urée n'a pu être fait.

Les enveloppes de la masse kystique sont au nombre de trois : 1° l'atmosphère celluleux périrénale ; 2° la capsule propre du rein, très-épaissie, vascularisée, se détachant assez facilement ; 3° à la périphérie, la paroi des kystes les plus excentriques est formée par une enveloppe épaisse de 3 à 4 mill., d'apparence fibreuse, et où l'on trouverait peut-être des débris des éléments propres du rein.

Remarques. — Une première chose à noter est la localisation de la dégénérescence kystique *à un seul rein*. Le fait est assez rare ; pourtant, dans un des trois cas rapportés par Rayer, la lésion était aussi uni-latérale ; l'autre rein était sain. (Rayer, tome III, p. 514.) La transformation *totale* du rein en kystes est aussi digne de remarque. Une dégénérescence aussi complète n'est signalée que dans les reins fœtaux ; chez l'adulte, il reste d'ordinaire des régions où la substance rénale est reconnaissable ; ceci conduit à se demander dans quelle catégorie peut être rangé le fait que nous venons d'exposer. On sait qu'on divise les dégénérescences kystiques du rein en deux grandes classes : kystes congénitaux du fœtus et kystes des adultes. Les premiers n'ont été décrits que chez des enfants mort-nés. Mais on ne voit pas pourquoi, la lésion étant localisée à un rein, l'enfant serait fatalement condamné à la mort, et, pourquoi, un kyste congénital ne pourrait pas se rencontrer à un âge plus avancé. On sait, d'ailleurs, que c'est là l'explication que donne Virchow d'un certain nombre de dégénérescences kystiques chez les adultes.

Pour le cas présent, les arguments en faveur de l'hypothèse d'une lésion congénitale abondent. La totalité de la transformation kystique, la disposition des calices, se terminant en culs-de-sac arrondis, l'absence des papilles, l'aspect du prolongement conique que nous avons décrit et qui montre bien nettement une atrésie, une transformation fibreuse d'une pyramide de Malpighi, avec oblitération de la seule papille qui se soit développée, tout cela plaide pour l'idée d'un malformation du rein. Il y a eu arrêt dans l'évolution des condicules urinaires qui sont en rapport avec les calices, la plupart ne se sont pas formés ; en un seul point, il s'est fait comme une ébauche, mais avec atrésie des tubes. Le reste de la substance rénale, en supposant que le développement en ait été normal, n'a pu déverser dans les calices l'urine sécrétée ; de là, la dilatation par rétention des glomérules de Malpighi et probablement aussi des tubes contournés, avec atrophie par compression des éléments interposés.

M. Tapret présente le cerveau d'une femme morte dans le service de M. Millard. Cette femme avait eu de la somnolence, de la céphalalgie, du subdelirium et un léger affaiblissement du côté gauche. A l'autopsie, on trouva un gliome qui avait envahi tout le lobe sphénoïdal en respectant la zone motrice corticale et les capsules internes. (L'observation n'a pas été remise.)

M. Albert Remy présente un malade porteur de *boutons de Biskra*.

M. Barié a eu l'occasion d'étudier sur le lieu le bouton de Biskra ; il pense que le diagnostic porté par M. Remy est parfaitement exact. Il rappelle à ce propos qu'un médecin anglais soutient que le bouton de Biskra est d'origine parasitaire : il serait dû à un végétal qui se trouve en abondance dans l'oasis de Biskra.

20. Myome calcifié des parois de l'utérus. — Fistule de la paroi utérine. — Péritonite aiguë. — Mort ; par Boussi.

Guy, Rosalie, âgée de 60 ans, célibataire, exerçant la profession de cartouchière, entre, le 19 novembre 1877, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Adélaïde, service de M. le docteur Lancereaux, pour une rétention d'urine.

Cette malade n'a jamais eu d'enfants. Les menstrues ont toujours été régulières. Elle a toujours été d'une bonne santé : tels sont ses antécédents. Cependant, depuis 4 ou 5 mois, elle a des pertes blanches abondantes, et, il y a 15 jours, elle a perdu deux fois un peu de sang, à 8 jours d'intervalle.

Il y a quatre ou cinq semaines, en faisant un effort pour se baisser, elle éprouva une douleur vive à la région lombaire. On fut obligé de la porter chez elle, et pendant quinze jours elle ne put quitter le lit. La douleur se passa ; mais, 10 jours après sa disparition, la malade s'alita de nouveau. Enfin, l'impossibilité d'uriner, une constipation opiniâtre l'obligea d'entrer à l'hôpital.

A son entrée, je constate les phénomènes suivants : le ventre est très-douloureux spontanément, la pression exaspère les douleurs. Par la palpation, on sent une tumeur volumineuse ; c'est la vessie distendue par l'urine. En effet, par le cathétérisme, on retire deux litres environ d'une urine claire, jaune citrine, sans albumine ni sucre.

Pas d'appétit, soif vive, langue blanche, nouvelle constipation malgré un purgatif, tels sont les principaux symptômes. Ajoutons que le cœur et les poumons fonctionnent d'une manière normale. Le toucher donne les renseignements suivants : le col de l'utérus est fortement relevé. En arrière, le rectum est rempli de matières fécales dures ; en avant et à droite existe une tumeur dure, lisse, arrondie, très difficile à délimiter. Après le cathétérisme, on perçoit aussi cette tumeur par le palper abdominal.

20 *novembre*. Même état.

21. Les douleurs abdominales sont plus vives spontanément et à la pression. La malade est abattue, elle a de la fièvre. — 22. Même état ; en plus, vomissements bilieux. — 23. Mort.

Autopsie. — Le péritoine est rempli de pus, envir on 3 litres. — *Vessie*. La vessie est augmentée de capacité. La muqueuse est rouge et injectée. Cette dilatation est la conséquence de la tumeur utérine, qui mettait obstacle à l'écoulement de l'urine. Les uretères et les bassinets sont rouges et vivement injectés ; les calices sont dilatés et couverts de mucus épais ; les sommets des pyramides sont un peu effacés. La substance corticale est pâle. La surface du rein et sa capsule sont très-vivement injectées.

Du côté des organes génitaux l'on constate : Une pelvi-péritonite ancienne, caractérisée par de nombreuses fausses membranes épaisses et cellulaires qui obturent le cul-de-sac rectovaginal et englobent les trompes et les ovaires difficilement reconnaissables.

L'*utérus* a le volume d'une tête d'enfant. Sur sa face antérieure existent des fausses membranes purulentes et toutes récentes. Sur un point de cette face, on aperçoit un orifice qui permet tout au plus l'introduction d'une sonde cannelée. Au niveau de cet orifice, le tissu musculaire est ramolli dans l'étendue de 99 millimètres. Cet orifice communique avec une cavité remplie de liquide légèrement coloré et dans ce liquide surnage un corps solide de la grosseur d'un œuf de poule qui n'est autre qu'un myome calcifié. Les parois de la cavité qui circonscrivent ce corps sont irrégulières. Cette cavité se trouve placée à la partie droite de la cavité utérine dont elle est séparée par une paroi de 99 millimètres d'épaisseur. Sur la partie gauche de la même paroi antérieure existe un autre corps fibreux sous-péritonéal qui ressemble à l'ovaire. La cavité utérine offre sa forme normale, elle est cependant un peu augmentée de capacité. Les autres organes n'offrent rien de particulier à noter. Cependant le foie présente des adhérences avec le diaphragme Ces adhérences sont en suppuration. Il y a des fau-

© BIU Santé

sses membranes purulentes sur toute la surface de cet organe. Enfin le cœur chargé de graisse présente un ventricule gauche hypertrophié,et plusieurs artères, entre autres l'aorte abdominale et les iliaques, sont le siége d'endartérite.

21. Hernie diaphragmatique consécutive à un traumatisme; étranglement; péritonite aiguë; mort; par R. Boussi.

Le 29 juin 1877, entre à l'hôpital Saint-Antoine (salle Saint-Antoine (service de M. Lancereaux), le nommé Halbutier (Charles-Eugène), âgé de 24 ans, avec tous les signes d'un étranglement interne, compliqué de péritonite.

Né à Pantin, ce malade passa sa jeunesse à Paris. D'abord charcutier il apprit, à 16 ans, le métier de corroyeur. D'une bonne santé et d'un forte constitution, il n'a nullement les apparences d'un tuberculeux. Du reste il ne fit aucune maladie. Sa mère, vigoureuse, mourut, à 47 ans, des suites de sa 28e couche. De ces 28 enfants, 21 sont morts en bas âge. Le malade est un des aînés. En 1873, un beau jour, avec un autre mauvais sujet, il attaqua un matelot pour le détrousser. Celui-ci administra à chacun trois coups de couteau : l'un à la tête, l'autre dans les côtes, vers le 8e espace intercostal et le troisième dans l'abdomen.

Notre malade entra, pour ses blessures, dans le service de M. Duplay, à Saint-Antoine, où il resta trois mois. Il eut la chance d'en guérir ; mais, à partir de cette époque, il ressentit des douleurs plus ou moins vives dans le côté gauche. Il y a un an environ, ces douleurs augmentèrent. Elles consistaient en une douleur spontanée et sourde, à gauche de la région épigastrique, et de temps à autre en des douleurs lancinantes s'irradiant à la ceinture.

Toutes ces douleurs se faisaient surtout sentir 4 ou 5 heures après les repas. Elles présentaient des rémissions pendant des semaines; puis, sans cause appréciable, elles s'exaspéraient au point d'empêcher le patient de travailler pendant plusieurs jours. Pas de vomissements, en dehors de pituites matinales; pas d'hémorrhagies ; pas d'autres symptômes que quelques symptômes d'alcoolisme. Le 24 juin, un dimanche, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, le malade est pris tout-à-coup, à 4 heures du soir, d'un mal subit, sans avoir ressenti dans la matinée une plus grande douleur que de coutume. Le malaise se change rapidement en une violente douleur qui occupe tout le ventre. Pâle, défait, tenant son ventre à deux mains, il a encore la force de marcher quelques minutes pour rentrer chez lui. Il s'alite et est pris de frissons de fièvre, de vomissements, de métivrisme, bref, de tous les symptômes d'une péritonite par perforation.

Il entre à l'hôpital le 29 juin.

On le trouve dans l'état suivant : il est dans le décubitus dorsal, immobile, plaintif, les bras écartés du tronc, la tête légèrement renversée en arrière, le front plissé, les yeux entourés d'un cercle noir, les joues creuses, les traits tirés, la physionomie anxieuse. Il se plaint d'une douleur généralisée et continue dans le ventre. Cette douleur, cause de gémissements incessants, roule d'un flanc à l'autre, au dire du malade. Anerexie, hoquet et nausées continuelles ; vomissements très-fatigants, peu abondants, porracés, verdâtres, de 5 en 5 minutes environ ; constipation depuis cinq jours. L'abdomen est volumineux, tendu, partagé par un sillon transversal estomaco-intestinal. L'estomac se dessine sous la paroi abdominale. Dans toute son étendue le ventre est lisse, sans bosselure au-dessous du sillon.

Les veines sus et sous-ombilicales ne sont pas dilatées Rénitence à la pression, sonorité généralisée à la percussion. Ces deux moyens d'exploration exaspèrent la douleur, les membres inférieurs sont fléchis.

Le pouls petit, fréquent, régulier, bat à 112; T. 38°,2. La peau est chaude et sèche. Les bruits du cœur sont violents et rapides. Dyspnée considérable,toux sèche, crachats muqueux, douleur de côté ancienne, et matité à la base du poumon gauche.Absence de murmure vésiculaire en ce point.Il est difficile de l'ausculter en arrière ; il ne peut supporter aucun déplacement.

La tête est libre, les pupilles normales, l'intelligence conservée. Il parle avec peine, ses paroles sont entrecoupées par la respiration fréquente, le hoquet et les vomissements. *Traitement*: glace; limonade vineuse; extrait thébaïque; vésicatoire sur l'abdomen ; lavement purgatif.

30 *juin*. — Le ventre est moins ballonné ; le hoquet et les vomissements se sont calmés sous l'influence de la glace. La constipation persiste ; le lavement purgatif n'a pas été rendu. Urines rouges, en quantité normale; pas d'albumine, ictère des conjonctives. T. le matin A 37°, 8.—Soir: T. A. 38°; rectale 39°; P. 120.

1er *juillet*. — Facies agonisant ; coma ; ronchus dans toute la poitrine. Les dents et la langue ne sont pas phéligineuses. Le ventre n'est plus douloureux. Le hoquet et les vomissements sont moins fréquents. Il prétend aller mieux. T A 36 T R 39° ; P. 140 petit et très-fréquent; bruits du cœur précipités. Respiration très-fréquente ; extrémités refroidies, ictère plus marqué des conjonctives. Peau recouverte d'une sueur visqueuse et abondante.

A dix heures du matin, le pouls devient insensible, une écume blanchâtre sort de la bouche du mourant. Des évacuations involontaires surviennent. Le malade devient pâle, la respiration s'arrête et après quelques inspirations fortes, séparées par de longs intervalles, le malade succombe. — Au moment de la mort la T. R. est de 39°.

Autopsie, le 2 juillet. A l'ouverture de l'abdomen les intestins, surtout dans la région hypogastrique, adhèrent à la paroi abdominale par des travées celluleuses mal organisées; une traction modérée suffit pour les détacher. Un peu de liquide séreux est circonscrit par les adhérences. Le péritoine pariétal est injecté par places. Celui qui recouvre la partie gauche du diaphragme, est très-altéré. Sa coloration est ardoisée. Les intestins adhèrent entre eux en même temps qu'aux parois. Le colon transverse et la 3e partie de l'intestin grêle sont les plus injectés. Météorisme considérable. Les gaz qui le produisent sortent de l'intestin avec sifflement. Des adhérences très-solides, qu'on ne peut arracher relient le gros intestin avec cette portion du diaphragme située en dehors et à gauche de la pointe du cœur. Dans l'intestin existent des matières demi-solides, noirâtres ; dans le cœcum on observe la tuméfaction de la muqueuse, des arborisations vasculaires et des dépôts blanchâtres caséiformes. Mais la portion vraiment altérée est la portion gauche du colon transverse. En tranchant ses adhérences avec le diaphragme, on coupe en même temps le colon en deux. A cet endroit il est très-épaissi, recouvert de fausses membranes, La muqueuse est très-injectée presque gangrénée en certains points. Les matières s'échappent par deux ouvertures tenant au diaphragme, de façon à faire croire à la présence dans la plèvre gauche d'une anse intestinale.

Estomac. — L'estomac est très-distendu, épaissi; sa muqueuse est boursouflée. Rien de remarquable dans l'intestin grêle et dans le reste du gros intestin.

Foie. — Le foie est hypérémié. Les organes génito-urinaires sont sains, rate et reins normaux.

Cavité thoracique. — A l'ouverture du thorax du côté gauche s'échappent des flots d'un sang noir et épais. La paroi enlevée, on voit un épanchement sanguin occupant le tiers inférieur de la cavité pleurale gauche. La quantité de l'épanchement peut être évaluée d'un litre à un litre et demi. En épongeant le sang, on voit une loge circonscrite en haut par le poumon refoulé, du côté droit par le péricarde, du côté gauche par le thorax, en bas par le diaphragme. Au milieu de cette loge existe une tumeur volumineuse, de la grosseur d'un cœur d'adulte, en ayant en même temps la forme et une disposition inverse, c'est-à-dire que la base de la tumeur est en bas et à gauche, la pointe en haut et à droite. Au premier abord on eût pu croire à un cœur déplacé et renversé. Tout autour de la tumeur existe un espace libre cloisonné de fausses membranes noirâtres; c'est l'espace qu'occupait l'épanchement sanguin. En bas, la tumeur est si intimement unie au diaphragme, qu'on ne peut l'en séparer qu'en enlevant une portion de ce dernier. Les parois de la loge sont dures, très-épaisses, noirâtres, tapissées par des fausses membranes, les unes anciennes tendineuses, les autres plus récentes. La tumeur est légèrement bosselée, dure. Cependant en la pres-

© BIU Santé

sant fortement on la déprime. A la base, on remarque deux orifices par lesquels s'écoulent des matières intestinales. En la disséquant on constate qu'elle est enveloppée par un feuillet épiplaïque qui lui sert de sac. L'épiploon enlevé en ouvrant la tumeur, on voit un conduit demi-circulaire allant d'un orifice à l'autre, conduit qui n'est autre qu'une anse du colon transverse du côté gauche, les parois de cette anse sont extrêmement épaisses et couvertes de fausses membranes, quelques-unes même noirâtres, ne sont que du sang coagulé dont la partie liquide a été résorbée. Les deux extrémités de l'anse sont enserrées dans un anneau du diaphragme auquel elles sont unies par des adhérences si fortes qu'on ne peut les en détacher. —Le poumon gauche refoulé présente une masse rougeâtre et racornie. Il adhère intimement aux parois thoraciques. Le poumon droit est sain.

Le péricarde est fortement épaissi. Il offre une arborisation vasculaire marquée, des végétations granuleuses, quelques adhérences et un léger épanchement fibrineux plastique. — Le *cœur* est dévié, sa pointe se dirige presque verticalement en bas. — *Le système nerveux* est sain.

Cette autopsie, en révélant une hernie diaphragmatique, donne la cause de tous les accidents graves observés pendant la vie et jette une vive clarté sur la pathogénie de ces phénomènes. En effet, le coup de couteau dans le 8e espace intercostal gauche avait atteint le diaphragme. La cicatrice diaphragmatique ne peut résister à la pression continue des anses intestinales. Peu à peu, le colon transverse plus distendu par les gaz et plus près que l'intestin grêle du diaphragme, entra dans l'orifice accidentel. Le travail mécanique et inflammatoire qui se produisit en ce point fut cause des douleurs continuelles de l'hypochondre gauche. Comme la hernie se fit lentement et graduellement, le malade ne fut pris ni de dyspnée subite ni de syncope, le poumon et le cœur ayant été déplacés graduellement. Les néo-membranes de la plèvre rendent compte de l'épanchement hémorragique. Enfin la hernie formée, on comprend qu'elle ait pu l'étrangler et amener la mort avec tous les symptômes de l'étranglement interne et de la péritonite aiguë.

22. Mal de Pott dorsal; Abcès ossifluent postérieur; Paraplégie; Contracture; Mort subite; Abcès situé sous la dure-mère remontant jusqu'à la cinquième vertèbre cervicale; par Chuquet, interne des hôpitaux.

Balandros, 67 ans, ménagère, entrée le 19 novembre 1877 (service de M. Verneuil), morte le 22. Cette femme ne présente pas de traces de scrofule. Elle était marchande d'oranges et avait une voiture à bras, quand, il y a un an, elle s'aperçut qu'elle ne pouvait plus la pousser et que ses jambes faiblissaient. A quelque temps de là, elle fut renversée par un omnibus, se fractura la jambe et fut soignée par M. Guchin, à l'Hôtel-Dieu. Elle en sortit au bout de quelques mois, marchant très-difficilement, et rentra chez elle. Il y a trois mois, survinrent dans les jambes des douleurs très-vives, qu'elle compara à des crampes; dès lors, elle est obligée de garder le lit; aux crampes succède une attitude vicieuse qu'elle conserve aujourd'hui, les cuisses se fléchissent sur le bassin, et il se déclare de l'incontinence de l'urine et des matières fécales.

A son entrée, nous la trouvons dans l'état suivant : Elle répond facilement et avec bonne humeur aux questions qui lui sont adressées. Elle est amaigrie, la face est pâle. Il existe une gibbosité dorsale due à un abcès ossifluent de la dimension d'un poing, et à une déformation angulaire de la colonne vertébrale qui est fléchie en avant. Paraplégie absolue. Incontinence de l'urine et des matières fécales. Flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse : attitude qui peut être corrigée sans déployer beaucoup de force. Insensibilité à la pression, à la douleur, à la température qui remonte jusqu'à un plan oblique de haut en bas et d'arrière en avant passant par les crêtes iliaques. En même temps, exagération de la sensibilité reflexe. Les viscères ne présentent aucune altération. Le poumon, examiné au point de vue de la tuberculose, est sain.

Le 22 novembre, sans que rien pût faire prévoir cette issue fatale, la malade se fait asseoir sur son lit, en proie à une dyspnée intense, sa face se cyanose et elle meurt « comme quelqu'un qui étouffe » au dire de ses voisines.

Autopsie faite le lendemain. — L'abcès ossifluent postérieur, communique avec un abcès intra-rachidien, situé en avant de la dure-mère et remontant jusqu'à la cinquième vertèbre; il communique aussi avec une poche sous-pleurale sans grande saillie sur la cavité thoracique, et située à droite au niveau de deux ou trois côtes. Un corps vertébral, celui de la septième vertèbre dorsale, a disparu absolument, les deux corps situés au-dessus et au-dessous commencent à être envahis par l'ostéite; ils sont dénudés et baignent dans le pus. La courbure de la colonne vertébrale n'est due qu'à l'affaissement du corps de la septième dorsale. Le cerveau, le bulbe, n'ont aucune lésion appréciable à l'œil nu. La moëlle porte seulement de faibles traces de compression, le cordon médullaire parait aminci au niveau de la flexion de la colonne vertébrale, Le poumon est indemne ainsi que le cœur. Les vaisseaux pulmonaires ne renferment aucun caillot embolique. Les viscères abdominaux ne présentent rien d'important à signaler; le foie est légèrement gras.

Cette observation nous paraît intéressante au point de vue de la mort subite qui peut s'expliquer peut-être par une lésion de la moëlle au voisinage de l'origine des nerfs respirateurs. Cet organe sera examiné avec soin, et, si l'examen est positif, une communication ultérieure sera faite à ce sujet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance annuelle du 16 janvier 1878. — Présidence de M. Panas.

Toutes les séances annuelles se ressemblent; le programme est connu d'avance : Allocution du président, qui ne manque jamais de remercier ses collègues de la bienveillance qu'ils lui ont témoignée; exposé sommaire des travaux de la Société dans le cours de la dernière année, par M. le secrétaire annuel; éloge d'un membre défunt, par M. le secrétaire général. L'attrait était grand néanmoins, car on savait que M. de Saint-Germain, le spirituel chirurgien des Enfants-Malades, devait faire le panégyrique de Demarquay.

M. Panas commence par proclamer les lauréats de la Société pour l'année 1877. M. Vallat a obtenu le prix Duval pour sa thèse ayant pour titre : *De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations*. Le prix Laborie est décerné à M. le docteur Henri Petit, pour son étude historique et critique *Sur la gastrostomie*.

M. le président annonce ensuite que la Société accordera deux nouveaux prix, le prix Demarquay à la fin de 1878, et le prix Gerdy à la fin de 1879. Les sujets proposés sont les suivants :

Prix Demarquay. — Pathogénie des différentes formes d'ankylose; indications thérapeutiques qui en découlent.

Prix Gerdy. — Histoire des doctrines relatives à la pyohémie ou infection purulente.

Le secrétaire annuel, M. Cruveilhier a su faire un intéressant résumé des travaux de la Société pendant l'année 1878, et s'acquitter à son honneur d'une tâche qui n'est pas toujours facile. Quant au discours particulièrement académique de M. de Saint-Germain, l'analyse la plus complète ne saurait en donner une idée exacte. L'éloge de Demarquay mérite d'être reproduit intégralement. Ch. Avezou.

Eloge de Demarquay; par M. de Saint-Germain. — Jean-Nicolas Demarquay naquit le 14 décembre 1814, à Longueval, petit village du département de la Somme. Son père, qui exerçait la profession de menuisier, était mort 4 mois avant sa naissance, et sa mère se remaria en 1824. Demarquay avait alors 10 ans. Son beau-père, brave cultivateur, à l'écorce quelque peu dure, exigeait déjà de lui une certaine somme de travail; et, si les sévérités d'un père sont le plus souvent tempérées par l'affection née des liens du sang, il n'en est pas de même quand la tâche est imposée par un étranger.

L'enfance de Demarquay ne fut pas heureuse; travaillant presque tout le jour à la terre, il trouvait à grand'peine le temps d'aller chez l'instituteur de Longueval prendre à la hâte quelques notions de lecture et d'écriture. Aussi son vieux maître disait-il, avec une certaine naïveté, qu'il était rempli de bonne volonté, mais qu'il avait le travail difficile.

Heureusement pour lui sa mère était là, l'entourant de toute sa tendresse

© BIU Santé

et adoucissant autant qu'elle le pouvait les frottements entre [illegible]issance second mari. Demarquay conserva toute sa vie une profonde reconn[illegible]oit pour elle. A l'affection toute naturelle que l'on doit à une mère, se joign[illegible] chez lui un sentiment d'immense gratitude, et c'est d'une sorte de culte qu'il entoura jusqu'à la fin cette femme dont l'esprit et l'élévation d'idées étaient d'ailleurs beaucoup au-dessus du milieu où elle vivait.

Désireux de gagner sa vie sans être à charge à sa famille, Demarquay sachant bien juste lire et écrire, partit pour Paris. Il avait alors quinze ans. Ne sachant à quelle porte aller frapper, il eut la bonne idée de s'adresser à un de ses compatriotes, M. Hénon, qui était à la tête d'une institution de jeunes gens.

Ici commence pour Demarquay une existence de labeur incessant et d'incroyables efforts. Obligé de gagner son pain et de reconnaître par les services qu'il pouvait rendre l'hospitalité qu'on lui donnait, il passait tout le jour à surveiller les élèves, à les accompagner au collége, à les répéter dans la mesure de ce qu'il savait ; — un peu plus qu'un garçon de classe, un peu moins qu'un maître d'étude.

Le soir, retiré dans sa chambre, il se mettait au travail ; et souvent la cloche du lever des élèves le surprenait sur ses livres. Tant d'efforts devaient être récompensés. Il se présenta au baccalauréat et fut admis.

Certes c'est peu de chose, et l'on se prend à sourire en voyant ce petit succès relaté dans l'éloge d'un académicien ; et pourtant quand je songe à tout le travail ingrat que ce pauvre diplôme a dû coûter, et cela au milieu de cette vie de paria que nous connaissons tous pour l'avoir observée dans nos années de collége, je me figure que parmi ses titres le parchemin de bachelier était celui que Demarquay devait regarder avec le plus d'orgueil.

On le voit, les débuts étaient rudes ; mais l'avenir s'éclaircissait. Demarquay s'était fait un ami. Pendant son séjour à la pension Hénon il s'était lié avec le fils d'Alexandre Dumas, qui était élève dans la maison, et devait être un jour Alexandre Dumas fils. Cette amitié il la conserva toute sa vie; la gloire de son ami sera la sienne, et les dernières lignes qu'il tracera seront adressées à l'homme qui aura exercé sur lui la double influence de sa vaste intelligence et de son immense talent.

Le premier pas franchi, Demarquay se résolut d'aborder la carrière médicale; mais il fallait vivre et payer ses inscriptions.

Il donna des leçons de littérature, prépara des élèves au baccalauréat, et put consacrer les instants qui lui restaient aux études médicales. Cette vie en partie double nécessitait un travail énorme ; et un frère utérin, M. Duroisel, qui habitait alors avec lui, me donnait tout récemment les détails qui suivent sur leur existence en commun dans cette mansarde de la rue Guénegaud, où, par une amère dérision du sort, on était réveillé par le bruit argentin des martinets de la Monnaie. Le matin, m'écrivait-il, on se levait avant le jour, et l'on partait le ventre vide. Demarquay courait les hôpitaux et rentrait vers midi ; on déjeunait de pain et de fromage ; il repartait gagner sa vie ; et le soir on allait dîner à prix fixe dans une maison où l'on mangeait juste de quoi ne pas mourir de faim.

Les leçons que donnait Demarquay l'avaient mis en relation avec une famille riche et influente qui l'avait recommandé à Blandin et à Duméril. Reçu dans ces deux maisons, il voua bientôt à Blandin une amitié et un dévouement qui ne se démentirent jamais, et puisa chez Duméril le goût qu'il manifesta plus tard pour les recherches scientifiques, et pour les applications de la chimie et de la physique à la thérapeutique chirurgicale. Il venait du reste de franchir le premier obstacle ; la position d'interne qu'il venait de conquérir lui ouvrait toute grande la porte des autres concours.

Nommé successivement aide d'anatomie et prosecteur, il concourut pour l'agrégation et pour le Bureau central. Il échoua dans son concours à la Faculté, et en conçut un chagrin profond. Cet échec le poursuivit longtemps, et un de ses amis intimes me disait que le souvenir de sa défaite était une plaie mal fermée, que la moindre allusion faisait saigner.

Est-ce à cet insuccès qu'il faut faire remonter les inimitiés que l'on sait? Doit-on, au contraire, en attribuer l'origine au concours qui fit arriver Demarquay au Bureau central, et dont quelques incidents regrettables firent encore ressortir la rapidité peut-être arbitraire à laquelle il dut sa nomination d'emblée à la Maison municipale de santé? Je l'ignore, et j'estime que je n'ai point qualité pour faire renaître, dans un éloge, des débats irritants qui eurent, sur la carrière de Demarquay, une influence indiscutable. Ses anciens compétiteurs n'oublièrent pas, en effet, qu'au moment de la lutte, les armes n'avaient pas été absolument égales, et firent payer plus tard au chirurgien, par une opposition peut-être un peu trop systématique, la faveur dont le candidat avait jadis été l'objet.

Je n'ai connu Demarquay que sur le tard, et l'impression qu'il produisit en moi est encore présente à mon souvenir. D'une taille au-dessus de la moyenne, il semblait vouloir faire oublier, par la rapidité juvénile de sa démarche, un léger embonpoint qui, depuis plusieurs années, l'avait quelque peu épaissi. A le voir traverser la cour de l'hôpital, la tête renversée en arrière, le chapeau découvrant le front, qu'il avait très-large, la poitrine en avant, on l'eût cru beaucoup plus jeune qu'il ne l'était en réalité ; et, si l'on se rappelle l'air quelque peu impertinent que lui donnait l'usage habituel du pince-nez et qui le faisait regarder de haut, le sourire, parfois railleur, qui tempérait ce que sa figure épanouie avait de trop bienveillant, l'aisance avec laquelle il portait un costume de fantaisie, et tout urs du bon faiseur, on eût certes été fort embarrassé de reconnaître en lui un médecin. Il rappelait plutôt la désinvolture d'un homme de finances.

Sa main n'était pas belle, mais puissante ; ses doigts, trop gros, rachetaient, par leur dextérité, leur peu d'élégance, et l'on était quelque peu surpris de leur voir exécuter les opérations les plus délicates.

C'était un véritable tour de force que sa visite quotidienne à la Maison de [illegible]. Il faut avoir passé, comme je l'ai fait, quelque temps dans cette maison [illegible] se rendre compte des difficultés inhérentes à un service où les son, pour [illegible] une double exigence dans la position intermédiaire entre la malades pris[illegible] et dans l'argent qu'ils ont versé.
pauvreté et l'aisance, [illegible]hambres et les corridors toujours courant, ou-
Demarquay traversait les [illegible]rageant au patient, passait à un autre, vrait une porte, disait un mot encou[illegible]oit que près des malades qui ré-s'en tirait avec un compliment, et ne s'arre[illegible]tres, les valides, dans les clamaient des soins assidus. Il consultait les au[illegible]ure, et trouvait le escaliers, dans les cours, dans la rue un pied dans sa vo[illegible] élèves l'aimoyen de contenter tout le monde. Il aimait ses élèves et ses [illegible] de maient. Il appartenait, du reste, à ce groupe, si restreint aujourd'hui, chirurgiens qui font travailler autour d'eux, et qui constituent un véritable foyer intellectuel. A eux seuls appartient, en réalité, le titre de maîtres, puisqu'eux seuls savent former des élèves. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 28 décembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

La dernière séance de décembre de la Société médicale des hôpitaux est particulièrement consacrée aux comptes-rendus annuels et aux élections pour le renouvellement du bureau et des commissions.

M. AUDHOUI lit d'abord, au nom du conseil d'administration, le rapport sur le compte-rendu du trésorier.

M. E. BESNIER présente ensuite le *rapport annuel sur la situation générale de la Société.* Après avoir constaté le nombre toujours croissant des Sociétés qui sollicitent l'activité des médecins des hôpitaux, et après avoir formulé l'espoir de voir les membres nouvellement admis apporter aux séances un concours plus actif qu'ils ne l'ont fait dans ces derniers temps, M. le secrétaire général adresse un dernier hommage à la mémoire des membres que la Société a perdus dans le courant de l'année 1877 : MM. Barth, Bouvier, Hervez de Chégoin, Vernois. — Nous ne chercherons point à faire une sèche analyse de cette partie de son rapport. Il faudrait pouvoir reproduire *in extenso* les paroles émues que M. E. Besnier a consacrées à la mémoire de son maître, M. Barth, et les termes par lesquels il a fait revivre quelques instants trois médecins éminents que l'âge ou les infirmités avaient depuis un temps plus ou moins long tenus éloignés des préoccupations scientifiques, et dont le souvenir paraissait sur le point de s'éteindre. M. E. Besnier s'est acquitté de sa tâche difficile avec un grand talent et a remporté un véritable succès.

La Société reprend ensuite le cours habituel de ses travaux et M. LEREBOULLET lit un travail sur la *Gangrène des membres dans la fièvre typhoïde.* Aux observations de Bourgeois (d'Etampes), de Béhier, de Hayem, etc., M. Lereboullet vient ajouter deux nouveaux faits ; l'un qui lui est personnel, l'autre qui lui a été communiqué par M. Mercier. — Ce dernier fait a été observé chez un jeune soldat de 21 ans, entré à l'hôpital Saint-Martin au dixième jour d'une fièvre typhoïde. La maladie évolua d'abord d'une façon normale; puis, vers le vingt-deuxième jour, le malade, s'étant levé, se plaignit de douleurs dans la jambe droite. On constata alors l'existence d'une gangrène limitée aux premiers orteils et présentant tous les caractères de la gangrène sèche; les battements artériels avaient complètement disparu dans le membre. En trois jours, le malade mourut après avoir présenté des phénomènes analogues du côté opposé. — A l'autopsie, on trouva les lésions de la fièvre typhoïde, et des altérations importantes du système vasculaire. L'aorte était libre jusqu'au niveau de l'articulation de la 2e et de la 3e vertèbre lombaire. Là se trouvaient des caillots très-durs, obturant complètement l'aorte et les deux crurales, mais laissant libres les artères de la jambe. — Il n'y avait pas de myocardite, mais une endocardite occupant toute la surface du cœur, particulièrement dans les oreillettes. Il n'y avait, au niveau des orifices, ni insuffisance, ni rétrécissement, et l'on comprend ainsi comment l'endocardite n'avait pu être reconnue pendant la vie, bien que l'examen du cœur eût été pratiqué à plusieurs reprises.

Le second fait, personnel à M. Lereboullet, a été observé chez un jeune homme de 22 ans, malade depuis 6 ou 8 jours.

© BIU Santé

La maladie évolua pendant quelques jours, suivant la marche ordinaire d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, et sans que l'examen du cœur révélât jamais aucun signe de lésion. Quatre jours après son entrée, vers le douzième jour de sa maladie, le jeune soldat ressentit brusquement une douleur extrêmement vive, siégeant un peu au-dessous de la tête du péroné; il se produisit, à ce niveau, une tuméfaction donnant une sensation vague de fluctuation; puis, on vit se dessiner rapidement une gangrène sèche, limitée d'une façon bizarre, mais permettant cependant de pratiquer l'amputation au lieu d'élection. L'opération fut faite sans hémorrhagie, les artères restant béantes à la surface des lambeaux, mais sans donner de sang. Puis, contre toute attente, l'état général très-mauvais, se releva, et le malade guérit dans l'espace de 15 jours. Les battements artériels n'avaient pas reparu dans le membre; il faut donc supposer que la circulation s'était rétablie par une voie collatérale. M. Lereboullet pense que l'on peut admettre ici une obturation de l'iliaque externe par un caillot assez volumineux, et en outre une oblitération de la tibiale antérieure. Quant à l'origine de la coagulation, il est difficile de la préciser. Sans doute, on ne peut affirmer l'existence d'une artérite, mais d'un autre côté, en l'absence de souffle, en l'absence de trouble fonctionnel quelconque du côté du cœur, il est bien difficile aussi d'admettre une embolie, comme cela paraît avoir eu lieu dans le premier cas, dû à M. Mercier.

M. Potain a observé deux cas de gangrène dans la fièvre typhoïde, suivis de guérison. Les observations seront communiquées ultérieurement.

Elections. — A la suite d'élections faites dans le cours de la séance, le Bureau et les Commissions sont ainsi constitués pour l'année 1878. — *Président*: M. Labric. *Vice-Président*: M. Hervieux. — *Secrétaire-général*: M. E. Besnier. *Secrétaires des séances*: MM. Duguet et Martineau.

Membres du *Conseil d'administration*: MM. Lailler, Guyot, Blachez, Descroisilles, Gérin-Roze. — Membres du *Conseil de famille*: MM. Empis, Gallard, Vidal, C. Paul. — Membres du *Comité de publication*: MM. E. Besnier, Duguet, Martineau, Grancher, Lereboullet. A. S.

REVUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

I. Traité des maladies de la prostate; par le Dr H. Picard, 1877.

II. Traité des maladies de l'urèthre; par le même, 1877; ces deux ouvrages chez J.-B. Baillière, Paris.

III. De la spermatorrhée; par le Dr Pouillet. Paris, Delahaye, 1877.

IV. De l'emploi du sesqui-bromure de fer dans la spermatorrhée; par le Dr Hecquet, 1877.

V. Quelques remarques sur les calculs vésicaux et sur la manière de les opérer à la clinique chirurgicale de Kazan; par le Dr Beketow. Paris, G. Masson, 1876.

VI. De l'orchite dite métastatique et de la fièvre testiculaire dans les oreillons; par F. Sorel, médecin-major de 2e classe. Paris, V. Rozier, 1877.

VII. De la dilatation rapide des rétrécissements de l'urèthre; par le Dr Alphonse Bos. Paris, Delahaye, 1877.

VIII. Etude sur l'emploi des bougies Béniqué dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, de la blennorrhagie chronique et de la contracture douloureuse au col vésical; par le Dr Le Garrec. Paris, Coccoz, 1876.

IX. De l'action des balsamiques en général et du buchu en particulier dans le traitement des maladies des voies urinaires; par le Dr Jardin.

X. Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux; par Charles Mauriac. Paris, Delahaye, 1877.

XI. Traitement des inflammations et d'autres maladies chroniques des organes génito-urinaires; sur la taille périnéale par la dilatation et sur la lithotritie péritonéale; par le Dr H.-Aug. Mercier. Paris, Delahaye, 1877.

I et II. — Nous pouvons réunir dans un même paragraphe ce que nous avons à dire des deux traités de M. Picard; ce sont deux livres faits d'après le même plan et dont il est facile de donner une idée en quelques mots : après avoir établi la division sur laquelle nous reviendrons tout-à-l'heure, M. Picard trace, d'après les meilleures monographies et en les citant souvent textuellement, l'histoire de chaque maladie de la prostate ou de l'urèthre. Sans connaître M. Picard, on peut dire, d'après ces deux livres, que c'est un jeune chirurgien ayant des notions étendues sur les maladies des voies urinaires, mais dont la pratique n'est pas d'assez longue date pour qu'il puisse avoir sur la plupart des sujets dont il traite des idées originales. C'est là, avec une certaine insuffisance de critique des opinions qu'il expose, le point faible des deux traités de M. Picard. Ce sont deux livres qui marquent l'entrée dans la carrière, et il est évident que lorsqu'on veut composer un traité complet pour son début, on tombera nécessairement dans ce défaut, parce qu'on ne peut se faire en un jour une idée à soi sur tous les points de la pathologie urinaire. Ces réserves faites, nous dirons que M. Picard a rendu service aux médecins et surtout aux étudiants, en résumant sous une forme le plus souvent claire et agréable, dans des livres ornés de nombreuses figures bien exécutées, les principaux points des maladies de l'urèthre et de la prostate. C'est là, en somme, une œuvre de vulgarisation dont l'utilité est incontestable. Ne pouvant entrer dans l'analyse des matières qui composent ces deux ouvrages, je vais me borner à en faire l'énumération en y ajoutant, s'il y a lieu, quelques réflexions.

Le *Traité des maladies de la prostate* commence par un exposé anatomique suffisant, suivi de quelques considérations physiologiques peut-être un peu écourtées; puis, l'auteur expose, dans une série de chapitres, ce qui a trait aux anomalies, vices de conformation, blessures, inflammation et suppuration de la prostate. Le chapitre de la prostatite est un des mieux faits de l'ouvrage. A propos de la prostatite chronique, M. Picard consacre un article à la spermatorrhée. Il justifie ce rapprochement en admettant que l'inflammation des canaux éjaculateurs et de leur orifice dans l'urèthre n'est sans doute pas sans influence sur la production des pertes séminales. On s'expliquerait ainsi comment la méthode de Lallemand, qui consiste à cautériser la partie profonde de l'urèthre, a pu guérir des spermatorrhéiques. M. Picard ajoute, en se basant sur l'opinion du professeur Robin, que presque toujours la spermatorrhée dépend d'une affection primitive du cerveau, de la moelle ou de la vessie. La relation, entre la spermatorrhée et une affection vésicale quelconque, ne nous paraît pas démontrée jusqu'à présent. Quant aux rapports des pertes séminales avec les maladies du système nerveux, je pense que personne ne les nie; mais la spermatorrhée est-elle dans ce cas la cause ou l'effet? Est-elle en même temps cause et effet? Voilà des questions qu'il serait intéressant de résoudre et M. Picard ne les indique même pas. J'aurai occasion de revenir là-dessus dans cet article, à propos d'un livre de M. Pouillet. Avant de quitter ce chapitre, je ferai encore un reproche à M. Picard : c'est de dire sur la foi de M. Robin, que le testicule n'est pas une glande et que le sperme n'est pas un produit de sécrétion; je doute que beaucoup d'histologistes et de physiologistes partagent cette manière de voir. Les caractères du sperme sont décrits avec soin. M. Picard dit que chez les sujets âgés et continents, les éjaculations sont fréquemment sanglantes, sans qu'il y ait aucune altération grave des vésicules séminales ni du testicule; il se ferait une petite hémorrhagie dans l'intérieur des vésicules séminales. Ainsi, d'après lui, les éjaculations sanglantes n'indiqueraient aucune affection sérieuse. M. Picard rapporte la très-curieuse observation de colique spermatique de M. Reliquet, observation qui a fait, il y a quelques années, le tour de la presse médicale (1). Poursuivant ensuite son étude, M. Picard étudie les ulcérations, les maladies diathésiques, les cavernes et les fistules de la prostate, les calculs de cet organe; il cite les rares cas de kystes hydatiques qu'on y a observés, et il arrive enfin à l'étude de l'augmentation de volume de la prostate, qu'on désigne généralement et avec raison, je pense, sous le nom d'hypertrophie prostatique. Cette affection, que l'on observe si fréquemment chez le vieillard, est bien étudiée, surtout au point de vue de l'anatomie pathologique. M. Picard y a intercalé un article sur les polypes de

(1) Voir : *Progrès médical*, 1875, p. 91.

© BIU Santé

l'urèthre, qui sont une affection de la muqueuse uréthrale et non de la prostate. On ne comprend pas bien pourquoi l'auteur les a englobés dans les affections de cette glande. La variété d'hypertrophie prostatique connue sous le nom de valvule musculaire (Mercier), barrière au col de la vessie (Civiale) est décrite avec soin d'après les travaux de Mercier. En somme, on trouvera dans le *Traité des maladies de la prostate*, une foule de documents intéressants, qui ont le mérite d'être rassemblés dans le même volume et sont, en conséquence, faciles à consulter. M. Picard a rapporté un certain nombre d'observations de maladies, qui se rencontrent rarement dans la prostate (blessures, contusions, atrophie, etc) ; il en résulte que son livre est plus utile à consulter pour ces cas exceptionnels, épars dans la littérature médicale, que pour les maladies communes, comme l'hypertrophie prostatique. bien étudiée déjà par divers auteurs. L'ouvrage se termine par une bibliographie assez complète.

— Le traité des maladies de l'urèthre construit sur le même plan que celui dont nous venons de parler offre à peu près les mêmes qualités et les mêmes défauts, chaque chapitre est un bon exposé théorique et pratique de la maladie dont il traite, mais on regrette un peu de ne voir jamais l'auteur prendre parti pour telle ou telle opinion, et de le voir parfois signaler à peine les indications et les contre-indications d'une opération importante comme l'uréthrotomie externe, par exemple. Parmi les sujets bien traités, je signalerai les vices de conformation de l'urèthre et les opérations imaginées pour y remédier. Tout cela est écrit avec clarté et des figures bien faites viennent encore faciliter l'intelligence du texte. Puisque j'ai parlé des figures. j'ajouterai qu'il y en a un grand nombre et que M. Picard a reproduit en particulier l'image de la plupart des instruments employés ou proposés dans les maladies des voies urinaires et cité l'opinion des divers auteurs de ces instruments avec une impartialité dont on doit lui faire compliment.

Je n'insisterai pas sur le chapitre des rétrécissements qui est très-complet ; qu'on me permette de m'arrêter un instant sur le spasme de l'urèthre.

Le spasme de l'urèthre est un symptôme qui est loin d'être très-bien connu et en cela il se rapproche de la plupart des troubles fonctionnels passagers dont l'explication est très-difficile parce que l'anatomie pathologique ne nous fournit pas une base suffisante pour l'appuyer. Nous observons pourtant bien souvent ce symptôme dû, semble-t-il, à une action réflexe ayant son point de départ dans la muqueuse uréthrale.

M. Picard étudie successivement le spasme lié aux rétrécissements ; c'est le plus commun ; il traite ensuite du spasme essentiel, qui est beaucoup plus rare, en s'inspirant surtout des écrits de Dolbeau.

Les derniers chapitres sont consacrés aux fistules aux polypes et aux tubercules de l'urèthre. A propos des fistules, je profiterai de ce compte-rendu pour appeler l'attention sur un moyen proposé tout récemment par M. Maréchal; médecin de la marine à Brest (voy. *Bulletins Soc. Chir.*, 1877).

Ce procédé que M. Picard ne pouvait connaitre au moment où il a terminé son livre consiste à appliquer la compression digitale pour obtenir la guérison des fistules urinaires. Au moment de chaque miction, le malade doit appliquer les doigts sur le trajet fistuleux de manière à en rapprocher les parois et à empêcher l'urine d'y pénétrer. En général, la pression doit être exercée de bas en haut et d'arrière en avant ; mais le chirurgien indiquera au malade, suivant les cas, le sens exact dans lequel il devra exercer cette compression, en se fondant sur la direction du trajet fistuleux.

Il y a quelques affections de l'urèthre que M. Picard a omis de signaler et qui auraient mérité une mention ne fût-ce qu'en passant ; je veux parler du chancre syphilitique du canal de l'urèthre et du chancre simple qui, comme on le sait, peut déterminer soit des rétrécissements cicatriciels, soit des fistules quand il prend la marche dite térébrante.

Pour conclure, nous dirons que le *Traité des maladies de l'urèthre* de M. Picard, malgré les quelques défauts que nous avons relevés pourra rendre des services, et c'est avec plaisir que nous verrons paraitre le traité des maladies de la vessie annoncé par le même auteur.

III. La spermatorrhée, bien connue dans ses symptômes l'est beaucoup moins bien dans sa pathogénie ; ce n'est pas que les données nous manquent, mais c'est qu'elles sont peu précises. M. Pouillet, qui est très-versé comme on le sait dans les questions relatives à l'exercice des organes génitaux, nous donne aujourd'hui une étude analytique fort intéressante de la spermatorrhée. On pourrait cependant reprocher à ce travail d'être un peu écrit pour les gens du monde ; mais le livre est amusant à lire et, en conséquence, le critique n'a pas le droit d'être trop dur. Les limites de ce compte rendu m'empêchent de suivre M. Pouillet dans une excursion historique destinée à reconnaitre si tels hommes célèbres ont été ou non spermatorrhéiques ; si Jean-Jacques était atteint de spermatorrhée ou de contracture vésicale ; si Pascal et Newton n'avaient pas eu de pertes séminales par suite de leur continence bien connue ; si on n'a pas eu tort de considérer comme une spermatorrhée une certaine chaudepisse de Louis XIV. Je me bornerai seulement à extraire l'idée-mère du livre, idée qui me parait se dégager assez nettement de très-nombreux petits articles qui composent cette étude très-analytique. Eh bien, cette idée la voici, ce me semble : on ne devient guère spermatorrhéique que parce qu'on s'est trop masturbé ou parce qu'on a été trop continent. Il en résulte que M. Pouillet retourne à la masturbation sur laquelle il s'étend assez longuement, et voilà comment il arrive à dire entre autres choses (p. 61) que les mécaniciens de locomotives sont très-exposés aux excitations, par suite aux excès sexuels et par suite à la spermatorrhée à cause de la trépidation de la machine et de la situation du robinet réchauffeur au niveau des organes génitaux.

M. Pouillet fait encore entrer en ligne de compte une foule de causes plus ou moins banales, uréthrites, hémorrhoïdes, oxyures, ténia, etc., mais il ne pose pas nettement la question des rapports de la spermatorrhée avec le système nerveux. C'est là sans doute un point difficile, mais il n'y aurait que plus de mérite à l'aborder. Je crois que M. Pouillet n'attache pas assez d'importance à une névropathie primitive, le plus souvent héréditaire, et dont les principaux symptômes se font ressentir chez certains sujets vers l'appareil génital, de même que tel autre névropathique aura des gastralgies ou des douleurs abdominales, etc. Il y aurait donc lieu je pense de diviser la spermatorrhée en deux grandes classes : 1° Une spermatorrhée acquise soit par excès génitaux, soit par excès de continence (j'ai lieu de croire que les pertes séminales sont fréquentes chez les religieux), soit enfin par suite d'une affection des voies urinaires (uréthrite, etc.) ; 2° une spermatorrhée liée à un état névropathique primitif. On voit des spermatorrhéiques qui n'avaient point fait d'excès bien considérables de masturbation, qui n'ont jamais pu avoir de rapports sexuels, soit faute d'érection, soit parce que l'éjaculation est chez eux trop hâtive, et qui n'en sont pas moins de parfaits spermatorrhéiques. Ceux-là sont sans doute les plus rares, mais c'est eux qu'il faudrait surtout étudier parce que c'est chez eux que le pronostic est le plus grave et le traitement le plus difficile.

Bien que ce côté difficile de la question des pertes séminales n'ait pas été abordé par M. Pouillet, son livre sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'occupent des maladies des voies urinaires.

IV. M. le Dr Hecquet, médecin de l'hôpital d'Abbeville dit avoir eu des succès remarquables dans la spermatorrhée par l'emploi du sesqui-bromure de fer. Il cite plusieurs observations qui paraissent assez concluantes. Administrer le brome et le fer chimiquement réunis constitue une méthode thérapeutique plus élégante si l'on peut ainsi parler, que de donner séparément un bromure alcalin et un ferrugineux quelconque, de plus on a l'avantage de ne pas charger de drogues diverses l'estomac de son malade.

Pour qu'on puisse vérifier les assertions de M. Hecquet, je crois devoir reproduire sa formule : on fait faire des pilules contenant chacune cinq centigrammes de sesqui-bromure de fer, associé à la thridace ou à tel extrait qu'on jugera convenable et on en donne de quatre à huit par jour : on fait continuer la cure pendant deux ou trois mois avec de légers intervalles de repos, cela sans préjudice bien entendu des

© BIU Santé

autres moyens thérapeutiques que l'on jugerait nécessaires.

V. La maladie calculeuse est très-fréquente au centre et à l'orient de la Russie, nous dit M. Beketow; si j'ajoute qu'en l'espace d'une année ce professeur a fait vingt tailles, et qu'en trente ans il a trouvé une somme de 275 calculeux opérés ou vus dans les cliniques, pour le seul gouvernement de Kazan, on conviendra de la justesse de son assertion; néanmoins on ne peut se faire une idée exacte de la fréquence relative, parce que M. Beketow a négligé de nous indiquer la population du gouvernement de Kazan; c'est là un point essentiel à la statistique.

Tous les calculs observés par M. Beketow avaient un noyau d'acide urique. Beaucoup contenaient des couches d'oxalate de chaux et avaient la forme dite murale. Il attribue la fréquence de l'élément oxalique à l'usage du *Kvass*, boisson acidule, très-répandue en Russie, et à la nourriture végétale que prennent les paysans russes.

M. Beketow ne fait guère que la taille, parce qu'il a affaire le plus souvent à de jeunes sujets. Il a choisi la taille latéralisée; il recommande de ne jamais faire de grandes incisions, d'employer des tenettes aussi petites que possible. Quand le calcul est volumineux, il conseille de le briser avant de l'extraire plutôt que de contondre les parois du trajet ou de faire une plaie trop grande; chez les adultes, il brise volontiers le calcul dans une séance de lithotritie le jour où il va faire la taille. La statistique est très-belle : il n'a perdu que douze sujets sur 275 opérations. La brochure de M. Beketow est ornée d'une planche en chromolithographie représentant des calculs.

(*A suivre.*) Dr A. MALHERBE.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Un nouveau révulsif; par M. le Docteur Ed. COUTURIER.

Parmi les médicaments usuels, il en est peu qui rendent autant de services que les révulsifs. Les sinapismes sont d'un emploi journalier, et les vésicatoires volants, quoique réservés à des cas plus graves, ont des indications tout aussi nombreuses. Mais il est bien des circonstances où l'action fugace du sinapisme ne suffit pas et où l'on recule devant l'emploi du vésicatoire. On n'a alors d'autres ressources que les frictions avec le tartre stibié ou l'huile de croton, et les applications de thapsia. Mais ces moyens présentent des inconvénients tellement sérieux qu'on hésite bien souvent à les conseiller.

Le tartre stibié produit une éruption qui guérit lentement et laisse des traces indélébiles; aussi y a-t-on généralement renoncé aujourd'hui. L'huile de croton et le thapsia occasionnent des démangeaisons intolérables, durant très-longtemps, et auxquelles il est impossible de se soustraire. Ils donnent lieu en outre, fort souvent, à un gonflement douloureux et à une éruption générale, et leur action est lente à se produire. Si l'on y a recours encore, c'est donc faute de mieux. Je n'ai rien dit de la poix de Bourgogne, parce que ses effets sont à peu près nuls.

Ce qu'il faudrait pour remplir le but, c'est un agent dont l'action fût à la fois rapide et prolongée, et qui provoquât une vive révulsion sans occasionner de douleurs ni de démangeaisons. Cet agent existe-t-il? Il n'existait pas hier, ou du moins ses propriétés étaient à peine soupçonnées, et il n'était pas employé; mais il le sera certainement dans l'avenir. Cet agent c'est le *piment*, ou plutôt l'extrait de piment que vient de faire connaître M. Lardy. Il réunit, en effet, au plus haut degré les diverses conditions que nous venons d'énumérer. Il agit avec une grande rapidité, dix à trente minutes, selon le point d'application et la délicatesse de la peau. Son action se manifeste, dès le début, par de la chaleur, une cuisson légère et de la rougeur. Ces phénomènes vont en augmentant pendant trois heures, environ puis ils restent stationnaires, et l'action révulsive se continue ainsi autant qu'on le désire. Cependant après vingt à vingt-quatre heures, chez les grandes personnes, huit à dix heures, chez les enfants, il vaut mieux enlever l'emplâtre, sauf à en mettre un autre à côté, si l'on veut continuer la révulsion.

La chaleur et la cuisson développées par l'extrait de piment ne sont nullement douloureuses et n'empêchent point de vaquer à ses occupations. Il ne se produit pas la moindre démangeaison et l'action reste toujours localisée. On ne peut mieux la comparer qu'à celle d'un sinapisme qui, arrivé à la moitié de sa puissance, se maintiendrait ainsi vingt-quatre heures.

On voit, par ce rapide exposé, tout le parti qu'on peut tirer du nouveau révulsif, dans les cas où une dérivation rapide et prolongée est nécessaire; les inflammations aiguës ou chroniques des bronches et de la gorge, les congestions de divers organes, les douleurs rhumatoïdes ou névralgiques, etc.

L'extrait de piment a une belle couleur rouge, identique à celle du fruit desséché. Convenablement incorporé à une masse emplastique, et étendu sur des carrés de papier, à la façon des sinapismes en feuilles, son application est des plus faciles. Il ne faut pas le chauffer, car il adhère suffisamment à la peau; mais il est bon, sur les parties sujettes à mouvements, de le fixer avec un bandage tout comme un vésicatoire. On augmente, d'ailleurs, ou l'on modère son action, selon la pression qu'on exerce, ce qui est une qualité de plus. Et quand on l'enlève, si on veut faire cesser immédiatement la chaleur et la cuisson, il suffit d'appliquer un peu d'amidon.

La seule précaution que je doive recommander, c'est d'éviter de porter aux yeux, aux lèvres, aux narines, les doigts qui auraient touché l'extrait de piment, car on éprouverait de suite une vive cuisson. Avec l'huile de croton ou le thapsia, c'est d'ailleurs bien autre chose, car, en cas pareil, on n'échappe pas à l'éruption et aux démangeaisons qui l'accompagnent; souvent même, il survient un érysipèle artificiel, et cela d'autant mieux que l'*avertissement* étant tardif, on est exposé à porter plusieurs fois les doigts au visage avant de se douter du danger.

J'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion d'appliquer l'extrait de piment, je l'ai employé sur moi, et j'ai été frappé des avantages qu'on peut en retirer. C'est ce qui m'a suggéré cet article, persuadé que tous ceux qui feront usage de ce nouveau révulsif en seront aussi satisfaits que je l'ai été moi-même.

VARIA

Des bibliothèques médicales des hôpitaux de Paris;
Par BOURNEVILLE (1).

I.

Messieurs,

En 1858, l'un des médecins qui se sont le plus préoccupés de l'organisation de l'enseignement de la médecine dans notre pays et qui, par conséquent, ont fait les plus louables efforts pour assurer à la société des médecins instruits, signalait, parmi les réformes à introduire dans les hôpitaux de Paris, la création de bibliothèques destinées à l'instruction des étudiants qui fréquentent les hôpitaux. « Constituées, disait-il, par un ou deux grands dictionnaires, ces bibliothèques s'augmenteraient annuellement sans dépenses notables, par l'achat d'éditions à bon marché, les générosités de bienfaiteurs, amis du progrès, les dons des auteurs contemporains et l'envoi gratuit de toutes les feuilles médicales (2). »

L'Administration de l'Assistance publique ne saisit pas alors l'utilité pratique d'une idée aussi juste et ne fit rien pour la réaliser elle-même. Une idée bonne ne meurt pas. Celle-ci fut reprise quelques années plus tard par un journal de médecine. Faisant appel, non plus à l'activité et à la spontanéité de l'Administration, mais à l'initiative des internes des hôpitaux, l'auteur de l'article mettait en relief les bienfaits de ces créations, surtout dans les établissements hospitaliers éloignés de la Faculté de médecine. S'appuyant sur ce fait que les directeurs des journaux spéciaux envoient gratuitement les feuilles qu'ils dirigent aux salles de garde des hôpitaux, il invitait les internes à commencer leurs Bibliothèques en collectionnant ces journaux.

De plus, profitant d'une excellente coutume, qui existe dans l'internat en médecine et qui consiste en ce que tout interne,

(1) Rapport fait au Conseil municipal de Paris en 1877.

(2) Delasiauve. — *De l'Enseignement clinique dans les hôpitaux*. M. Delasiauve avait déjà émis cette idée dans son livre intitulé : *De l'organisation médicale en France* (1843) et dans une brochure ayant pour titre : *Du projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la Médecine*, 1847.

© BIU Santé

devenu docteur, donne sa thèse inaugurale à ses collègues, il conseillait aux internes de demander aux jeunes docteurs un exemplaire supplémentaire pour leur Bibliothèque. Enfin, l'auteur ajoutait que, selon lui, la Bibliothèque s'enrichirait naturellement des dons que ne manqueraient pas de faire les médecins et les chirurgiens de l'hôpital (1).

Vers la même époque fut commencée la Bibliothèque des internes en médecine de Bicêtre (2) et, l'année suivante, celle de la Salpêtrière (3). En même temps, un essai était tenté à l'hôpital Saint-Louis. La publicité donnée à ces fondations toute limitée qu'elle était, ne fut pas stérile. Dans le cours de l'année 1867, la Bibliothèque de Bicêtre s'enrichit d'une centaine de volumes donnés par la veuve d'un médecin de Versailles, Mme Caron.

En 1868, la Bibliothèque de la Salpêtrière prit un accroissement rapide. Les thèses, les mémoires, les recueils périodiques furent mis en ordre, complétés et reliés, et des dons nombreux furent faits par les médecins de l'établissement, par des Sociétés savantes et par quelques éditeurs (4). En se séparant, à la fin de l'année, tous les internes qui prenaient des services dans d'autres hôpitaux (5) s'engagèrent à faire tous leurs efforts pour propager l'institution. Cette promesse a été tenue. 1869 vit se fonder des Bibliothèques à l'hôpital Cochin (6), à l'hôpital de la Pitié (7), à l'hôpital Saint-Antoine (8), enfin à l'hôpital Saint-Louis (9). La même année, M. Passant installait la Bibliothèque de la Charité (10). Imitant les internes de la Salpêtrière qui, en se répandant dans divers hôpitaux, avaient contribué à la création de quatre nouvelles Bibliothèques, deux internes de Saint-Louis commencèrent, en 1870, des Bibliothèques à l'hôpital Baujon (11) et à l'hôpital Lariboisière (12).

Malgré les événements de 1870-1871, les Bibliothèques médicales s'améliorèrent, en particulier celle de la Pitié, où le hasard avait réuni un certain nombre d'internes ou d'anciens internes qui avaient déjà pris une large part à ces créations. De son côté, la Bibliothèque de Bicêtre s'augmenta d'un legs important que lui fit M. le docteur Burlaud, mort durant les campagnes de l'armée de la Loire.

En 1872 et en 1873, des Bibliothèques sont commencées à l'hôpital des Enfants malades, à l'Hôtel-Dieu, à l'Hospice des Ménages (Issy) (13) ; en 1874, M. le docteur Passant envoyait 400 volumes à la Bibliothèque de la Salpêtrière.

L'exemple donné par les internes des hôpitaux de Paris ne pouvait manquer de porter des fruits. En 1873, les internes de l'hôpital civil d'Alger; en 1876, ceux de l'Hôtel-Dieu de Lyon, en 1877, les internes de l'Hôtel-Dieu de Reims, fondent des Bibliothèques médicales (14).

Enfin, l'an dernier, accompagnant M. le Président de la République dans sa visite à l'hôpital Lariboisière, M. le Préfet s'enquit de la situation de la Bibliothèque, et promit de demander pour elle une allocation, que vous avez votée le 26 février 1876, sur le rapport de notre collègue, M. François Combes.

II. — État actuel des Bibliothèques.

Quatorze établissements hospitaliers de Paris possèdent aujourd'hui des Bibliothèques médicales. Toutes, sauf celle de la Charité, sont entretenues par des cotisations mensuelles, payées par les internes en médecine et par des dons. Nous allons résumer dans le tableau suivant, les principaux renseignements que nous avons pu rassembler sur leur situation.

BIBLIOTHÈQUES	NOMBRE approximatif des volumes			RESSOURCES FINANCIÈRES		
	Reliés	à relier	Totaux	Cotisations	Nombre des Internes	Total
				fr. c.		fr. c.
Beaujon (1)	180	90	270	2 »	9	216 »
Bicêtre	1,750	50	1,800	1 »	11	132 »
Charité	»	»	1,200	» »	»	» »
Cochin	»	250	250	2 »	5	120 »
Enfants-Malades	100	30	130	1 »	7	84 »
Hôtel-Dieu	340	250	590	1 50	14	210 »
Incurables	60	»	60	» »	1	» »
Lariboisière	850	40	890	1 »	13	156 »
Ménages	400	30	450	2 »	2	48 »
Pitié	400	100	500	1 »	11	132 »
Saint-Antoine	150	50	200	2 »	12	288 »
Sainte-Eugénie	»	»	100	» »	5	» »
Saint-Louis	720	60	780	1 50	12	216 »
					Don des Médecins	320 » (535)
Salpêtrière	800	85	885	2 »	6	144 »
					Don des Médecins	72 » (216)

L'énumération qui précède vous donne une idée, Messieurs, des résultats obtenus, résultats d'autant plus satisfaisants que nos mœurs s'y prêtent peu et que notre législation, loin de favoriser l'initiative individuelle, la paralyse sans cesse, décourage trop souvent les esprits les plus généreux, les volontés les plus énergiques, par les entraves qu'elle apporte au droit d'association. Les statuts des Bibliothèques médicales sont là pour en témoigner (2).

Ces Bibliothèques représentent à l'heure actuelle un capital important. Quelques-unes sont convenablement installées dans des salles particulières ; nous citerons, entre autres, les Bibliothèques de Lariboisière, de la Salpêtrière, de Saint-Louis, des Ménages et celle de Beaujon, qui vient d'être réorganisée. Mais la plupart des autres, et surtout celle de Bicêtre, sont dans des locaux tout à fait défectueux. Lors de la visite qu'elle fit dans cet hospice, en novembre 1876, la 3e Commission du Conseil général fut péniblement impressionnée de voir accumulée une collection de livres aussi considérable dans un local absolument incommode. 1,200 volumes au moins, dont un millier reliés, sont placés dans deux vitrines appliquées contre les murs d'un couloir large de 1 m. 50 c. et long de 3 m. 30 c. Le passage restant libre entre les armoires est réduit à 0 m. 90 c., juste la largeur de l'entrée, de sorte que les portes des armoires s'entre-croisent lorsqu'on les ouvre. L'insuffisance de ce local a forcé de placer le legs Burlaud, qui se composait de 752 volumes, dans un autre bâtiment, éloigné de celui qu'occupent les logements des internes. L'Administration de l'Assistance publique pourrait, sans peine, trouver un autre local, et nous ne saurions trop l'inviter à contribuer, elle aussi, au développement des Bibliothèques en leur affectant, dans chaque hôpital, un emplacement convenable. N'en retirerait-elle pas, d'ailleurs, honneur et profit ? non-seulement elle s'honorerait en s'associant à une œuvre féconde qui frapperait les visiteurs, mais manifestant ainsi ses bons sentiments pour les internes, elle les fixerait

(1) Bourneville. — *Une réforme dans les salles de garde des hôpitaux.* (*Mouvement médical*, 1865, nos 1 et 2).

(2) *Mouvement médical*, 1868, p. 515 et 1869, p. 9. — Les propriétaires responsables étaient MM. Bozonet, (remplacé plus tard par notre ami Hallez) Farabeuf et H. Liouville.

(3) *Ibid.* 1868, p. 515 et 528. — Les propriétaires responsables étaient MM. Bouchard, Bourneville et Carville.

(4) Société anatomique, Société médicale des hôpitaux ; Adrien Delahaye, G. Masson et Germer Baillière, éditeurs.

(5) Bassereau, Bourneville, Cornillon, Liouville, Peltier, Villard.

(6) Bassereau. — (7) Liouville.

(8) Cornillon, Peltier, Villard.

(9) Bourneville, Carville, Lenglet, Sevestre, etc.

(10) La lettre de M. Husson, autorisant l'ouverture de la Bibliothèque, est du 9 avril 1869.

(11) Lenglet. — (12) Sevestre.

(13) Fondée par le Dr Ch. Bernard.

(14) *Lyon médical*, 1876, page 578.

(1) Un externe de l'hôpital, M. Montgey de Siévreville, a légué en mourant une cinquantaine de volumes à la bibliothèque.

(2) Voir le *Progrès médical* de 1877, p. 397

© BIU Santé

aux hôpitaux, où, pour les cas pressants et difficultueux, ils seraient sans cesse à la disposition des malades et des blessés. (*A suivre*).

Peste et choléra.

Une information particulière du Levant venait de nous faire connaître certains faits qui donnent un aspect plus sérieux à l'existence de la peste dans le nord-ouest de la Perse, lorsqu'un télégramme d'Alexandrie nous apporta la nouvelle de l'apparition du choléra à Jedda, le port de mer de la Mecque et dans la cité sacrée de l'Islamisme elle-même. Si ces informations sont exactes, l'Europe est donc menacée du double danger de la peste et du choléra. Et, par suite de la guerre turco-russe, il est à craindre que des mesures internationales puissent être sérieusement prises.

D'après *The British med. Journal* (12 janv.) auquel nous empruntons ces renseignements, la peste, l'an dernier, aurait été beaucoup plus grave à Resht et dans le district voisin, qu'elle ne l'avait été dans toutes les invasions depuis 1873. Les rapports du gouvernement persan, sur ce point, paraîtraient avoir déguisé la véritable situation. Eu égard à la réapparition de la peste à Resht, il n'est pas sans intérêt de savoir que, l'année passée, la peste s'est montrée dans la province de Kumaon, au nord de l'Inde.

De la liquéfaction de l'hydrogène.

Hier au soir, M. Raoul Pictet a procédé, dans les ateliers de la société, pour la construction des instruments de physique à Plainpalais, à la liquéfaction du gaz hydrogène.

L'expérience, faite en présence d'un certain nombre de personnes, a parfaitement réussi. Le procédé employé consiste à décomposer le formiate de potasse par la potasse caustique, réaction qui donne l'hydrogène absolument pur, ainsi que l'a prouvé M. Berthelot, à Paris. La pression a commencé à s'élever à 2 heures et demie, progressivement et sans secousse, elle a atteint, à 9 heures 7 minutes, le chiffre de 650 atmosphères, où elle devint quelques instants stationnaire; à ce moment, le robinet de fermeture fut ouvert et un jet bleu-acier s'échappa de l'orifice, en produisant un bruit strident, comparable à celui d'une barre de fer rouge plongée dans l'eau.

Le jet devint tout à coup intermittent, et l'on put constater comme une grêle de corpuscules solides projetés avec violence sur le sol, où leur chute produisait un véritable crépitement. Le robinet fut fermé et la pression, qui était alors de 370 atmosphères, descendit peu à peu à 320 où elle se maintint pendant quelques minutes. Puis elle remonta jusqu'à 325. A ce moment, le robinet, ouvert une seconde fois, ne laissa échapper qu'un jet tellement intermittent qu'il fut évident qu'une cristallisation avait eu lieu dans l'intérieur du tube. La preuve put être fournie par la sortie de l'hydrogène, à l'état liquide, lorsque la température commença à se relever par l'arrêt des pompes.

Ainsi a été expérimentalement démontrée la liquéfaction et surtout la solidification de ce gaz que toutes les probabilités faisaient déjà considérer comme rentrant, par ses propriétés, dans la catégorie des métaux.

(*Journal de Genève.*)

Enseignement médical libre.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra ses leçons cliniques à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 27 janvier, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. Les leçons porteront plus particulièrement, cette année, sur l'étude de l'idiotie, des dégénérescences intellectuelles et des diverses formes de démence.

Technique microscopique. — M. Latteux, chef du laboratoire d'histologie des cliniques, commencera un nouveau cours le jeudi 24 janvier, à 4 heures, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter eux-mêmes les analyses qu'exige journellement la pratique médicale. On s'inscrit, chez le dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de midi à une heure.

5. Préparations aphrodisiaques.

Tablettes de Ginseng.

Sucre en poudre	2,500 grammes.
Vanille en poudre	618 —
Ginseng en poudre	80 —

Mêlez et ajoutez :

Teinture de cantharides	10 —
Huile essentielle de cannelle	25 gouttes.
Teinture d'ambre concentrée	10 —

Mêlez de nouveau et avec : Mucilage de gomme adragant, quantité suffisante ; faites des tablettes de 1 gramme, cinq ou six par jour, dans l'anaphroditie.

Tablettes mongoles.

Sucre en poudre		100 grammes.
Gomme arabique en poudre		30 —
Extrait d'opium		5 —
Girofle en poudre Macis en poudre Muscade en poudre	aa	60 —
Musc en poudre		25 centigrammes.

Mêlez, ajoutez : Eau distillée, quantité suffisante. — Faites des tablettes de 3 décigrammes. Deux ou trois en se couchant pour exciter les forces et faciliter la digestion.

Pastilles du sérail.

Vanille	8 grammes.
Musc	4 décigrammes.
Cannelle	4 grammes.
Safran	12 —
Ambre gris	4 —
Girofle	4 —
Cubèbe	30 —
Gingembre	12 —
Macis	23 —
Mucilage à l'eau de roses	q. s.

F. s. a. des pastilles de 15 centigrammes qu'on peut dragéfier. (Dorvault.)

Diablotins.

Mastic en larmes	12 grammes.
Poudre de safran oriental	8 —
Poudre de musc	4 —
Poudre de gingembre	2 —
Poudre d'ambre gris	2 décigrammes.
Poudre de girofle	4 grammes.
Sucre en poudre	300 —

Faites des tablettes selon l'art (Virey). Toutes ces formules sont bien rarement employées. (*Dictionnaire de médecine et de thérapeutique*, p. 103).

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 17 janvier 1878, on a déclaré 1,009 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 11, rougeole, 21; scarlatine, 3; variole » ; croup, 20; angine couenneuse, 34 ; bronchite, 65 ; pneumonie, 98 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 1 ; affections puerpérales, 6; érysipèle, 7; autres affections aiguës, 247 ; affections chroniques, 436 dont 154 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 38; causes accidentelles, 20. — Les 1,009 décès ci-dessus donnent une proportion de 26.4 par 1,000 habitants et pour l'année.

Faculté de médedine de Paris.— M. Daremberg, préparateur au laboratoire de la Charité, est autorisé à se faire suppléer, du 15 novembre 1877 au 15 mai 1878, par M. Robin, ancien interne des hôpitaux de Paris. — M. Dareste de Chavanne, docteur ès-sciences et docteur en médecine, professeur à la Faculté des sciences de Lille, est autorisé à faire un cours d'embryogénie à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1877-78.

Faculté de médecine de Lille. — M. Emmanuel, né le 23 décembre 1839, à Mance (Moselle), est nommé aide-préparateur de physique.

Faculté de médecine de Lyon.—M. Delore, chargé des fonctions d'agrégé, est nommé professeur adjoint d'accouchements et de clinique obstétricale.— M. Ducamp (Casimir-Adolphe-Victor), est institué, pour une période de quatre ans, prosecteur. — M. Blaise est nommé aide-bibliothécaire de la Faculté pour l'année scolaire 1877-78.

Faculté de médecine de Montpellier.—M. Ville (Jules), né à Perpignan, le 22 mars 1849, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Béchamp, démissionnaire. — M. Lemoigne (Louis-François-Emile-André), est institué aide d'anatomie.

Faculté de médecine de Nancy.—M. Fietta (Marie-Dieudonné-Pierre-Paul), né à Strasbourg, le 19 octobre 1839, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Villemain, démissionnaire. — M. Lambling (Eugène-Frédéric), est nommé aide-préparateur de chimie biologique, en remplacement de M. Garnier, appelé à d'autres fonctions.

Faculté des sciences de Paris.—M. Vialanes (Henri) est nommé préparateur des cours d'anatomie et physiologie des animaux, en remplacement de M. George, démissionnaire.

Faculté des sciences de Besançon.—M. Moquin-Tandon, docteur ès-sciences naturelles, est nommé professeur de zoologie et de botanique.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Sicard (Henri-Joseph-Auguste), docteur ès-sciences naturelles, est nommé professeur de zoologie.

Muséum. M. Gervais (Henri), docteur en médecine, préparateur de la chaire d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, est nommé aide-naturaliste près la même chaire, en remplacement de M. Bastien, démissionnaire.

Ecole de médecine d'Arras. — M. Lobert (Emile-Pierre), pharmacien de 1re classe, est institué suppléant des chaires de chimie, de pharmacie, de matière médicale et d'histoire naturelle, pour une période de 9 années.

Ecole de médecine d'Amiens. — Par arrêté ministériel en date du 8 janvier, des concours s'ouvriront : 1° Le 15 juillet 1878 pour un emploi de suppléant des chaires de clinique chirurgicale, de pathologie externe et d'accouchements ; — 2° Le 5 août 1878, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie ; — 3° Le 2 septembre 1878, pour un emploi de chef des travaux anatomiques. — Le registre d'inscription de ces divers concours sera clos un mois avant l'ouverture des épreuves.

© BIU Santé

Administration générale de l'assistance publique, a Paris. — *Concours pour la nomination à deux places d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer.* — Le 16 février 1878, à une heure précise, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3, un concours pour la nomination, à deux places d'interne, à l'hôpital de Berck-sur-Mer. Le registre d'inscription restera ouvert de 11 heures à 3 heures, depuis le 15 janvier 1878 jusqu'au 2 février inclusivement. Seront admis à prendre part à ce concours, les élèves externes des hôpitaux de Paris, les élèves en médecine de 3e année, au moins, qui auront fait six mois de stage régulier dans un des services de médecine ou de chirurgie des hôpitaux de Paris. L'indemnité annuelle attachée aux fonctions d'interne de l'hôpital de Berck-sur-Mer est fixée à 1,200 fr., indépendamment des avantages en nature, du logement, de la nourriture, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

Nomination. — M. Reynal, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort, a été nommé membre du Conseil général d'hygiène et de salubrité du département de la Seine. (Séance du 28 décembre 1877).

— Nous avons reçu les deux premiers numéros de la *Revue internationale des sciences*, paraissant tous les jeudis, sous la direction de M. J.-L. de Lanessan. Cette Revue, qui s'annonce sous les meilleurs auspices, paraît à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon. Un an : Paris, 20 fr.; départements, 25 fr. Le n° 50 centimes.

Nouveaux journaux. — Nous apprenons qu'un groupe d'étudiants doit faire paraître vers le milieu de janvier un journal de renseignements scolaires sous le titre de l'*Echo médical* de Paris ; ce journal qui sera autographié aura pour gérant M. Gil, interne des hôpitaux. Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — *Chirurgie.* Service de M. Cusco. Salle Saint-Côme : 2, angioleucite du membre supérieur gauche ; 3, phlegmon sous-aponévrotique suppuré de la fesse ; 6, spina-ventosa ; 11, synovite fongueuse professionnelle des péroniers latéraux ; 12, cataracte congénitale? 16, ectropion guéri par le thermo-cautère ; 22, emphysème généralisé ; 24, lymphangite du membre inférieur droit. — Salle Sainte-Agnès : De 17 à 20, abcès du sein de différentes variétés.

Service de M. Richet. — Salle Saint-Landry : 6, sarcome de la prostate; 7, rétrécissement cicatriciel de l'œsophage; 9, fracture de l'olécrâne ; 12, pied creux, valgus douloureux ; 18, lésion cérébrale traumatique ayant amené une contracture des muscles fléchisseurs de la main et du pied ; 14, tumeur fibro-cartilagineuse à la cloison du nez. — Salle Saint-Agnès : 1, brûlure au 3e degré ; 2, évolution difficile de la dent de sagesse ; 3, ostéite du fémur consécutive à une amputation de la cuisse ; 5, périostite des os du tarse ; irido-choroïdite chronique ; 7, entorse, déchirure de la gaîne des péroniers ; 8, coxalgie ; 10, rétroflexion utérine ; 11, sacro-coxalgie ; 14, arthrite aiguë ; 17, abcès multiples du sein ; de 17 à 20, abcès du sein de différentes variétés, hernie ombilicale chez un nouveau-né.

Service de M. Fremy. — Salle Saint-Denis : 1, hémiplégie syphilitique ; 4, 24, atrophie musculaire progressive ; 18, phthisie rapide ; 10, 11, 12, 13, 14. tub.; 23, épilepsie partielle ; 22, périarthrite ; 21, paralysie radiale. — Salle Saint-Martin : 1, vomissements incoercibles ; 2, 7, 16, 17, 18, tub.(créosote) ; 11, 22, pelvi-péritonite ; 20, 22, rhumatisme chronique ; 21, langue noire ; 8, rhumatisme musculaire ; 13, diabète. — Consultation le lundi, spéculum le jeudi.

Service de M. Hérard. — Salle Saint-Louis : 6, insuffisance aortique et rétrécissement mitral ; 20, dilatation de l'aorte et du tronc brachio-céphalique.—Salle Sainte-Marie: 16, kyste hydatique du foie; 21, tumeur cérébrale.

Service de M. Guéneau de Mussy. — Salle Saint-Charles : 4, paraplégie avec atrophie musculaire; 9, néphrite scarlatineuse, bruit de galop ; 23, pleurésie, pectoriloquie aphonique. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 2, phlegmon du ligament large ; 4, fièvre typhoïde ; 5, kyste de l'ovaire.

Service de M. Fauvel. Salle Sainte-Monique (F.) : albuminurie ; 3, rhumatisme articulaire subaigu, insuffisance mitrale ; 5, phlegmon du ligament large ; 11, fièvre typhoïde ; 19, rétrécissement mitral,gangrène symétrique des extrémités. — Salle Saint-Augustin (H.) : 4, pneumonie ; 10, bronchite; 19, tuberculose pulmonaire, péritonite tuberculeuse; 25, pneumonie.

Service de M. Oulmont. Salle Sainte-Anne (F.) ; 2, kyste de l'ovaire, insuffisance mitrale; 5, fièvre typhoïde ou granulie ; 5, fièvre typhoïde en convalescence, vomissements; 15, péritonite chronique; 19, manie; 21, rhumatisme blennorrhagique.

Salle St-Thomas (H.) : 2, alcoolisme, épilepsie; 5, névralgies; 8, ictère; 9, pleuro-pneumonie; 11, pleurésie en voie de résolution; 13, hystérie (hystéro-épilepsie), 18, pneumothorax.

Hôpital Lariboisière. — *Médecine* : Service de M. Siredey. Consultation le lundi. Traitement externe des maladies utérines le mercredi, Spéculum le samedi. Visite à 8 h. — Salle Ste-Geneviève : accouchements. — Salle Ste-Anne (F.) : 12, carcinome de la cloison recto-vaginale; 20, mal de Bright aigu; 25, pelvipéritonite ; 27, phlegmon péri-utérin; 30, coliques hépatiques. — Salle Ste-Marthe (Nourrices) : 1, albuminurie aiguë ; 5, méningite tuberculeuse. — Salle St-Augustin (bis) (H.) : 11 bis, paralysie ascendante aiguë ; 16, pneumonie ; 23, affection cardiaque.

Service de M. Féréol. — Consultation le vendredi. Spéculum le mardi. Visite à 8 h. 1/2. — Salle Saint-Vincent-de-Paul (H.) : 1, mal de Pott, tuberculeux; 6, paralysie générale syphilitique; 5, angiocholite; 7, pneumonie du sommet droit ; 14, insuffisance mitrale, athérome artériel ; 19, myélite transverse ; 19 bis, érysipèle de la face ; 34, néphrite interstitielle chez un saturnin. — Salle Sainte-Joséphine (F.) : 3, fièvre typhoïde ; 4, pneumonie gauche ; 6, kyste de l'ovaire ; 7, syphilis secondaire ; 8, rhumatisme chronique, hystérie ; 16, hémiplégie syphilitique ; 19, ataxie locomotrice, crises gastriques ; 24, ictère pyémique.

Service de M. Jaccoud. — Consultation le mercredi. Visite à 8 h. 3/4. — Salle Saint-Jérôme (A.) : 1 bis, kyste hydatique du foie, tuberculose ; 3, carcinome du foie ; 6, insuffisance et rétrécissement aortique et mitral ; 15 bis, rhumatisme polyarticulaire, endopéricardite ; 24, sclérose en plaques; 25, paralysie générale ; 31, monoplégie brachiale droite (gomme cérébrale). — Salle Ste-Claire (F.) : 3, stomatite ulcéro-membraneuse ; 8, emphysème pulmonaire, insuffisance mitrale ; 20, insuffisance mitrale, athérome artériel; 27, érysipèle de la face ; 32, vaginite.

Chirurgie. — Service de M. Labbé. Consultations les mardi, jeudi et samedi. Opérations le mardi. Spéculum le mercredi. Visite à 9 h. — Salle Sainte-Jeanne (F.) : 3, abcès par congestion de la région mammaire, traité par la pâte de Vienne; 7, rhumatisme blennorrhagique; 9, kyste hydatique de la paroi thoracique opéré; 13, fracture de l'extrémité supérieure du tibia; 23, squirrhe du sein opéré; 25, cystite hémorrhagique. — Salle Saint-Augustin (H.) : 1, séquestre invaginé du fémur; 9, rétrécissement de l'urèthre, uréthrotomie interne; 23, calcul vésical; 24, kyste hydatique de la cuisse opéré; 11, hydro-hématocèle.

Service de M. Panas : Consultations les lundi, mercredi, vendredi. Opérations le samedi. Consultations pour les yeux, lundi, opérations le jeudi. Visite à 9 h. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 2, fracture de cuisse compliquée, pansement Lister; 7, abcès par congestion de la colonne vertébrale, ouverture par le bistouri, pansement Lister; 9, fracture de la rotule; 20, luxation de la hanche; 26, fracture du corps de l'humérus. — Salle Saint-Honoré (H.) : 3, fracture de la jambe au tiers supérieur, hygroma de la bourse prérotulienne et hydarthrose; 12, calcul vésical extrait par la taille prérectale; 13, abcès froid de la région trochantérienne, ouvert avec le bistouri, pansement Lister; 15, fracture de l'olécrâne; 18, fistules à l'anus; 33, testicule syphilitique; 35, mal perforant.

Hôpital Necker. — Service de M. Chauffard. Salle Sainte-Eulalie (F.) : — 4, néphrite parenchymateuse; 15, érysipèle de la face ; 22, angine pseudo-membraneuse ; 24, kyste hydatique du foie ; 27, hématocèle rétro-utérine ; 30, insuffisance mitrale ; 32, aphonie hystérique ; 34, paralysie agitante. — Salle Sainte-Jean (H.) : 2, 28, péricardite chronique ; 3, myélite aiguë ; 8,31, néphrite interstitielle ; 9, paralysie générale ; 12, érysipèle de la face ; 18, tumeur cérébrale; 19, fièvre typhoïde ; 21, délire alcoolique ; 30, nodosités d'Heberden.

Service de M. Blachez. — Salle Saint-Louis (H.) : 8,17,fièvre typhoïde; 10, pneumonie du sommet ; 11, insuffisance tricuspide ; 13, insuffisance mitrale ; 27, insuffisance mitrale ; 30, ataxie. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 1, insuffisance mitrale ; 2, rhumatisme noueux ; 4, pleurésie gauche : 5, rhumatisme articulaire aigu, endocardite ; 11, rétrécissement mitral ; 28, fièvre typhoïde. — Salle Saint-Pierre (H.) : 8, chondrome de l'articulation du genou ; 9, fracture du tibia ; 13, hernie inguinale étranglée ; 20, adénite iliaque; 23, phlegmon diffus de la main et de l'avant-bras ; 29, fistules urinaires ; 45, varices abdominales ; 46, fracture de la rotule ; 51, luxations de l'extrémité externe de la clavicule ; 55, ostéo-periostite tuberculeuse du radius.

Service de M. Delpech. — Consultation lundi et vendredi. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 1, mal de Pott, paraplégie ; 4, 25, pleurésie ; 12,encéphalopathie saturnine ; 14, atrophie musculaire progressive ; 18, ictère grave ; 22, 30, pneumonie. — Salle Sainte-Anne (F.) : 1, pelvi-péritonite ; 5, cancer de l'intestin ; 14, 17, insuffisance mitrale ; 19, abcès de la fosse iliaque.

Service de M. Broca. Salle Sainte-Marie (F.) : 5, brûlures ; 8, syphilis tertiaire ; 13, carie dentaire ; 18, plaies des nerfs et des vaisseaux de l'avant-bras.

Service de M. Guyon. Cliniques et opérations mercredi et samedi. — Salle Saint-André (H.) : 1, épithélioma de la langue ; 6, cancroïde de la jambe ; 7, suppuration des cellules mastoïdiennes ; 15, tuberculose génitale et vésicale. — Salle Saint-Vincent (voies urinaires) : 1, cystite subaiguë ; 3, gravier vésical; vessie à colonnes ; 4, 6, carcinome de la prostate ; 5, taille hypogastrique, cystite ; 7, tuberculose génito-urinaire ; 15, uréthrotomie interne 19, abcès urineux ; 27, taille périnéale. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 6, cancer du sein, récidive ; 9, cystite ; 11, anus contre nature ; 13, ostéite du tibia ; 15, contusions du grand trochanter, paralysie consécutive des muscles pelvi-trochantériens ; 18, adénome du sein ; 19, adéno-phlegmon du sein.

Hôpital des Enfants malades. — Service de M. Archambault. Visite à 8 h. 1/2. Consultations le mardi à 9 h. — Salle Saint-Louis (G.) : 6, stomatite ulcéro-membraneuse; 7, convalescence de dothiénentérie ; 11, rhumatisme articulaire, affection cardiaque ; 15, rétrécissement et insuffisance aortique 17, paralysie diphthéritique ; 18, syphilis constitutionnelle ; 19, hémichorée symptomatique ; 20, hématurie ? ; 25, pleurésie droite ; 29, varicelle ; 32, broncho-pneumonie. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 1, 10, 29, 30, chorée, affection cardiaque ; 6, 15, 21, 23, chorée ; 2, angine couenneuse simple ; 4, scrofule, dégénérescence amyloïde du foie ; 11, pleuro-pneumonie gauche ; 12, coqueluche, angine couenneuse ; 18, coqueluche, stomatite

© BIU Santé

ulcéro-membraneuse ; 24, pleurésie droite ; 26, stomatite ulcéro-membraneuse.

Service de M. Bouchut. Visite à 8 h. 1/2. Consultations le lundi. Leçons le mardi. — Salle Sainte-Catherine (F.) : 12, rétraction des muscles postérieurs de la cuisse consécutive à une fièvre typhoïde ; 17, perforation du voile du palais, d'origine strumeuse ; 20, pleurésie purulente, vomique ; 23, croup ; 25, angine couenneuse ; 26, croup, tubage de la glotte ; 28, chorée ; 29, stomatite ulcéro-membraneuse ; 38, pneumonie du sommet ; 45, rougeole ; 48, coqueluche.

Service de M. Labric. Visite à 8 h. 1/2. Consultations le vendredi à 9 h. — Salle Saint-Jean (G.) : 1, rétrécissement mitral, chorée ; 6, ictère ; 8, 12, 16, 19, paralysie diphthéritique du voile du palais ; 9, 10, 14, fièvre typhoïde ; 30, pleurésie purulente ; 31, scarlatine ; 32, albuminurie ; 33, pleurésie gauche ; 34, purpura ; 38, néphrite albumineuse ; 50, broncho-pneumonie.

Service de M. J. Simon (chroniques). Consultation de maladies aiguës le samedi ; de maladies chroniques le jeudi. Leçon clinique le mercredi. — Salle Sainte-Marie : 34, arthrite vertébrale sous-occipitale ; 28, abcès de la paroi abdominale ; 31, mal de Pott, paralysie en voie d'amélioration. — Salle Sainte-Marthe : 11, rougeole ; 25, pelade ; 30, rougeole. — Salle Sainte-Elisabeth : 8, lupus ; 9, lupus ; 13, pleurésie purulente, ponctions, empyème, 16, 17, 18, 19, eczéma impétigineux, traitement par l'occlusion.

Service de M. de Saint-Germain. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les jours, excepté le jeudi. Jeudi, clinique et opérations. — Salle Saint-Côme (G.) : 1, onyxis scrofuleux ; 4, résection du genou ; 7, double fracture du fémur ; 12, 15, ostéo-périostite phlegmoneuse ; 19, fistule urinaire, périnéale, traumatique ; 18, circoncision ; 21, hydrocèle ; 25, épididymite double ; 29, abcès par congestion. — Salle Sainte-Pauline (F.) : 1, coxalgie ; 4, 5, amputation du bras ; 7, brûlures de la face ; 9, 10, coxalgies ; 15, plaie contuse de la main ; 29, fracture de cuisse.

Service de M. Molland (chroniques). Consultation le jeudi.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Martineau. Clinique du mercredi. — Salle Saint-Alexis : 5, métrite herpétique, névralgie de la vulve ; 8, métrite parenchymateuse scofuleuse, rétrocession, troubles psychiques ; 16, endo-métrite et métrite parenchymateuse, pelvi-péritonite ancienne ; 20, herpès de la vulve-vaginite, chancre de la grande lèvre droite ; 28, endométrite du col, syphilis, herpès du col ; 30, endométrite généralisée chlorotique, ulcération folliculaire du col, périostose médio-palatine et occipitale ; 43, pelvipéritonite. — Clinique du samedi. — Salle Saint-Louis : 9, syphilis, eczéma du vagin ; 22, eczéma de la vulve et du vagin ; 27, chancre de la grande lèvre gauche ; 28, pelvi-péritonite subaigue, ovarite et lymphangite ; 31, eczéma du vagin et du col ; 32, herpès de la vulve ; plaques muqueuses.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

Capsulines aromatiques
AU GOUDRON

Ont l'avantage d'offrir, sous forme et saveur agréables, les principes actifs du Goudron et du Baume de Tolu réunis.

A. DÉBONNAIRE, rue du Faubourg-Saint-Honoré, 20
Et principales pharmacies

GLACE NUTRITIVE IMODA
TONIQUE, ALIMENTAIRE.—1 FR. ET 1 FR. 50

Contient la moitié de son poids de viande crue de choix. Nouveau mode d'alimentation convenant à tous malades, convalescents et affaiblis ; saveur exquise et variée neutralisant tout goût de viande pour les plus difficiles.
IMODA, *glacier, rue Royale, 5*

MÉDICAMENTS SALICYLÉS

De SCHLUMBERGER, chimiste à Paris

Préparés par CHEVRIER, pharmacien à Paris, 21, faubourg Montmartre

Salicylate de soude, dosé à 0,50 centigr., le seul remède radical contre le **rhumatisme** et la **Goutte**. Cinq ou six *Pastilles salicylées* débarrassent instantanément d'un *Rhume naissant*, et sont efficaces pour le *Croup*, *Bronchite*, *Diphthérie*, etc.
Acide salicylique médicinal en pilules de 10 centigrammes.
Salicylate de lithine, antigoutteux, diurétique, pilules de 10 centigrammes.
Salicylate de quinine. Paquets dosés à 10 centigrammes.
Ouate et Glycérine salicylées pour pansement des plaies, brûlures, etc.
Vin tonique salicylé, fébrifuge.

PILULES DELAUNAY au Phosphate de Fer et de Manganèse. — Assimilation complète ; pas de Constipation.
ÉLIXIR DELAUNAY au Quinquina. Une cuillerée à bouche, soit 20 g. de cet Elixir, représente 0,20 extr. de quinquina jaune calisaya.
Pour la vente en gros : A la Pharmacie, 3, rue de la Madeleine, à Troyes.
Dépôt à Paris : Société française, 11, rue de la Perle.

Enfants Arriérés ou Idiots

Maison spéciale d'Éducation et de Traitement, fondé en 1847. Rue Benserade, 7, à Gentilly (Seine).

CONSTIPATION
HÉMORRHOÏDES, COLIQUES HÉPATIQUES
Guérie sans purger par les pilules de
PODOPHYLE COIRRE. 3 fr.
Gros, 79, rue du Cherche-Midi ; Détail : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.

SOLUTION COIRRE
AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE de CHAUX
Gros. 79, r. du Cherche-Midi ; Détail : 97, r. de Rennes et dans les pharmacies.
SIROP ET VIN
Pour les personnes qui ne doivent pas en faire un long usage.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

L'Imparziale journal pratique de médecine, chirurgie et sciences adjacentes, et des intérêts moraux et professionnels de la classe médicale. — Directeur : Docteur Giovanni Faralli. — Paraissant le 15 et le 30 de chaque mois. Chaque numéro se compose d'un cahier de 32 pages avec couverture, et l'année forme un volume de 768 pages in-8°. — Italie : un an, 12 fr. ; 6 mois, 6 fr. — France : les frais de port en plus. — Bureaux : Florence (Italie), Via Valfonda, 79.

Poste médical à prendre de suite. — La commune de Fougerolles (Haute-Saône), 6,000 habitants, demande un docteur qui sera seul. La commune accorde une subvention. Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. le maire de Fougerolles.

Union médicale et scientifique du Nord-Est, paraissant tous les mois. In-8°. — Abonnement : prix, 6 fr. pour toute la France. — Publié à Reims, 67, rue de Venise. — Les abonnements et les annonces sont reçues aux bureaux du *Progrès médical*, 6, rue des Ecoles, de une heure à cinq heures.

Recherches anatomiques sur les aponévroses abdominales, par le Dr F. Poncet. Paris, 1877. In-8 de 16 pages, avec figures. — Aux bureaux du *Progrès Médical*.

Iconographie Photographique de la Salpétrière, par Bourneville et Regnard. Mode de publication : Chaque livraison comprendra 8 à 16 pages de texte et 4 photographies. — Prix : 3 fr. — Pour *les abonnés* du *Progrès médical*, 2 fr. 50. Douze livraisons sont en vente.

Dystocie spéciale dans les accouchements multiples, par le Dr I. Besson, vol. in-8 de 92 p. — Prix 2 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, net 1 fr. 25.

VIN PACOTTE
Au QUINQUINA, au CAFÉ
Et à l'écorce d'oranges amères
Médaille de bronze. Paris 1875
Ce vin doit à sa composition d'être essentiellement digestible et agréable à prendre. Préparé au malaga, il contient la dose de quinquina exigée par le *Codex*, il se recommande donc à l'attention des médecins.
Vente en gros : pharmacie centrale, 7, rue de Jouy, et chez l'inventeur, H. PACOTTE fils, pharmacien à Pont-de-Vaux (Ain).

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 4. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 26 JANVIER 1878

Le Progrès Médical

MALADIES DU PREMIER AGE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS.— M. PARROT.

TROISIÈME LEÇON.

La syphilide bulleuse (1).

Messieurs,

Après avoir indiqué les traits saillants, et typiques de la syphilis héréditaire, je vais les reprendre successivement, et les étudier avec tous les développements qu'ils comportent, afin que les rencontrant dans la pratique, avec les modifications diverses qu'ils peuvent présenter, vous soyez prêts à les reconnaître et à les utiliser pour le diagnostic de la maladie.

Parmi les manifestations apparentes, celles de la peau se montrent les premières et sont, en même temps, les plus communes et les plus caractéristiques ; aussi je vais commencer par elles, en donnant la première place, à la *Syphilide bulleuse* généralement qualifiée de *Pemphigus syphilitique*. C'est là un ordre naturel, cette éruption cutanée, étant de toutes la plus précoce. Non-seulement, en effet, elle existe, dans la plupart des cas, au moment de la naissance; mais, chez quelques sujets, on a pu la faire remonter au 7e et même au 6e mois de la vie intra-utérine.

Son siége constant, et quelquefois exclusif, est la paume des mains et la plante des pieds. Lorsqu'elle existe sur d'autres parties de la peau, voisines de ces dernières, comme il arrive presque toujours, par exemple : à la face dorsale des doigts et des orteils, à l'extrémité inférieure de la jambe ; ou, ce qui est beaucoup plus rare, très-éloignées, comme chez un malade, qui la portait sur l'oreille, elle y est plus tardive, plus discrète et moins développée.

Dans les premiers jours de la vie, les extrémités sont habituellement plus colorées, plus congestionnées que les autres parties du corps. Chez les nouveau-nés affectés de syphilide bulleuse, leur teinte est hortensia ou violet foncé, et l'on y voit des taches vineuses entourées d'une zone rouge vif, dont l'épiderme est soulevé par du liquide, qui s'accumulant au-dessous, les transforme en des bulles, de volume variable.

Le diamètre de quelques-unes étant de deux ou trois millimètres, tandis que sur d'autres, il dépasse un centimètre et même un centimètre et demi. — Leur développement est en général très-rapide et elles atteignent très-vite leurs dimensions définitives. Quand elles sont très-confluentes, on les voit se réunir en de grosses bulles, dont la périphérie n'est plus circulaire, mais limitée par une succession de croissants.

Il en est qui rappellent des pustules varioliques de mauvais aspect; d'autres qui contiennent une matière verdâtre. Les plus petites sont en général distendues, par le liquide; tandis que les plus grosses, comme si elles étaient trop volumineuses pour la matière épanchée, ressemblent à des vessies de baudruche, à moitié remplies. Leur contenu s'accumule dans les parties déclives et sur les autres points, la cuticule se plisse.

Ici se placent deux remarques importantes. La première a trait à la topographie de l'éruption, l'autre à l'âge des sujets. Plus on s'éloigne du siége de prédilection des bulles, c'est-à-dire des extrémités des membres, moins le caractère de l'éruption est tranché, plus les bulles sont rares, petites, moins leur contenu est abondant et jaune. Sur les confins des régions atteintes, il semble même qu'elles aient avorté; et, l'on n'y voit plus qu'un léger soulèvement de l'épiderme, sans liquide.

La seconde circonstance qui modifie l'éruption et lui fait perdre sa physionomie caractéristique, est la date de son apparition. Plus celle-ci est éloignée de la naissance, moins le type est net.

Il en résulte que la syphilide bulleuse, lorsqu'elle se montre loin de son siége habituel, sur des sujets de quelques semaines, peut être méconnaissable. Chez un enfant d'un mois et demi, que j'ai eu l'occasion d'observer, elle consistait, à la face, en de petites plaques circulaires, où le soulèvement de l'épiderme n'était marqué que par une teinte plus grise de la partie centrale. J'aurai l'occasion de revenir sur cette forme fruste de la syphilide pemphigoïde, lorsque je comparerai entr'elles les diverses manifestations cutanées.

Après avoir atteint leur plein développement, les bulles subissent des modifications diverses. Parfois, une partie du liquide est résorbée, et le reste se concrète en une masse brunâtre. Dans d'autres cas, la cuticule qui forme le couvercle de la bulle, se rompt ou même est complètement détachée et laisse voir le derme ulcéré sur une étendue variable. Ces ulcérations à fond rougeâtre et sanieux, d'ordinaire peu profondes, sont quelquefois cratériformes et intéressent toutes les couches de la peau. — A ce moment, presque toujours, les enfants succombent.

Si, par exception, ils guérissent, comme l'ont vu MM. Depaul, Galligo, Stamm, Hertl, Ollivier et Ranvier, la turgescence générale de la région diminue, les croûtes tombent, laissant à découvert un épiderme imparfait, qui se renouvelle par des desquamations successives, jusqu'à ce qu'il ait acquis une solidité suffisante.

De toutes les syphilides tégumentaires, la bulleuse est celle dont le moment d'apparition est le plus fixe et en même temps le plus précoce. Je vous ai déjà dit qu'elle pouvait se développer au 7e et au 6e mois de la vie fœtale; habituellement elle existe à la naissance ou apparaît aussitôt après; et l'on doit regarder comme exceptionnels, les cas où elle s'est montrée le 7e jour (Stamm), le 15e (Held), à la fin du deuxième mois (Ollivier et Ranvier); et celui, où j'ai vu les premières bulles apparaître dans le cours de la dixième semaine.

L'éruption est presque toujours simultanée, rarement elle se fait en plusieurs temps ; mais, ce qui est tout à fait exceptionnel, c'est de constater, entre deux poussées consécutives, un intervalle de plusieurs jours; de 15, comme l'a vu Oziander, de 19, suivant l'observation de M. Hertl. Dans ce dernier cas, les bulles du début étaient complètement guéries, quand les terminales se montrèrent.

D'autres syphilides cutanées peuvent coexister avec celle que je vous décris, surtout lorsqu'elle est tardive. M. Baert, sur un malade de 21 jours, a constaté en même temps qu'elle, une éruption papulo-squameuse. L'enfant de deux mois et demi, dont je vous parlais tout-à-l'heure, avait, dans le même temps, des bulles et des papules. La syphilide bulleuse n'est donc pas, comme on le dit habituellement, toujours isolée et indépendante.

Peut-on la confondre avec d'autres éruptions cutanées du premier âge ?

On a signalé un echthyma syphilitique, constitué par de petites papules très-rouges, qui deviennent rapidement pustuleuses. Il n'y a pas d'echthyma à cet âge ; ce que l'on a décrit sous ce nom, est une variété de la syphilide bulleuse; et il ne faut pas vous embarrasser de ces subtilités terminologiques. — Les auteurs anglais parlent de rupia; je ne conteste pas que la peau de quelques malades ne se couvre parfois, de quelques croûtes coniques et stratifiées ; et j'en ai vu moi-même, de très-apparentes sur le cuir chevelu d'un jeune enfant; mais il n'y a pas lieu de séparer ces cas de la syphilide bulleuse, qui en est le point de départ. — Au

(1) Voir les nos 44 et 47 de 1877 et le no 1 de 1878.

© BIU Santé

point de vue du diagnostic différentiel, une seule éruption mérite de nous arrêter : c'est le pemphigus proprement dit des nouveau-nés. Les particularités qui permettent de le distinguer de la syphilide bulleuse, sont nombreuses.

La plus importante a trait au siége. Jamais le pemphigus ne débute par la plante des pieds ou la paume des mains. Quand on l'y trouve, ce n'est que tardivement et après qu'il s'est déjà montré sur le cou, les aisselles et la partie supérieure du thorax, où il a son siége de prédilection.

La coloration est un autre élément de diagnostic. La peau sur laquelle se développent les bulles, la tache qui les précède, l'auréole qui les entoure, tout, dans la syphilide, a une teinte violacée. Ces mêmes parties sont d'un ton rouge-rosé, dans le pemphigus. Les bulles de ce dernier sont beaucoup plus volumineuses, et renferment au début, une sérosité transparente et légèrement ambrée, ne devenant louche et puriforme, qu'au bout d'un certain nombre de jours ; contenant beaucoup d'eau et de granulations protéiques ; très-peu de cellules épidermiques et de leucocytes. Leur liquide est résorbé ou donne naissance à une croûte peu épaisse, semblable à celles de l'impétigo, et qui, par sa chute, laisse voir une surface couverte d'une mince couche épidermique. — La matière des bulles syphilitiques a d'emblée l'aspect du pus, et les éléments solides y dominent, sous forme de granulations fibrineuses, de globules de pus, et de flocons blanchâtres, débris du corps muqueux de Malpighi De leur concrétion, résulte une croûte brunâtre, au-dessous de laquelle le derme est ulcéré.

Enfin, tandis que la syphilide existe au moment de la naissance, ou se montre immédiatement après, le pemphigus apparaît très-rarement avant le 15e jour, et il est surtout fréquent dans le cours de la première année.

Cette éruption bulleuse est-elle réellement syphilitique ? Je n'hésite pas à répondre : oui ! avec les observateurs compétents. Pourtant, l'accord n'est pas fait, sur ce point de la pathologie infantile ; et les opinions les plus singulières et les plus contradictoires ont été émises à son sujet. Mais il faut bien le dire, par des auteurs insuffisamment familiarisés avec les affections des nouveau-nés, et qui ont obéi à des préoccupations théoriques, plutôt qu'à des faits rigoureusement observés. Je ne perdrai pas mon temps et n'userai pas votre attention, à réfuter tout ce qui a été dit là-dessus : je remarquerai seulement, que les premiers observateurs, avec Ambroise Paré et Rondelet, n'ont émis aucun doute sur la nature de l'éruption : « J'ai vu naître dit ce dernier, un enfant tout couvert de pustules du mal français. » — En dépit des efforts tentés en sens opposé par Krauss, les accoucheurs français, ont rendu certaine la manière de voir que je soutiens. A côté des noms de Dugès, de Stoltz, de Paul Dubois, de Depaul, je placerai ceux de Cruveilhier, de MM. Devergie, Ollivier et Ranvier.

Je ne puis comprendre ce qu'ont entendu Cazeaux, Cullerier, Trousseau, MM. Diday et Bazin, lorsqu'ils ont avancé que l'éruption bulleuse était simplement l'expression de la diathèse syphilitique. S'ils ont voulu dire qu'elle ne doit être considérée, que comme un produit de la cachexie syphilitique, ils se sont trompés. Pour vous en convaincre, comparez-là avec le pemphigus cachectique. Tout y est différent : depuis la précocité, le siége, l'apparence extérieure, jusqu'aux lésions histologiques.

Quant à admettre avec Lagneau, MM. Ricord et Gubler, que l'éruption bulleuse se développe tantôt sous l'influence de la syphilis, tantôt par une autre cause, je ne le puis ; et si l'on m'objecte que parfois, elle existe indépendamment de toute autre manifestation de la maladie virulente, je répondrai que cela ne peut m'empêcher de lui attribuer une origine syphilitique. Car, pour admettre qu'une affection relève d'une maladie déterminée, l'on ne saurait exiger qu'elle soit constamment associée à d'autres manifestations de cette maladie. Il suffit d'avoir observé un grand nombre de faits, où cette coïncidence se trouvait réalisée dans des conditions identiques, pour que cette affection, rencontrée même isolément, suffise à démontrer l'existence actuelle de la maladie. — Or, cette preuve a été maintes fois administrée pour la syphilide bulleuse ; et je puis ajouter que la contre-épreuve a été faite également. Depuis plusieurs années, à l'Hospice des Enfants assistés, j'ai vu un très-grand nombre d'enfants atteints de pemphigus, sur différentes régions du tégument, autres que la plante des pieds et la paume des mains. Toutes les fois que j'ai pu faire l'autopsie, j'ai recherché, avec le plus grand soin, si les viscères ou les os portaient des marques de la syphilis héréditaire ; et il m'a été impossible d'en constater aucune.

La syphilis directement acquise, telle qu'on l'observe chez l'adulte, détermine, mais très-exceptionnellement, une éruption bulleuse comparable à celle des nouveau-nés. C'est probablement elle qu'Alibert a qualifiée de *syphilide pustuleuse pemphigoïde*. M. Ricord l'a vue sur un malade, à la plante des pieds ; M. Bassereau, sur un autre, à la paume des mains. — M. Zeissl, dans une période de 20 ans, ne l'a rencontrée qu'une fois. — M. Morgan a vu une femme de 26 ans, qui en était atteinte.

Ces citations m'autorisent à considérer la syphilide bulleuse, comme particulière aux nouveau-nés et comme une des manifestations cutanées les plus caractéristiques de la syphilis héréditaire. — Si j'ai rompu avec l'usage, en ne l'appelant pas pemphigus syphilitique, c'est que le terme pemphigus est également employé pour désigner une éruption non spécifique des enfants du premier âge.

(*A suivre*).

OBSTÉTRIQUE

Extensibilité des membranes de l'œuf. Formation de la bosse séro-sanguine avant la rupture de la poche des eaux ;

Par P. BUDIN.

Parmi les propriétés que possèdent au terme de la grossesse les membranes de l'œuf, il en est une sur laquelle nous désirons appeler l'attention d'une façon toute spéciale, c'est leur extensibilité. Cette extensibilité joue, pendant le travail un rôle important : elle favorise la formation de la poche des eaux, qui pénètre comme un coin à travers, l'orifice utérin, et elle contribue ainsi largement à la dilatation de cet orifice. L'extensibilité est telle, parfois, que les membranes forment une poche volumineuse qui remplit le vagin et vient faire saillie jusqu'à l'orifice vulvaire. C'est surtout dans les présentations de la face, du siége et de l'épaule qu'on peut constater cette grande extensibilité, c'est-à-dire dans les cas où l'extrémité céphalique fléchie ne vient pas appliquer sur le segment inférieur de l'utérus sa sphère régulière et s'opposer ainsi à la descente du liquide amniotique.

Des expériences inédites jusqu'ici, faites en 1873 par MM. Tarnier et Pinard et qui avaient principalement pour but de démontrer les phénomènes d'osmose à travers les membranes, viennent également donner la preuve de cette extensibilité. Des membranes fraîches ayant été tendues sur l'orifice inférieur d'un tube de verre cylindrique, on les maintenait solidement fixées à l'aide d'un fil de caoutchouc très-serré, qu'un bourrelet existant sur le tube empêchait de glisser. Une certaine quantité d'eau était alors introduite dans le tube et, avec un piston, on exerçait sur le liquide une pression lente et continue. On voyait alors les membranes bomber et parfois s'allonger au point de former un véritable boudin.

Cette extensibilité permet d'expliquer les faits suivants, que nous avons eu l'occasion d'observer. A la fin du mois d'août 1875, je trouvai un matin couchée au n° 4 de la salle Sainte-Claire, une femme qui était entrée la veille à l'infirmerie de la Maternité, pour des varices des membres inférieurs. Elle était en travail depuis le milieu de la nuit et n'avait remarqué l'écoulement d'aucun liquide. Je ne connaissais pas encore tous les renseignements précieux que le palper peut fournir à l'accoucheur, cependant je crus constater que la tête s'engageait à travers le détroit supérieur et que le dos était dirigé en avant et à gauche. A

© BIU Santé

l'auscultation, j'entendis les battements du cœur fœtal à gauche.au même niveau que l'ombilic et un peu au-dessous. En pratiquant le toucher, je trouvai l'orifice utérin dilaté et ayant un diamètre de 5 centimètres environ. La partie fœtale qui se présentait était régulière, ronde, mais mollasse et dépressible sous le doigt; elle donnait absolument la sensation d'une fesse. Un peu surpris, je cherchai à arriver sur la pointe du coccyx ou sur la crête sacrée, mais je ne parvins à sentir à gauche et assez haut qu'un bord osseux, dentelé, échancré. Je prolongeai mon examen et j'attendis une contraction utérine. je sentis alors la tumeur devenir plus turgide; en passant doucement le doigt, je trouvai sa surface lisse, glissante et satinée. Elle était recouverte par les membranes.

Je n'osai formuler un diagnostic, et quand arriva le chirurgien des hôpitaux qui remplaçait pendant les vacances mon excellent maître, M. le Dr Tarnier, je lui fis part de mon embarras et lui demandai de vouloir bien examiner cette femme. Il palpa avec attention, ausculta, toucha et puis me dit : « N'en doutez pas, mon cher ami, c'est un siége. »

A 10 heures et demie, la dilatation était complète; les douleurs devenant très-fortes j'envoyai la patiente à la salle d'accouchement. Je l'y suivis, résolu à observer très-attentivement ce qui allait se passer et me gardant bien de formuler devant les élèves sages-femmes un diagnostic dont je n'étais pas sûr. Vingt minutes plus tard, la partie fœtale apparaissait à la vulve; c'était le sommet recouvert par les membranes. L'aide sage-femme les déchira avec l'ongle, et l'expulsion totale d'un enfant vivant fut rapide et normale. La tête, examinée ensuite, offrait une bosse séro-sanguine très-large et très-épaisse qui, formant un cercle plus incliné du côté droit, s'étendait depuis la partie moyenne de l'écaille de l'occipital jusque vers le milieu de la suture sagittale. C'était l'existence de cette bosse qui m'avait empêché de trouver la fontanelle postérieure et les sutures. Le bord osseux offrant des échancrures sur lequel j'étais arrivé, n'était autre chose que le bord inférieur et postérieur d'un des pariétaux.

Deux mois plus tard, le 21 octobre 1875, en arrivant à 7 heures 45 du matin à la Maternité, je trouvai à la salle d'accouchement la nommé Kern..., âgée de 38 ans, parvenue au terme de sa seconde grossesse et en travail depuis l'avant-veille à 7 heures du soir. Il était difficile de pratiquer chez elle le palper parce que l'utérus était presque constamment en état de contraction. Au toucher, on trouvait la dilatation de l'orifice utérin presque complète et on arrivait sur une région fœtale arrondie, mollasse, qui se laissait déprimer sous le doigt. Cette partie occupait le détroit supérieur à travers lequel elle commençait à s'engager. En faisant glisser l'index sur elle, on la trouvait recouverte par les membranes qui étaient lisses; du reste, elle devenait plus saillante, plus bombée sous l'influence de la contraction utérine, et cependant on ne sentait pas nettement le liquide amniotique venir s'interposer entre les membranes et la région fœtale. — Etait-ce le sommet? Etait-ce le siége? En touchant profondément j'arrivai à trouver en haut et à gauche les os du crâne et une suture. On ne constatait du reste aucun des caractères qui appartiennent au siége.

Bien que les membranes fussent intactes, il semblait que la tête offrait une bosse séro-sanguine assez épaisse. A 8 h. 15, les membranes se rompirent, et une très-petite quantité de liquide s'écoula. Immédiatement la tête s'engagea, et, en quelques instants, elle arriva au détroit inférieur. Je m'assurai alors, par le toucher, qu'il existait véritablement une bosse séro-sanguine très-étendue. Du reste, l'accouchement se fit très-rapidement; à 8 h. 45, tout était terminé, et on voyait, sur le sommet de la tête, une bosse séro-sanguine considérable, qui faisait surtout saillie au niveau de la pointe de l'occipital et sur le pariétal droit. La forme de la tête était très-allongée, et les bords internes des pariétaux étaient incomplètement ossifiés. Un sillon circulaire, qui limitait en avant la bosse séro-sanguine, suivait la suture fronto-pariétale et longeait le bord supérieur des oreilles. Ce sillon semblait partager la tête en deux parties, une postérieure, beaucoup plus volumineuse, et une antérieure, moins considérable.

Dans ce cas, comme dans le précédent, bien que les membranes fussent intactes, la bosse séro-sanguine s'était formée, grâce à leur extensibilité. Des faits de ce genre, observés surtout dans les rétrécissements du bassin, ont été déjà signalés par Schwartz (1), Litzman (2) et Olshausen (3). Matthews Duncan les met en doute; il pense que « les témoignages invoqués par ces auteurs et les explications qu'ils donnent de la rareté de ces faits sont complètement insuffisants. » « Et cependant, » dit-il plus loin, « on peut parfaitement concevoir qu'une véritable bosse séro-sanguine puisse se former avant l'écoulement du liquide, bien que ce fait, pour moi, ne soit pas encore démontré. On comprend facilement qu'elle peut se produire dans les cas où il y a absence presque complète de liquide amniotique, ou quand il n'existe aucun liquide qui soit intermédiaire entre la tête et la cavité utérine; il peut en être de même dans les cas où la circonférence occipito-frontale ou bien la circonférence occipito-bregmatique sont en rapport si intime avec les tissus voisins qu'elles empêchent toute descente au-dessous de la partie qui se présente, du liquide contenu dans la cavité utérine. »

Pour nous, depuis que nous avons observé les faits rapportés ci-dessus, nous n'avons plus aucun doute sur la possibilité de voir la bosse séro-sanguine survenir dans certains cas avant la rupture des membranes. D'autres fois, il est permis de constater plus nettement encore l'extensibilité des membranes : le fait que voici en est une preuve.

Le 4 août 1875, à 8 heures du matin, je trouvai plusieurs femmes en travail à la salle d'accouchement de la Maternité. Chez l'une, je constatai par le palper que la partie qui se présentait au détroit supérieur n'offrait pas les caractères de la tête, mais était molle et dépressible comme le siége. Je trouvai du reste l'extrémité céphalique facilement reconnaissable à sa rondeur et à sa dureté dans l'hypochondre droit. Le dos était dirigé en avant et à gauche; il y avait donc une présentation du siége en sacro-iliaque gauche antérieure. Au toucher, l'orifice utérin dilaté avait un diamètre de 3 centimètres 1/2 environ. Les membranes étaient intactes et présentaient des replis, on arrivait sur une surface lisse, molle qui ressemblait à une fesse : un peu plus haut et à gauche, on sentait la crête sacrée et on pouvait au-dessous trouver une petite dépression qui correspondait sans doute à l'orifice anal. Le diagnostic n'avait pas été fait par les élèves sages-femmes.

Je quittai la salle d'accouchement pour aller faire la visite des malades. Vers 10 heures, je rencontrai une des deux aides sages-femmes qui sont chargées à la Maternité de diriger et de guider les élèves. Elle était de service à la salle de travail et elle m'affirma que chez les trois femmes qui s'y trouvaient et qu'elle avait examinées, il n'existait que des présentations du sommet. Je mis en doute l'exactitude de ses renseignements. Intriguée, elle voulut savoir ce que j'avais trouvé; je refusai de répondre, assurant que j'avais pu me tromper et que j'avais besoin de faire un nou-

(1) *Die vorzeitigen Athembewegungen*, p. 289.

(2) C'est en général après l'écoulement du liquide amniotique que se forme la bosse séro-sanguine. Par exception, cependant, la tête, lorsque les membranes sont encore intactes, peut se trouver tellement serrée contre le bassin, que le retour du sang par les veines subit un arrêt. Dans de semblables conditions, j'ai quelquefois constaté, avant la rupture des membranes ou immédiatement après cette rupture, un gonflement diffus du cuir chevelu. (*Volkmann's Sammlung*, n° 23, p. 187 et 188).

(3) Qu'une petite bosse séro-sanguine puisse, contrairement à ce qui est généralement accepté, exister dans quelques cas rares où la poche des eaux est encore intacte, c'est un fait dont je me suis convaincu deux ou trois fois de la façon la plus nette, lorsque la poche des eaux est peu considérable et lorsque la pression due aux contractions utérines est forte. (*Volkmann's Sammlung*, n° 8, p. 61 Voyez aussi : *Schroeder*. — *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 5e édition, 1877, p. 154 et 166. — *Spiegelberg*. — *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1877, p. 142 et 643.)

(4) *Mécanisme de l'accouchement*, p. 246 et 247. Paris, chez Doin.

© BIU Santé

vel examen. Elle partit, et quand cinq minutes plus tard, je montai à la salle d'accouchement, elle descendait l'escalier précitamment pour m'annoncer que, en effet, c'était le siége qui se présentait. Elle était allée chercher sa compagne, qui était beaucoup plus instruite et plus expérimentée qu'elle, pour faire le diagnostic et quand j'entrai dans la salle je trouvai cette dernière qui pratiquait le toucher.

— « Monsieur, me dit-elle, c'est un siége. — « Et pourquoi? — « J'en suis sûr, j'ai le doigt dans l'anus. — « Oh! mademoiselle. Retirez votre doigt. — Elle sortit sa main, son doigt était immaculé.

— « Comment se fait-il donc, lui dis-je, qu'ayant introduit votre doigt dans l'anus de l'enfant, il ne soit pas recouvert de méconium? Ne seriez-vous pas entrée dans la bouche, par hasard? — « Non, Monsieur, j'étais dans l'anus, j'en suis certaine. Si vous voulez, je vais y rentrer. — « Gardez-vous en bien. Vous avez raison, mais si vous n'avez point sali votre doigt, c'est que vous aviez mis un gant. La malade a une douleur, pratiquez le toucher doucement et vous sentirez les membranes bomber dans le vagin.»

Elle toucha et constata l'existence d'une poche des eaux volumineuse. Elle avait bien en réalité, quelques minutes auparavant, pénétré dans l'anus de l'enfant, mais le doigt dans l'intervalle de deux contractions, y était entré recouvert par des membranes complaisantes. Une heure plus tard, la femme accouchait spontanément d'un enfant vivant dont le siége sortait le premier.

On le voit donc, les membranes de l'œuf jouissent, dans certains cas, d'une très-grande extensibilité. On pourrait objecter aux faits cliniques que je viens de rapporter que la saillie faite, en général, par la poche des eaux, résulte non pas de l'extensibilité des membranes, mais de leur décollement et de leur abaissement consécutif. Je ferai remarquer que, dans les cas où la poche des eaux arrive jusqu'à la vulve, le décollement des membranes est tel qu'il entraînerait presque fatalement une hémorrhagie causée par la rupture des adhérences du placenta à l'utérus. D'ailleurs, dans les faits que j'ai rapportés, je crois que je suis d'autant mieux fondé à faire jouer un rôle important à l'extensibilité des membranes que dans les expériences de MM. Tarnier et Pinard, expériences auxquelles j'ai fait allusion plus haut, cette extensibilité a été démontrée d'une façon indiscutable.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. S. DUPLAY** (1).

Fistules de l'espace ischio-rectal.

Leçon recueillie par Et. GOLAY, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Une fois le diagnostic de la lésion établi, il faut rechercher sous l'influence de quelle cause elle s'est développée. La fistule peut, en effet, avoir son origine : 1° dans une affection du rectum; 2° dans une altération des voies urinaires; 3° dans une lésion osseuse.

Les fistules d'origine ostéopathique, sont généralement assez faciles à reconnaître. Le pus peut venir de très-loin ; par exemple, de la région lombaire et même dorsale de la colonne vertébrale. Plus souvent, le pus a son origine dans une altération des os du bassin, ischion, sacrum, coccyx ou même pubis. Comment reconnaître les altérations du squelette? Lorsqu'il existe un mal de Pott avec une collection purulente au pli de l'aine, rien n'est plus naturel que de rapporter l'écoulement purulent qui s'est fait jour sur les parties latérales du rectum, à la même origine vertébrale. En dehors de ces cas rares, il est d'autres signes dont on doit tenir compte. Les fistules ossifluentes donnent lieu à une suppuration beaucoup plus abondante que les fistules ordinaires. En outre, la direction de leur trajet n'est jamais directement ascendante; mais, ordinairement oblique de dedans en dehors, en se dirigeant vers un des os du bassin. Ajoutons que l'odeur du pus est souvent très-fétide. Ce sont ces considérations qui, chez un enfant atteint de fistule anale et infructueusement traité par divers chirurgiens, m'ont permis de déclarer qu'il s'agissait d'une fistule tenant à une altération osseuse. Après une série d'explorations, je finis, en effet, par sentir au moyen de la sonde, un point osseux dénudé, répondant à la face postérieure du pubis et une incision, pratiquée au niveau de cet os, me permit de mettre à découvert un séquestre et de l'extraire. A partir de ce moment, la fistule marcha rapidement vers la cicatrisation.

Je crois que le malade, couché au n° 19 de la salle Saint-Augustin, est un exemple de ces fistules ostéopathiques. C'est un vieillard qui, affecté de fistules anales depuis six ans, a été successivement opéré par divers chirurgiens des hôpitaux de Paris, sans avoir jamais pu obtenir une guérison définitive.

Peu de temps après son entrée dans notre service, nous avons largement incisé les trajets fistuleux qu'il portait; mais nous n'avons pu, malgré l'attention que nous avons apportée dans ces recherches, découvrir de lésion osseuse capable d'entretenir la suppuration. Ce n'est que ces jours derniers que, me livrant à une nouvelle exploration, je crois avoir découvert une altération du coccyx. Le stylet ne m'a pas donné des sensations très-nettes indiquant manifestement l'existence d'un séquestre, mais m'a cependant permis de constater que si la surface de l'os n'est pas complètement dénudée, elle est du moins rugueuse et vraisemblablement le siége d'une altération. Du reste, je compte examiner de nouveau ce malade, et peut-être serai-je amené à pratiquer une résection partielle ou totale de l'os malade dans le but d'en finir avec la persistance interminable de cette affection.

D'autre fois, avons-nous dit, on peut avoir affaire à des fistules urinaires. Celles qui donnent passage à de l'urine, sont facilement reconnaissables à l'écoulement de ce liquide au moment de la miction. Nous n'avons pas à nous y arrêter. Mais il y a des fistules qui, sans communiquer avec la vessie ou l'urèthre, se sont cependant développées sous l'influence d'une lésion des voies urinaires, de la prostate ou des vésicules séminales. La pathogénie de ce genre de fistules n'est pas encore entièrement élucidée. Notre malade, couché au n° 33 de la salle Saint-Augustin, en est un exemple. Cet homme, depuis trois ans, est atteint de fistules multiples qui s'ouvrent de chaque côté de l'anus; mais, au lieu de se diriger en arrière et de se terminer dans la cavité ou dans le voisinage du rectum, elles se dirigent toutes du côté du pubis et des voies urinaires. Elles n'ont jamais donné passage à la moindre goutte d'urine; mais, par contre, le malade présente une lésion des voies urinaires qui consiste en un rétrécissement de l'urèthre siégeant à environ treize centimètres du méat. Ce rétrécissement, quoique peu serré, puisqu'il se laisse traverser par une bougie à boule n° 12, est suffisant pour avoir donné naissance à un état subinflammatoire dans les parties profondes du canal. Sous cette influence, il s'est développé vraisemblablement un phlegmon dans l'espace pelvi-rectal inférieur qui, s'étant ouvert à l'extérieur, a laissé à la suite les ouvertures fistuleuses que nous constatons aujourd'hui.

Quant aux fistules rectales proprement dites, elles peuvent se développer sous l'influence de causes excessivement variées, mais qui échappent souvent. Fréquemment, les malades ne peuvent donner aucun renseignement. Parfois, ils accusent, comme début, des hémorrhoïdes, des troubles du côté de la défécation ou un traumatisme; d'autres disent qu'ils ressentaient déjà, longtemps avant l'établissement des trajets fistuleux, des pesanteurs dans le fondement, de la douleur du côté du rectum. Ces signes sont pour le chirurgien l'indice de l'existence probable d'hémorrhoïdes qui, comme cela arrive fréquemment, ont échappé à la connaissance des malades.

Quelquefois, ce genre de fistules reconnaît pour origine des rapports contre nature. Plus souvent, elles sont une

(1) Voir le n° 2.

© BIU Santé

manifestation de la diathèse tuberculeuse, quoique la pathogénie des abcès de l'espace pelvi-rectal chez les tuberculeux soit encore loin d'être élucidée. Quoi qu'il en soit, les signes de tuberculisation pulmonaire doivent être toujours soigneusement recherchés chez tous les malades atteints de fistule à l'anus.

Le pronostic des fistules profondes, d'origine rectale, est en général grave. Elles ne guérissent pas spontanément, quoique M. D. Mollière (de Lyon), auteur d'un traité récent sur les maladies de l'anus et du rectum, professe qu'on en obtient facilement la guérison au moyen des caustiques ou des injections. Je m'inscris complètement en faux contre cette assertion. Du reste, il n'y a qu'à se rendre compte de la disposition de ces fistules pour s'assurer qu'elles ne peuvent guérir spontanément par l'usage de simples moyens modificateurs.

Non-seulement elles ne guérissent pas spontanément, mais, en outre, si l'on veut en faire l'objet d'une intervention chirurgicale, l'on est forcé d'avoir recours à une opération grave, donnant même lieu quelquefois à des difficultés sérieuses et laissant après elle, non-seulement des plaies très-étendues dont la cicatrisation est très-lente; mais, souvent aussi, un certain degré d'incontinence des matières fécales.

Puisque les fistules rectales ne peuvent guérir par les soins hygiéniques, les soins de propreté, l'engraissement des malades et même par les injections modificatrices, il faut avoir recours à l'incision des trajets fistuleux dans toute leur étendue et, par conséquent, sectionner le plan musculaire constitué par le releveur de l'anus. En effet, puisqu'on ne peut, en aucune manière, agir sur la paroi fixe constituée par les ischions, il faut sectionner le plan mobile (releveur de l'anus) et le rendre susceptible de venir s'accoler à la paroi opposée de l'espace ischio-rectal, c'est-à-dire l'ischion.

Cette section peut se faire par différents procédés, mais un seul convient à tous les cas, en raison de la hauteur à laquelle remonte le trajet et des nombreux vaisseaux qui entourent le rectum, c'est l'écrasement linéaire. Pour ces cas, il faut laisser de côté le thermo-cautère, parce qu'on ne peut pas sans danger enfoncer cet instrument à dix centimètres de profondeur. Il en est de même de l'anse galvanique coupante ; quoique employée par un certain nombre de chirurgiens, je crois qu'elle est d'un emploi peu commode dans ces fistules profondes et qu'elle expose à l'hémorrhagie.

La ligature élastique, tant préconisée récemment, peut convenir aux petites fistules, et je m'en suis servi plusieurs fois avec avantage ; mais, dans les cas de trajets fistuleux s'enfonçant profondément dans le périnée, non-seulement ce procédé est insuffisant, mais il détermine des douleurs épouvantables, et peut être l'origine d'accidents inflammatoires très-graves.

La seule méthode applicable aux fistules rectales profondes est la section extemporanée. On peut se servir du serre-nœud de Maisonneuve ; mais, l'écraseur linéaire de Chassaignac est encore d'un emploi plus sûr, parce qu'il met mieux à l'abri de l'hémorrhagie. L'opération de la fistule à l'anus est certainement l'une des applications les plus brillantes de cet instrument. On procède comme suit : on perfore l'intestin avec la sonde cannelée au niveau de l'extrémité supérieure du trajet, puis remplaçant la sonde par un stylet auquel est fixée, au moyen d'un fil, la chaîne de l'écraseur, on cherche à accrocher son extrémité rectale au moyen du doigt introduit dans le rectum et à l'attirer à l'extérieur à travers l'orifice anal. Cette dernière partie de la manœuvre est quelquefois difficile à exécuter, en raison d'un défaut de flexibilité suffisante de l'instrument. Dans ces cas, il est bon de remplacer le stylet par un fil de fer mince et très-flexible, ou même une bougie en gomme, en y adaptant, comme dans le premier cas, un fil et la chaîne. La manœuvre devient alors très-simple. Il suffit de tirer le fil de fer à travers l'orifice anal pour entraîner la chaîne de l'écraseur. Une fois celle-ci en place et articulée au manche, on procède à la section des tissus très-lentement et suivant les règles de l'écrasement linéaire, c'est-à-dire à raison environ d'un cran par minute. Sans cette précaution, on s'expose à avoir à compter avec une hémorrhagie, dont il sera difficile de se rendre maître dans une plaie profonde, au milieu de tissus indurés et très-vasculaires, alimentés qu'ils sont par des branches artérielles volumineuses.

Il est évident que l'opération doit être complétée par l'incision des trajets accessoires et superficiels. On peut alors avoir recours au bistouri ou au thermo-cautère.

Les soins consécutifs ont une importance capitale. De là, dépend souvent le succès de l'opération et la guérison. Les fistules pelvi-rectales supérieures, une fois qu'elles ont été opérées, réclament l'emploi de la mèche. Celle-ci sera conduite sur le doigt jusqu'au-dessus de la limite de la fistule et soigneusement interposée entre les lèvres de la plaie.

Il ne me reste plus, Messieurs, qu'à vous dire quelques mots d'un point de pratique que je considère comme des plus importants à connaître. Toutes les fois que vous pratiquerez une opération sur le rectum ou le périnée, vous devrez vous attendre à des accidents de rétention d'urine chez votre malade. Il n'est pas besoin pour comprendre ces phénomènes d'invoquer une altération des voies génito-urinaires. Ils sont d'ordre réflexe et tiennent, soit à une contracture du col, soit à une parésie des fibres musculaires de la vessie. Vous devrez donc toujours revoir votre malade dans la journée même, vous informer s'il a uriné et le sonder immédiatement s'il ne l'a pas fait.

De cette notion résulte encore un autre précepte : celui de toujours explorer les voies urinaires avant de pratiquer une opération sur le rectum pour vous assurer qu'il n'existe aucun rétrécissement. Souvent les malades ont des coarctations de l'urèthre dont ils ne se doutent pas ; si ces malades sont pris d'une de ces rétentions d'urine d'ordre réflexe après l'opération que vous aurez pratiquée, vous pourrez vous trouver à l'improviste dans l'impossibilité de les sonder et les exposer ainsi à des accidents graves que vous auriez évités, si, avant de pratiquer l'opération, vous aviez commencé par dilater le canal de l'urèthre par les moyens appropriés.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des médicaments récemment préconisés contre la phthisie pulmonaire.

(*Koumys, glycérine, créosote*).

La thérapeutique de la consomption pulmonaire semble, depuis quelque temps, être basée sur des méthodes différentes de celles que l'on employait ordinairement. Après avoir combattu isolément chacun des symptômes, après avoir épuisé les formules contre chacun des nombreux accidents qui compliquent la tuberculose, on en est arrivé à prendre, en quelque sorte, corps à corps la diathèse elle-même, à chercher à modifier la nutrition dans ses phénomènes les plus intimes, à amender les symptômes en s'adressant à l'état général dont ils dérivent tous. Ce n'est pas que les observateurs, dont nous allons rapidement comparer les travaux, aient eu l'idée de trouver un spécifique de la phthisie, mais ils ont tous cherché à modérer le mouvement de dénutrition, qui est la caractéristique et le danger de la tuberculose. On a successivement préconisé le koumys, la glycérine, la créosote ; tous ces médicaments ont des propriétés communes, mais ils offrent aussi quelques différences, et la créosote, en particulier, paraît avoir une action spéciale sur le tubercule, action que nous ne retrouvons pas dans les deux autres médicaments précités.

I. Koumys. — L'emploi du koumys contre la consomp-

© BIU Santé

tion n'est pas aussi récent en France qu'on paraît le croire, mais ce n'est que depuis qu'il a été propagé parmi nous, par M. Landowsky, que son usage s'est généralisé. Dès 1865, Schnepp indiquait les bons résultats obtenus par cette médication, qu'il avait empruntée aux médecins russes; en 1866, M. Fonssagrives, dans son Traité de thérapeutique spéciale, en signalait les heureux effets; en 1874, MM. Edwards et Landowsky, plus tard MM. Urdy, Labadie-Lagrave, Gubler et d'autres observateurs l'employaient avec succès dans les hôpitaux. Il semble cependant, depuis quelque temps, que d'autres médicaments aient été préférés, sans qu'on puisse préciser la cause de cet abandon relatif. Pour les détails de préparation et pour l'étude du médicament en lui-même, nous renverrons le lecteur au *Progrès médical* (août 1874), et au travail spécial publié dans le *Journal de thérapeutique* de M. Gubler.

Le koumys ne diffère du lait que par l'adjonction de trois éléments nouveaux, produits de fermentation : l'alcool, l'acide carbonique, l'acide lactique; ces trois agents thérapeutiques, incorporés dans le lait, qui forme la base du koumys, déterminent les différences qui séparent la diète lactée de la cure au koumys. Appliqué au traitement de la phthisie, on a observé que le koumys cause l'augmentation de poids d'une façon rapide, que la diurèse est accrue, que le sommeil et l'appétit sont plus prononcés, enfin que le vomissement, la toux, les sueurs sont diminués.

Le premier symptôme qui est modifié pendant la cure au koumys, c'est l'expectoration : elle diminue avec une assez grande rapidité, elle n'est plus rendue aussi abondamment après les quintes de toux, devenues elles-mêmes plus rares. On doit cependant dire qu'au début de l'action du médicament, l'expectoration est plus facile et plus abondante. Il est probable que c'est à l'acide carbonique qu'est due cette action favorable. Les vomissements sont diminués, puis arrêtés; c'est encore à l'acide carbonique qu'il faut attribuer ce résultat, car, en diminuant la fréquence des quintes de toux, il éloigne, par cela même, les chances de vomissement; puis, par son action locale sur la muqueuse gastrique, il produit les effets que l'on recherche par la potion de Rivière ou par le Champagne. L'action du koumys est surtout comparable à celle du Champagne : comme ce vin, il tonifie par son alcool et s'oppose, par ses acides, aux accidents stomacaux. L'augmentation de la diurèse est due au lait et aussi à la plus grande élimination de matières azotées que provoque le koumys en particulier. De la diminution de la toux résulte l'amélioration du sommeil; de celle de l'expectoration s'ensuit la suspension de la fièvre et des sueurs. De l'amélioration de tous ces symptômes provient l'augmentation de poids : l'urée, excrétée en vingt-quatre heures, augmente notablement; cette exagération de l'excrétion azotée ne dépend pas d'une dénutrition, mais d'une assimilation plus parfaite, car le poids s'élève à mesure que le taux de l'urée est accru; on retrouve aussi dans les urines une proportion plus considérable d'acide phosphorique et de chlorure sodique; si l'acide phosphorique augmente, c'est que l'assimilation est plus active, et que la déperdition de phosphates a diminué par arrêt de la sécrétion purulente; le chlorure de sodium a une origine purement alimentaire : plus on prend de lait, plus on élimine de chlore.

Le koumys répond donc à plusieurs des indications qui guident le thérapeutiste dans le traitement de la phthisie, mais il n'a pas une action spéciale contre la tuberculose; c'est un tonique reconstituant qui combat la consomption, quelle que soit sa forme, et on l'emploierait probablement avec autant d'avantages dans les anémies que dans la phthisie. C'est malheureusement un produit spécial, dont on doit faire un régime presque exclusif, et peut-être ne s'est-il pas propagé davantage pour cette raison.

II. Glycérine. — On a, beaucoup plus récemment, proposé, l'emploi de la glycérine; pas plus que le koumys, pas plus que la créosote, ce n'est un médicament nouveau; mais l'application et l'étude physiologique de ces médications sont de date toute récente. Dès 1856, Lindsay (*Edimburgh med. Journal*) la proposait comme succédané de l'huile de foie de morue dans la phthisie et la scrofule; en 1869, Davasse (1) l'employait pour améliorer les fonctions digestives; plus tard, on l'appliquait au traitement de la glycosurie (Bouchardat, 1875, Pavy (2), Jacobs (3), Harnack) (4). En 1877, M. Catillon publiait une étude physiologique complète de ce médicament (5); il est arrivé à conclure que la glycérine, à faible dose, exerce sur la nutrition une action favorable, qui se traduit par une augmentation de poids. La désassimilation est diminuée, car la glycérine fournit aux combustions respiratoires, c'est même ainsi qu'elle agit chez le diabétique, en empêchant l'autophagie; la quantité de l'urée est diminuée, et, cependant, il y a un très-léger accroissement de température (quelques dixièmes au plus) pour les petites doses, plus d'un degré pour les doses massives; la quantité d'urée diminue dans la proportion d'un tiers, quelle que soit la dose de glycérine employée; cette diminution d'urée correspond cependant à un accroissement de l'assimilation, car la glycérine favorise les fonctions digestives en les régularisant. Quelquefois, il en résulte une augmentation du chiffre de l'urée, qui contrebalance la diminution que nous signalions plus haut. Si l'on vient à augmenter la dose de glycérine ou à en prolonger l'usage, il se fait une élimination du médicament par l'urine, il est vrai que l'on constate cela en faisant un extrait alcoolique de l'urine; or, il nous semble que, dans ces cas, on a dans le résidu, outre la glycérine, toutes les matières extractives. La glycérine semble être comburée dans le sang même, car on ne la retrouve plus dans ce liquide peu de temps après l'ingestion par voie stomacale; elle possède des propriétés légèrement laxatives, et concourt à régulariser les fonctions digestives.

On doit l'employer à la dose de 15 à 30 grammes par jour; on doit éviter de donner des doses massives de glycérine, car elle pourrait produire des accidents comparables à ceux de l'alcoolisme aigu, si elle était introduite d'un seul coup dans l'estomac; mais prise peu à peu, même en excès, on n'observe pas d'accidents chroniques comme ceux qu'aurait produits l'alcool (6).

On devait donc profiter de ces propriétés physiologiques

(1) *Note de mat. méd. et de thérapeutique sur la glycérine.*
(2) Pavy and Abbotts Smith (*The Lancet*, 1868).
(3) *Virchow's Arch.*, Bd LXV, H. 4.
(4) *Revue des sciences méd.*, T. VI, p. 248.
(5) *Archives de physiologie*, 2e série, T. IV, n° 1, 1877, page 83.
(6) Dujardin-Beaumetz et Audigé, *Bulletin général de thérapeutique* et *Progrès médical*, 1876, p. 576.

© BIU Santé

de la glycérine pour l'employer comme succédané de l'huile de foie de morue ; plusieurs essais de ce genre ont paru donner de bons résultats, d'autant que l'on peut facilement associer la glycérine à d'autres substances, telles que les préparations ferrugineuses ; dans le service de M. Frémy, à l'Hôtel-Dieu, on emploie la formule suivante :

Glycérine	100	grammes.
Sirop d'iodure de fer (F. A. P.)	100	—
Sirop de morphine (F. A. P.)	200	—

Chaque phthisique prend par jour une ou deux cuillerées à bouche de cette mixture, ce qui correspond à 5 ou 10 grammes de glycérine. Nous avons eu l'occasion d'employer le chloral en même temps que la glycérine qui masque assez bien la saveur brûlante de cet hypnotique.

Chloral (hydrate)	2 grammes	à	4 grammes.	
Glycérine	20	—	30	—
Sirop de groseille	100	—	150	—
Essence de menthe	x gouttes.	—	xx gttes.	

Le chloral est facilement dissous à chaud dans la glycérine, celle-ci doit être parfaitement neutre, la glycérine un peu acide devant être réservée aux pansements; le traitement par la glycérine, pas plus que celui par le koumys, n'a d'autre but que de réparer les forces du malade ; la glycérine agit un peu comme les alcools en diminuant les pertes de l'organisme, mais elle ne s'attaque pas directement à la tuberculose.

III. Créosote. — Dans un travail récent, MM. Bouchard et Gimbert (de Cannes) ont remis en honneur le traitement de la phthisie par la créosote (1), et M. Hugues (2), dans une thèse passée ces jours derniers, est arrivé à des conclusions favorables à l'emploi de ce médicament. Découverte par Reichenbach en 1830, dans le cours de ses expériences sur le goudron de bois, la créosote fut étudiée par lui dans ses propriétés thérapeutiques. (*Bulletin de thérapeutique*, 1833.) Mignot, Breschet, Grandjean, appliquèrent le médicament nouveau au traitement de la phthisie pulmonaire ; mais les auteurs de cette médication voulurent trop prouver, ils firent de la créosote un spécifique, et un abandon trop immérité fit bientôt place à cet enthousiasme d'un moment.

Le mode d'administration du médicament était défectueux, le produit impur, les doses employées trop faibles pour produire des résultats physiologiques ou assez fortes pour causer un empoisonnement : 2 grammes de cette créosote causèrent la mort d'un sujet dont Orfila fit l'ouverture ; il nous semble bien probable que ce fut, dans ce cas, plutôt un empoisonnement par l'acide phénique que par la créosote. L'insuccès des premiers essais tenait à l'impureté du produit employé : on se servait d'un mélange tiré du goudron de houille, et non pas de la vraie créosote provenant de la distillation du goudron de bois de hêtre. Il a fallu que MM. Bouchard et Gimbert fissent faire une préparation spéciale pour avoir la créosote vraie, incolore, sans odeur phéniquée, la seule qu'ils aient employée dans leurs expériences.

Nous renverrons le lecteur à la thèse de M. Hugues pour tout ce qui a trait à la préparation de la créosote et à ses propriétés chimiques. Nous devons cependant signaler le caractère qui permet de reconnaître si la créosote employée est pure : c'est de dissoudre du produit à examiner dans l'alcool, de le diluer dans l'eau et de traiter le mélange par le perchlorure de fer ; ce réactif donne une coloration verte qui passe rapidement au brun (Bouchard).

Au point de vue qui nous occupe, la créosote se différencie du koumys et de la glycérine, en ce sens qu'elle ne paraît pas avoir d'action bien évidente sur l'organisme sain ; tandis que les deux autres médicaments caractérisent leur action par des différences dans le taux de l'urée et par un accroissement de poids. C'est ce dont M. Bouchard s'est assuré sur un adulte bien portant, du poids de 65 kilogr.: on a, pendant 34 jours consécutifs, noté l'état des principales fonctions, recueilli et dosé les urines ; pendant les 27 premiers jours, on a établi la moyenne de l'individu, pendant les 7 derniers, on a administré, matin et soir, 0 gr. 20 de créosote en solution alcoolique au 1/1000. M. Bouchard a vu ainsi que le sujet n'avait pas changé de poids, mais il respirait un peu moins souvent et la quantité d'acide urique était diminuée de près du tiers. Nous allons voir tout à l'heure que bien différente est l'action dans les cas pathologiques.

La condition essentielle de la bonne administration de la créosote est de la donner *aussi diluée que possible et parfaitement dissoute*, car il ne faut jamais oublier que c'est un caustique énergique. MM. Bouchard et Hugues emploient l'alcool créosoté et le vin créosoté ; M. Gimbert a proposé l'huile créosotée : voici ces formules :

Vin créosoté (*Bouchard et Gimbert*).

Créosote pure de goudron de bois	13 grammes 50.	
Teinture de gentiane	30	—
Alcool de Montpellier	250	—

Vin de Malaga Q. S. pour faire un litre.
De 2 à 4 cuillerées par jour, chacune dans un verre d'eau.

Huile de morue créosotée.

Huile de foie de morue	300 grammes.	
Créosote pure du goudron de bois	2 à 4 grammes.	

Cette huile s'administre à la dose de l'huile de foie de morue ordinaire.

La solution alcoolique s'emploie sous la forme suivante :

Alcool créosoté.

Créosote pure du goudron de bois	3 grammes 50.	
Alcool	125	—
Eau	125	—

Une cuillerée à bouche une demi-heure avant les repas, délayée dans un demi-verre d'eau.

Le travail de MM. Bouchard et Gimbert porte sur 93 malades, celui de M. Hugues sur 27, ce qui fait un total de 120 malades répartis ainsi : les uns (40) traités à Paris et à Cannes (53) par MM. Bouchard et Gimbert, les autres traités dans le service de M. Maurice Reynaud (27) ; ces cas répondent aux périodes suivantes de la maladie.

		1er degré.	2e degré.	3e degré.
Bouchard		4	23	13
Gimbert		4	44	5
Hugues		4	8	15
Total	120	12	75	33

Les 12 cas du premier degré ont tous donné des guérisons *apparentes*, caractérisées par une amélioration persistante durant encore au moment de la publication des résultats, ou des améliorations notables. Les 75 cas du second degré ont donné 20 guérisons apparentes, 26 améliorations (46 fois sur 75), 17 insuccès et 12 morts. Les 33 cas les plus défavorables ont fourni 13 améliorations, (plus

(1) *Note sur l'emploi de la créosote vraie dans le traitement de la phthisie pulmonaire* (*Gaz. hebd.*, 1877).
(2) *Traitement de la phthisie pulmonaire par la créosote vraie* (Thèse de Paris, 1878).

© BIU Santé

de 33 0/0), 9 insuccès, 11 morts et pas de guérison, même apparente : il faut dire que nous comptons les états stationnaires de M. Hugues avec les insuccès de M. Bouchard, pour éviter de dresser une statistique trop favorable. Une première conclusion se détache de ces données numériques : c'est que la créosote, comme tout autre bon traitement, n'est efficace que dans les deux premiers degrés de la phthisie ; on n'a, du reste, jamais eu la prétention de restaurer complètement un malade arrivé au dernier degré de la cachexie tuberculeuse. Il y a eu amélioration dans beaucoup de cas où la guérison ne pouvait se produire ; il y a, en effet, bien des nuances individuelles qui séparent des malades atteints du même degré de phthisie et comme le disent les auteurs précités : « ... Ces chiffres indiquent que la médication créosotée aurait été avantageuse dans tous les cas au premier degré, dans plus de la moitié au deuxième, dans le tiers au troisième ; qu'elle a échoué dans les deux tiers des cas au troisième degré, dans moins de la moitié au deuxième, dans aucun cas au premier ; qu'aucun phthisique au premier degré n'est mort, qu'aucun phthisique au troisième n'a guéri... »

La créosote agit en stimulant la nutrition en général, mais d'une façon indirecte, puisque nous avons vu qu'elle est, par elle-même, incapable de causer l'accroissement de poids ; c'est ce qui la sépare radicalement du koumys et de la glycérine : ces deux substances sont des toniques reconstituants, la créosote est, au contraire, un antiseptique et agit comme un balsamique : le koumys et la glycérine pourraient servir à traiter la consomption d'origine non tuberculeuse, la créosote au contraire ne servirait sans doute que de peu dans ces cas ; la glycérine, le koumys diminuent la suppuration en améliorant l'état général, la créosote au contraire guérit d'abord la suppuration et agit ainsi médiatement sur l'état général. Par son action comparable à celle des balsamiques, la créosote pure diminue l'abondance de l'excrétion purulente et calme par conséquent la toux ; moins de toux, moins de crachats causent une diminution parallèle des sueurs, des diarrhées et de la fièvre ; moins de fièvre moins de déperditions séreuses ou purulentes, donc augmentation de l'appétit et accroissement de poids.

Cet accroissement de poids a été vérifié bien des fois par la balance ; dans 38 observations on l'a observé 31 fois, et 7 fois le poids est resté stationnaire, or, c'est augmenter de poids que de ne pas maigrir au cours d'une maladie consomptive ; il ne s'agit pas ici de petites augmentations mais bien de kilogrammes, quelquefois même de 7 à 8 kilogrammes en deux mois.

Il arrive parfois que les malades ne peuvent pas supporter la créosote, ce qui est assez rare, tandis qu'il est assez fréquent de ne pouvoir administrer l'huile de foie de morue aux phthisiques : Quand elle est tolérée la créosote jouit d'une remarquable action sur les sécrétions pulmonaires dont elle combat l'abondance et la fétidité ; c'est ce que M. Bouchard nous a bien souvent montré sur nos malades de Bicêtre, même atteints de sclérose pulmonaire, ou de vieilles bronchites fétides. M. Hugues va plus loin, il semble attribuer à la créosote une action élective spéciale, il est disposé à y voir un remède de la tuberculose et non un médicament agissant sur la sécrétion purulente seule ; l'avenir dira si cette idée, qu'il n'est pas le seul à partager, est juste ; mais pour le moment, en présence du petit nombre de documents publiés, il serait téméraire de donner un avis sur une question aussi litigieuse.

Qu'elle agisse sur le tubercule, quel que soit son siége, ou qu'elle guérisse un poumon quoique tuberculeux, la créosote n'en est pas moins un médicament dont l'emploi semble indiqué, mais en suivant les recommandations des auteurs de la méthode, *en employant la seule créosote pure et en la diluant ;* on verra alors survenir une amélioration de l'état général, et une disparition progressive des signes physiques, surtout si le sujet est près du début de sa phthisie.

Nous avons eu l'occasion d'employer la créosote en même temps que la glycérine selon la formule suivante :

MIXTURE DE CRÉOSOTE ET DE GLYCÉRINE.

Créosote pure de goudron de bois.....	2	grammes.
Glycérine pure non acide.....	60	—
Sirop de groseille.....	120	—
Essence de menthe.....	xx	gouttes.

Chaque cuillerée à bouche contient 0 grammes 20 de créosote et 6 grammes de glycérine : en administrer de 2 à 4 par jour en diluant chaque cuillerée dans un verre d'eau ou d'eau gazeuse.

Cette préparation, qui n'est qu'une modification légère des formules de créosote citées plus haut, permet de profiter à la fois des avantages de la créosote et de ceux de la glycérine ; plusieurs malades auxquels nous l'avons appliquée ont eu des augmentations de poids rapides et bien prononcées, mais ils sont pour la plupart encore en expérience, aussi ne pouvons-nous ajouter de nouvelles données numériques à celles indiquées par MM. Bouchard et Hugues.

Des développements où nous avons dû entrer pour exposer les trois méthodes actuellement employées contre la consomption pulmonaire que devons-nous conclure ? à quel traitement devons-nous donner la préférence ? Il est fort difficile de se prononcer, nous n'oserions dans notre inexpérience trancher sans arrière pensée la question dans un sens ou dans l'autre : nous sommes en présence de trois médicaments également bons, également éprouvés ; l'un, le koumys est trop exclusif, on se le procurera toujours moins facilement que les deux autres, surtout si l'on exerce loin des grandes villes : ce sera donc quelquefois une raison qui restreindra, *ipso facto*, le choix du médecin à la glycérine ou à la créosote. Il nous semble que l'on devrait choisir alors la créosote, mais qu'on pourrait cependant très-bien allier les deux substances qui ne sont nullement incompatibles ; on aurait ainsi les avantages de la glycérine comme laxatif et tonique et ceux de la créosote comme antiseptique et modérateur de la sécrétion purulente : la mixture dont nous proposions plus haut la formule rend tolérable le goût de la créosote, goût auquel les malades se font bien rapidement ; peut-être conviendrait-elle aussi aux cas où l'estomac trop irritable ne supporte que difficilement la créosote.

La thérapeutique de la phthisie pulmonaire semble donc être entrée en possession de trois agents importants, dont l'étude physiologique complète paraît justifier l'emploi contre la consomption : c'est à l'expérience et au temps qu'il convient maintenant de demander si l'on a enfin un moyen de prolonger la vie des phthisiques, sinon de guérir complètement leurs personnes, mais que l'on n'oublie pas que le koumys, la glycérine, la créosote, ne sont que

© BIU Santé

des reconstituants et non des spécifiques, et que ce serait aller contre les règles d'une thérapeutique éclairée que de demander à ces agents nouveaux plus qu'ils ne peuvent donner, et d'exiger d'eux la guérison de lésions cavitaires avancées et la restauration complète d'un organisme usé par l'abondance de la suppuration. Ce qu'il faut essayer, c'est d'enrayer la marche d'une phthisie dès son début même, alors que les grandes fonctions physiologiques sont encore respectées, alors que l'on n'a à lutter que contre la détermination pulmonaire de la diathèse, un traitement donnera des résultats d'autant plus favorables qu'il sera appliqué à une époque plus éloignée de la consomption terminale.

H. DE BOYER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 janvier 1878. — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

M. CHARCOT, à propos du procès-verbal, montre à la société la photographie du cerveau d'une femme morte 38 ans après avoir subi la désarticulation de l'épaule gauche. Il n'existe pas d'atrophie cérébrale. Mais MM. Raymond et Dejérine ont constaté l'existence d'une atrophie scléreuse du faisceau latéral du côté correspondant dans la région cervicale de la moelle. Il s'agit donc, sans doute, dans ces cas d'une myélite scléreuse ascendante et la lésion cérébrale doit probablement dépendre du même processus, au lieu d'être une atrophie simple, comme on le pense généralement.

M. LUYS dit avoir fréquemment observé sur les cerveaux d'amputés l'atrophie de certaines parties du corps strié en relation avec le pédoncule cérébral.

M. CHARCOT compte faire, dans la prochaine séance, sous les yeux de la société, une expérience sur des hystériques atteintes d'amblyopie; comme préambule, il présente quelques considérations sur les troubles visuels chez les hystériques. Après M. Briquet qui signala chez ces malades une diminution de l'acuité visuelle, M. Galezowski prouva qu'il y avait, en outre achromatopsie ou dyschromatopsie, phénomènes qu'étudia particulièrement M. Landolt. Normalement, le violet n'est perçu que par les parties centrales de la rétine, puis viennent le vert, le rouge, l'orange, le jaune, enfin le bleu. Chez l'hystérique amblyopique, les centres correspondants se rétrécissent jusqu'à disparaître. L'hystérique perd donc la perception des couleurs en allant du violet au bleu, suivant l'ordre ci-dessus indiqué. Ceci posé, voici l'expérience maintes fois répétée par M. Charcot. Chez une amblyopique, on applique à la tempe une plaque du métal auquel elle est sensible, on voit peu à peu revenir la perception des couleurs du bleu au violet. On enlève la plaque, la malade revient progressivement à l'achromatopsie complète. Ces phénomènes se produisent des deux côtés, mais surtout du côté anesthésié. — D'ailleurs cette amblyopie se rencontre avec les mêmes caractères dans l'hémianesthésie de cause organique, consécutive aux lésions en foyer de la partie postérieure de la capsule interne. Elle est justiciable du même traitement qui peut même produire une guérison durable. Par contre, on n'observe rien de pareil dans les anesthésies d'origine spinale, de l'ataxie par exemple. Il est permis de supposer, d'après cela, que la lésion de l'hystérie siége au niveau des parties postérieures de la capsule interne. Du reste, le type d'ordre des couleurs cité plus haut, n'est pas constant. M. Charcot a observé un deuxième type où le violet et le vert conservent la même place, mais où le bleu remplace le rouge.

M. GALEZOWSKI fait une communication sur le même sujet. Il a eu l'occasion d'observer, dans le service de M. Vulpian, deux hémianesthésiques avec dyschromatopsie, l'une par hystérie, l'autre par lésion cérébrale organique. Chez tous deux, il a constaté que la perceptivité des couleurs diminuait avec la distance. Telle couleur disparaît à une petite, telle autre ne se perd qu'à une plus forte distance. En électrisant les malades, on peut éloigner le point où les couleurs sont encore perçues. Du reste, à l'état normal, on perçoit moins bien la couleur d'un objet quand on le regarde de côté. A l'état pathologique, en regardant de face, on a des résultats analogues à ceux qu'on aurait normalement par la vision périphérique.

M. GALEZOWSKI ajoute, à l'appui des idées de M. Charcot, que les malades atteints d'atrophie papillaire progressive, perdent d'abord le vert, puis le rouge et conservent longtemps la perception du bleu.

M. BERT fait remarquer que ces lois ne sont pas applicables aux animaux inférieurs : l'araignée, par exemple, voit bien le vert et n'est pas impressionnée par le rouge. Il communique ensuite à la société l'expérience suivante. Il fait porter à un peintre expérimenté des lunettes rouges ; il constate alors que l'artiste pouvait peindre avec justesse; mais les nuances délicates du rouge et surtout du vert lui échappaient.

M. JAVAL ajoute qu'il faut tenir compte du fond sur lequel sont les couleurs. Si, devant un œil porteur de lunettes rouges, on met un carton blanc sur lequel sont des lettres les unes noires, les autres rouges, on ne distingue plus le rouge.

M. CORNIL met en relief les différences qui existent entre les lésions tuberculeuses et scrofuleuses des ganglions lymphatiques. Toutes deux aboutissent à la caséification, mais par des processus distincts. Dans la scrofule, il y a cirrhose de l'organe avec oblitération des vaisseaux ; dans la tuberculisation les vaisseaux s'oblitèrent dès le début, en même temps que les cellules subissent la dégénérescence colloïde: l'adossement des cellules autour du vaisseau imperméable forme des zones transparentes très-faciles à percevoir au milieu du tissu sain, sous l'action du picro-carmin.

M. VIDAL avait fait voir dans une précédente séance que la lésion de l'acné varioliforme consiste dans une altération du noyau des cellules épithéliales glandulaires. L'examen de ses pièces, fait en commun avec M. Malassez, lui a démontré que non-seulement le noyau, mais encore le protoplasma est altéré. Du reste, il persiste à soutenir, contrairement à M. Renaut, qu'il s'agit là d'une dégénérescence colloïde et non cornée de la cellule.

L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 janvier 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

Election d'un membre titulaire dans la section de pathologie interne. Se sont présentés en première ligne, M. Peter; en deuxième ligne, M. Raynaud; en troisième ligne, M. Bucquoy ; en quatrième ligne, M. Fournier. Votants, 71 ; majorité absolue, 36. Ont obtenu : M. Peter, 52 voix ; M. Raynaud, 13; M. Fournier, 4 ; M. Bucquoy, 1 ; bulletin blanc, 1. En conséquence, M. Peter est proclamé membre de l'Académie de Médecine ; son élection sera soumise à l'approbation de M. le président de la République.

Suite de la discussion sur le travail de M. Verneuil intitulé : Faits pour servir à l'histoire de la désarticulation de la hanche. Remarques sur les procédés opératoires.

M. RICHET se conformant au cadre tracé par M. Verneuil se propose d'étudier les deux problèmes suivants : 1° quel est le meilleur moyen de se rendre maître du cours du sang pendant l'opération de la désarticulation de la cuisse; 2° quel est le meilleur mode de pansement après cette opération pour prévenir les accidents consécutifs et particulièrement la septicémie. Tout d'abord il rappelle trois observations personnelles de désarticulation de la hanche; la première est relative à un jeune homme qui reçut un coup de feu dans le pli de l'aine gauche et chez lequel existait une fracture du col de fémur avec des désordres très-étendus ; la deuxième a trait à un jeune homme de 16 ans, atteint d'une periostite suppurée diffuse de l'extrémité inférieure du fémur droit ; la dernière enfin concerne une jeune fille portant un vaste ostéo-sarcome à la partie supérieure du fémur qui mesurait plus d'un mètre de circonférence et envahissait déjà les parties molles.

De ces trois faits, le premier fut malheureux, les deux autres furent deux succès. M. Richet a toujours eu recours au procédé à deux lambeaux avec quelques modifications; il s'est efforcé de limiter les hémorrhagies soit en comprimant direc-

© BIU Santé

tement l'artère fémorale, soit en exerçant une compression, à l'aide d'éponges, sur les artères béantes, soit enfin en liant les vaisseaux incisés.

En ce qui concerne la compression exercée sur la fémorale ou sur l'aorte, il n'hésite pas à déclarer que les meilleurs compresseurs échouent, en raison de l'élasticité même des parois abdominales.

Aussi, le moyen préconisé par M. Verneuil et qui, comme on le sait, consiste à lier les vaisseaux avant de les ouvrir et quel que soit leur calibre, doit-il être considéré comme un réel progrès chirurgical.

M. Richet, envisageant les trois modes de pansement qui se disputent aujourd'hui la suprématie, c'est-à-dire, le pansement fermé, le pansement plat ou à ciel ouvert, et le pansement mixte ou intermédiaire, reconnait à ce dernier des avantages incontestables qu'il a pu contrôler non seulement dans sa pratique hospitalière, mais aussi dans sa pratique urbaine.

Dans le cas présent, ou plutôt, après la désarticulation de la cuisse, la plaie est beaucoup trop vaste, beaucoup trop anfractueuse pour qu'il soit possible de songer à la fermer exactement au moyen d'un pansement par occlusion. Ces raisons ont sans doute conduit M. Verneuil à appliquer ici le pansement ouvert. Ce mode de pansement est très-défendable quand il s'agit de plaies peu étendues et peu profondes, bien que M. Richet préfère encore le pansement mixte; et, au nombre des dangers très-graves du pansement à plat, il cite l'abondance de la suppuration sur une aussi vaste surface, suivie d'une fièvre traumatique et d'un épuise ment plus ou moins rapide. Ce que M. Verneuil veut éviter, c'est la fièvre purulente, la septicémie, et il se flatte d'y parvenir avec le pansement à plat et les liquides antiseptiques. M. Richet est d'accord avec lui, mais seulement en tant qu'il s'agit de plaies d'une étendue médiocre; si, au contraire, la suppuration est excessive, l'affaiblissement progressif du malade sera rapide et nous savons tous que cet épuisement est une des plus puissantes causes de l'infection du sang par le pus. Les statistiques permettent d'établir que, après la désarticulation coxo-fémorale, la plupart des opérés ont succombé dans les huit premiers jours qui ont suivi l'opération. Est-ce à l'infection purulente? La septicémie certes apparaît plus tardivement et alors que la suppuration établie depuis quelque temps prend le caractère infectieux. C'est donc la fièvre traumatique qui emporte le plus grand nombre des opérés. Le pansement de M. Verneuil ne semblant pas s'opposer à cette grave complication, M. Richet déclare partager l'opinion de M. J. Rochard sur ce point. Le pansement mixte est ici logique et applicable; en réunissant les lambeaux dans les deux tiers et même les trois quarts de leur étendue, on diminue la surface traumatique d'autant, et on limite la suppuration à un tiers de la plaie. Cette réunion, M. Richet la pratique de deux façons, d'abord à l'aide des sutures qui maintiennent les lambeaux bien plus immobiles que les agglutinatifs et puis au moyen de la compression exercée sur leur base à l'aide de la charpie ou de la ouate. De cette façon, on évite les accumulations des liquides derrière les sutures. Le tiers interne et le tiers externe des lambeaux étant ainsi exactement ruinés, profondément et superficiellement, M. Richet maintient le tiers moyen, celui qui correspond à la cavité cotyloïde, ouvert pour le passage des fils à ligature et du double tube élastique. Ainsi se trouvent assurés l'écoulement des liquides de dedans en dehors et le passage des liquides antiseptiques de dehors en dedans. De la sorte, dit M. Richet en terminant sa communication, on réalise des deux plus puissantes indications de toute amputation pratiquée dans les conditions hygiéniques où nous nous trouvons placés dans les grands centres : 1° diminuer le plus possible l'étendue de la surface traumatique; 2° assurer le libre écoulement des liquides contaminés et l'introduction facile des liquides antiseptiques.

M. Pasteur, ne prétend pas aborder ce débat chirurgical : cependant, il ne saurait laisser passer sous silence les réflexions que lui suggère la question de septicémie et qu'il soumet au jugement des chirurgiens de l'Académie. Les vibrions de la septicémie sont des êtres *anaërobies* qui vivent absolument dans le vide ou l'acide carbonique pur; l'air les tue. Ces vibrions placés dans un milieu privé d'air ou chargé d'acide carbonique se transforment en germes et l'air est impuissant à les détruire. Le développement de ces germes est subordonné à l'existence d'un milieu dans lequel on a fait le vide ou dans lequel on a fait arriver de l'acide carbonique; si, au contraire, ces germes sont exposés dans des liquides qui renferment de l'air, ils ne peuvent plus se développer.

A cinq heures, l'Académie se constitue en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les prix de l'année 1877.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 30 novembre 1877. — Présidence de M. Charcot.

23. Note sur un cas d'ostéome intra-médullaire du tibia gauche; évidement; guérison; par MM. Ch. Sarazin, membre correspondant de la Société de chirurgie, et A. Petit fils, médecin de l'hôpital de Vierzon (1).

Madame B..., de Vierzon. Tempérament lymphatico-nerveux, est âgée de 22 ans, brune, mariée depuis 3 à 4 ans, mais sans enfants. Au commencement de 1874, cette jeune femme se heurta contre un jouet d'enfant, au niveau de la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen du tibia gauche. De là, douleur insignifiante à laquelle on n'attacha aucune importance. Huit jours après, la douleur n'avait pas changé, mais commença à inquiéter la malade par sa persistance. On épuisa toute la série des liniments et, après quelques semaines on se décida à faire appeler un médecin du pays. Celui-ci conseilla des badigeonnages à la teinture d'iode, puis l'enveloppement ouaté du membre. Ce traitement n'eut aucun succès. La malade consulta un médecin de Bourges qui fit appliquer successivement plusieurs vésicatoires qui procurèrent un certain soulagement, mais cela dura peu. Ce médecin s'enquit de la syphilis et institua au traitement ad hoc, mais sans aucun résultat appréciable. Après 8 à 10 mois de souffrances, la malade se rendit à Paris, en octobre 1874, concerta plusieurs chirurgiens très-connus qui, tous admirent l'existence d'une ostéo-périostite traumatique. On ordonna l'emplâtre de Vigo et des frictions avec des pommades mercurielles. Un mois ou deux après, vers la fin de novembre, Madame B... me fit appeler. Je constatai que cette jeune femme était dans un état général mauvais, car le sommeil et l'appétit avaient disparu depuis longtemps. Comme état local, la jambe gauche était infiltrée au niveau de la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen. La face interne du tibia était hypertrophiée dans toute sa largeur et dans une longueur d'environ 0,05 cent. Le bord antérieur faisait également saillie au même niveau. Sur toute cette surface, la peau avait acquis une sensibilité telle que le frôlement des doigts faisait pousser des cris à la malade. Je pensai également à une ostéo-périostite traumatique et, en présence d'une douleur aussi violente, surtout la nuit, je proposai au bout de quelques jours le débridement du périoste. L'incision faite dans toute l'étendue de la lésion, au milieu de la face interne du tibia, soulagea considérablement la malade, mais pour quelques jours seulement. Je conseillai alors l'application du cautère actuel, et, à plusieurs reprises, je fis des cautérisations transcurrentes amenant beaucoup de soulagement, mais sans aucune durée. L'état général s'aggravait, il y avait urgence d'intervenir, je proposai l'évidement et j'avertis de la nécessité d'avoir au moins un autre médecin avec moi. Après avoir accueilli ma proposition assez froidement, la famille voulut avoir l'avis de M. Ch. Sarrazin, qu'on alla consulter à Bourges. Ce savant chirurgien admit également la nécessité de l'évidement, mais son opinion fut qu'on avait affaire à un abcès enkysté.

Le 1er juillet 1875, l'opération eut lieu au domicile de la malade. Pendant l'administration du chloroforme on appliqua l'appareil d'Esmarck; — M. Ch. Sarazin fit une incision verticale au milieu de la face interne du tibia, puis une seconde,

(1) Présentée par M. Houel.

© BIU Santé

perpendiculaire à la première, à la façon d'un T couché sur le côté. Les lambeaux furent relevés. L'os mis à nu avait l'aspect et la consistance du tissu éburné. On appliqua deux couronnes de trépan, la seconde pénétra dans le canal médullaire et après quelques coups de gouges à main, l'opérateur dégagea une petite tumeur osseuse, ovoïde, d'environ, 0,012 de long et 0,009 de largeur et d'épaisseur, qui obturait complétement le canal. Le tissu avoisinant la tumeur était violacé et friable, on le fit disparaître avec la gouge. Il n'y eut que quelques gouttes de sang répandu. On fit un pansement ouaté que je renouvelai quelques jours après et tout alla bien pour la malade qui, au bout de quelques semaines a pu marcher. Les douleurs ne reparurent plus à aucun moment aussi intenses qu'auparavant. Actuellement, elle va très-bien et se livre à ses occupations, mais elle a toujours à certains moments quelques douleurs dans la jambe gauche.

OBSERVATIONS. — Ce fait est remarquable à plusieurs titres. D'abord la difficulté du diagnostic est évidente puisque plusieurs chirurgiens très-connus avaient admis une ostéo-périostite. On avait pensé à la syphilis. M. Sarazin croyait à un abcès enkysté. Toute cette sagacité fut inutile et on eut une énostose, c'est-à-dire une variété d'ostéome très-rare, d'après Cruveilhier (traité d'Anat. path., t. III, p. 869), et que Virchow (traité des tumeurs, t. II, p. 40), n'a vu que sur le cadavre.

Ce fait est encore utile à considérer au point de vue de la récidive, qui est à craindre, puisqu'il y a parfois des douleurs au niveau de la lésion, et qu'enfin le léger traumatisme, qui a pu causer une pareille néoplasie, pourrait se reproduire, et avec beaucoup plus de chances que la première fois, ramener la même affection. Il serait donc très pratique, quand on opère sur les diaphyses, d'éviter les chocs et pour cela il importerait de prescrire l'emploi du maillet, même en plomb.

Au triple point de vue clinique, anatomo-pathologique et thérapeutique, cette observation d'ostéome m'a paru digne d'attirer l'attention de la société, et c'est ce qui m'a engagé à la présenter au nom de M. Ch. Sarazin et au mien.

24. Tumeur du mollet (sarcôme) : amputation de la jambe. — Mort. — Généralisation reconnue à l'autopsie ; par M. CHUQUET, interne des hôpitaux.

Grancher, Rose, 66 ans, entrée le 16 novembre 1877, salle Saint-Augustin, n° 17 (service de M. VERNEUIL), est une femme robuste qui n'a jamais été malade. Elle a eu deux enfants qui sont d'une excellente constitution. En fouillant ses antécédents, on trouve quelques atteintes peu graves de rhumatisme; l'auscultation du cœur fait entendre un léger souffle probablement dû à une insuffisance mitrale. La malade a l'oignon arthritique. L'examen des viscères est absolument négatif. L'examen des urines ne décèle ni sucre, ni albumine.

Au mois de mars dernier, cette femme remarqua un peu de gonflement de la jambe droite, en un point correspondant au jumeau interne; il ne s'agissait que d'un gonflement diffus, difficile à percevoir et surtout à limiter. La tumeur était complètement indolente, ce n'est que trois ou quatre mois plus tard, quand elle eut acquis un certain développement, qu'elle devint le siége de douleurs tantôt sourdes, tantôt lancinantes, assez vives. Continuant à grossir, elle envahit la partie supérieure de la jambe. La douleur s'irradiait dans le creux poplité.

A son entrée les douleurs ont cessé complètement. La tumeur occupe toute la région du mollet, elle est surtout développée en haut. La palpation fait percevoir une sensation de rénitence qui peut être celle d'une tumeur solide, mais dont la sensation ressemble aussi à celle que donne une poche fortement distendue par du liquide. La peau, couverte par un réseau veineux, n'est nulle part adhérente, la tumeur semble développée sous les muscles superficiels du mollet. On ne trouve rien d'anormal dans le creux poplité. Les ganglions verticaux de la cuisse ne sont point engorgés. La sensibilité est absolument intacte au pied. Il existe un peu d'œdème au niveau de la tumeur; on n'en constate point au pied. Les artères battent normalement. Le professeur Verneuil dans une clinique éloigne successivement l'idée d'un abcès froid, d'un anévrysme, d'un kyste hydatique, d'un hématome. Il croit en l'existence d'une tumeur fibro-plastique, dans laquelle s'est fait peut-être un épanchement sanguin, d'où la rénitence, la quasi-fluctuation de la tumeur. Avant de proposer l'amputation à la malade, il se décide à faire une ponction exploratrice.

19 *novembre*. La ponction exploratrice faite avec une fine aiguille préalablement chauffée et lavée dans l'acide phénique ne donne issue qu'à quelques gouttes de sang. Dans la cavité de l'aiguille sont ramenés des détritus grisâtres qui, examinés par le Dr Nepveu, ont fait voir des éléments fusiformes en voie de régression, c'est-à-dire chargés de granulations graisseuses. L'amputation est alors décidée et M. Verneuil pense qu'il faut opérer cette tumeur en dirigeant les incisions de telle sorte que l'on puisse faire l'énucléation si l'état des vaisseaux, des nerfs et des parties profondes le permet.

20 *novembre*. La ponction exploratrice a déterminé malgré les précautions prises une inflammation circonscrite.

22 *novembre*. La malade refuse l'opération qui lui est proposée. — Du 22 au 27 une eschare se forme au point piqué et la rougeur s'étend.

28 *novembre*. La malade ayant enfin accepté l'intervention chirurgicale, M. Verneuil fait une incision latérale, reconnaît la tumeur siégeant dans le soléaire, et constatant qu'elle s'étend sur les parties profondes et que probablement elle englobe les vaisseaux, il fait une amputation à deux lambeaux au 1/4 supérieur de la jambe. Le tronc tibio-péronier est lié. En faisant ses ligatures le chirurgien aperçoit dans la veine poplitée un caillot long de quatre à cinq centimètres, qu'il retire avec des pinces. On applique le pansement ouaté. T. soir, 37° 4.

29 *novembre*. La malade n'a pas mangé : elle souffre de son membre amputé. Les urines sont rares et déposent des sédiments ressemblant à de la brique pilée. Quantité 200 grammes. Comme la malade est cardiaque, la digitale est prescrite. T. matin, 37°, soir, 37° 2.

30 *novembre*. La malade a vomi sa potion de digitale. Elle ne peut manger. Les douleurs sont moins vives. Les urines sont teintées en noir. 400 gr. Lait, bic. soude. T. 37°.

1er *décembre*. Le soir le pansement ouaté est remplacé par le pansement ordinaire de M. Verneuil. — tarlatane et acide phénique — à cause d'une hémorrhagie persistante. Un examen attentif ne révèle aucun jet artériel; après le changement de pansement l'hémorrhagie s'arrête immédiatement. Les vomissements continuent. L'inappétence est absolue. C'est avec les difficultés les plus grandes qu'on parvient à faire prendre à la malade un peu de lait. Les urines sont rares et ont toujours la teinte noirâtre.

2 *décembre*. Même état général. Purgatif.

3 *décembre*. La malade a pu prendre et garder un peu de bouillon. La plaie commence à bourgeonner. M. 37°; soir 38°. L'oligurie persiste. 400 gr. d'urine.

4 *décembre*. Des douleurs lombaires vives se font sentir. La malade souffre au niveau du sacrum : les téguments rougissent en ce point.

5 *décembre*. Les douleurs et l'oligurie persistent. Le chloral, 14 injections de morphine calment difficilement la malade.

6 *décembre*. La température qui oscillait entre 37° et 38° vient de subir une ascension notable 39° 2, cependant pas de frissons. Les vomissements persistent ainsi que les douleurs lombaires. Le pansement ouaté est réappliqué afin que la malade puisse se mouvoir dans son lit. La plaie n'a pas mauvais aspect, elle bourgeonne partout sauf au centre où il existe un point grisâtre, comme s'il existait une infiltration purulente du muscle et du tissu cellulaire à ce niveau. L'examen des urines est négatif. 60 centigrammes de sulfate de quinine.

10 *décembre*. Les lèvres sont couvertes d'une éruption d'herpès. La langue est sèche, noirâtre: Un peu de subdelirium existe le matin. Urine, 400 grammes. T. 38° 2; soir: T. 39° 2. M. Verneuil émet, devant ces accidents insolites, l'hypothèse d'une généralisation à marche rapide.

11 *décembre*. La température est descendue à 37°, mais la langue est sèche, le facies est cadavérique. Urine, 400 grammes.

12 *décembre*. Les douleurs lombaires persistent; au niveau de l'échancrure sciatique, il existe un point douloureux. L'agitation est très-grande, la malade perd ses urines. Les es-

© BIU Santé

chares augmentent d'étendue. La température s'élève, 39° 6; 40° le soir.

13 *décembre*. Le pouls devient faible mais n'est pas très-fréquent, 96. Il était de 86 pulsations par minute quelques jours après l'opération. Douleur par la pression au niveau du rein gauche. La malade accuse une douleur spontanée très-vive au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche, la pression et les mouvements communiqués arrachent des cris à la malade. T. soir, 40° 15. A la visite du matin, on trouve la malade à l'agonie, plongée dans une sorte de coma; elle meurt quelques heures après sans présenter de phénomènes dignes d'être mentionnés.

AUTOPSIE. — *Examen de la tumeur et des viscères*. La jambe enlevée a été examinée aussitôt après l'amputation. La tumeur développée dans l'épaisseur du muscle soléaire a la forme d'un ovoïde à grosse extrémité dirigée en haut. Elle pèse environ un kilogramme. Elle sort de la gaîne du soléaire en deux endroits, en arrière où elle envahit le jumeau externe, en avant de telle sorte que les vaisseaux et les nerfs situés entre les deux couches musculaires sont englobés dans la tumeur. En bas et dans le muscle jumeau, là où la tumeur semble être récemment développée, elle forme des noyaux blanchâtres, arrondis, un peu ramollis au centre de sorte que, à la coupe, la petite tumeur s'affaissant au centre paraît encavée. Plus haut, les noyaux sont confluents, plus jaunes, plus ramollis; les fibres musculaires qui existent encore en bas, séparant les noyaux jaunes, ont disparu en ce point.

Les vaisseaux et nerfs tibiaux présentaient des particularités remarquables. La veine renfermait, en certains points, des productions absolument analogues à la tumeur elle-même. Celle-ci avait végété dans sa cavité. L'artère était seulement aplatie, mais perméable encore. Le nerf qu'il a fallu sculpter dans la tumeur ne présentait pas cependant d'altération de ses éléments.

L'*examen microscopique* a révélé que la tumeur était formée dans les parties jeunes d'éléments rondo-cellulaires et de quelques éléments fuso-cellulaires. Plus haut ceux-ci, mais dégénérés, existent seuls. Autour des points envahis, on retrouve les muscles en dégénérescence granulo-graisseuse. Après la mort, l'examen de tout le membre inférieur donne les résultats les plus intéressants. Le creux poplité est rempli de pus et de masses jaunâtres arrondies, ganglions en voie de dégénérescence cancéreuse, ayant suppuré à la suite de l'opération. Dans la fosse iliaque, deux gros ganglions de la dimension d'un petit œuf, sont placés autour des vaisseaux iliaques. Les ganglions verticaux du triangle de Scarpa ne sont pas envahis. L'artère présente à son extrémité inférieure un caillot très-peu adhérent de un centimètre de longueur. La veine ne renferme pas de caillot dans la cuisse. A la partie inférieure, dans le creux poplité, elle est oblitérée par une coagulation noirâtre, peu volumineuse, non adhérente, et dans les cinq derniers centimètres, elle contient une matière manifestement puriforme,

Le *foie* est légèrement graisseux, il ne renferme ni abcès métastatique, ni noyaux cancéreux. La rate ne présente point d'attraction spéciale. Les reins ont l'apparence de reins séniles; c'est-à-dire de reins atteints de néphrite interstitielle commençante. Les poumons sont farcis de noyaux cancéreux dont les dimensions varient de celle d'un petit pois à celle d'une cerise. Ils semblent récemment formés, tant à cause de leur petit volume, qu'à cause de leur aspect. Le cœur a les valvules saines, à part quelques rugosités au niveau de la valvule mitrale. L'articulation tibio-tarsienne gauche est pleine de pus. L'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil présente les lésions de l'arthrite sèche.

M. Verneuil, qui nous a engagé à présenter les différentes pièces pathologiques à la Société, appela l'attention, dans des cliniques qu'il fit à ce sujet, sur plusieurs points que nous résumons ici. 1° La tumeur (1) que nous avons décrite est peu commune. Elle a son origine dans les aponévroses intermusculaires. 2° Les accidents produits par la piqûre montrent combien les traumatismes, même légers, prennent une haute gravité quand ils atteignent des tissus pathologiques. 3° L'observation prouve un fait sur lequel le professeur a depuis longtemps appelé l'attention. Chez les individus diathésiques, un traumatisme réveille une diathèse assoupie, aggrave les manifestations de celle qui évolue. On opère unpaludique; sous l'influence de l'opération, une fièvre à allure intermittente peut apparaître et exciter les craintes les plus vives. Chez notre malade, la diathèse cancéreuse se traduit après l'intervention chirurgicale par une rapide généralisation, tant dans les ganglions que dans les viscères. 4° Cette généralisation s'accomplit au milieu de phénomènes généraux qui ne rentrent aujourd'hui dans aucun cadre connu, mais qui pourront probablement un jour être groupés et former une entité clinique. 5° Notre malade est-elle morte d'infection purulente? Le doute est permis à cet égard; comme signe de cette affection nous n'avons que l'arthrite purulente de l'articulation tibio-tarsienne, pas de tracé thermométrique typique, pas de grands frissons, pas d'abcès métastatiques dans le foie et dans le poumon. Peut-être s'agissait-il d'une de ces arthrites telles qu'on en voit survenir dans le cours des néphrites chez des sujets rhumatisants.

Sur la proposition de M. LANDOUZY, la Société décide que le *prix Godard* sera décerné à la séance solennelle de rentrée de 1879. La commission chargée d'examiner les travaux présentés pour ce prix sera élue dans la première séance de juillet 1878.

(1) Elle a été déposée au musée Dupuytren.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 janvier 1878. — PRÉSIDENCE DE MM. PANAS et GUYON.

Mentionnons, parmi les nombreuses pièces de la correspondance, une intéressante observation de M. le dr Mabour, médecin aide-major au 37e de ligne, sur l'existence simultanée chez une femme d'une hernie inguinale étranglée et d'une hernie crurale enflammée. Une double kélotomie a été pratiquée, et la malade a guéri.

M. CAZIN (de Boulogne), membre correspondant, envoie à la Société un malade, chez lequel il a diagnostiqué un anévrysme de l'artère carotide interne. Cet homme très-robuste, âgé de 40 ans, a ressenti pour la première fois il y a dix-huit mois des sifflements dans l'oreille gauche. Les sifflements ont persisté depuis cette époque; et, il y a un mois environ, le malade, qui conduisait une voiture, a été frappé d'une diplopie subite qui l'a forcé à remettre les rênes à son cocher. A partir de ce moment il a vu double; il y a strabisme convergent de l'œil gauche; et la diplopie cesse lorsque le malade regarde à sa droite. — Les sifflements dans l'oreille gauche sont isochrones aux battements du pouls. Au niveau de l'oreille droit on perçoit très-distinctement un bruit de souffle qui rappelle assez bien le cri du vanneau. Le minimum de ce bruit correspond à l'oreille gauche. La compression de l'artère carotide gauche fait disparaître le bruit de souffle.

Le malade n'offre ni exophthalmie ni battements du globe oculaire. Il baisse facilement la tête, et ne présente aucun symptôme cérébral. Le nerf moteur oculaire externe seul est comprimé. On n'observe pas de trouble de la circulation nerveuse de la tête, et les artères ne paraissent nullement athéromateuses au toucher. En présence de ces symptômes qui ne laissent subsister aucun doute pour le diagnostic, M. Cazin demande quelle est la conduite à tenir. Il incline personnellement pour la compression digitale de la carotide, qui a déjà donné un cas de guérison à Vanzetti.

M. VERNEUIL dépose sur le bureau de la Société une brochure de M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, sur l'emploi du *gurjum balsam* dans le traitement de la blennorrhagie. Le gurjum a toutes les propriétés du santal, et il se vend à très-bon compte, ce qui constitue un sérieux avantage.

Aux documents déjà présentés dans le cours de la discussion sur le mal de Pott, M. Marjolin ajoute les faits nombreux tirés de la pratique de l'hôpital maritime de Berck. De 1869 à 1877, M. le docteur Perrochaud a eu à traiter, à Berck, 359 enfants atteints de mal de Pott. La statistique qu'il fournit à ce sujet, ne pourra manquer d'avoir une grande valeur. Enfin, M. Laugier fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Etude médico-légale sur les déchirures de l'intestin dans*

© BIU Santé

les contusions de l'abdomen. La correspondance et les présentations terminées, le président sortant, M. Panas, invite M. Guyon à prendre place au fauteuil de la présidence.

Le discours d'ouverture du nouveau président a été très-goûté. Accordant à chacun ce qui lui est dû, M. Guyon a reconnu publiquement les services rendus par la presse médicale, qui publie régulièrement les travaux de la Société. Un passage relatif à la prochaine exposition a obtenu des applaudissements unanimes. M. Guyon déclare que la Société de chirurgie est capable de soutenir dignement la comparaison avec les sociétés étrangères. Les représentants de la chirurgie française sauront montrer qu'ils distancent les Allemands de plusieurs longueurs, et qu'ils peuvent même lutter victorieusement avec les Américains et les Anglais.

La discussion sur les localisations cérébrales et la trépanation figurait à l'ordre du jour. M. Lucas-Championnière avait été touché au vif par le dernier discours de M. Desprès, qui s'était déclaré l'adversaire de la trépanation primitive dans les cas de fracture du crâne. Il répond aujourd'hui à son collègue sur un ton un peu acerbe, qui a pour résultat de donner à cette importante question, le caractère irritant d'une discussion trop personnelle. M. Lucas-Championnière épluche une à une les observations de M. Desprès, et tâche de les démolir en parsemant son argumentation de traits piquants pour son contradicteur.

Comme conclusion, M. Lucas soutient cette opinion absolue qu'il y a indication de trépaner toutes les fois que dans une fracture du crâne il existe une paralysie primitive. Si les documents récents manquent pour juger la trépanation en parfaite connaissance de cause, c'est qu'on ne fait plus guère la trépanation aujourd'hui. D'ailleurs, d'après M. Lucas, les succès ou les insuccès sont subordonnés aux conditions hospitalières dans lesquelles on opère ; et aujourd'hui que, grâce aux pansements antiseptiques, on peut éviter beaucoup de complications consécutives, les insuccès devront être plus rares.

M. Le Fort se déclare partisan absolu du trépan. Il a réagi l'un des premiers contre les idées de Malgaigne qui s'était déclaré opposé à la trépanation. Tout récemment, M. Le Fort a eu l'occasion dans son service de retirer plusieurs esquilles sur un blessé qui avait eu la voûte crânienne enfoncée par un casse-tête ; et son intervention a été couronné de succès.

Après M. Le Fort, M. Le Dentu vient soutenir les conclusions de son rapport attaqué par M. Desprès. L'honorable membre croit qu'on peut ouvrir la boîte crânienne, mais qu'il ne faut pas abuser de la permission. Les idées de M. Desprès lui paraissent trop absolues et ses raisons tout à fait insuffisantes. De même que des fractures de jambe compliquées de plaie peuvent guérir sans amputation, de même certaines fractures du crâne peuvent guérir sans trépanation. Mais on n'est pas plus en droit de proscrire l'opération du trépan pour tous les cas de fracture du crâne, qu'on ne serait en droit d'interdire l'amputation pour toutes les fractures de jambe avec plaie communiquante. Les statistiques produites sont d'ailleurs incomplètes. Pour avoir des éléments d'appréciation exacts, il faudrait prendre un certain nombre de fractures du crâne avec enfoncement, et comparer ensemble les résultats de l'intervention et de la non-intervention.

M. Le Dentu déclare qu'on ne peut rien prouver avec des faits isolés, et pour que la lumière se fasse pleine et entière il est nécessaire que la trépanation soit mise à l'étude.

M. Desprès, qui s'est difficilement contenu pendant les discours de MM. Lucas-Championnière et Le Dentu, répond à son tour et se montre tout aussi mordant. Il renvoie à M. Lucas les flèches que celui-ci lui a décochées, disant qu'il n'est pas permis de formuler une règle basée sur une seule observation. M. Desprès ajoute qu'il existe au musée Dupuytren un certain nombre de pièces probantes de guérison de fracture du crâne avec enfoncement ; et l'on a volontairement négligé de consulter ces pièces. Quant aux statistiques, voici ce qu'elles apprennent : la statistique de Bluhm qui a réuni les cas de fracture avec trépanation donne 48 0[0 de mortalité, la statistique faite par M. Le Fort sur le même sujet donne 52 0[0 ; enfin la statistique des hôpitaux de Paris, qui porte sur des cas où il n'y a pas eu d'intervention fournit seulement 42 0[0.

En terminant M. Desprès cite un extrait de M. Legouest, qui, quoique partisan de la trépanation, a dit, en 1866, à la Société de chirurgie que, lors de la guerre de Crimée, les Anglais, qui trépanaient, ne sauvaient pas un blessé, tandis que les Français qui ne trépanaient pas avaient 73 0[0 de mortalité.

M. Trélat a eu à traiter la question du trépan en 1875 dans son cours de la Faculté. Dès cette époque il avait établi cette formule d'enseignement : Il y a indication de trépaner dans deux conditions : 1° lorsque la fracture se complique de plaies des parties molles avec saillie des surfaces osseuses ; — 2° Lorsque dans le cours de la maladie, il se produit des symptômes qui indiquent la localisation. Cette opinion qu'avait M. Trélat, à une époque où les études sur les localisations cérébrales n'étaient pas encore très-avancées, il la professe encore aujourd'hui ; car, s'il est vrai que certains individus guérissent sans trépanation avec des enfoncements du crâne, il y a aussi beaucoup de blessés qui ne paraissent pas sérieusement atteints, qui n'ont pas d'enfoncement, et qui succombent à un abcès du cerveau.

M. Maurice Perrin précise encore davantage la conduite à tenir. D'après l'habile chirurgien du Val-de-Grâce, toutes les fois qu'il existe un enfoncement du crâne, il y a lieu de tenir compte des conditions anatomiques de la fracture plutôt que des symptômes observés. Le trépan primitif est indiqué s'il y a enfoncement, esquille, ou corps étranger. Quant au trépan consécutif, M. Perrin ne croit guère à son efficacité. Cependant cette opération peut avoir quelquefois sa raison d'être, et M. Perrin a cité lui-même un cas dans lequel le trépan consécutif avait abouti à la guérison du blessé.

Ch. Aveyzan.

Eloge de Demarquay; par M. de Saint-Germain. — (*Suite*). — Demarquay faisait donc travailler ses internes, ses externes; il travaillait avec eux et c'est de cette collaboration qu'est sortie cette masse imposante de mémoires, de notes, de communications, dont le chiffre s'élève à 137.

C'est ainsi qu'il publia : les Recherches expérimentales sur la température animale ; — les Applications de la glycérine à la chirurgie ; — le Traité des tumeurs de l'orbite : — Essai de pneumatologie médico-chirurgicale ; — de la Régénération des organes en physiologie et en chirurgie et les Recherches cliniques sur les lésions osseuses par armes de guerre.

Si l'on ajoute divers articles du Dictionnaire de médecine et de chirurgie tels que Avant-bras, Bec-de-lièvre, Chaleur animale, Côte et Exophthalmie, et parmi les nombreux mémoires cités plus haut, l'Absorption par les plaies, l'Action combinée du chloroforme dans la pratique chirurgicale, l'Euchondrome de la région parotidienne, le Galactocèle testiculaire, les Tumeurs érectiles des muscles, le Cancer primitif du larynx, etc., on aura une certaine idée de la production extraordinaire de Demarquay. Son activité était du reste extrême. Il aurait voulu communiquer à tous l'ardeur qui l'animait ; il stimulait le zèle des élèves, le trouvant généralement tiède, et ne comprenant pas qu'ils passassent devant des faits intéressants sans les noter et les étudier ; il leur proposait sans cesse des questions à élucider, leur indiquait des sujets de thèse, les engageait à faire des publications, et de toute manière les poussait au travail. Il obéissait en cela à un besoin de sa nature. « J'aurai, disait-il à son ami, le Dr Saint-Vel, qui me rapportait ses propres paroles, j'aurai agité bien des questions ; ce qui est mauvais sera rectifié ou sera non avenu ; ce qui est bon restera. »

Ennemi de la routine, il accueillait avec empressement toutes les choses nouvelles, les expérimentait volontiers dans son service, qu'elles eussent trait à la chirurgie, à la médecine ou même à la physiologie. Il avait du reste une prédilection toute particulière pour les expériences physiologiques, et il s'y livrait dans un petit laboratoire créé par lui à la Maison de santé. C'est dans ce laboratoire qu'il s'est occupé de la réparation des tendons, de diverses expériences sur le système osseux, de recherches sur la septicémie. Il lui manquait une condition indispensable à l'expérimentateur : le temps. Ces travaux ne pouvaient être que hâtifs et devaient manquer un peu de suite ; car il ne pouvait leur consacrer que le temps qui s'écoulait entre son service d'hôpital et ses occupations professionnelles.

Il mettait dans ses communications faites aux Sociétés savantes une trop grande précipitation et se hâtait trop de conclure. Cette activité fébrile, il l'apportait du reste dans son débit, et vous pouvez vous souvenir qu'on avait une certaine difficulté à le suivre. Il aurait eu en effet la parole facile s'il eût su la mieux régler ; mais à peine avait-il prononcé les premières phrases de sa communication d'une voix forte et bien timbrée qu'il oubliait de prendre un temps pour respirer, accumulait les périodes les unes sur les autres, et le souffle finissant par lui manquer, sa voix s'éteignait dans une sorte de râle sourd : il respirait alors bruyamment et reprenait avec un éclat

© BIU Santé

de voix qui ne faisait que mieux ressortir le vice de sa méthode. Ajoutons qu'à la fin de sa carrière l'emphysème dont il était atteint augmentait encore cette disposition.

Aimé des malades de la maison de santé dont il était l'âme, Demarquay avait le même succès dans sa clientèle. S'il avait, en effet, parfois des moments de brusquerie avec ses élèves ou même avec les assistants, il était toujours d'une très-grande douceur avec les malades; les interrogeait avec bienveillance, arrivait à les distraire en leur parlant de choses étrangères à leur affection, et leur faisait oublier leur mal tout en arrivant à les convaincre de tout l'intérêt qu'il leur portait.

Ce don, tout naturel chez lui, et qui avait pour base une bienveillance innée souvent poussée à l'extrême, séduisait au plus haut point; aussi ses malades devenaient-ils souvent ses amis, et cherchaient-ils à continuer les relations si passagères, le plus souvent, entre le chirurgien et l'opéré. Conscient de la sympathie qu'il inspirait, et qui s'exerçait plutôt sur les personnes étrangères à la médecine que sur ses confrères, Demarquay, le soir venu, aimait à fréquenter le monde, soit qu'il voulût ainsi se reposer d'une journée de labeurs, soit qu'il sentit péniblement l'isolement de la solitude; il passait quelques heures à son cercle, où il dînait, le plus souvent, et, de là, se rendait chez quelques-uns de ses riches clients, où il était toujours reçu à bras ouverts. Il était très-fier de cet accueil et en éprouvait un vif plaisir. Il semblait alors mesurer la distance parcourue par lui et ressentait un véritable orgueil à se voir choyé par les puissants de la terre, lui naguère si humble et si délaissé. Les honneurs lui étaient aussi très-sensibles, et ses amis se rappellent encore la joie d'enfant avec laquelle il reçut la croix d'officier de la Légion d'honneur. Malgré cette tendance, il sut résister au désir de briguer des fonctions publiques et ne se présenta qu'une fois, pour ainsi dire malgré lui, au Conseil général de son département.

Plus tard, il résista aux sollicitations de ses amis, dont quelques-uns étaient puissants et le dirigeaient vers ce but. C'est en vain aussi qu'il fut sollicité, en 1860, de se présenter à la députation. Si, plus tard, il fut maire de son pays, ce fut dans le seul but d'être utile à son village. Sans parler des dons considérables qu'il a faits à Longueval, c'est là qu'il trouvait l'occasion d'exercer sa grande bonté. Il partait souvent le samedi soir ou le dimanche matin, se dérobant à ses nombreuses occupations de la ville, parcourait avant l'aube ses plates-blandes et recevait, avant son déjeûner, les nombreux malades qui lui étaient adressés des environs, et leur donnait des consultations qui, pour être gratuites, n'en étaient pas moins faites avec le plus grand soin. Demarquay craignait, du reste, de passer pour un homme d'argent, et je suis convaincu que le désintéressement était une de ses qualités. Plusieurs confrères de province, et entre autres un ami commun, le docteur Sergent, m'ont affirmé que souvent Demarquay s'était déplacé à leur premier appel, sans condition, et s'était toujours contenté, et cela de la meilleure grâce du monde, d'une rémunération bien légère si on la met en ligne de compte avec le temps qu'il perdait.

Autre détail touchant: il consacrait tous les ans une somme de 1,200 à 1,500 fr., à aider quelque pauvre artiste dans le besoin, lui déguisant ainsi par l'achat d'une toile sinon sans valeur, au moins, sans notoriété, un don que sa fierté l'eût empêché d'accepter.

On le voit: plus on étudie l'homme, plus on constate chez lui la qualité dominante, la bienveillance. Ses rapports avec ses confrères étaient d'une très-grande aménité, et ses frottements avec le monde lui avaient même donné la force de dissimuler ses antipathies et de réfréner ce que son caractère avait de violence naturelle. Il n'en avait pas toujours été ainsi.

Un soir, c'était chez un de ses amis les plus intimes: un chiromancien bien connu avait déjà examiné quelques mains. Demarquay, qui lui était absolument étranger, lui tendit la sienne. Après quelques secondes d'examen: Vous avez dû tuer quelqu'un dans votre vie, s'écrie l'oracle. — Je suis chirurgien, dit modestement Demarquay. — Ce n'est pas ainsi que je l'entends, vous avez dû, dans votre vie, commettre un meurtre, ou, si vous ne l'avez pas fait, cela a été par une circonstance indépendante de votre volonté. A ces mots, Demarquay se troubla, rougit, se mit à rire avec affectation et ne tarda pas à se retirer. On venait de lui rappeler, en effet, par le plus grand des hasards, qu'à l'âge de 15 ans, se croyant insulté à la suite d'une vive discussion avec un de ses parents, il s'était saisi d'une fourche et avait vigoureusement chargé son adversaire qui n'avait dû son salut qu'à une prompte fuite.

Demarquay aimait à raconter qu'il fit tout au monde pour sauver un des martyrs de la Commune. Mêlé, en effet, par la nature même de ses fonctions dans les ambulances aux conversations des fédérés, il avait surpris un colloque dans lequel plusieurs dignitaires de la Commune parlaient de la décision prise d'arrêter, comme otage, l'archevêque de Paris. Il se rendit aussitôt à l'archevêché, offrit à Mgr Darboy un sauf-conduit qu'il s'était procuré non sans peine, et lui proposa de quitter Paris. L'Archevêque demanda quelques minutes pour réfléchir; puis, revenant calme et souriant: Mon bon ami, dit-il, je vous remercie de votre dévouement, Dieu m'ordonne de montrer à mon clergé, et à tous, l'exemple du courage et du sacrifice.

Une autre anecdote du même temps nous montre que Demarquay ne s'employait pas seulement à sauver les otages de distinction. Les prisonniers fédérés affluaient à Versailles et subissaient aussitôt un interrogatoire sommaire, suivi souvent d'une exécution rapide. Un jour, un grand gaillard, portant la capote militaire, répond au commissaire instructeur: Je suis un des brancardiers de l'ambulance du docteur Demarquay. Un témoin de cette scène se prend de pitié pour cet homme, part pour Paris et fait part à notre collègue de ce qui se passe. Le lendemain, à six heures du matin, Demarquay était à Versailles et enlevait son brancardier.

Nous voici arrivé à la fin de la carrière de notre collègue.

Nommé commandeur de la Légion d'honneur pour les services rendus durant le siége et la Commune, Demarquay a vu s'ouvrir devant lui les portes de l'Académie de médecine. Sa notoriété est considérable.

Il est arrivé à son apogée. Exemple frappant de ce que peuvent la ténacité et le travail, servis par de puissants organes régis par une volonté de fer, Demarquay s'est frayé péniblement, comme le bœuf trace son sillon, un chemin dans la vie sans se laisser séduire par les fleurs de la prairie ni arrêter par les ronces du chemin. Quand il a eu franchi les premiers obstacles, la fortune, jusque-là si marâtre, se prend d'amitié pour cet audacieux. Elle fait de lui son enfant gâté, et, ne lui refusant rien, lui souffle l'ambition d'arriver à tout. *Quo non ascendam* paraît être sa devise, et il veut confondre dans une même étreinte les succès dorés de la clientèle et les sévères lauriers de l'Institut. Là est sa faute, car le souffle lui manque et les déceptions arrivent. Son moral s'altère; une sombre tristesse s'empare de lui; il ne fréquente plus ses amis et trouve en rentrant chez lui son foyer bien seul et bien froid. Il lit alors et relit une lettre qui ne le quitte pas et que l'on trouvera sur lui après sa mort; c'est une lettre que lui a adressée son ami le plus cher dans une circonstance où Demarquay, voulant se marier, croyait avoir trouvé une femme suivant son cœur. Cette lettre l'a dissuadé; il le regrette peut-être.

Cependant sa santé s'altère visiblement; depuis quelque temps déjà un sommeil de mauvais augure vient l'accabler presque constamment; son teint jaunit; enfin un vomissement de sang survient. Demarquay se sent touché. Sa robuste constitution a tressailli sous le choc; il ne veut point rester à Paris. La mort a sa pudeur; il veut s'éteindre à Longueval, entouré des siens, et part en laissant brusquement sa clientèle, au milieu d'un concours d'agrégation dont il était juge en sa qualité de membre de l'Académie de médecine. Puis, qui sait? L'air natal a de mystérieuses propriétés et tout n'est peut-être pas perdu. Pourquoi ne serait-ce pas de l'anémie, comme ses amis le lui ont répété?

Hélas! l'illusion est de courte durée. Ses forces s'épuisent, ses jambes s'infiltrent. Il provoque une consultation et démêle sans peine au milieu des consolations qu'on lui prodigue et des pieux mensonges dont on veut l'abuser, sa condamnation sans appel.

Il s'occupe alors de bien mourir, s'enferme de longues heures avec l'instituteur de Longueval et dicte ses dernières volontés; une consultation suprême lui est pourtant réservée. Un de ses élèves, un de ses amis, Cazalis fils vient s'installer près de lui. Il se fait lire par lui sa correspondance et lui dicte les réponses. Celles-ci sont toujours calculées de façon à cacher son état réel, même à ses plus intimes amis.

Le fatal dénouement est proche. Un vomissement abondant de melæna lui arrive au milieu d'une promenade en voiture; à partir de ce moment il refuse de sortir et fait venir le curé d'un village voisin, un de ses anciens camarades d'école; et, comme me l'écrivait Cazalis, un de ces héros obscurs qui s'enferment dans un village et refusent tous les honneurs qu'on leur offre, un vieux prêtre connu de tout le département et qui, pendant deux terribles épidémies de choléra, a été le médecin, le garde-malade, le fossoyeur de son troupeau. Après une longue conférence avec lui, il reçoit les derniers sacrements avec une fermeté remarquable. Le lendemain, les douleurs redoublent, il les supporte avec un courage stoïque; et c'est avec peine que Cazalis lui fait prendre un calmant vers le soir. A dix heures on vient réveiller celui-ci. C'en était fait. Demarquay venait d'expirer.

J'ai sous les yeux son testament. Il commence ainsi:

Je remercie Dieu de tout le bien qu'il m'a fait, et je pardonne le mal qui m'a été fait.

Il a légué dix mille francs à la Société de chirurgie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 23 février 1878. — PRÉSIDENCE DE M. GUBLER.

M. GUBLER, président pour l'année 1878, prend place au fauteuil et remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait, il s'efforcera d'être à la hauteur de sa tâche.

M. BOUCHARDAT lit une note relative à la vente à la criée des viandes de boucheries. Ce nouveau débouché offert au commerce a permis de maintenir la viande à un bon marché relatif. A côté de cet avantage immense, il s'est produit un inconvénient qui pourrait devenir grave; des viandes charbonneuses ont été livrées à la consommation. Autrefois les agriculteurs enfouissaient les animaux atteints, aujourd'hui ils les livrent dès que la maladie est déclarée, à des bouchers qui les expédient en tout ou partie sur Paris. Aucun accident par ingestion de ces viandes n'a été constaté jusqu'ici.

Ce fait vient à l'appui des idées de Renault qui affirmait

© BIU Santé

l'inocuité des viandes charbonneuses après la coction. Mais il y a un autre danger; les porteurs qui manient ces viandes peuvent être atteints de pustules malignes, et trois exemples récents viennent à l'appui de ce fait. M. Richet a donné à l'Hôtel-Dieu, des soins à trois malades infectés de cette manière, et chez l'un d'eux, qui a succombé, on a pu constater à l'autopsie des bacteries spécifiques. Il faut songer aussi que la viande crue hachée est fréquemment prescrite aux malades, on ne saurait trop apporter de soin dans ce cas pour avoir une viande sérieusement examinée. L'administration a été saisie de cette idée et une commission composée de MM. Pasteur, Trélat, Hillairet et Bouchardat étudie cette question. Il serait à désirer qu'une loi permette d'infliger une pénalité sérieuse aux éleveurs et bouchers assez peu consciencieux pour compromettre sciemment la santé publique.

M. Mégnin donne communication d'un travail sur les affections parasitaires transmissibles à l'homme par les viandes de boucherie. Il est aujourd'hui hors de doute que la trichine et le tœnia sont ainsi transmis par des larves des cysticerques. La trichine est heureusement inconnue en France, cependant elle a été constatée dernièrement à Thionville. Le *tænia solium* est donné à l'homme par l'ingestion de la viande du porc atteint de ladrerie. L'auteur a pu constater ce fait dans son régiment en garnison à Vincennes (2e d'artillerie). Les viandes fraîches sont rigoureusement inspectées. Une commission reçoit les fournitures de viande salée, et ne réclame l'inspection que quand elle la croit nécessaire. Or, il est difficile de constater la présence des cysticerques dans la viande salée. Treize cas de tœnia s'étant déclarés dans le régiment, l'enquête a démontré qu'ils provenaient du lard fourni à la consommation. Un régiment voisin ayant un autre fournisseur a été indemne. Le *tænia inerme* serait transmis par la viande de bœuf. Les bœufs d'Afrique seraient ceux qui seraient atteints le plus fréquemment de ladrerie. M. Mégnin, depuis trois ans, n'a trouvé qu'un cas de tœnia inerme, il croit que la ladrerie chez le bœuf est très-rare. Il termine en réclamant une inspection sévère pour les fournitures de viande de porc. Autrefois, il y avait dans les marchés des langueyeurs jurés qui constataient les cas de ladrerie. On la reconnaissait par la présence de kystes contenant des cysticerques à la face inférieure de la langue de l'animal. Aujourd'hui ces experts sont supprimés, et si les animaux tués aux abattoirs de Paris, sont examinés, la surveillance est nulle dans les abattoirs particuliers de la banlieue. Il est donc urgent d'édicter une loi sévère contre ceux qui livrent ces viandes malsaines à la consommation, et il faut créer sans retard un service d'inspection qui exerce une surveillance active.

M. Valin répond aux objections de MM. Hudelot et Trelat relatives à son mémoire sur la désinfection des tissus par la chaleur. Le but qu'il a voulu atteindre a surtout été celui de faire entrer l'administration des hôpitaux dans une voie nouvelle, en lui offrant un moyen de désinfection pratique et peu coûteux. Des procédés meilleurs existent, celui de Smith par exemple, mais ils ont le défaut de détériorer les objets. Le désir de M. Trélat est radical, mais il coûterait cher. Si comme le demande M. Hudelot, on défait les matelas à désinfecter, l'administration reculera devant le prix de main-d'œuvre. Il n'a aucune objection contre l'emploi de la vapeur surchauffée, ce procédé sera excellent lorsque l'on possède un générateur de vapeur; s'il préconise l'emploi du gaz c'est que la dépense est minime et l'installation facile et peu coûteuse. La température est régulière et facilement atteinte. En Angleterre, a Nottingham par exemple, ce procédé est employé depuis trois ans, et les objets ne semblent pas avoir perdu de leur durée de service. Introduisons d'abord la désinfection dans la pratique le perfectionnement des appareils arrivera plus tard.

M. Hudelot a surtout insisté sur l'emploi de la vapeur surchauffée parce que dans tous les hôpitaux on a la vapeur sous la main, (buanderie, calorifère, etc.). La régularité de la chaleur est assurée par ce moyen et tous les employés sont aptes à s'en servir.

M. Trélat n'a point donné la destruction par le feu des objets contaminés comme moyen immédiat, mais comme *summun des desiderata*. Il y aurait à rechercher des matières premières peu coûteuses pour arriver à ce but, surtout pour les matelas. Il croit que la vapeur surchauffée est préférable au chauffage par le gaz.

M. Leroy de Méricourt. L'emploi de la vapeur est facile, et s'il est suffisant nous en trouverons de suite une application à faire à bord des bâtiments des paquebots. Lors du choléra en Crimée, les objets qui avaient servi aux cholériques furent tous sacrifiés. La perte fut immense et la pénurie de literie se fit bientôt sentir. Si ce procédé eût été connu on eut pu l'appliquer facilement. Les paquebots arrivant de pays infectés, ou ayant eu des maladies infectieuses à bord pourraient être tenus à désinfecter par cette méthode tous les objets avant le débarquement. Il serait utile d'appeler sur ce point l'attention de l'administration.

M. Tarnier. A la Maternité je possède un pavillon d'isolement qui contient huit chambres. Chaque malade reçoit en entrant un matelas neuf qui est brûlé à la sortie. Ces matelas sont confectionnés avec de la balle d'avoine. Il se trouve très-bien de ce procédé peu coûteux.

M. Gubler. M. Valin a parlé du procédé de Smith; comme étant excellent sauf le défaut de détruire les tissus à désinfecter. Selon moi, ce moyen est détestable à tous les points de vue; ceux qui l'emploient sont exposés à de véritables dangers. A Beaujon, ce procédé fut mis à l'essai en 1865 ou 1866; j'ai vu une jeune sœur qui faillit mourir et fut longtemps malade par suite de l'absorption des gaz qui s'échappaient des objets de literie ainsi désinfectés.

M. Laborde. Notre Société a pour but principal d'être utile. Elle atteindra ce but en tirant le côté pratique de chacun de ses travaux. La discussion sérieuse qui vient d'avoir lieu doit porter ses fruits : je demande donc qu'une commission soit nommée afin de formuler les procédés les meilleurs et les plus pratiques de désinfection; il faudra ensuite que la Société use de son influence pour faire adopter ce procédé dans les hôpitaux.

MM. Valin, Hudelot, Leroy de Méricourt sont nommés pour composer cette commission.

MM. Javal et Napias, à propos de la communication de M. Fieuzal sur l'emploi des verres colorés, disent que les verres bleus préconisés par ce dernier à l'exclusion des autres verres, ne leur sont en rien supérieurs. L'emploi des verres jaunes n'offrirait aucun des inconvénients que l'auteur avait signalés.

A. Blondeau.

REVUE D'HYDROLOGIE

I. Clinique thermo-minérale de Néris; par M. De Ranse. — Asselin, libraire-éditeur. — 1877. — 252 pages.

II. Etude sur les Eaux minérales de Bourbon-Lancy; par M. le Dr Girard de Cailleux. — 1877. — 33 pages.

III. Théorie physiologique des cures d'eau thermale à Loèche-les-Bains; par M. Reichenbach. — Masson, éditeur. — 1876. — 76 pages.

Les eaux minérales indifférentes, jusqu'ici négligées par la plupart des pathologistes, commencent à sortir de l'obscurité dans laquelle ces eaux étaient enfouies, grâce aux progrès de la science, et à l'infatigable persévérance d'hommes de mérite. — C'est à elles que ces lignes sont consacrées. — D'une manière générale ces eaux ont une thermalité élevée, ce qui permet leur emploi dans une foule de maladies où la balnéation joue un rôle prépondérant.

I. Néris. — Depuis que M. De Ranse s'efforce chaque année de livrer à la publicité le résultat de ses recherches cliniques, le jour commence à se faire autour de cette station thermale dont l'importance grandit au-dessus de toute espérance. — En trois ans, le Rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire* a fait paraître trois brochures sur la matière : il nous donnait en 1875, les indications et les contre-indications des eaux de Néris. Il nous apprenait dans ce premier travail que si elles ont une valeur indiscutable dans les affections rhumatismales, dans les névroses, et dans les maladies de l'utérus, elles sont néanmoins nuisibles, lorsqu'il y a une tendance marquée aux congestions et à l'hémorrhagie, qu'il y a grossesse, ou

© BIU Santé

bien quand il existe simultanément une tumeur de mauvaise nature.— C'était une esquisse. — En 1876, dans un deuxième fascicule M. De Ranse s'étend longuement sur l'action curative de ces eaux dans les maladies du système nerveux. Les sujets de ses observations sont, excepté les choréiques, la plupart incurables. — Enumérons-les : il y a des atrophies musculaires de provenances diverses, des paralysies agitantes, des ataxies locomotrices. Les résultats satisfaisants qu'il a obtenus notamment dans l'ataxie permettent d'espérer que les eaux de Néris sont appelées, dans cette dernière maladie, à remplir un vaste désidératum thérapeutique. Si jusqu'ici elles n'ont point guéri les sujets atteints de sclérose médullaire, elles ont tout au moins supprimé les douleurs fulgurantes — c'est beaucoup.

Dans un nouveau fascicule de date récente (1877), M. de Ranse étudie l'action des eaux de Néris dans les maladies des femmes. Selon lui, les phlegmasies aiguës de l'utérus et de ses annexes ne contre-indiquent point l'emploi de ces eaux, à moins que l'affection soit tout à fait à son début, qu'il y ait fièvre intense, ou qu'il existe une fluxion sanguine considérable du côté des organes pelviens.— A cette période, du reste, une médication hydro-thermale quelconque ne saurait être conseillée. Mais entre la phase initiale franchement aiguë de ces phlegmasies et l'état chronique, vers lequel elles tendent trop souvent, il est, dit l'auteur, une période de transition pendant laquelle, si l'on ne peut encore recourir aux eaux fortement minéralisées dont l'action excitante ramènerait presqu'à coup sûr les accidents aigus, il est permis de s'adresser à l'action sédative des eaux indéterminées. L'auteur cite plusieurs exemples de guérison d'affections utérines subaiguës, obtenue par les eaux de Néris, mais il reconnaît lui-même que leur emploi est bien plus sûr dans les phlegmasies chroniques.

A un degré quelconque, toutes les formes de métrite sont justiciables des eaux de Néris. Où leur action est surtout manifeste c'est dans la métrite superficielle, qu'elle ait succédé à une inflammation aiguë ou qu'elle soit chronique d'emblée. Sous l'influence des bains prolongés, des irrigations vaginales, les douleurs lombaires périnéales, et hypogastriques cessent rapidement, les règles deviennent régulières, l'appétit renait, les forces reviennent. Il faut avouer que malheureusement les insuccès ne sont pas rares, car pour peu qu'il y ait tendance à l'hypérémie, à l'hémorrhagie, les eaux de Néris sont plus nuisibles qu'utiles.

Lorsqu'avec la métrite se trouve un état diathésique quelconque, il y a des distinctions à établir : la scrofule, le tubercule, le cancer, la syphilis ont des indications spéciales que ces eaux ne sauraient remplir avantageusement. Tandis que l'arthritisme (le rhumatisme en particulier) et l'hystéricisme, lorsqu'ils coïncident avec la métrite, si elles n'augmentent pas les chances de guérison de la maladie interne, elles ne contre-indiquent nullement l'administration de l'eau de Néris. En ce qui concerne la métrite compliquée de diathèse rhumatismale, les effets favorables de la médication thermale, sont en tout comparables à ceux que l'on obtient dans la métrite simple. J'ajouterai que les principales manifestations douloureuses de la diathèse elle-même sont le plus souvent amendées. — Contrairement à ce qui se passe dans le rhumatisme, le traitement hydro-minéral s'attaque moins à la disposition constitutionnelle goutteuse. Il est parfois des cas, dit l'auteur, dans lesquels cette disposition se traduisant surtout par des phénomènes de fluxion, de congestion du côté de l'appareil général, où le traitement contre la métrite demeure inefficace, et où l'indication principale est de combattre la diathèse par une médication appropriée.

Les névralgies qui succèdent aux phlegmasies du bassin sont avantageusement combattues par les eaux de Néris. Il n'est pas besoin que l'inflammation soit entièrement dissipée pour que leur emploi soit conseillé. M. de Ranse signale un cas très-remarquable de guérison de névralgie secondaire chez une dame de 40 ans qui, à la suite d'un phlegmon pelvien, souffrait de douleurs extrêmement intenses dans le bassin et les cuisses. A la fin de sa saison thermale, elle ressentait encore, il est vrai, un peu de gêne dans la région sacro-lombaire, mais l'état nerveux s'était sensiblement modifié.

Il est évident, pour tout observateur judicieux, que les eaux de Néris ont une grande valeur dans toutes les affections, utérines ou non, où prédomine le nervosisme ; ajoutons qu'il en est de même dans toutes les névralgies primitives des organes pelviens. L'opinion de l'auteur sur ce dernier point est parfaitement établie. A l'appui de son assertion, il cite un exemple de guérison de névralgie lombo-abdominale chez une vieille demoiselle qui avait atteint l'âge de la ménopause, et deux cas d'hypéresthésie vulvaire sans contracture sphinctérienne bien tranchée. Contre le vaginisme proprement dit, l'action des eaux de Néris est plus discutable, bien qu'à l'aide de cette médication, M. de Ranse ait amélioré une malade de cette catégorie. Mais cette amélioration sera-t-elle durable ? C'est ce que l'avenir décidera.

II. Bourbon Lancy. — L'emploi de ces eaux en médecine remonte très-haut. Cette localité a eu, en effet, l'heureux privilége de compter jadis, parmi ses baigneurs, des têtes couronnées. Que de stations aquatiques envieraient cette bonne fortune ! Au début de son travail, M Girard de Cailleux fait ressortir habilement que Bourbon-Lancy a été visité par César et Constantin. C'est instructif.

Au point de vue thérapeutique, le seul qui nous touche, ces eaux ne sont bien connues que depuis les ouvrages de MM. Tellier et Rérolle. Les premiers, ils ont posé les indications et les contre-indications qu'elles comportent ; ils ont établi l'opportunité de leur administration dans les paralysies, les névralgies rebelles, les rhumatismes chroniques.

Avant de parcourir cette petite brochure, nous espérions que M. Girard de Cailleux aurait rassemblé un certain nombre de faits cliniques concernant la thérapeutique de Bourbon-Lancy. Mais, contre notre attente, l'auteur s'est borné à rappeler ce qu'avaient bien étudié ses devanciers, sans ajouter quoi que ce soit de personnel. Aussi, bien que le président de la Société de médecine de Lyon ait parlé de ce mémoire en termes élogieux, nous persistons à croire qu'il est absolument sans intérêt.

III. Loèche-les-Bains. — Tous les médecins qui écrivent sur les eaux minérales, ont le tort de s'adresser à la fois au public et à leurs confrères. — Ils commencent ordinairement par donner un aperçu général de la situation géographique du pays, indiquant dans d'autres chapitres les sources, les baignoires, les hôtels principaux que renferme la station thermale ; signalent ailleurs les boulevards, les lieux de plaisir dont elle est munie, et quant à la thérapeutique, ils lui consacrent à peine quelques pages, noyées le plus souvent dans une foule de descriptions oiseuses. Ce reproche, nous l'adressons tout particulièrement à M. Reichenbach qui semble presque oublier que les eaux de Loèche ont la propriété de guérir. Leur importance curative dans les affections chroniques des voies aériennes, et dans le rhumatisme méritait une description à part, et leur valeur indiscutable dans toutes les affections cutanées à forme humide, telles que l'herpès, l'eczéma, le pemphigus, l'echthyma, exigeait plus de développements de la part de l'auteur. Malgré ces lacunes, cette brochure mérite d'être consultée à certains égard.

J. CORNILLON.

CORRESPONDANCE

Conservation et transport des viandes.

Monsieur le Rédacteur,

Je trouve dans le numéro du 5 janvier du *Progrès médical*, un article découpé dans le *Journal officiel*, où il est question d'un arrivage prochain de viandes conservées par le froid, à bord du steamer *Paraguay*. Cet article conclut à la supériorité du procédé employé à bord du *Paraguay*, sur celui employé à bord du *Frigorifique*, dont M. Tellier est l'inventeur et le propagateur, et à qui revient l'honneur de cette idée philantropique.

Quelques inexactitudes techniques, dont l'*Officiel* est coutumier, me permettent de supposer que vous auriez pu, par hasard, donner l'hospitalité à une réclame. En effet, dans les derniers jours du mois de mai dernier, j'ai visité le *Frigorifique* en rade de Montevideo au moment où il faisait ses derniers préparatifs pour rentrer en France. J'étais accompagné dans cette visite par M. Fortier, second capitaine de ce steamer, qui s'était mis très-gracieusement à ma disposition, et qui m'a donné tous les détails du procédé avec beaucoup d'amabilité. Ayant jugé *de visu*, je puis donc parler en connaissance de cause.

© BIU Santé

D'après l'*Officiel*, le procédé Carré-Jullien serait préférable au procédé Telliez, parce que le premier soumet les viandes à une température de 20° au-dessous de zéro ; tandis que le second les maintient à 0° ; que, par conséquent, il les congèle entièrement, tandis que l'autre ne congèle que la surface.

Il est à remarquer : 1° *Que la viande ne se congèle pas à 0° ; 2° Qu'une température plus basse est inutile ; 3° Qu'elle offre de graves inconvénients.*

Je ne discuterai pas le premier point, n'est-ce pas ? Quant au second, l'expérience du *Frigorifique* a été aussi concluante que possible : la cargaison s'étant débitée à Paris avec un succès pleinement justifié du reste. En effet, la viande conservée par le procédé Telliez garde son aspect, sa couleur et sa consistance naturels. L'action de l'air froid et sec produit seulement un dessèchement insignifiant à la surface, et qui ne dépasse pas un millimètre d'épaisseur. Les morceaux conservent toute leur saveur et tous leurs sucs sans aucune altération. Quant à ma troisième proposition, je crois qu'il est inutile d'y insister longuement. Il est notoire en effet, que beaucoup de substances, notamment la viande, le vin, etc., soumis à la congélation, puis ramenés à une température normale, non-seulement perdent leurs qualités, mais encore sont exposés à une décomposition rapide. On peut en donner des raisons très-scientifiques ; mais l'expérience est suffisamment positive.

Or, avec le procédé Telliez, vous n'avez rien de semblable à craindre, et le transport par terre ne nécessite aucun matériel ni aucun frais spéciaux. L'expérience démontre même que les viandes soumises au procédé Telliez se conservent plus longtemps que les viandes ordinaires n'ayant pas subi l'influence du froid. Et à l'appui, je vous livre le fait suivant dont j'ai été témoin : Un kilo de bœuf du *Frigorifique* fut envoyé comme spécimen à notre bord. Après une traversée de 28 jours, ayant été pendant tout le voyage exposé à l'air et à la chaleur des tropiques, il était parfaitement intact. La surface, il est vrai, était desséchée sur une épaisseur d'un centimètre à peu près, mais le centre était très-frais et sans aucune odeur. Ce sont là des faits dont je vous garantis l'exactitude absolue.

Veuillez agréer, etc.

A. G., ex-médecin du steamer *Portena*, du Havre.

La question que soulève notre correspondant a une certaine importance. Dans ce moment, grâce aux deux procédés dont il parle, il va être possible d'apporter en France et de livrer à bon marché cette quantité considérable de viande qui se perd chaque jour dans l'Amérique du Sud, où elle est sans valeur ; la peau des animaux étant seule recherchée par le commerce. Le succès des deux procédés entraînera donc de véritables conséquences sociales. Il est certain que de la viande conservée à 0° ne se putréfie pas et peut être transportée pendant un temps presque indéfini. Maintenant, peu importe en somme la méthode employée.

Le procédé Telliez est bon, le procédé Carré l'est également ; une longue expérience pourra seule démontrer lequel est le plus pratique et donne les meilleurs résultats, en même temps que les bénéfices les plus nets. Quant à nous, médecins et hygiénistes, nous ne pouvons que souhaiter à toutes les méthodes une égale fortune, et à toutes les compagnies qui les exploiteront les plus grands dividendes. Leur succès sera pour nous la preuve que nos classes ouvrières sont mieux nourries et par le fait mieux portantes et plus heureuses.

NÉCROLOGIE.

W. Stokes.

L'Angleterre vient de perdre un de ses plus grands praticiens, M. Stokes, médecin de la reine pour l'Irlande, professeur de pathologie interne à l'université de Dublin. Il appartenait à une famille médicale qui pendant trois générations avait occupé les plus hautes situations professionnelles en Irlande.

M. Stokes était né en 1804, en 1825, il était reçu docteur de la faculté d'Edimbourg ; en 1826, à l'âge de 22 ans il occupait déjà à Dublin, comme médecin d'hôpital, le service du Meath-Hopital qu'il devait conserver pendant cinquante ans. Lié d'amitié avec Corrigan, Graves, W. Bullen, il prit avec ces savants une large part au mouvement de renaissance médicale qui donna à l'école de Dublin une si grande notoriété. Stokes a beaucoup publié ; de bonne heure il s'était attaché à propager en Angleterre ces méthodes précises de diagnostic qu'avaient indiquées Laënnec et Corvisart : l'on peut dire que Stokes et Graves dérivent de l'école française, et que leur méthode et leur enseignement cliniques étaient par de là le détroit un écho, non affaibli, des doctrines de la Faculté de Paris. Le premier mémoire de Stokes traitait en effet de *l'emploi du stéthoscope* (1833) : en 1837, il faisait paraître son *Traité des maladies des organes thoraciques* : en 1855, il éditait son ouvrage principal, le *Traité des maladies du cœur et de l'aorte* : Nous laissons de côté un nombre considérable d'articles publiés successivement dans les « *London med. journal* » « *Dublin hopital reports* » « *Dublin hopital Gazette* » « *Dublin Quarterly* » etc.

La réputation de Stokes était considérable dans tout le Royaume-Uni, et son ouvrage sur les maladies du cœur est devenu classique aussi bien dans les universités anglaises que sur le continent : Stokes possédait une méthode d'investigation précise et un esprit d'analyse auxquels il dut principalement son grand succès. Son enseignement hospitalier était très-suivi à Dublin et beaucoup des plus connus en Angleterre dans la profession médicale lui doivent une partie de leur savoir : Stokes était arrivé à acquérir la richesse par sa clientèle étendue et les honneurs universitaires par son savoir ; il se souciait peu du reste des titres de parade qu'il ne recherchait pas et qu'on n'était guère disposé à lui offrir, car il était resté patriote irlandais, fidèle aux traditions de sa famille, préférant son indépendance et l'estime de ses confrères aux distinctions honorifiques auxquelles son savoir lui donnait tous les droits.

H. de Boyer.

VARIA

III. — Propositions de l'Administration.

Dans son mémoire, M. le Préfet loue hautement le sentiment qui a conduit les internes en médecine à former, au moyen de cotisations qu'ils s'imposent, des Bibliothèques spéciales dans les hôpitaux. Puis, il ajoute que les ressources dont ils disposent étant fort modestes, il s'ensuit que ces créations ne peuvent se développer que très-lentement. Après avoir rappelé que, l'an dernier, le Conseil a voté une subvention à la Bibliothèque des internes en médecine de Lariboisière, M. le Préfet propose d'accorder des subventions analogues aux Bibliothèques des hôpitaux de Beaujon, de Saint-Antoine, de Saint-Louis, et à celles des hospices de la Salpêtrière, de Bicêtre et des Incurables d'Ivry, soit au total une somme de 12,000 fr. qui serait prélevée sur la réserve du budget ordinaire de 1877.

S'appuyant sur l'un des considérants de la délibération relative à l'hôpital Lariboisière, M. le Préfet pense qu'il y a lieu de décider que l'achat des livres, fait avec la subvention municipale, sera confié à l'Administration de l'Assistance publique, d'après une liste dressée par les internes en médecine de chaque hôpital, approuvée par les médecins et chirurgiens chefs de services.

Le mémoire se termine par une appréciation que nous reproduisons avec plaisir : « Je suis convaincu, dit M. le Préfet, que je réponds aux sentiments du Conseil en lui proposant de donner une nouvelle preuve de l'intérêt qu'il porte au développement des études scientifiques et de témoigner sa sympathie pour des jeunes gens qui se font remarquer par leur zèle, leur dévouement à leurs devoirs et leur amour du travail. »

Cette appréciation méritée vous est un sûr garant, Messieurs, que la subvention que vous allez accorder aux Bibliothèques médicales trouvera un utile et judicieux emploi.

Certaines considérations nous ont engagé à modifier légèrement les propositions faites par l'Administration — et d'accord avec elle. Dans la répartition que nous allons vous proposer, nous avons cru devoir tenir compte : 1° du nombre des internes de l'hôpital ; 2° de la situation même des Bibliothèques.

Sur ce dernier point, nous nous sommes inspiré de la tradition suivie par le Conseil municipal envers les Bibliothèques populaires, laquelle consiste à encourager celles qui ont déjà fait preuve de vitalité. En conséquence, nous vous proposerons, au nom de votre 4e Commission, la répartition ci-après :

Hôpitaux.	Nombre des internes.	Date de la fondation.	
Beaujon.....	9 internes....	1870....	2.000 fr.
Bicêtre.....	9 —	1863....	2.000 »
Cochin.....	5 —	1869....	1.000 »
Incurables à Ivry....	1 —	1875.....	500 »
La Salpêtrière.....	6 —	1866.....	2.000 »
Ménages (Les) à Issy.	2 —	1873.....	500 »
Saint-Antoine.....	12 —	1869.....	2.000 »
Saint-Louis.....	13 —	1869.....	2.000 »
		Total.....	12.000 fr.

L'intérêt que nous portons tous aux Bibliothèques médicales de nos hôpitaux ne doit pas nous faire perdre de vue l'intérêt de la bonne administration des finances de la Ville ; en d'autres termes, lorsque nous votons des subventions de

© BIU Santé

ce genre, nous devons nous préoccuper de l'usage qui en est fait. Votre 4e Commission estime donc que, à l'avenir, quand il s'agira d'accorder des subventions à ces Bibliothèques, il sera nécessaire d'avoir des renseignements sur celles qui déjà auront été subventionnées. Pour faciliter cette tâche, et pour reconnaître les sentiments du Conseil et de l'Administration municipale à l'égard de ces institutions, nous ne saurions trop engager les internes de chaque hôpital, ou plutôt le bibliothécaire choisi par eux, à faire au 31 décembre de chaque année, un compte rendu sommaire de sa gestion, indiquant : 1° les sommes provenant, soit des cotisations mensuelles, des dons ou du Conseil municipal ; — 2° l'état de la Bibliothèque au commencement et à la fin de l'exercice. Il serait à désirer aussi que ce compte rendu fût consigné sur le livre qui contient les statuts, les noms des fondateurs et de tous les adhérents. On aurait de la sorte des documents intéressants qui montreraient les progrès des Bibliothèques et feraient le plus grand éloge du corps de l'internat des hôpitaux de Paris. Nous sommes heureux de pouvoir dès maintenant assurer nos collègues que les 2,000 fr. donnés en 1876 à la Bibliothèque de Lariboisière ont été très fructueusement employés, et suivant les procédés indiqués par eux. En effet, les internes ont dressé une liste des livres qu'ils désiraient et les acquisitions n'ont été faites que lorsque cette liste a été approuvée par les médecins de l'hôpital. Cette manière de procéder a un avantage précieux, c'est d'encourager les médecins à s'intéresser aux Bibliothèques et, partant, à collaborer à leur agrandissement, soit par des dons de livres, soit par des cotisations à titre de membres honoraires (1).

Nous espérons aussi que les votes du Conseil municipal engageront l'Administration de l'Assistance publique à fournir à ses Bibliothèques des locaux confortables, en harmonie avec leur destination.

La part, toute modeste qu'elle soit, que nous avons eue depuis une douzaine d'années dans la fondation des Bibliothèques médicales des hôpitaux ; la nature et le but de ces créations, dont l'initiative, nous aimons à le répéter, revient à ce corps de l'internat des hôpitaux qui fournit à la grande Cité, à la France entière, les médecins les plus distingués, sont déjà des motifs assez puissants pour justifier à vos yeux les développements dans lesquels nous nous sommes laissé entraîner au sujet d'une affaire, en somme de médiocre importance au point de vue financier. Mais une autre raison nous y conviait encore. Persuadés que le futur Conseil municipal sera républicain, que, par conséquent, pour tout ce qui concerne l'Instruction publique, suivant la même ligne de conduite que nous, il accordera aussi des subventions aux Bibliothèques médicales, nous avons pensé que les renseignements qui précèdent pourraient avoir une véritable utilité.

Nous ne saurions terminer ce rapport, Messieurs, sans appeler votre attention et celle de l'Administration sur les nombreux avantages qu'offrirait la création dans nos hôpitaux, nos hospices et nos asiles, de *Bibliothèques pour les malades* (2).

Quelques établissements hospitaliers possèdent déjà ce que nous pourrions appeler un noyau de Bibliothèque, par exemple Bicêtre, Ivry, la Salpêtrière. Nous ne saurions non plus oublier qu'un médecin distingué, mort victime de son dévouement à la science, M. Godard, a légué 7,000 fr. afin d'acheter des livres pour les malades des trois hôpitaux où il avait été interne : la Charité, le Midi et Necker. Mais la majorité de nos établissements est, à cet égard, tout à fait dépourvu, et en présence de ce qui se fait à l'étranger, il nous semble urgent d'entrer sans retard dans la voie que nous indiquons.

Composées avec goût, sans parti pris, avec l'idée qu'on s'adresse non à des enfants, mais à des femmes et à des hommes ayant l'âge de raison, composées dans la pensée de concourir tout à la fois au délassement et à l'instruction des malades, ces Bibliothèques contribueraient à abréger les longues et tristes heures de l'hôpital et de l'hospice. Signalées par la presse à tout le monde, on verrait bientôt les dons affluer de tous côtés, et nous avons la conviction que, quand elles seraient installées, la générosité publique nous laisserait peu de chose à faire pour assurer leur fonctionnement régulier, leur agrandissement progressif.

Nos collègues de la 4e Commission ont bien voulu approuver les idées et les propositions qui précèdent ; nous avons donc l'honneur de vous proposer d'adopter le projet de délibération que vous trouverez à la suite du présent rapport.

Le Rapporteur, BOURNEVILLE.

Paris, le 14 juillet 1877.

(1) C'est ce qui est fait partiellement depuis deux ans à la Salpêtrière, et ce qu'ont fait cette année les médecins de l'hôpital Saint-Louis.

(2) Nous avons insisté bien des fois sur ce point, surtout depuis 1868.

Projet de délibération (1).

LE CONSEIL, vu le mémoire, etc.. DÉLIBÈRE :

Il y a lieu d'allouer aux Bibliothèques fondées dans les hôpitaux de Beaujon, Cochin, Saint-Louis et Saint-Antoine, et dans les hospices de la Salpêtrière, de Bicêtre, des Ménages et des Incurables d'Ivry, les subventions ci-après indiquées, pour l'achat de livres scientifiques, dont la liste sera proposée par les internes de chaque établissement intéressé et approuvée par les chefs de service :

Hôpital Beaujon.....	2,000 fr.	»
— Cochin.....	1,000	»
— Saint-Louis.....	2,000	»
— Saint-Antoine.....	2,000	»
Hospice de la Salpêtrière.....	2,000	»
— de Bicêtre.....	2,000	»
— des Ménages, à Issy.....	500	»
— des Incurables, à Ivry.....	500	»
Total.....	12,000 fr.	»

La dépense, montant à 12,000 fr., sera imputée sur le chapitre 24, article unique du budget de 1877 (Réserve pour dépenses imprévues);

EMET LE VŒU:

Que l'Administration de l'Assistance publique soit invitée à disposer des locaux convenables pour l'installation des Bibliothèques médicales des hôpitaux et hospices, et à étudier l'organisation de Bibliothèques pour les malades.

(1) Adopté dans la séance du 14 juillet 1877.

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 14 au 19 janvier. — 103. M. Walsdorf: Du chondrôme malin. — 104. M. Brousse (Charles): Sur le mécanisme de l'ascite et des hydropisies en général dans les maladies du cœur. — 105. M. Rondot : De la péritonite aiguë généralisée primitive envisagée spécialement chez l'adulte. — 106. M. Le Franc : Opérations complémentaires. — 107. M. Roblot : Contribution à l'étude des lésions de l'appareil cardio-vasculaire dans le saturnisme. — 108 : M. Bon : Des ongles et de l'onyxis ulcéreuse latérale. — 109. M. Moutard-Martin : Etude sur les pleurésies hémorrhagiques. — 110. M. Trudeau (Paul) : Du traitement du phlegmon diffus par le fer rouge. — 111. M. Rubère : Etude sur la mort subite dans la fièvre typhoïde.

Du 21 au 26 janvier. — 112. M. Rives (Charles) : Pathogénie des accidents scrofuleux consécutifs aux maladies infectieuses. — 113. M. Eléouet: essai sur l'immobilisation, à bord des bâtiments, dans le traitement de la fracture compliquée du fémur et des fractures de la colonne vertébrale. — 114. M. Martin (François) : Etude sur les modes principaux d'extension des kystes hydatiques du foie et sur les symptômes particuliers à chacun de ces modes. — 115. M. Petit (Arthur): Etude sur la médication salycilique particulièrement dans le rhumatisme articulaire et la goutte. — 116. M. Gelade : De la tuberculose bucco-pharyngée (phthisie buccale) — 117. M. Dreyfus-Brisac : De l'ictère hématique, principalement au point de vue clinique. — 118. M. Joncour : Contribution au traitement et à l'hygiène de la phthisie. — 119. M. Vissard : De la rétention du fœtus mort dans l'utérus après le temps normal de la grossesse. — 120. M. Osman-Galeb : De l'œuf dans la série animale. — 121. M. Cassagnan : Quelques observations sur les différentes formes de délire alcoolique et particulièrement de la forme aiguë. — 122. M. Duran : Des injections hypodermiques du chloroforme. — 123. M. Amat (Charles): De la fièvre typhoïde à forme rénale.

Emploi des eaux d'égout.

Nous voyons dans une correspondance du *Times* du 12 janvier 1878, que la ville de Rio qui compte environ un demi-million d'habitants, dispose de ses eaux d'égout sans difficulté et sans la moindre incommodité. Bien que le lieu où s'accomplissent les travaux de désinfection soit situé au cœur même de la ville, et cela sous le soleil brûlant des tropiques, le système employé est tel, dit le correspondant du *Times*, qu'il n'en résulte aucun inconvénient. Mais ce n'est pas tout : les actionnaires de l'entreprise tirent 8 0/0 de leur argent. Il vaudrait la peine, croyons-nous, de faire demander, par le consul de France à Rio, des renseignements sur le mode adopté par cette ville pour disposer de ses eaux impures. Le secrétariat de la préfecture de la Seine pourrait être chargé par le Conseil municipal, de provoquer l'envoi de documents établissant ou réfutant l'exactitude de l'affirmation si importante insérée dans le journal anglais.

Association des médecins du département de la Seine.

L'Assemblée générale annuelle aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Béclard, vice-président, le dimanche 27 janvier, à 2 heures très-précises. Cette assemblée a pour objet : 1° La lecture du compte rendu de l'année 1877 par le secrétaire général ; 2° l'élection : d'un président ; de deux vice-présidents ; — candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la Commission générale. Président : M. Béclard. Vice-présidents : MM. Noël Gueneau de Mussy et Richet. — Les

© BIU Santé

propositions de la Commission générale sont de simples indications : vous pouvez porter votre vote sur tout sociétaire qu'il vous plaira de faire entrer au bureau. — 3° Le tirage au sort des membres titulaires de la Commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Conformément aux termes de l'article 8 du règlement d'administration intérieure, seront seuls admis comme membres titulaires les sociétaires *présents à l'Assemblée*, qui déclareront accepter ces fonctions.

Pour M. le président : *Le Secrétaire général*, ORFILA.

N. B. — Le Trésorier encaissera avant la séance toutes les cotisations qui lui seront *offertes*. Le travail et les frais de recouvrement sont tels, que l'Association réaliserait un *bénéfice considérable*, si toutes les cotisations étaient versées le jour de l'assemblée générale.

Tableau du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1877.

RECETTES.

Fonds de secours 39,388 fr. 25	Rentes 3 pour 100 et 5 pour 100.....	23,336 fr.	25
	Cotisations.....	16,052	»
Fonds de réserves 2,485 fr. 55	Admissions.....	372	»
	Dons et legs.....	1,810	»
	Reliquat de l'année 1876.....	303	55
	TOTAL.....	41,873 fr.	80

DÉPENSES ET EMPLOI.

Secours à huit sociétaires et à quarante-trois veuves ou enfants de sociétaires.....	29,855 fr.	»
Secours à vingt et une personnes étrangères à l'association	2,865	»
Recouvrement des cotisations.....	500	»
Frais d'impression.....	480	»
Ports des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses....	449	»
Achat de rentes.....	7,290	30
TOTAL.....	41,439 fr.	30

BALANCE.

Recettes.....	41,873 fr.	80
Dépenses.....	41,439	30
Reste.....	434 fr.	50

Caisse des pensions viagères.

RECETTES.

Report de l'année 1876.....	482 fr.	75
Dons.....	200	»
Intérêt des sommes placées.....	12	75
Total.....	695 fr.	50

DÉPENSES.

Achat de 10 francs de rente 5 pour 100.	200 fr.	»

BALANCE.

Recettes.....	695 fr.	50
Dépenses.....	200	»
Reste.....	495 fr.	50

La caisse des pensions viagères a reçu de M. le Dr Barth un titre de 300 fr. de rente 5 pour 100.

Enseignement médical libre.

ASILE SAINT-ANNE. — M. le dr Magnan reprendra ses leçons le dimanche 27 janvier 1878. Les leçons porteront plus particulièrement sur l'étude de l'idiotie, des dégénérescences intellectuelles et des diverses formes de démence.

Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques. — Le Dr Durand-Fardel commencera ce cours le samedi 26 janvier, à 2 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure. Ce cours sera fait en 15 leçons.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 18 janvier courant, le nombre des places d'agrégés des Facultés de médecine (section de médecine) mises au concours qui, aux termes de l'arrêté du 11 août 1877, doit s'ouvrir à Paris le 16 février 1878, a été porté de quatorze à quinze. Cette place sera affectée à la Faculté de médecine de Montpellier.

CONCOURS DE MM. LES INTERNES EN PHARMACIE. — Le mardi 12 février 1878, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration da l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices. Messieurs les élèves sont prévenus qu'en exécution du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux sont tenus de prendre part à ce concours. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription, ouvert le lundi 14 janvier, sera clos le mercredi 30 janvier, à trois heures. (*Gazette des hôpitaux.*)

RECTIFICATION. — C'est par erreur que nous avons annoncé que M. GIL, interne des hôpitaux, était gérant de l'*Echo médical* de Paris.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. FERNET. — Salle Saint-Etienne : 2, fièvre typhoïde; 5, insuffisance mitrale : asystolie; 10, cirrhose alcoolique; 13, sciatique : 16, pleurésie; 22, méningo-myélite. — Pavillons : 1, fièvre typhoïde; 6, congestion pulmonaire, pleurésie; 10, insuffisance et rétrécissement mitral; 11, pneumonie du sommet; pleurésie diaphragmatique; 14, hémiplégie droite, aphasie; 17, métrite; 21, pneumonie.

Service de M. MESNET. — Salle Saint-Hilaire (H.) : 1, ulcération de la langue; 2, 8, ataxie; 37, pleurésie purulente; 38, pleurésie; 49, cirrhose; 53, hémiplégie alterne. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 12, carcinôme de l'épiploon; 10, fièvre typhoïde; 15, 16, bronchites suspectes, hystérie; 19, pneumonie.

Service de M. PAUL. — Salle Saint-Eloi (H.) : 23, cirrhose; 25, rachitis emphysème; 26, insuffisance aortique; 30, gangrène pulmonaire; 35, paraplégie, mal de Pott; 39, atrophie musculaire progressive; 40, kyste hydatique du foie; 41, mal de Bright; 42, lymphadénie, phlegmatia; 46, fièvre typhoïde; 48, affection cardiaque; 49, abcès froid dorso-lombaire. — Salle Saint-Jean (F.) : 1, pneumonie caséeuse; 2, coryza chronique; 3, cancer utéro vaginal; 4, insuffisance tricuspide; 7, rhumatisme chronique, affection cardiaque; 8, rhumatisme aigu, pleurésie péricardite; 11, osteo-périostite chronique; 12, diabète sucré; 13, asystolie; 16, pneumonie stationnaire; 20, vulvite chancre vulvaire; 23, anémie, souffle cardiaque.

Service de M. BROUARDEL. — Salle Saint-Augustin (H.) : 2, diabète; 3, érysipèle de la face; 9, ataxie locomotrice progressive; 12, symphyse cardiaque, tuberculisation pulmonaire; 45, sciatique gauche avec atrophie du membre; 46, paralysie générale progressive, phénomènes ataxiques. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 1, pachyméningite cervicale hypertrophique; 5, rétrécissement du rectum; 7, rhumatisme articulaire subaigu, grossesse de 6 mois; 8, pleurésie avec épanchement consécutive à une péritonite traumatique; 14, abcès du sein, lymphangite péri-utérine; 28, goître ex-ophthalmique.

Service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ. — Salle Saint-Lazare : 14, carcinôme de l'estomac; 26, fièvre typhoïde (pour la 2e fois); 29, goutte. — Salle Saint-Agathe (Nourrices) : Endemie de rougeole; 11, ulcérations syphiliques

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du Dr Clin renferme 0,20 } Bromure de
Chaque **Dragée** du Dr Clin renferme 0,10 } Camphre pur.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Certaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence de Santal**, associée au Copahu et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

NOTA. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

GROS : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, et **dans toutes les Pharmacies.**

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

© BIU Santé

de la fesse chez un enfant ; 8, eczéma chez la mère et chez l'enfant ; 16, angine diphtérique (mère). — Salle Sainte-Marie : 1, hystérique, anesthésie des deux côtés, sensibilité rendue d'un côté par métallothérapie (or) ; 8, polyurie.

Service de M. Le Dentu. — Salle St-Christophe (H.) : 4, 6, 35, fractures du fémur, fractures compliquées de jambe ; 8, 32, 36, fracture esquilleuse des deux jambes, amputation des deux jambes ; 41, gangrène sénile. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 15, diastase de la symphyse pubienne ; 23, abcès froid de l'aisselle, 29, fibrome du 2e orteil droit ; 31, phlegmon sous-pectoral. — Salle Sainte-Marguerite (F.) : 2, sarcome de l'utérus et de l'ovaire ; 17, vaste abcès froid probablement ossifluent de la jambe ; 18, compression tracheo-bronchique ; 21, anémie de la face.

Service de M. B. Auger. — Salle Saint-Barnabé : 1, fracture des côtes avec déplacement ; 2, ostéo-périostite, phlegmon diffus ; 3, tumeur blanche du pied chez un vieillard ; 9, épithélioma de la langue. — Salle Saint-Joseph (H.) : 45, tumeur du testicule ; 42, entorse médio-tarsienne ; 50, cancer du plancher de la bouche ; 64, rectite chronique. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 7, épithélioma du col ? 16, rétrécissement congénital de l'anus.

Hôpital de la Charité. — Chirurgie. Service de M. Gosselin. Visite à 8 heures. Clinique, lundis, mercredis et vendredis. Consultations : mardis, jeudis et samedis. — Salle Sainte-Catherine : 2, abcès du sein post-puerpéral ; 6, sarcome du deuxième orteil du pied gauche ; 20, épithélioma du col ; 22, exostose du tiers inférieur du tibia. — Salle Sainte-Vierge : 10, synovite du genou ; 22 et 26, commotion et contusion cérébrales ; 32, abcès consécutif à une ostéite épiphysaire chez un vieillard ; 48, iritis syphilitique.

Service de M. Trélat. Visite à 10 heures. Consultations : lundis, mercredis, vendredis. Spéculum, mardi ; opérations, jeudi ; ophthalmologie, samedi. — Salle Saint-Jean (H.) : 6, polype naso-pharyngien ; 4, fractures du col du fémur droit et de la rotule gauche ; 11, plaie contuse de la jambe ; phlébite ; 12, adénite sus-hyoïdienne ; 19, phlébite variqueuse. — Salle Sainte-Rose (F.) : 2, tumeur lacrymale ; 3, plaques muqueuses à la vulve ; 4, vaginite ; 7 et 9, fistule vésico-vaginale ; 11, anteversion et métrite ; 20, brûlures multiples des deux membres abdominaux aux 2e et 3e degrés.

Service de M. Vulpian. Visite à 9 heures. Consultation, le jeudi. Spéculum, le mardi. — Salle Saint-Jean-de-Dieu (H.) : 1 *bis*, paraplégie syphilitique ; 2, atrophie musculaire progressive ; 14 *bis*, méningo-myélite afrigore ; 15, pleurésie ancienne avec épanchement moyen chez un tuberculeux ; 18, anasarque et albuminurie, tuberculisation pulmonaire et intestinale ; 30, chorée. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 1, emphysème, broncho-pneumonie, pleurésie sèche ; 2 *bis*, hémiplégie gauche Paralysie du moteur oculaire commun du côté droit. Syphilis. Compression probable du pédoncule cérébral droit ; 5, insuffisance mitrale avec retrécissement du même orifice. Congestion pulmonaire ; 10, mal de Pott ; 13, paralysie infantile ; 21, ataxie locomotrice.

Service de M. Empis. Visite à 8 heures. — Salle Saint-Michel : 6, pleuro-pneumonie ; 8, pneumothorax ; 17, phthisie laryngée, œdème de la glotte ; 18, pneumonie fibrineuse ; 21, néphrite parenchymateuse ; 26, ataxie locomotrice ; 28, tuberculose pulmonaire, névralgie du trijumeau. — Salle Sainte-Marthe ; 1 *bis*, rétrécissement aortique, corps fibreux multiples de l'utérus ; 6, atrophie graisseuse du cœur, asystolie ; 8, hématocèle rétro-utérine ; 21, mal de Pott, méningite spinale ; 28, tuberculose pulmonaire chez un cardiaque ; 29, insuffisance mitrale.

Service de M. Laboulbène. Visite à 9 heures. — Salle Saint-Vincent : 1, tumeur syphilitique de la moelle ; 2, pneumonie : 3, coliques hépatiques ; 8, albuminurie aiguë ; 14, hystérie ; 16, érysipèle de la face ; 17, pleurésie ; 22, myélite transverse. — Salle Saint-Félix : 2, rhumatisme ; 4, fièvre typhoïde ; 15, rhumatisme ; 16, pneumonie ; 19, urémie ; 24, péritonite tuberculeuse.

Hôpital Lourcine. — Service de M. Martineau. Clinique du mercredi. Salle Saint-Alexis : 8, herpès du col utérin ; 9, pelvi-péritonite ancienne ; 11, vulvite et métrite herpétique ; 12, rétro-flexion-métrite herpétique, hallucinations ; 28, syphilis, eczéma du vagin ; 36, eczéma du vagin ; 40, chancre herpétoïde de la petite lèvre droite ; 44, métrite et ulcération folliculaire. Syphilis, périostose médio-palatine. — Clinique du samedi. — Salle Saint-Louis : 14, endométrite du col, ulcération folliculaire, herpès de la vulve ; 17, vaginite, rétro-flexion, ulcération du col, uréthrite ; 22, vaginite lymphangite du petit bassin à droite ; 28, ovarite gauche ; lymphangite du petit bassin.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

BROMURE de ZINC

SIROP — 50 centigr. par cuillerée à soupe.
PILULES — contenant 20 centigrammes.
PILULES ARSENICALES — contenant 5 centigr. Br. de Zinc et 1 mill. Br. d'arsen.

« Très-utile dans les cas de *Saturation* ou d'*Anémie bromurique*, le Br. de Zinc est beaucoup plus actif que le Br. de Potassium. — Doses de 0,20 à 4 gr. par jour. — FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — Paris.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Médecine de Paris.

« ..... C'est, de toutes les préparations « ferrugineuses, celle qui, à poids égal, « introduit le plus de fer dans le suc « gastrique. »

Bulletin de l'Acad. de Médecine, t. XIX.

Pour démasquer les contrefaçons — impures et inactives — exiger la signature : T. A. QUEVENNE et l'étiquette ronde en petits caractères de quatre couleurs.

Dépôt : Pharmacie Émile GENEVOIX, 14, RUE DES BEAUX-ARTS, PARIS.

DIGITALINE

d'HOMOLLE et QUEVENNE

Approbation de l'Acad. de Méd. de Paris Méd. d'or de la Soc. de Pharm. de Paris

« ..... Les médecins feront bien de con- « tinuer à prescrire la **Digitaline** de « MM. **Homolle & Quevenne**, aux malades « ne pouvant pas supporter la digitale. »

Bulletin de l'Acad. de Médecine de Belgique 1874, t. VIII, p. 397.

Les signatures des Inventeurs en *lettres rouges* attestent l'authenticité de la VÉRITABLE DIGITALINE.

Dépôt : Pharmacie COLLAS, 8, RUE DAUPHINE, PARIS.

VIANDE, FER et QUINA

VIN FERRUGINEUX AROUD

Au **QUINA** *et à tous les Principes nutritifs solubles de la* **VIANDE**

Ce médicament-aliment, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparation. — Prix : 5 francs.

Pharmacie AROUD, 4, rue Lanterne, à Lyon, et toutes les pharmacies de France et de l'Etranger.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

L'Imparziale journal pratique de médecine, chirurgie et sciences adjacentes, et des intérêts moraux et professionnels de la classe médicale. — Directeur : Docteur Giovanni Farall. — Paraissant le 15 et le 30 de chaque mois. Chaque numéro se compose d'un cahier de 32 pages avec couverture, et l'année forme un volume de 768 pages in-8°. — Italie : un an, 12 fr. ; 6 mois, 6 fr. — France : les frais de port en plus. — Bureaux : Florence (Italie), Via Valfonda, 79.

ACIDE SALICYLIQUE *produits de SCHLUMBERGER, pharmacie CHEVRIER, 21, Faubourg-Montmartre.* Poudre de salicylate de soude. Eau salicylée. Pilules de salicylate de lithine. Vin salicylé. Glycérine salicylée. Pastilles salicylées. Dragées d'acide salicylique. Charpie, ouate et coton salicylés. — *Échantillons gratis offerts aux médecins.*

Poste médical à prendre de suite. — La commune de Fourgerolles (Haute-Saône), 6,000 habitants, demande un docteur qui sera seul. La commune accorde une subvention. Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. le maire de Fougerolles.

MÉDICATION PROPYLAMIQUE

DRAGÉES MEYNET D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE

100 dragées, 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Une Dragée Meynet remplace 2 cuill. à bouche d'huile. Paris, Ph., 34, r. d'Amsterdam, et princ. pharm.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 5. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 2 FÉVRIER 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Contribution à l'étude des gommes syphilitiques du testicule ; ou sarcocèle gommeux ;

Par le Dr **TERRILLON**, chirurgien des hôpitaux.

Les productions syphilitiques désignées sous le nom de *gommes* et auxquelles on donne le nom général de *sarcocèle gommeux*, sont actuellement admises par tous les syphiliographes. On en décrit même deux variétés : les unes circonscrites ayant la grosseur d'un pois ou d'une cerise, les autres diffuses, c'est-à-dire infiltrant la totalité ou une partie du testicule. Leur *structure* et leur *développement anatomique* sont actuellement bien connus. L'évolution clinique de ces productions est, au contraire, beaucoup moins nette et a été moins étudiée. Cela vient-il, comme le dit M. Fournier (1), de ce que les produits gommeux ne s'observent le plus souvent, qu'en compagnie des callosités plastiques qui caractérisent la forme scléreuse ou *sarcocèle scléreux* et que de la sorte, les symptômes de la gomme testiculaire, proprement dite, disparaissent au milieu de ceux du sarcocèle scléreux. » La chose est d'autant plus probable que, comme le dit le même auteur, le plus souvent un sarcocèle syphilitique reconnu ou seulement suspecté est immédiatement traité et rapidement guéri par l'iodure de potassium. Ce traitement est, en effet, d'une efficacité presque absolue, à condition toutefois qu'il soit employé à temps, alors que la lésion n'est pas encore invétérée. Ces faits étant parfaitement établis et connus de tous les cliniciens, il est un point qui est entouré encore d'une certaine obscurité. En effet, on discute encore sur l'évolution de la gomme syphilitique, lorsque cette affection, n'étant pas soignée, évolue librement, ou bien lorsque le traitement est employé trop tard, par la faute du malade ou du médecin.

Le tissu gommeux se conduit-il dans le testicule comme dans les autres parties du corps ? Arrive-t-il à ulcérer la peau et à s'éliminer au dehors en s'accompagnant de phénomènes inflammatoires ? Quelle est enfin sa terminaison ?

Sur toutes ces questions, les opinions sont souvent très-différentes et, avant de les discuter, je ferai connaître les principales d'entre elles, celles qui viennent des hommes les plus autorisés ; nous verrons ensuite quelles conclusions on pourra en tirer.

Ricord nie complètement la terminaison de la gomme syphilitique par le développement des phénomènes inflammatoires et ulcéreux : « Toutes les fois que la syphilis agit seule sur le testicule, il ne survient jamais de suppuration. Il n'y a que la tumeur gommeuse des bourses, qui, comme toutes les autres tumeurs gommeuses ou tuberculeuses syphilitiques du tissu cellulaire, puisse suppurer. » L'opinion de M. Gosselin, formulée dans les annotations du livre de Curling (p. 361), est peu différente de celle de Ricord, quoiqu'il soit moins affirmatif. Il prétend que les cas de suppuration du testicule syphilitique ne doivent pas être admis et que ceux qui ont été cités comme tels, ne sont que des gommes du tissu cellulaire sous-cutané. Il a cependant soin d'ajouter plus loin, que certaines gommes du testicule, non soignées, peuvent se faire jour au dehors.

Rollet (2) au contraire, cherche à démontrer, non-seulement que la gomme testiculaire évolue, comme celle du tissu cellulaire, mais qu'elle peut s'éliminer au dehors en laissant une ulcération de la peau plus ou moins vaste. Alors, la substance testiculaire ou l'albuginée peuvent bourgeonner avec excès, au point de donner lieu à l'affection désignée sous le nom de *fongus bénin du testicule*. Ce dernier avait été longtemps considéré par Jarjavay, Lawrens, Curling, Cowper, comme étant le résultat d'une orchite chronique. A l'appui de son travail, M. Rollet cite trois observations dans lesquelles il a vu l'évolution que nous venons d'indiquer. Un travail analogue, dû à M. J. F. West, parut en Angleterre, mais sans rien ajouter à la question (1).

Si on en croit les conclusions du travail de Bertholle (2), la perte de substance, qui a succédé à une gomme ulcérée, peut rester fistuleuse et cette fistule guérira très-rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium, comme cela s'est présenté dans son observation.

Il s'agit d'un homme qui, vingt ans auparavant avait eu la syphilis. Depuis un an, il portait deux fistules paraissant venir de l'épididyme. En même temps, il présentait deux périostoses sur l'humérus et sur le cubitus, ce qui permit de faire le diagnostic. Le traitement anti-syphilitique guérit en sept semaines les fistules, depuis longtemps stationnaires, ainsi que les périostoses.

Hâtons-nous d'ajouter que le cas signalé par Bertholle est jusqu'à présent unique.

M. Fournier semble admettre les conclusions de Rollet et de Bertholle, ou du moins, il ne les nie pas et il décrit lui-même, de la façon suivante, l'évolution des phénomènes déjà indiqués par Rollet. Etant donnée une tumeur testiculaire qu'on est autorisé à considérer comme syphilitique, on voit, dit-il : (3) « Sur un segment circonscrit de la tumeur, un travail inflammatoire manifeste et d'autant plus remarquable qu'il avait été précédé d'une longue période aphlegmatique : rougeur des parties, sensibilité à la pression, adhérence des téguments aux tissus profonds, etc.; puis ulcération progressive des tuniques scrotales ; perte de substance à progrès excentriques ; à travers l'ouverture cutanée constituée de la sorte, issue d'une sorte de *végétation fongueuse*, proéminant chaque jour de plus en plus, à la façon d'un viscère qui fait hernie dans un orifice, et finalement après un temps variable, hernie véritable d'une tumeur volumineuse, mesurant jusqu'à 5 et 6 centimètres de long sur 3 à 5 de large, tumeur d'aspect fongueux et qualifiée pour cela de *fongus*.» Lancereaux, dans son *Traité de la syphilis* (1866), admet la même terminaison des gommes du testicule, mais sans y insister.

En résumé, d'après les auteurs qui se sont occupés plus récemment de cette question, la gomme du testicule non traitée ou soignée trop tardivement peut ulcérer le scrotum, se vider au dehors et laisser après elle un fougus ou très-exceptionnellement une fistule.

Comme ce processus a été observé très-rarement et qu'il est cependant très-utile à connaître, je donne ici en détail une observation qui m'a permis de voir évoluer sous mes yeux ce mode de terminaison de la gomme testiculaire.

Observation I. — *Gomme du testicule gauche. Evolution complète. Sortie du bourbillon. Tendance à la formation d'un fongus. Guérison rapide.*

D... Joseph, âgé de 51 ans, entre à l'Hôpital temporaire le 20 juillet 1877 pour une affection du testicule gauche. — Le malade raconte qu'il y a un an environ, sans cause apparente, il sentit une petite nodosité saillante à la surface de la partie antérieure du testicule. Il n'éprouva aucune douleur, mais

(1) Fournier. — *Sarcocèle syphilitique*, 1875.
(2) *Recherches clin. et exp. sur la syphilis*. Paris, 1861.

(1) *Sur le fongus syphilitique du testicule*. In *Dublin quaterly Journ. of medic. sciences 1865*.
(2) *Union méd.* 1868, T .I. P. 57. (Obs. lue à la *Soc. méd. d'obs*, 10 oct, 1867).
(3) *Loc. citat.* p. 36.

© BIU Santé

seulement uu peu de gêne, surtout lorsque l'augmentation de la grosseur et de tout le testicule occasionna des tiraillements du côté du cordon et de la région inguinale.

Le testicule gauche a donc grossi progressivement, est devenu de plus en plus lourd, lorsque il y a quinze jours environ, la partie antérieure est devenue sensible, la peau a commencé à rougir, une véritable inflammation subaiguë s'est développée, et le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Lorsqu'on examine les bourses, on constate que le testicule gauche est intact, sauf la tête de l'épididyme qui est un peu plus volumineuse que d'habitude et dure. Du côté droit, le testicule a le volume d'une petite orange, allongé dans le sens antéro-postérieur, aplati transversalement. Sa partie antérieure est surmontée d'une bosselure plus saillante faisant corps avec lui, mais dont la partie la plus antérieure est adhérente à la peau, qui elle-même est rouge, tendue, œdémateuse, enflammée. Cette partie antérieure est légèrement sensible au toucher, manifestement fluctuante, et semble avoir le volume d'une noix. Le reste du testicule est dur, ligneux, lourd, insensible à la pression ou à peu près, sa surface, libre dans le scrotum, présente quelques saillies, bosselures légères et aplaties. L'épididyme est tellement confondu avec la masse, qu'il est impossible de le limiter. On sent seulement qu'au niveau de la partie d'où le cordon émerge en arrière, il y a un léger prolongement de la tuméfaction fibreuse. Le canal déférent et la région inguinale sont intacts, de même que la prostate et les vésicules séminales.

Le malade n'éprouve aucun symptôme du côté de la vessie ou du canal de l'urèthre. La présence de cette affection testiculaire qui ne ressemblait ni au cancer, ni à la tuberculose, pour différentes raisons qu'il est inutile d'indiquer ici, je pensai que nous avions affaire à une testicule syphilitique avec une gomme en voie de ramollissement.

Les antécédents du malade vinrent bientôt éclairer mon diagnostic. En 1875, cet homme avait eu, au niveau du frein, très-près du méat, un chancre unique, suppurant peu et qui guérit assez facilement. On en voit actuellement la trace faible mais évidente. Il eut, quelque temps après, des plaques dans la gorge, puis des croûtes dans les cheveux, enfin des boutons rebelles sur les jambes et sur le tronc. Alors, un médecin lui donna du mercure. Enfin actuellement, on trouve vers la face interne du coude droit, un peu au-dessus de l'épitrochlée, une fistule à bords déchiquetés, décollés et colorés en violet sombre. Elle fait suite à un décollement de la peau de trois centimètres environ qui ne conduit sur aucune partie osseuse. Le malade raconte que, à ce niveau, il vit évoluer une petite tuméfaction, peu douloureuse, qui s'ulcéra, se vida et laissa cette plaie, donnant une très-petite quantité de liquide séro-purulent. Il est évident que cette plaie n'est que le résultat d'une gomme ulcérée, développée spontanément. Elle existe depuis près d'un mois sans incommoder beaucoup le patient.

On trouve, de plus, une pléïade de petits ganglions durs, mobiles, non douloureux, dans les aines et à la partie postérieure du cou. Rien sur les os, quelques douleurs de côté, une calvitie partielle. Le diagnostic me semblant évident, j'ordonnai l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes, un emplâtre de Vigo sur le testicule et des bains.

Le 30 juillet, après dix jours de traitement, on constata les changements suivants : la partie dure du testicule a beaucoup diminué, elle est devenue plus souple, elle a perdu sa consistance ligneuse. La partie antérieure est devenue plus distincte, elle s'est pour ainsi dire énucléée de la partie dure située en arrière, mais en restant toujours adhérente à elle par sa base.

La fluctuation est plus nette, la peau plus lisse, plus tendue, est menacée d'une perforation d'un moment à l'autre. En présence de cette menace d'ouverture, voyant que de ce côté nous n'avions rien gagné et que cette gomme avait continué à évoluer, je me décide à intervenir car le malade souffre. Avec le thermocautère, j'ouvre largement dans le sens vertical la partie saillante. Je n'obtiens qu'une faible quantité de liquide séro-purulent, mais je mets à découvert une masse jaunâtre, filamenteuse, adhérente, qui occupe la plus grande partie de la tuméfaction antérieure. Le diagnostic est donc confirmé, car les caractères de la gomme sont évidents.

4 *août*. — Les phénomènes inflammatoires, ont cédé en partie, mais la peau s'est ulcérée, un peu au-delà de l'incision. Les bords sont décollés. Une partie du bourbillon est sortie spontanément, sous forme de filasse jaunâtre. Le malade ne souffre plus. La partie postérieure a encore diminué et est devenue plus souple.

9 *août*. — J'extrais avec une pince le reste du bourbillon qui se trouvait au fond de la petite cavité. C'est un véritable paquet de filasse, gros comme le bout du doigt. L'ouverture s'est encore agrandie, elle est ronde, large comme une pièce de deux francs, les bords sont violacés et décollés à une profondeur de un centimètre environ. Au fond de la cavité, on aperçoit une surface bourgeonnante, presque fongueuse, indolore. Du reste, la douleur est nulle ou à peu près. Le testicule a diminué de plus de moitié, il est élastique, presque mou, les plaques de la surface sont à peine sensibles au toucher. L'iodure est continué.

12 *août*. — Le fond de la plaie bourgeonne avec exubérance et atteint l'ouverture dont les bords décollés *enchâssent*, pour ainsi dire, le partie fongueuse. Le testicule a presque son volume normal. On applique une carapace de bandelettes de diachylon imbriquées.

17 *août*. — La cavité est en partie fermée, les bords semblent être recollés et bourgeonnent. La partie saillante du centre a encore un aspect fongueux, mais moins apparent que les jours précédents. Tout fait espérer une prompte cicatrisation. Le testicule semble actuellement nettement divisé en deux parties par un sillon circulaire : Une postérieure de consistance et de sensibilité normales, l'autre antérieure, bosselée, ligneuse, indolente, et sur laquelle se trouve creusée la cavité bien rétrécie dont nous avons parlé. La petite plaie fistuleuse du coude est presque guérie.

25 *août*. — Cicatrisation complète, le malade sort guéri. Il portera un suspensoir. La cicatrice est fortement adhérente au testicule dont la partie antérieure est encore indurée, mais beaucoup plus souple.

Je crois que, dans ce cas, il est difficile de nier la présence d'une gomme. Les antécédents sont des plus nets ; l'affection a été indolente au début, la prostate a toujours été intacte, ainsi que les vésicules séminales, enfin le malade porte en même temps dans la région du coude une fistule sous-cutanée à bords déchiquetés et violacés et donnant un liquide séreux plutôt que purulent. Ajoutons que cette petite lésion, qu'il était facile de diagnostiquer, a guéri sans traitement local, sous l'influence seule du traitement général.

Mais, revenons an testicule. Au moment de l'entrée du malade, il était volumineux, formant une seule masse avec l'épididyme qui était confondu avec lui ; à sa surface, on constatait quelques plaques saillantes, il n'était pas douloureux à la pression. En avant, on constatait une saillie rougeâtre, fluctuante, légèrement douloureuse, mais se confondant avec le reste de la tumeur.

Après avoir soumis le malade à l'iodure de potassium pendant quelques jours, la partie dure de la tumeur se ramollit, diminue de volume, redevient sensible au toucher, tandis que la partie ramollie s'isole pour ainsi dire, fait une saillie plus prononcée, mais semble toujours enchâssée par sa partie postérieure dans la masse testiculaire. Mais bientôt, la peau menace de s'ulcérer largement, ce qui nous engage à ouvrir largement la partie saillante. C'est alors que le diagnostic devient des plus nets, c'est à peine s'il coule quelques grammes de sérosité louche, entraînant des filaments jaunâtres comme de la filasse macérée.

Nous voyons alors une véritable cavité remplie de cette même matière jaune, bourbillonneuse, comme l'appelle M. A. Fournier, semblable à de l'étoupe, mais encore adhérente. Pendant les jours suivants, cette masse s'élimine petit à petit, se détache et bientôt peut être envelée avec des pinces. On peut alors constater qu'on est en présence d'une cavité dont le fond est garni de bourgeons exubérants et

© BIU Santé

dont les bords débarrassés de l'escharre produite par le thermo-cautère, sont décollés. A partir de ce moment, la guérison se fit rapidement et le testicule reprit à peu près son volume ordinaire et sa consistance normale, ne montrant comme trace de l'affection qu'une cicatrice adhérente au scrotum.

Ne voit-on pas en lisant cette observation et surtout en considérant les phénomènes terminaux, que le bourgeonnement de la cavité commençait à prendre l'apparence fongueuse et que sans l'emploi rigoureux du traitement, nous aurions sans doute eu consécutivement un fongus semblable à ceux indiqués par Rollet. Un dernier point demanderait à être discuté, c'est de savoir quel était le siége exact ou le point de départ de cette production gommeuse. A-t-elle pris son origine dans le testicule ou dans l'albuginée pour ensuite envahir la peau, et se faire jour au dehors? Etait-ce, au contraire, une gomme du tissu cellulaire du scrotum, adhérente d'une part au testicule, de l'autre à la peau?

Cette dernière opinion serait en rapport avec celle de Ricord et de Gosselin. Mais, il est permis de ne pas même la discuter dans le cas présent. Il est bien évident en effet, que la gomme avait débuté dans le testicule lui-même ou tout au moins dans sa paroi fibreuse, car elle se confondait avec lui, d'une façon telle, que même après la diminution de la partie dure de la tumeur, elle semblait faire corps avec elle par sa partie postérieure.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. HARDY.**

Note sur un cas d'athétose: observation, autopsie;

Par **M. LANDOUZY,** chef de clinique.

L... (Célina), âgée de 32 ans, ménagère, célibataire, n'ayant eu ni enfants ni fausses couches, entre le 2 juin 1877, à la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy, pour des métrorrhagies et des maux de reins dont elle souffre depuis près de deux mois. C'est à peine si la malade appelle notre attention sur les petits mouvements incessants qui se produisent dans les membres droits et dont il va être parlé longuement.

Antécédents héréditaires. Absolument négatifs tant au point de vue des maladies nerveuses qu'au point de vue des affections cancéreuses.

Antécédents personnels: Pas de maladie d'enfant. Interrogée avec soin sur l'origine de l'infirmité de sa fille, la mère raconte que, à l'âge de deux ans, Célina, qui avait le développement des enfants de son âge, qui avait, jusque-là, été absolument bien portante, eut un jour une grande frayeur (sa sœur tombée dans la cheminée en fut retirée carbonisée): cette frayeur n'aurait produit ni maladie, ni fièvre, ni convulsions, ni paralysie. C'est fort peu de temps après cet accident (quelques jours après, croit se rappeler la mère) qu'on s'aperçut que Célina « dont les membres droits avaient toujours été absolument comme les membres gauches, » se mit à remuer d'une façon presque constante les doigts de la main droite: les mouvements étaient « petits, continuels et comme convulsifs. » Quand on s'aperçut de ces petits mouvements, Célina n'était pas malade et ne se plaignait d'aucune espèce de douleur dans les membres: à ce moment, non plus, on ne remarqua rien ni du côté de la figure ni du côté de la parole. Deux mois environ après l'accident, pour la guérir des mouvements de son côté droit, on fait entrer l'enfant à l'hospice de Rouen, d'où elle sort sans aucune amélioration.

Les mouvements involontaires de la main continuent avec la même persistance, au point même que Célina ne peut essayer aucun apprentissage: son intelligence semble être celle des enfants de son âge, et pourtant elle ne peut, pendant un séjour à l'école de deux à trois ans, apprendre ni à lire ni à compter.

(1) Fait communiqué avec les pièces à la *Société Anatomique*, séance du 4 janvier 1878.

Les choses en seraient, depuis l'enfance, toujours restées ce que nous les voyons aujourd'hui, avec cette différence pourtant, que plus Célina vieillit, plus son « spasme » devient fort, plus il augmente, en ce sens, qu'autrefois les doigts et les orteils *seuls* étaient mobiles, remués, contracturés et forcés, tandis que maintenant, la main tout entière, le poignet, le coude, les orteils et tout le pied sont le siége de mouvements incessants.

A aucune époque, Célina n'a présenté d'accidents épileptiques ou épileptiformes, elle n'est pas sujette au vertige, ne souffre jamais de maux de tête et ne s'est jamais aperçue que la sensibilité des membres droits fût autre, moindre ou plus vive que celle des membres gauches. Menstruée à 15 ans, régulièrement et sans douleurs jusqu'à ces derniers temps, C... dit avoir remarqué que, souvent, au moment des règles, les mouvements étaient plus forcés, plus étendus et plus rapides.

Pendant la guerre, C... fait, pour une fièvre typhoïde, un séjour de deux mois à l'hôpital Necker: l'athétose ne paraît avoir été en rien influencée ni par la fièvre continue ni par un traitement dont l'iodure de potassium et l'électrisation firent tous les frais.

Depuis 1870 les choses n'ont pas changé, C... est devenue femme de ménage, se servant de la main gauche pour faire toutes choses qui demandent quelque force et quelque adresse, s'aidant de la main droite pour porter les objets un peu lourds, prenant de la main droite les seuls objets assez minces pour être saisis entre la pince solide que forme le pouce quand il est momentanément fléchi contre l'index. La marche est gênée par une boiterie légère.

Si C... entre aujourd'hui à l'hôpital, ce n'est pas « pour son infirmité,» c'est pour des douleurs de reins persistantes, pour des métrorrhagies qui durent parfois dix à douze jours, pour une faiblesse générale et de l'anorexie qu'elle rapporte aux pertes abondantes qu'elle vient de faire.

État à l'entrée à l'hôpital. C... est maigre, chétive; la figure osseuse est couverte de macules d'un gris-jaunâtre qui donnent à la physionomie quelque chose du masque utérin. — L'examen de l'appareil digestif, de l'abdomen et de l'appareil urinaire ne révèle rien; de temps à autre, douleurs sourdes dans le bas-ventre; dans l'intervalle des pertes de sang, pertes blanches ou roussâtres presque continuelles, d'odeur fétide. L'examen vaginal révèle un col volumineux, informe, mou, fongueux, friable, saignant facilement. *Diagnostic:* épithélioma du col expliquant le facies, la teinte cachectique, l'affaiblissement, les douleurs et les pertes.

Examen des membres. Le développement des quatre membres paraît symétrique, pourtant légère boiterie à droite qui tient à ce que C... se sert du *pied* comme s'il était ankylosé, comme s'il formait pilon. La flexion, l'extension et tous les mouvements sont aussi complets que faciles dans la hanche et le genou: le pied, en adduction légère, reste à angle droit sur la jambe; la malade marche un peu comme une hémiplégique, avec cette différence qu'elle ne fauche pas et qu'elle n'a pas de tendance à se porter sur le bord externe. Aucun mouvement pendant la marche ne paraît se passer ni dans l'articulation tibio-tarsienne ni dans le cou-de-pied, C... marche comme si le tarse était ankylosé: la pointe du pied est portée en dedans, mais ne touche jamais la face interne du pied gauche.

Durant la marche, C... laisse le bras droit demi-pendant le long du corps, le poignet fléchi à angle droit sur l'avant-bras, le pouce fixé contre l'index ou infléchi dans la main et recouvert par les doigts fléchis; de petits mouvements se produisent, lentement, constamment dans les doigts, mais, la position de ceux-ci entre eux et la position du poignet par rapport à l'avant-bras reste ce que nous venons de dire.

Si la malade étant immobile dans la station verticale, plantée sur ses deux pieds, on vient à lui faire exécuter un mouvement quelconque dans une des parties quelconques du corps, des contractions légères surviennent dans les orteils droits. La malade exécute-t-elle des mouvements voulus, commandés ou involontaires dans la main et le poignet du côté droit, lentement, insensiblement, avec un retard appréciable, des mouvements de flexion forcée des orteils se produisent, mouvements assez forts pour qu'une certaine oscillation se produise

© BIU Santé

dans tout le corps de la malade obligée de rectifier sa base de sustentation.

Examen au lit, la malade reposant, assise sur ses oreillers : faciès symétrique au repos et dans les différents jeux de physionomie; le sillon naso-labial gauche paraît un peu plus accusé que le droit, pourtant pas d'hémiplégie faciale appréciable. — Le développement de la face et du crâne est absolument normal et symétrique ; il en est de même pour le tronc, le bassin et les membres. — Légère inégalité des pupilles, la droite est plus large que la gauche : mobilité normale des yeux dans l'orbite, pas de nystagmus.

Les mouvements de la face retentissent dans la main droite, comme, du reste, les mouvements provoqués ou spontanés, exécutés en un point quelconque du corps : il en est de même des émotions, il suffit, en effet, de fixer la malade, d'examiner ses membres pour que les mouvements prennent plus d'amplitude et se produisent un peu plus vite que quand la malade est livrée à elle-même ou ne s'aperçoit pas qu'on l'observe.

Le plus ordinairement, quand la malade est assise sur son lit, voici quelles sont la position et la physionomie de ses membres droits : le bras est légèrement écarté du tronc, l'avant-bras en extension presque complète et en demi-pronation, le poignet demi-fléchi sur l'avant-bras, le pouce fléchi dans la main de façon à ce que sa phalange vienne se fixer entre les doigts médius et annulaire : les quatre phalanges sont fléchies sur les métacarpiens, mais les phalangines et les phalangettes sont étendues sur les phalanges; cette position, au premier abord, semble fixe, il faut y regarder avec attention pour voir que, même alors que la malade paraît absolument immobile, il se passe, dans les doigts, des mouvements petits, faibles, lents, mais incessants. Cette position est telle, que, de prime-abord, quand on approche la malade on la croit atteinte de contracture avec rétraction des fléchisseurs. A un examen rapide, le membre supérieur de Célina rappelle celui des hémiplégiques anciens chez lesquels s'est produite une sclérose descendante, mais, dès que la malade veut exécuter un mouvement, la mobilité constante apparaît plus nette et plus étendue, la main fléchie s'ouvre petit à petit pour passer à une extension absolument complète. Il suffit d'examiner Célina pendant quelques minutes pour voir le pouce se dégager des doigts, ceux-ci s'étendre lentement, comme à regret, le poignet se défléchir, la supination remplacer insensiblement la pronation, l'avant-bras s'étendre complètement sur le bras ; l'extension produite dans toute la partie inférieure du bras, on voit bientôt la flexion se produire petit à petit, lentement, comme si elle nécessitait un véritable effort, successivement dans chacun des doigts, dans le poignet, puis dans l'avant-bras. Tous ces mouvements se produisent lentement, difficilement, ils sont comme forcés, tout, dans le membre paraît raide, et contracturé, les mouvements semblent produits par un effort considérable, l'extension des doigts, par exemple, est si complète que les doigts forment, avec la main, une concavité supérieure, la flexion est telle aussi que les doigts forment une pince très-solide, toutefois cette pince ne reste fermée que peu de temps : met-on, par exemple, une canne dans la main au moment où celle-ci est ouverte, la canne se trouve solidement maintenue dès que les doigts s'infléchissent fortement, mais, quelques secondes après, la pince formée par les doigts infléchis, s'entr'ouvre et la canne s'échappe.

Quoique les petits mouvements qui s'exécutent constamment dans le membre droit soient influencés comme rapidité et amplitude par les mouvements exécutés à gauche, il ne semble y avoir aucun rapport entre la nature des mouvements involontaires exécutés à droite et les mouvements voulus à gauche : les mouvements de flexion ou d'extension gauche ne produisent pas de mouvements semblables à droite, ils accentuent simplement l'athétose sans influencer le sens dans lequel celle-ci se produit. Quoiqu'il n'y ait pas de contracture proprement dite, la flexion et l'extension provoquées de l'avant-bras sur le bras se font avec une certaine raideur non douloureuse : articulations absolument saines.

Ce fait que, activement ou passivement, la malade peut, successivement, exécuter les divers mouvements de flexion et d'extension des doigts, du poignet et de l'avant-bras, ce fait encore qu'on peut (sans faire souffrir la malade et sans grande résistance) imprimer aux divers segments du membre telle position que l'on veut, prouve de la façon la plus manifeste qu'il n'y a, contre toute apparence, aucune contracture.

A la résistance qu'oppose C..... (quand on le lui commande) à l'extension de l'avant-bras sur le bras, on peut penser qu'il n'y a aucun trouble paralytique sur le membre supérieur droit : en tous cas, on se trouve dans l'impossibilité absolue de mesurer la force de la main droite au dynamomètre, les doigts s'étendant à peine fléchis sans avoir eu le temps de s'appliquer sur l'instrument.

La sensibilité, à tous les modes, est égale sur tous les points du corps : ce qu'on remarque, en explorant la sensibilité, c'est que chacune des sensations (piqûre, impression de froid, choc, etc.) perçue sur un point quelconque du corps semble retentir sur le membre droit dont il modifie la situation, dont il accentue l'athétose.

La mensuration des membres supérieurs donne, au point de vue de leur longueur et de leur volume, des résultats absolument identiques : les masses musculaires, le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, les téguments sont les mêmes. Même développement des éminences thénar et hypothénar, même aspect des doigts à droite qu'à gauche, avec cette différence pourtant que les ongles droits sont un peu crochus.

Les recherches thermiques faites sur les membres donnent si peu de différence que celle-ci paraît pouvoir être négligée, pourtant la malade prétend avoir toujours un peu froid à droite. La légère différence de température constatée avec un thermomètre plat laissé dix minutes en place, portait sur un abaissement de 2/10 de degré pour la cuisse droite et de 1/10 pour le bras droit. Pas d'autre sensation dans les membres que ce refroidissement accusé par la malade.

Membre inférieur droit. La malade examinée couchée dans le décubitus horizontal, la jambe étendue, le pied apparaît légèrement porté en dedans avec tendance à rester étendu sur la jambe en formant un angle obtus ouvert en avant, les orteils incomplètement fléchis. L'extension voulue du pied sur la jambe se fait presque aussi bien que du côté sain, mais lentement, petit à petit, comme par une série d'efforts lentement et longuement accumulés qui rappellent les mouvements forcés des doigts; le mouvement du pied s'accompagne de flexion et d'adduction forcées des orteils. Le pied peut-être volontairement fléchi, mais sa flexion ne dépasse guère l'angle droit, ce mouvement de flexion se fait lentement, péniblement, pendant qu'il s'exécute les orteils sont en mouvement incessant. Chacun des mouvements voulus ou provoqués du pied ou des orteils s'accompagne de mouvements dans les doigts et le poignet droit ; de même, les mouvements voulus ou provoqués des doigts et du poignet amènent des mouvements dans le cou-de-pied et les orteils sans qu'il y ait similitude dans les mouvements, la flexion des orteils n'entraînant pas la flexion des doigts, et *vice versâ*. Même force musculaire, même longueur, même volume des membres inférieurs.

Pendant le sommeil, les membres droits sont immobiles : le plus souvent le membre supérieur en extension et en pronation complètes, les doigts écartés, repose sur le drap par sa face palmaire.

Quinze jours après son entrée à l'hôpital, C..... se plaignant vivement de douleurs pongitives, lombaires (douleurs en rapport avec l'affection utérine), on fait, sur la face dorsale de l'avant-bras droit une injection morphinée de 1 centigramme : l'action calmante est obtenue, mais il se produit, au niveau de la piqûre, un petit phlegmon qui cède, en 48 heures, à l'application de cataplasmes : ce petit accident n'amène aucune réaction générale, mais il semble que, pendant les deux jours qu'a duré le phlegmon, la mobilité des doigts et du poignet ait été encore plus accusée et plus incessante que d'ordinaire? On serait d'autant plus tenté d'accorder une certaine influence au phlegmon (comme cause d'excitation périphérique) que nombre de fois, dans le cours de l'évolution de l'affection organique qui a enlevé la malade, des injections de morphine ont été faites sans produire de modifications appréciables sur l'athétose, alors qu'elles ne détermineraient aucun accident sur les téguments.

© BIU Santé

A plusieurs reprises, la malade est observée pendant son sommeil et l'immobilité absolue des membres droits constatée: une fois pourtant, surprenant, contre toute attente, de légers mouvements dans la main qui rappelaient ceux qui se produisent dans la veille, nous réveillons brusquement C...., qui nous affirme qu'elle rêvait, qu'elle se croyait « vaquant à ses occupations de femme de ménage. » Quand, dans d'autres occasions, il nous est arrivé de réveiller brusquement C...., dont la main reposait, absolument immobile sur son lit, dans une demi-flexion, toujours nous avons vu les mouvements commencer instantanément avec le réveil, la main se fermant brusquement comme une pince pour ensuite décrire la série de mouvements et passer par la série de positions dont l'allure a été longuement décrite.

Depuis l'entrée à l'hôpital jusqu'à la mort, l'athétose s'est présentée avec les mêmes caractères, aucune modification n'est survenue dans les membres, aucun phénomène nerveux ne s'est ajouté et jamais n'a été observé le moindre accident épileptiforme ou convulsif. Sous l'influence des progrès lents mais incessants de l'affection organique de l'utérus, sous l'influence des métrorrhagies fréquentes et abondantes au début, plus rares vers la fin, l'état général seul change, la malade s'affaiblit au point de ne pouvoir quitter son lit sans s'exposer à des lipothymies et même à des syncopes, elle succombe aux progrès de sa cachexie, le 1er janvier 1878. *(A suivre.)*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **M. CHARCOT.**

Des cirrhoses viscérales épithéliales en général (1).

Messieurs,

Ce qui vient d'être dit à propos du rein, je puis le répéter, en quelque sorte mot pour mot, au sujet du foie, en prenant pour exemple le groupe des inflammations interstitielles chroniques, que nous avons étudiées en détail l'an passé, sous le nom de *cirrhoses biliaires*.

Ce groupe — vous vous le rappelez sans doute — comprend, quant à présent, les espèces suivantes : 1° Cirrhose expérimentalement déterminée chez les animaux par la ligature du canal cholédoque; et, à ce propos, il me vient à l'esprit que, suivant toute vraisemblance, la ligature de l'uretère déterminerait, dans le tissu du rein, des lésions analogues à celles qui se développent dans le foie, en conséquence de l'occlusion expérimentale du conduit d'excrétion biliaire. Il y a là un point de doctrine dont je me propose d'entreprendre bientôt la vérification (2).

2° Cirrhose résultant, chez l'homme, de l'oblitération du canal cholédoque par un calcul biliaire, ou de tout autre obstacle au cours de la bile dans ce conduit; enfin, 3° la cirrhose hypertrophique avec ictère.

Examen microscopique. — La capsule fibreuse du rein est très-épaissie aux dépens de l'atmosphère adipeuse dont la graisse a en partie disparu.

Substance médullaire. 1° *Papille.* Les gros canaux collecteurs de la papille sont notablement dilatés. Ils possèdent un épithélium cubique moins élevé qu'à l'état normal. — Leur cavité est remplie par de petits éléments ronds analogues aux leucocytes; peut-être ces éléments sont-ils le produit d'une desquamation épithéliale très-active. Dans l'intervalle des gros canaux collecteurs, le tissu conjonctif a quelque peu augmenté d'épaisseur et est infiltré d'un certain nombre d'éléments embryonnaires.

Dans la substance médullaire proprement dite, les tubes sont dans l'ensemble dilatés, tapissés par un épithélium cubique et remplis pour la plupart de cellules épithéliales desquamées petites et arrondies. Ces canaux, sont séparés les uns des autres par des traînées de tissu conjonctif embryonnaire.

Substance corticale (*Fig. 1*). — Comparons cette figure à la *Fig. 2*, qui représente les parties homologues du rein gauche, non altéré, du même animal. Les pyramides de Ferrein présentent, d'une façon générale, les altérations signalées à propos de la substance médullaire. C'est dans le labyrinthe que les lésions sont le plus accentuées. Du côté du tissu interstitiel, production exubérante de ce tissu, B,B, tantôt à un état d'organisation plus ou moins avancée, tantôt complètement embryonnaire, d'où épaississement des travées intercanaliculaires. De distance en distance, les leucocytes infiltrent le tissu en telle abondance et sont tellement rapprochés les uns des autres qu'on a sous les yeux de véritables abcès microscopiques. Ces abcès miliaires n'ont du reste pas de siége de prédilection car on les observe tantôt autour des tubes urinifères, tantôt dans le voisinage d'un glomérule, tantôt près d'une artère.



Fig. 1. — Rein droit d'un cobaye soumis à l'expérience de la ligature de l'uretère. — G, glomérule de Malpighi. — A, tube contourné tapissé par un épithélium cubique. —B, tissu conjonctif embryonnaire.

Tubes contournés (A,A,). — Au premier abord, quelques-uns paraissent dilatés, mais ce n'est là qu'une apparence comme il est facile de s'en convaincre à l'aide de la mensuration. D'une façon générale (à part quelques rares exceptions), ils sont plus petits d'un tiers que les tubes normaux. Mais leur contenu s'est complètement modifié. Au lieu d'un tube entièrement rempli par un épithélium granuleux, comme cela s'observe à l'état normal (*Fig. 2*), on a sous les yeux un tube pourvu d'un *revêtement très-régulier de petites cellules cubiques* (*Fig. 1*) et dont la cavité est complètement vide ou occupée par un amas de petites cellules rondes. En outre de ces tubes volumineux et qui sont peut-être les moins nombreux, on en trouve un grand nombre d'autres, *également tapissés par un épithélium, cubique* mais tout-à-fait aplati et qu'il n'est pas toujours facile de différencier des vaisseaux sanguins et même des amas leucocytiques qui appartiennent au tissu conjonctif. Enfin, on retrouve de distance en distance quelques tubes contournés pourvus d'un épithélium possédant encore plus ou moins nettement les caractères de l'état normal. A part les petits vaisseaux, qui, plongés au milieu d'une gangue conjonctive enflammée, ont des parois embryonnaires, les gros vaisseaux n'ont pas subi dans leur structure de modifications bien profondes, les parois des grosses artères en particulier paraissent saines.

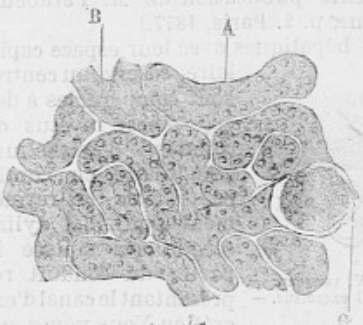


Fig. 2. — Rein du même cobaye dont l'uretère est resté libre. — A, tube contourné rempli d'épithélium à bâtonnets.— B, espace conjonctif très-étroit séparant les tubes les uns des autres. — G, glomérule de Malpighi.

Quant aux glomérules de Malpighi, il est difficile de décider s'ils sont plus riches en noyaux qu'à l'état normal. Seulement l'endothélium de la capsule de Bowman est en général plus volumineux. Nous nous proposons de multiplier et de varier cette expérience que le cochon d'Inde paraît très-bien supporter.

(1) Voir les nos 25, 27, 31, 36, 44, 46 de 1877.

(2) Voici la relation d'une expérience que nous avons faite, M. Gombault et moi, dans le laboratoire de la Faculté, et dont les résultats tendent, comme on va le voir, à justifier mes prévisions.

Le 2 avril 1877, on pratiqua la ligature de l'uretère du côté droit chez un cochon d'Inde mâle adulte. L'animal se rétablit promptement et le 25 avril, 23 jours après l'opération, on le tua par le chloroforme.

Autopsie. — Rien à noter du côté du péritoine, à part une adhérence celluleuse de l'intestin grêle au niveau de la plaie abdominale. Rien à noter du côté des viscères autres que le rein droit.

Uretère droit, au-dessus de la ligature, très-distendu, gros comme une plume d'oie, sinueux, rempli par un liquide trouble, jaunâtre. Au-dessous du lien constricteur le conduit bien que moins volumineux qu'au-dessus, conserve encore un calibre bien supérieur (10 fois au moins) à celui de l'uretère gauche. Le liquide qui distend l'uretère, examiné au microscope, renferme une grande quantité de globules de pus.

Rein droit. — Volumineux, d'un volume double de celui du côté opposé, pâle, jaunâtre, à surface lisse, parsemée de petites taches plus pâles. L'augmentation de volume du rein droit tient uniquement à la distension du bassinet par un liquide analogue à celui que contient l'uretère. Une incision pratiquée sur le rein montre une dilatation considérable du bassinet et un aplatissement complet de la papille. La substance rénale, dans son ensemble, est moins épaisse que dans le rein normal. Epaisseur de la substance rénale mesurée au niveau d'une coupe passant par la papille : Rein droit, 6mm. Rein gauche, 14mm. Epaisseur de la substance corticale : Rein droit, 2mm. Rein gauche, 5mm. Les gros orifices vasculaires, situés à l'union de la substance corticale et de la substance tubuleuse, sont beaucoup moins visibles que ceux du côté sain.

© BIU Santé

Avant d'entrer dans le détail des faits qui permettront d'établir le parallèle que j'ai en vue, il me paraît indispensable de rappeler quelques traits de la structure du foie. Vous savez comment les canalicules biliaires forment dans les *espaces* et *fissures*, qui séparent les lobules hépatiques les uns des autres, un réseau de conduits présentant une paroi propre, tapissée d'un revêtement épithélial cubique, c'est-à-dire se rapportant au type cylindrique qui règne dans toute l'étendue des grandes voies biliaires. Les conduits, qui forment ces réseaux, communiquent, ainsi que l'injection l'a démontré, à plein canal, et sont en continuité avec le système des conduits biliaires intra-lobulaires ou autrement dit des *capillaires biliaires*. Ceux-ci, comme les conduits interlobulaires, s'anastomosent entre eux de manière à former un réseau ; mais ils s'en distinguent principalement en ce que leur lumière est comparativement très-étroite, et qu'ils ne possèdent pas de parois propres. Ils sont constitués, en effet, par de simples dépressions qu'on voit sur un des côtés d'un certain nombre de cellules hépatiques, formant dans le lobule une même colonne ou travée.

L'anatomie comparée permet d'ailleurs de ramener cette structure en apparence si compliquée, si anomale dans l'espèce, au type de construction des autres appareils glandulaires. Ainsi, chez la couleuvre (1), les parois du canal glandulaire sont représentées par les parois des vaisseaux sanguins, lesquelles sont en contact immédiat avec une des faces des *colonnes* de cellules hépatiques. Les capillaires biliaires ne sont autre chose que des espaces réservés dans l'intervalle des rangées de cellules hépatiques appartenant à une même colonne ou travée. Ils communiquent directement avec les conduits excréteurs biliaires qui, eux, ont une paroi propre revêtue par un épithélium cubique ou cylindrique. La seule différence fondamentale qui existe, au point de vue que nous envisageons, entre le foie et les autres appareils glandulaires, est que les conduits intra-lobulaires ou capillaires biliaires ramifiés, au lieu de rester isolés les uns des autres et de se terminer en un cul-de-sac ou dans un renflement en ampoule, s'anastomosent de manière à former un réseau, disposition que présentent déjà, d'ailleurs, les conduits excréteurs biliaires. En supposant que cette disposition réticulée n'existât point et que les cellules hépatiques d'une même colonne fussent enveloppées d'une paroi propre, on aurait l'apparence représentée dans un schéma ingénieusement construit (*Fig. 5*) que je trouve dans la récente publication de M. Farabeuf. (*Cours d'histologie*, Leçon XIII, p. 2. Paris, 1877.)

Les colonnes de cellules hépatiques avec leur espace capillaire, réservé au centre, sont comparables à des culs-de-sac revêtus de cellules d'épithélium glandulaire en continuité avec le revêtement épithélial cylindrique qui tapisse la partie du conduit représentant le canal d'excrétion. Vous voyez sur le schéma que la dernière cellule cubique du conduit d'excrétion est en contact immédiat avec la première cellule hépatique de la rangée correspondante (2).

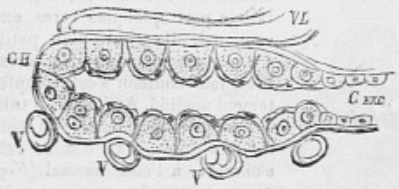


Fig. 5. — (D'après Farabeuf.) — V,V, vaisseau. — VL, vaisseau long. — C. EXC, canal excréteur. — CH, cellule hépatique.

Ces détails étaient nécessaires pour faire bien comprendre le genre d'altération que subit le foie dans la *cirrhose biliaire*. En pareil cas, dans le lobule, les colonnes de cellules hépatiques tendent à disparaître. La lésion s'accuse d'abord à la partie périphérique du lobule, et elle s'étend progressivement vers la région centrale, occupée par la veine intra-lobulaire. Elle s'opère par le mécanisme suivant : Les rangées de cellules hépatiques d'une même colonne sont remplacées successivement par des cellules épithéliales cubiques, en tout semblables à celles qui existent à l'état normal dans les canaux interlobulaires. En même temps, la colonne cellulaire ou autrement dit la série de cellules cubiques qui, désormais, la représente, diminue de diamètre et, du même pas, il se forme autour d'elle une couche conjonctive embryonnaire plus ou moins épaisse qui la sépare des vaisseaux avec lesquels elle était autrefois en contact immédiat (*Fig. 4*). Quand le processus est parvenu à son plus haut degré, ainsi que cela se voit quelquefois dans la cirrhose hypertrophique, on ne trouve plus dans l'aire du lobule, où s'est développée une gangue conjonctive luxuriante, qu'un réseau de canalicules semblable au réseau des canalicules interlobulaires et qui s'est, en quelque sorte, substitué au réseau que forme, dans l'état normal, l'anastomose des colonnes de cellules hépatiques.

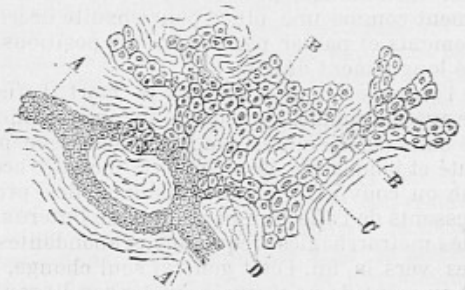


Fig. 4. — *Cirrhose hypertrophique du cheval.* (Pièce fournie par M. Mocquart d'Alfort). — La coupe représente le bord d'un lobule du foie, au point où les canalicules biliaires de nouvelle formation, A, A, se continuent avec les rangées de cellules hépatiques. B,B. Ces rangées, isolées les unes des autres, par des travées conjonctives épaissies, s'anastomosent entre elles et desservent un réseau qui rappelle par sa disposition celui des canalicules biliaires. — On voit, de plus, en D, que les deux systèmes communiquent directement l'un avec l'autre. Au point de jonction, D, la transition de l'un à l'autre ne se fait pas brusquement et l'on peut observer toutes les formes intermédiaires entre la cellule hépatique, telle qu'on la voit en B, et le petit épithélium cubique qui tapisse la paroi du canalicule biliaire en A.

Tel est le dernier terme de l'altération. Vous voyez que le résultat définitif rappelle la disposition sur laquelle nous insistions tout à l'heure à propos du rein et du poumon. C'est ici le lieu, pour compléter le parallèle, de faire intervenir pour le foie, quelques notions relatives au développement embryonnaire de cet organe.

Chez le poulet (1), ainsi que l'a depuis longtemps montré Remak, on voit vers le deuxième jour de l'incubation se développer de chaque côté du duodénum, un diverticule plein d'abord, rempli qu'il est de cellules hypoblastiques et qu'entoure une couche épaisse de tissu mésoblastique.

Vers la fin du troisième jour, les diverticules en question deviennent creux et sont tapissés d'un revêtement épithélial du type cylindrique. Bientôt, ils poussent dans la masse mésoblastique des prolongements ramifiés qui se ramifient eux-mêmes et s'anastomosent. Les ramifications ultimes constituent dans l'amas mésoblastique un réseau serré de conduits solides remplis de cellules hypoblastiques. Suivant Foster et Balfour, les prolongements creux des diverticules doivent être considérés comme les rudiments de l'appareil des conduits biliaires, tandis que le réseau formé par des cylindres remplis de cellules hypoblastiques représente le parenchyme hépatique du foie adulte. Supposez, en effet, que chacun de ces cylindres, plein de cellules, représente un conduit dont la cavité est presque effacée, et vous retrouverez les principaux linéaments du plan de la structure du foie de l'adulte, telle que les travaux de Hering surtout nous l'ont fait bien connaître.

Si, après cet aperçu sommaire, vous vous reportez aux détails des altérations de la cirrhose biliaire, vous ne manquerez pas à coup sûr d'être frappés des analogies qui rapprochent, au point de vue de la texture, le foie ainsi altéré, de l'organe hépatique considéré dans la première période du développement embryonnaire.

Sans vouloir insister plus longuement sur la comparaison que j'ai essayé d'établir entre les cirrhoses biliaires, la cirrhose broncho-pneumonique et la forme de néphrite intersti-

(1) Voir les *Leçons sur les maladies du foie*, p. 42, 43.

(2) Ces vues relatives à la structure de la glande hépatique se trouvent confirmées par les récentes recherches de MM. Kelsch et Kiener. (*Arch. de physiologie*, 1876, p. 771.)

(1) Foster et Balfour, p. 155.

© BIU Santé

tielle qui, dans le langage de l'anatomie pathologique macroscopique, s'appelle le rein contracté, je relèverai cependant encore une fois les traits de ressemblance qui permettent de rapprocher sous un chef commun des affections très-diverses par le nom de l'organe qu'elles occupent et par l'ensemble des symptômes qui les révèlent pendant la vie. En somme, deux éléments principaux sont ici à considérer : 1° Modifications du revêtement épithélial glandulaire, de provenance hypoblastique; 2° modifications de la paroi conjonctive, de provenance mésoblastique, qui sert de support à ce revêtement.

Si l'on envisage maintenant le point de vue pathogénique, il y a lieu de rechercher si ces deux éléments ont la même valeur, si les deux ordres de lésions se développent parallèlement, ou si, au contraire, l'une d'elles précède l'autre et domine en quelque sorte la situation.

En d'autres termes, l'épithélium est-il affecté en premier lieu et les lésions dont il souffre se communiquent-elles secondairement aux tissus sous-jacents; ou bien l'altération de la gangue conjonctive précède-t-elle, au contraire, celle dont l'épithélium est le siége; ou enfin, les deux éléments anatomo-pathologiques sont-ils contemporains, faut-il leur accorder la même valeur pathogénique?

Les questions qui viennent d'être posées sont certainement fort intéressantes au point de vue de nos études particulières. Je ne vois pas que dans l'état actuel des choses elles puissent être définitivement résolues; il est légitime cependant d'en rechercher la solution la plus vraisemblable.

Après un examen de toutes les circonstances, j'incline à croire que la lésion épithéliale est la première en date, l'origine et le point de départ de tous les désordres, et je vous proposerai, en conséquence, de désigner sous le nom d'*épithéliales* les cirrhoses viscérales, quel que soit l'organe qu'elles affectent, se présentant douées des caractères anatomiques que je m'efforçais de faire ressortir tout à l'heure.

Je vous demande la permission de passer rapidement en revue les divers arguments sur lesquels se fonde ma manière de voir.

Nous sommes conduits par ce qui précède à entreprendre une courte incursion dans le domaine de la physiologie pathologique générale des épithéliums.

I. Tout porte à croire aujourd'hui que les tissus épithéliaux jouissent d'une existence, jusqu'à un certain point autonome, indépendante de celle des tissus sous-jacents qui leur servent de support. Ainsi, dans les conditions pathologiques, par exemple, les épithéliums peuvent se modifier dans leur forme, se régénérer, se multiplier sans le concours, ou tout au moins sans la participation directe de la gangue conjonctive sur laquelle ils reposent, sous la seule influence des liquides interstitiels, influence nécessaire à l'entretien de la vitalité de tous les tissus.

a) L'activité propre d'un épithélium ancien, préformé, son influence directe sur la régénération et la multiplication des cellules épithéliales de même ordre, détruites par une cause quelconque, a été mise dans tout son jour, par des expériences récentes.

On savait depuis longtemps qu'à la surface d'une plaie en voie de cicatrisation, le développement du revêtement épithélial nouveau, se fait d'abord au contact de l'épithélium ancien, et procède ainsi de la périphérie de la plaie vers ses parties centrales.

L'influence exercée sur la régénération et la multiplication des éléments cellulaires nouveaux, par les cellules anciennes est ici déjà manifeste. Elle a été mise hors de doute par une expérience ingénieuse qui a eu son retentissement dans la pratique : Il s'agit de la transplantation de l'épiderme, imaginée par M. Reverdin. Le lambeau transplanté doit comprendre dans son épaisseur, la couche vraiment vivante de l'épiderme c'est-à-dire une partie du réseau de Malpighi. Sans entrer dans le détail de cette expérience remarquable, je rappellerai que le lambeau transplanté contracte bientôt des adhérences avec le tissu de granulation qui forme le fond de la plaie et que, consécutivement, on voit sur les bords de cette sorte de greffe, se former l'épiderme nouveau, qui constitue un îlot dont les bords s'étendent de jour en jour. M. Schweninger, dans ces derniers temps, a varié l'expérience, et il a montré que la transplantation d'un cheveu, portant encore une partie de sa gaine épidermique, peut devenir également le point de départ de la formation d'un îlot épidermique.

b) Une autre série d'expériences est plus propre encore, peut-être, que la précédente à montrer l'indépendance dont jouissent les épithéliums à l'égard des tissus sous-jacents. Elles appartiennent à M. Zielonko. (*Schultze's Archiv.* 1873).

La cornée d'une grenouille est extirpée et introduite, aussitôt après l'opération, dans la cavité du sac lymphatique sous-cutané d'une autre grenouille bien portante. On a eu le soin d'introduire cette cornée repliée sur elle-même, de façon que sa surface externe ou épidermique, regarde les parois du sac lymphatique (*Fig.5*). Bientôt, il se forme autour du corps étranger une sorte de fausse membrane ou kyste fibrineux qui ne s'applique pas immédiatement sur la face épidermique de la cornée, mais en reste séparée par un espace. Or, bientôt la cavité en question se trouve tapissée dans toute son étendue par un épithélium régulièrement disposé, de manière à rappeler, à part la multiplicité des couches, le revêtement endothélial d'une membrane séreuse. On peut suivre pas à pas, dans cette expérience le développement du revêtement épithélial nouveau, qui, de la surface de section de la cornée, s'étend progressivement sur la face interne de l'enveloppe fibrineuse. Ainsi, au contact de l'épithélium ancien l'épithélium nouveau se régénère et il se répand, se greffe, à sa surface d'une membrane *fibrineuse* c'est-à-dire *non organisée*.

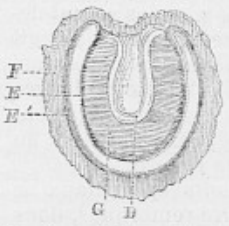


Fig. 5. — Schéma, d'après Zielonko. — G, la cornée repliée. — D, membrane de Descemet. — E, épithélium de la cornée. — E', épithélium nouveau. — F, couche fibrineuse.

c) C'est ici le lieu de rappeler que les produits de la végétation d'un revêtement épithélial peuvent non-seulement se répandre en surface, mais s'étendre encore dans l'épaisseur et la profondeur des tissus sous-jacents, à la manière d'appendices digitiformes, par le mécanisme de l'invagination. Ce procédé rappelle le mode de développement des glandes tel qu'il s'observe dans la période embryonnaire, suivant les descriptions de Remak et de Kölliker. D'après ces auteurs, vous le savez, quand une glande naît au-dessous d'une surface couverte d'épithélium, il part de la face profonde du revêtement, de provenance épiblastique, un bourgeon qui s'enfonce pro-

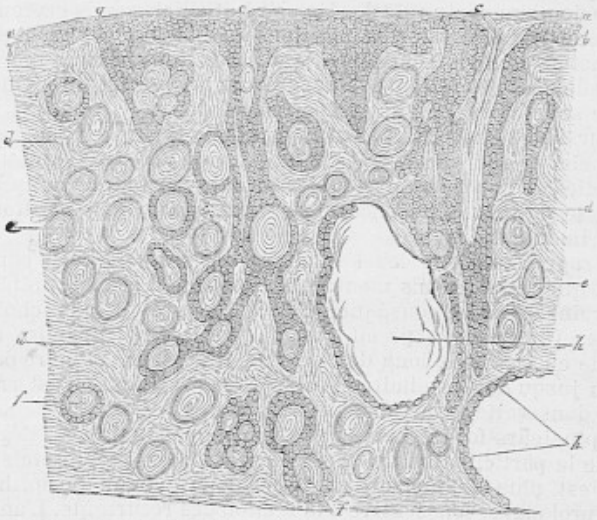


Fig. 6. — Coupe microscopique d'un cancer épithélial de la partie externe du nez. (Cancer corné). — *a*, Couche cornée. — *b*, Couche de Malpighi. — *c*, *c*, Racine des poils, disposés irrégulièrement et formés de couches concentriques de cellules épithéliales. — *d*, Stroma du cancer (dessin demi-schématique). — *e*, Globes épithéliaux, sans tissu conjonctif intermédiaire, disseminés dans le stroma. — *f*, Globes épithéliaux au centre d'une couronne de cellules épithéliales. — *g*, Prolongements épidermiques disposés irrégulièrement avec globes épithéliaux, qui s'avancent jusque dans le tissu conjonctif sous-cutané. — *hh*, Deux grandes alvéoles cancéreuses; leur contenu est tombé en grande partie; sur leur paroi on voit encore une couche de cellules conjonctives plates, et au centre les restes d'une masse de cellules épithéliales cornées.

© BIU Santé

gressivement dans l'épaisseur des tissus sous-jacents, de provenance mésoblastique, et ce bourgeon est constitué d'abord par des cellules du même ordre que celles qui forment l'épithélium dont il provient.

C'est sur ce modèle que paraissent se former certains cancers, — tous les cancers, disent quelques auteurs, entre autres M. Waldeyer — quelques-uns d'entre eux se forment certainement ainsi : les épithéliomes pavimenteux, par exemple, et aussi les cylindriques. Ce mode de développement est facilement mis en évidence, dans le cas du cancroïde, dans les premières périodes de son développement à la surface de la peau. On voit, en pareil cas, sur des coupes pratiquées perpendiculairement à la surface du tégument externe (*Fig.6*), des prolongements épithéliaux partir soit du fond des sillons interpapillaires,soit des glandes sébacées des follicules pileux, et pénétrer dans l'épaisseur du derme sous forme de doigts de gant. Ces appendices épithéliaux sont en quelque sorte comparables aux acinis des glandes en cul-de-sac ou en grappe. Il est à remarquer, toutefois, qu'il ne s'agit pas là d'une structure épithéliale régulière. En effet, ainsi que l'a depuis longtemps relevé M. Cornil, dans le prolongement épithélial, les cellules n'offrent pas un arrangement régulier, et, de plus, elles ne sont pas séparées du tissu au sein duquel elles plongent par une tunique propre.

La formation de semblables prolongements épithéliaux ne se voit pas seulement, il importe de le faire remarquer, dans le cas du cancer. Elle s'observe dans le lupus, dans l'éléphantiasis, suivant les recherches de M. Friedlander. On l'observe aussi, d'après le même auteur, et ceci nous ramène au chapitre des pneumonies chroniques, dans l'épaisseur des parois bronchiques, chez les animaux où l'on a réussi à produire expérimentalement la pneumonie catarrhale prolongée. (Carl. Friedlander. *Ueber epithelwucherung und Krebs*, fig. 8, pl. 1. Strasbourg, 1877.)

Je pense en avoir dit assez, Messieurs, pour faire ressortir la prédominance du rôle des lésions épithéliales dans l'accomplissement de certaines altérations pathologiques, car il est au moins fort vraisemblable, que, dans tous les cas que je viens de citer, la lésion des tissus sous-jacents est un phénomène secondaire, en quelque sorte accessoire.

Pour en revenir maintenant aux *cirrhoses* que je proposais d'appeler *épithéliales*, la réalité du fait que j'essaye de mettre en relief, déjà rendue très-vraisemblable par tout ce qui précède, le devient plus encore peut-être dans les conditions expérimentales.

Je rappellerai que les lésions de la *cirrhose biliaire* sont, ainsi que nous l'avons montré, M. Gombault et moi, imitées pour ainsi dire, en conséquence de la ligature du canal cholédoque. On voit, en pareil cas, l'altération se répandre de proche en proche le long des canaux biliaires et s'étendre peu à peu jusqu'aux capillaires biliaires intra-acineux. Il est vrai que, dans cette expérience, l'énorme végétation épithéliale déjà plusieurs fois signalée, ne se montre pas nettement dégagée de la participation du tissu conjonctif sous-jacent. Mais il n'en est plus de même dans le cas de la pneumonie épithéliale prolongée, consécutive à la section des récurrents. L'analyse que nous vous avons présentée des lésions qu'on observe en pareille circonstance, d'après les travaux de MM. Friedlander et Otto-Frey, montre que les altérations portent, à l'origine, uniquement sur le revêtement épithélial, et que la pneumonie, ainsi produite, est, par-dessus tout, une pneumonie épithéliale, avant de devenir une pneumonie interstitielle.

L'intérêt pratique qui s'attache aux distinctions que je cherche à faire prévaloir — distinctions subtiles en apparence, peut-être, au premier abord, — ne peut manquer de ressortir à vos yeux, si vous voulez bien vous reporter à l'histoire des cirrhoses hépatiques et rénales, telle que je vous l'ai présentée dans le cours des précédentes années. Les cirrhoses biliaires, ou autrement dit épithéliales, constituent, on peut le dire, désormais autant d'espèces anatomiques absolument distinctes de la cirrhose vulgaire, et auxquelles se rattache, pendant la vie, un ensemble symptomatique particulier à chacune d'elles, lequel permet d'établir, dans la majorité des cas, le diagnostic. J'ai appelé aussi, autrefois, votre attention sur les différences tant anatomiques que cliniques qui séparent les unes des autres les diverses formes de maladies rénales, naguère encore englobées sous la dénomination commune de maladie de Bright chronique.

Tout porte à espérer que des études, conduites d'après les mêmes principes, nous permettront de débrouiller le chaos encore très-confus des pneumonies chroniques dites fibroïdes. Dès à présent, il est certain qu'à côté de la pneumonie chronique d'origine catarrhale, et que je proposais d'appeler tout à l'heure *cirrhose épithéliale du poumon*, et dont je vous ai présenté déjà, par anticipation, une esquisse anatomo-pathologique, que je me réserve d'accentuer plus tard, il existe d'autres espèces de pneumonies fibroïdes, bien distinctes, au moins anatomiquement. Telle est, par exemple, *la pneumonie chronique consécutive à la pneumonie lobaire aiguë*. Telle est aussi la *pneumonie chronique inter-lobulaire* qui me paraît devoir être rattachée à l'inflammation des lymphatiques du poumon, et dont je serai conduit à vous dire quelques mots dans une occasion prochaine. Je laisse, à dessein, pour le moment, mon énumération incomplète.

Quant à présent, à la vérité, ces diverses formes de pneumonie chronique, parfaitement séparées au point de vue anatomo-pathologique, n'ont pas encore trouvé leur place dans la clinique. Mais on ne saurait guère douter qu'elles l'acquièrent quelque jour, car, l'expérience le démontre, il est rare que la détermination exacte d'une espèce anatomo-pathologique n'ait pas, tôt ou tard, son retentissement dans le domaine de la pratique. (*A suivre*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Onverture du cours clinique de M. Magnan à Sainte-Anne.

Dimanche dernier à neuf heures et demie du matin, M. Magnan a recommencé, à l'asile Sainte-Anne, ses leçons cliniques sur les maladies mentales, leçons qu'il se propose de continuer les dimanches suivants à la même heure. Les docteurs en médecine et les étudiants (auxquels les cartes spéciales, indispensables pour pénétrer dans l'amphithéâtre, sont délivrées, sans difficultés, sur la présentation de leurs titres), s'étaient rendus en grand nombre à la leçon d'ouverture du savant aliéniste.

M. Magnan a commencé par exposer, à ses auditeurs, le plan qu'il se propose de suivre ; après avoir, dans les années qui précèdent, fait l'histoire des formes aiguës de l'aliénation mentale, le professeur se propose d'étudier cette année les formes chroniques de la folie.

Ces formes sont nombreuses, elles comprennent : 1° l'*idiotie* vraie, c'est-à-dire l'oblitération complète des facultés intellectuelles, dont il ne reste plus aucune trace appréciable ; — 2° l'*imbécillité*, dans laquelle cette oblitération est moins complète ; — 3° les différentes *dégénérescences intellectuelles* à formes variables, que l'on a décrites sous le nom de *folie lucide* ; — 4° et 5° enfin la *démence alcoolique* et la *démence épileptique*.

M. Magnan a insisté, avec raison, sur l'intérêt qu'il y a, tant au point de vue clinique qu'au point de vue médico-légal, à faire successivement et progressivement l'étude de ces diverses affections mentales, dont chacune porte en soi sa caractéristique ; chaque aliéné, en effet, a pour ainsi dire, une façon particulière de délirer, suivant la catégorie pathologique à laquelle il appartient et la forme même de son délire, la nature de ses actes impulsifs peut prendre, à un moment donné, toute la valeur d'une révélation clinique ou médico-légale.

© BIU Santé

Abordant ensuite l'étude de l'idiotie proprement dite, le professeur s'est attaché à rechercher les causes de cet état pathologique : tantôt l'idiotie est réellement congénitale, tantôt elle est acquise, mais alors même, elle remonte à une époque très-peu avancée de la vie. Est-elle due à un arrêt de développement? est-elle due à une de ces anomalies de forme réversive, signalées par M. Pozzi? c'est là un problème qu'il serait prématuré de résoudre dans l'état actuel de la science.

M. Magnan insiste ensuite sur la différence qui sépare l'idiot de l'enfant au point de vue intellectuel; puis il aborde la question de la symptomatologie de l'idiotie. Cette symptomatologie est variable; on trouve, en effet, des idiots qui ne parlent pas, d'autres qui parlent uniquement par monosyllabes, d'autres enfin qui parlent d'une façon à peu près normale.

C'est le plus souvent sur ces symptômes qu'on a basé les classifications des divers genres d'idiotie. M. Magnan expose successivement les classifications d'Esquirol, de Dubois (d'Amiens) et enfin celle de Ireland, classification mixte, suffisamment clinique, mais peu scientifique, et peu satisfaisante pour l'esprit, parce qu'au lieu d'avoir une base unique, elle s'appuie tour à tour sur la séméiologie et sur l'étiologie.

Sans vouloir aborder, dans des leçons qu'il se propose de rendre essentiellement cliniques, l'anatomie pathologique de l'idiotie, M. Magnan a cependant voulu, pour l'intelligence du sujet, faire connaître quelques-uns des états du crâne qui se relient à cet état pathologique. Il a insisté sur les différentes formes et les différentes altérations de forme de la boîte crânienne chez les idiots, et particulièrement sur la variabilité de l'époque à laquelle s'opère la soudure des os du crâne chez le blanc et chez le nègre, chez l'homme sain et chez l'idiot.

M. Magnan a terminé sa conférence en présentant à ses auditeurs un certain nombre de malades, choisis comme présentant des formes absolument démonstratives : cette présentation offre au point de vue clinique un réel intérêt, en ce qu'elle met les élèves en présence des types les mieux accusés de la forme étudiée, dans la leçon qu'ils viennent d'entendre.

Nous avons lieu de croire, — et d'espérer, — que les conférences de M. Magnan continueront à être assidûment suivies par tous ceux qui s'intéressent à l'aliénation mentale, et même, d'une façon plus générale, à la pathologie du cerveau. M. Magnan s'est bravement mis à la tête de la jeune école aliéniste; il ne montre pas à ses auditeurs, comme on le faisait autrefois, des tableaux où sont énumérés les facultés de l'âme; il leur montre des planches où sont reproduites les lésions cérébrales, — encore trop peu nombreuses et trop peu constantes, malheureusement, — qui correspondent aux divers troubles intellectuels. Etablir la relation qui existe évidemment entre les troubles psychiques, de quelque nature qu'ils soient, et les lésions dans les modifications de l'encéphale qui leur donnent naissance, faire de la pathologie mentale ce qu'elle doit être, c'est-à-dire une pathologie comme une autre, précise, en un mot, l'anatomie pathologique de la folie, tel est le but que M. Magnan n'a cessé de poursuivre, avec un succès que l'avenir ne fera que confirmer.

C'est là une méthode empreinte d'un véritable esprit scientifique, et dont l'heureuse influence se fait sentir, même dans les leçons auxquelles le professeur entend donner, comme à celles qu'il fait actuellement, un caractère exclusivement clinique. H. DE BOYER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Novembre et Décembre 1877.

M. BOUCHUT a imaginé d'employer pour l'*analyse du lait* de femme la méthode qui sert depuis quelque temps à l'analyse du sang : la numération des globules. Il est possible en effet au moyen d'un compte-globule analogue à ceux que l'on emploie pour la numération des hématies, de compter les globules et les globulius contenus dans une quantité donnée de lait. Cette numération conduit approximativement à la connaissance de la densité et de la quantité de beurre. Cette méthode, bien qu'imparfaite, a une certaine importance pour l'analyse du lait de la femme en particulier; ce liquide ne pouvant guère être extrait en quantité suffisante pour une analyse régulière.

M. HAYEM fait une communication sur le *mode de génération des globules rouges du sang* des vertébrés ovipares. Il existe, en effet, chez les animaux des corpuscules allongés, transparents, privés d'hémoglobine et différant complètement des leucocytes proprement dits. Chez un animal, anémié artificiellement, on voit ces *hématoblastes* s'entourer d'un disque, fixer de l'hémoglobine et se transformer manifestement en hématies. En somme, les globules rouges, nucléés, des vertébrés ovipares, proviennent d'éléments particuliers, qui, dès leurs premières phases de développement, sont très-distincts des globules blancs; ceux-ci restent étrangers à la formation des globules rouges.

A côté des disques contractiles proprement dits, il existe dans les muscles des disques dits de charpente, dont le rôle est purement passif dans le phénomène de la contraction musculaire. Les études à la lumière polarisée, montrent que ces disques sont de deux sortes, les uns sont épais et les autres minces. M. RENAUT s'est demandé si les uns et les autres avaient le même rôle. Au moyen de l'alcool absolu, il a pu fixer tétanisé un muscle de lucane et démontrer ensuite par les méthodes de colorations électives que les disques minces et épais avaient le même rôle.

M. GUIBERT recommande l'emploi simultané de la *morphine* et du *chloroforme* dans les opérations chirurgicales. On supprime ainsi la période d'excitation, la possibilité de la syncope. L'analgésie, de plus, est obtenue avant que le malade ait perdu connaissance, et il peut répondre aux questions du chirurgien et conserver toutes ses facultés intellectuelles à un moment où la sensibilité est absolument abolie.

M. RANVIER étudie les *corpuscules du tact* qui sont en si grand nombre autour du bec et sur la langue du canard domestique. Dans leur plus grande simplicité, ces corpuscules sont formés par deux cellules juxtaposées entre lesquelles un tube nerveux ou au moins son cylindre-axe vient s'aplatir en forme de raquette. C'est par l'ébranlement de ces cellules, transmis au disque nerveux, que se fait l'impression tactile.

M. BITOT présente, sous le nom de stagimètre, une balance dont un des plateaux, en appuyant sur un corps organique, donne en mesure la consistance et l'élasticité.

M. TOUSSAINT a étudié la mort par le *charbon*. Il ne peut admettre que la cause de cette mort soit due à la spoliation de l'oxygène du sang par les bactéries. Un lapin inoculé et placé dans l'oxygène succombe comme dans l'air ordinaire. En revanche, on trouve tous les vaisseaux obstrués par des quantités considérables de bactéries. La cause de la mort serait donc absolument mécanique.

M. DÉJERINE présente les conclusions d'un mémoire sur les lésions de la paralysie diphthérique. Dans cette affection, il existe une atrophie des racines antérieures. Cette atrophie est consécutive à la destruction des cellules des cornes antérieures de la moelle épinière par un processus analogue à celui de la myélite.

MM. BOCHEFONTAINE et BOURGERET recherchent si le *péricarde* est doué de sensibilité. Pour eux, le péricarde sain est sensible, surtout à la face externe. On peut mettre en évidence cette sensibilité par des actions mécaniques. Le péricarde enflammé expérimentalement présente une sensibilité plus vive encore, surtout dans son épaisseur. Voilà pourquoi la péricardite rhumatismale simple, qui ne frappe guère que la face interne, est peu douloureuse, tandis que les autres le sont davantage.

M. BOCHEFONTAINE a fait, avec l'aide de M. Viel, des expériences pour savoir si la *méningite expérimentale* détermine des symptômes différents suivant les points du cerveau, au-dessus desquels elle se développe. Ils ont provoqué des ménigo-encéphalites sur des chiens en cautérisant la surface des hémisphères par le nitrate d'argent cristallisé. Les résultats auxquels ils sont parvenus confirment pleinement la théorie des localisations cérébrales.

M. CYON regarde les canaux semi-circulaires de l'oreille comme étant les organes du sens de l'espace. Leurs lésions amènent, en effet, des vertiges,

© BIU Santé

des idées fausses sur la position de notre corps et des choses qui nous environnent.

M. Hayem a pu étudier sur les animaux vivipares, les hématoblastes; dont il avait constaté l'existence chez les ovipares. L'anémie est un état très-favorable à cette étude. Les conclusions de M. Hayem sont les suivantes : Les globules rouges des vivipares proviennent du développement plus ou moins régulier de petits éléments incolores, délicats, très-altérables, se modifiant très-rapidement quand ils sont sortis des vaisseaux. Ces éléments passent par une phase intermédiaire dans laquelle ils se perfectionnent, grossissent et se colorent.

M. Feltz, à la suite d'expériences diverses, arrive aux trois conclusions suivantes que nous transcrivons : 1° Le sang veineux normal, vivant, ne renferme pas de ferments; 2° l'urine ammoniacale peut être débarrassée de son ferment par la filtration sur le vide à travers une épaisse couche de charbon ; 3° le sang typhoïde vivant tient en suspension des germes cryptogamiques, susceptibles de végéter dans des ballons ne renfermant que de l'air pur.

P. Regnard.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 janvier 1878. — Présidence de M. Houel.

M. Charcot présente la malade dont il avait parlé dans la dernière séance. Cette jeune fille, mercière de son état, avait remarqué depuis longtemps qu'elle ne percevait plus certaines couleurs. Elle reçut d'abord les soins de M. Fieuzal qui voulut bien la lui adresser dernièrement. Quelque temps avant le début de l'achromatopsie, elle avait éprouvé des crises convulsives caractéristiques, l'ovarie droite et l'hémianesthésie droite ont été peu après constatées. Généralement, l'hémianesthésie occupe sur les hystériques de cette catégorie tout un côté; les sens de ce côté sont obnubilés et l'œil en particulier est atteint d'amblyopie avec achromatopsie ou dyschromatopsie. Ici, s'est présentée une anomalie. soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, mis en œuvre, l'anesthésie a disparu des membres supérieurs et inférieurs du tronc, et n'existe plus qu'à la face (au front surtout). De plus, les troubles de la vision ont été considérables des deux côtés, il y a dyschromatopsie des deux yeux, surtout à la vérité de l'œil droit correspondant au côté anesthésié. Cette malade appartient à la série *bleue*, série normale de Landolt, c'est-à-dire que chez elle le bleu occupe la partie la plus externe du champ visuel et que cette couleur sera la dernière à disparaître si la dyschromatopsie progresse. « Il y a d'autres sujets chez lesquels le rouge s'étendant dans le champ visuel plus en dehors que le bleu, persiste le dernier; ils appartiennent à ce que j'appellerais, dit M. Charcot, la série rouge. Voici l'ordre dans lequel les couleurs disparaissent pour la série *bleue* à laquelle nous avons affaire chez notre malade. D'abord le violet et le vert, couleurs centrales, puis le rouge et l'orangé, couleurs moyennes, enfin en dernier, le jaune et le bleu, couleurs externes. Actuellement, ainsi que vous pouvez le constater, les couleurs perçues par la malade, sont: *œil droit*: orangé, jaune et bleu ; le violet, le vert et le rouge font défaut. *Œil gauche*: vert, rouge, orangé, jaune et bleu, le violet manque pour les deux yeux, il manque seul pour l'œil gauche. Si, maintenant, on applique sur la tempe du côté droit une plaque de métal auquel le sujet soit *sensible*, et dans le cas particulier c'est de l'*or* qu'il s'agit, on verra se produire au bout de quelques minutes, les phénomènes suivants: le rouge d'abord, puis le vert, puis le violet réapparaîtront dans l'œil droit. Le violet réapparaîtra pour l'œil gauche, la dyschromatopsie aura donc complètement disparu. Mais, en persistant dans l'expérience, c'est-à-dire en maintenant les pièces d'or appliquées sur la tempe, on verra se produire le phénomène inverse, désigné par M. Burcq, sous le nom d'*anesthésie de retour*.

« La notion du violet commence à disparaître, puis c'est le tour du vert, puis du rouge, puis de l'orangé, puis du jaune et enfin du bleu. L'achromatopsie à ce moment est, comme vous le voyez, redevenue complète pour les deux yeux; maintenant nous allons enlever de nouveau les plaques, et attendre encore quelques minutes. Alors, nous voyons la notion des diverses couleurs reparaître successivement en commençant par le bleu; le jaune et l'orangé viennent ensuite, puis c'est le tour du rouge et du vert pour l'œil gauche. Mais on ne peu obtenir pour l'œil droit le retour des couleurs centrales, vert et violet, et pour l'œil gauche celle du violet. Les choses sont donc, vous le voyez, revenues à l'état où elles étaient au commencement de l'expérience. — L'appareil employé consiste tout simplement en quatre pièces de 20 fr., maintenues par des fils sur une lanière de cuir. Bien entendu les pièces de métal sont en contact avec la peau. Vous avez remarqué que la malade a accusé une légère céphalalgie, au moment où la notion des couleurs perdues a commencé à reparaître. Dans le même temps, autour des pièces d'or, l'anesthésie a disparu et a fait place même à un moment donné à un certain degré d'hyperesthésie. M. Charcot fait remarquer chemin faisant l'hésitation qui se produit chez la malade à chaque couleur nouvelle qui lui est présentée, au moment où elle en regagne la perception. Elle doit mettre le carton au point (distance variable) pour obtenir la sensation, puis c'est aux quatre coins du carton que la couleur apparaît d'abord, ce n'est qu'après quelques instants que la partie centrale du carton qui lui paraissait blanc d'abord est vue enfin sous sa couleur réelle. »

Le rouge a commencé à reparaître dans l'œil droit, trois minutes après l'application métallique. Six minutes après, toutes les couleurs avaient reparu dans les deux yeux. Au bout de onze minutes d'application, toutes les couleurs ont de nouveau disparu (anesthésie de retour). On enlève en ce moment la plaque, le bleu commence à reparaître ; après quatre minutes, c'est le tour du jaune et de l'orangé ; après cinq minutes, celui du rouge ; après six minutes, le tour du vert, du violet. La durée de l'expérience, à partir du moment où les plaques ont été appliquées, a été de vingt minutes en tout. En ce moment, les choses sont redevenues ce qu'elles étaient avant l'application, à savoir : achromatopsie de l'œil droit pour le violet, le vert et le rouge, achromatopsie de l'œil gauche pour le violet seulement.

M. Regnard ajoute quelques mots à la communication de M. Charcot au sujet de la nature probable de l'achromatopsie des hystériques. M. Regnard pense que la lésion n'est pas rétinienne mais centrale.

En effet, il a fait passer rapidement au moyen de disques tournants devant l'œil achromatopsique d'une hystérique deux couleurs complémentaires dont la malade ne percevait qu'une seule.

Malgré cela les deux couleurs se sont combinées et ont reproduit la sensation du blanc. Le résultat a été le même en faisant arriver simultanément à l'œil des rayons verts et des rayons rouges au moyen de verres colorés. Le blanc a été reconstitué par l'achromatopsique.

Si la théorie de Yung était vraie, s'il existait dans la rétine des bâtonnets destinés uniquement à la perception du vert par exemple et que l'achromatopsie du vert résultât de la paralysie de ces bâtonnets, l'achromatopsique pour le vert pourrait réunir les couleurs complémentaires et faire du blanc avec le mélange du vert et du rouge. — Or, cette réunion a toujours lieu.

Il semble donc que, dans l'achromatopsie hystérique, la rétine est saine, et que le défaut physiologique qui cause l'erreur visuelle est plus loin, dans le centre perceptif. Quand la vibration verte, par exemple, arrive à ce centre, elle n'est pas jugée, mais elle agit néan moins et la preuve, c'est qu'ajoutée à une vibration rouge, elle donne la sensation du blanc.

M. Marey dépose sur le bureau le troisième volume des travaux accomplis dans son laboratoire pendant l'année 1877. Il énumère ensuite, rapidement, la série des expériences qu'il a faites lui-même, relativement à l'appareil électrique de la torpille. Il est arrivé à cette conclusion que les phénomènes de décharge de la torpille sont les mêmes que ceux de la contraction des muscles.

M. Franck présente, au nom de M. Pitres et en son nom personnel, les résultats de sa nouvelle série d'expériences sur l'inexcitabilité absolue du noyau caudé et sur l'excitabilité exagérée de la capsule interne. Nous reviendrons sur ce travail si intéressant.

M. Malassez apporte un nouveau système de chambre claire, destiné à rendre de grands services aux dessinateurs.

© BIU Santé

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 janvier 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. G. SÉE, ayant eu l'occasion d'expérimenter l'iodure de potassium dans le traitement de l'asthme, vient présenter à l'Académie les réflexions et les déductions qui résultent de vingt-quatre cas bien observés et ainsi répartis : quatre enfants, six adolescents, dix adultes et quatre vieillards. Les résultats de cette nouvelle indication ont été vraiment remarquables, si nous tenons compte non-seulement de la guérison des malades, mais surtout de la rapide disparition des accidents qui se manifestent ou plutôt qui caractérisent cette névrose. M. Germain Sée, qui a eu surtout en vue l'asthme contracté à la suite d'une coqueluche ou d'une bronchite, a pu constater, grâce à sa nouvelle méthode thérapeutique, la disparition des grands accès empêchant ainsi l'accès alors qu'il est en puissance de se produire, voire même lorsqu'il est sur le point de se manifester. L'iodure de potassium doit être associée ou à une certaine quantité d'opium, cinq à dix centigrammes, ou au chloral, de façon à prévenir l'iodisme, c'est-à-dire toutes les hypersécrétions des membranes muqueuses et les éruptions acnéiques.

Les deux formules que préconise M. G. Sée sont les suivantes :

1°	Iodure de potassium.....	1 gr. 50 centigr.
	Extrait thébaïque.....	0 — 05 —
2°	Iodure de potassium.....	1 gr. 50 centigr.
	Chloral.....	1 —

La dose de l'iodure de potassium peut être graduellement élevée, car il n'est pas plus difficile de faire supporter aux malades deux grammes que cinquante centigrammes. — Dans l'asthme non compliqué d'emphysème pulmonaire, la respiration devient libre deux heures après l'administration du médicament : le murmure respiratoire se fait entendre de nouveau, les râles secs et sibilants deviennent muqueux, l'emphysème est en un mot transitoire et fait place à une respiration normale. M. G. Sée croit pouvoir attribuer ces résultats heureux à l'influence de l'iode sur le système nerveux. Un autre médicament, *l'iodure d'éthyle*, aurait une action plus efficace et plus prompte que l'iodure de potassium. Cette substance volatile, très-absorbable, agirait et comme iode et comme éthyle. En somme, d'après M. Germain Sée, l'iodure de potassium combat l'asthme dans toutes ses formes, et l'iodure d'éthyle prévient et coupe les accès.

Suite de la discussion sur le travail de M. Verneuil intitulé : Faits pour servir à l'histoire de la désarticulation de la hanche. Remarques sur les procédés opératoires.

M. TRÉLAT, comme M. Richet, se propose d'envisager le meilleur moyen de se rendre maître du cours du sang pendant l'opération de la désarticulation de la cuisse, puis le meilleur mode de pansement auquel il convient de recourir après cette opération. Élargissant le débat, l'orateur a, dans un langage puissant et concis, passé successivement en revue les divers modes de pansements employés par les chirurgiens des temps passés et des temps modernes, faisant surtout de la réunion par première intention l'objet de son intéressante communication.

En ce qui concerne l'hémostase opératoire, il fait remarquer que M. Verneuil a appliqué à la désarticulation de la hanche des préceptes qu'il a toujours adoptés dans les grandes opérations ; et, s'il convient, à juste titre, de se préoccuper des hémorrhagies qui amènent la décadence de l'organisme, il n'est pas d'avis de préconiser un nouveau manuel opératoire, l'application directe des pinces hémostatiques n'exigeant pas des incisions spéciales, non plus que les éponges dont se servait jadis M. Richet. M. Trélat ne borne pas ses observations au cas particulier de la désarticulation coxo-fémorale ; bien au contraire il entend la totalité des grandes amputations.

Rassemblant les observations éparses dans la science et prenant à partie les quatre faits rapportés par M. Verneuil, c'est-à-dire trois insuccès et un succès, M. Trélat ne croit pas que son collègue soit autorisé à s'armer des temps et des conditions opératoires de ce dernier, à l'exclusion des rôles défectueux des trois premiers, pour déclarer d'une façon définitive les causes qui ont entraîné le succès ou les insuccès chez ses opérés. Quant aux modes de pansement qui se disputent actuellement la suprématie, M. Verneuil, on le sait, avait déclaré, pour le cas particulier de la désarticulation de la hanche, qu'en raison de la difficulté d'appliquer convenablement et correctement dans cette région, aussi bien le bandage ouaté de M. A. Guérin que le pansement antiseptique de Lister, il convenait de recourir au pansement ouvert avec topiques antiseptiques.

M. Trélat s'élève contre cette pratique thérapeutique et se déclare partisan de la réunion primitive faite sérieusement et avec les indications qu'elle comporte.

L'orateur, touchant le point capital de la discussion, se demande si la réunion primitive est également comprise et interprétée par la pluralité des chirurgiens. Cette méthode fait tous les jours des adeptes, et ses défenseurs sont incontestablement plus nombreux que ses adversaires. Elle comporte un certain nombre d'indications dont les principales consistent à organiser l'écoulement des liquides et à assurer d'une manière parfaite l'affrontement des lambeaux ; cet affrontement avait dominé toute la question des pansements ; il faut, en effet, qu'il simule la solidité que les chairs ont normalement, et cette nécessité implique tout à la fois, et la compression ouatée et l'absence de corps étrangers, opératoires ou non, entre les lambeaux. La réunion primitive, dans son essence, peut ainsi se définir : deux surfaces tranchées et fortement appliquées l'une contre l'autre, sécrétant des produits figurés cellulaires qui, dans l'espace de 48 heures, achèvent leur évolution, de telle sorte qu'elles adhèrent intimement. Lorsque toutes ces conditions se réalisent, on n'a pas à combattre la rétention du pus, car on est en présence d'une plaie qui n'en sécrète pas. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 30 novembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

25. Cancer de l'utérus. — Anurie par compression des uretères; par M. P. BERDINEL, interne des hôpitaux.

Pont..., 41 ans, journalière, est entrée à la Pitié, service de M. DESNOS, (salle Ste-Marthe, n° 37,) le 10 novembre 1877. — Cette femme nous est amenée dans un état de cachexie profonde ; elle nous offre les symptômes classiques du cancer du col de l'utérus, sans complication au moment de son entrée.

15 *octobre*, elle se plaint d'uriner très-peu. — La vessie est cependant à peu près vide et cette oligurie est mise sur le compte d'une diarrhée séreuse dont la malade est atteinte depuis deux jours.

17 *octobre*, il n'y a pas eu de miction depuis l'avant-veille, la literie n'est pas mouillée. — La sonde donne une centaine de grammes d'urine normale.

19 *octobre*, nouveau cathétérisme, à cause de l'absence persistante de miction : à peine quelques gouttes d'un liquide louche et fétide. — La malade est somnolente. — Le soir, elle est plongée dans le coma et elle meurt dans la nuit sans avoir présenté de nouveaux phénomènes.

AUTOPSIE. — Nous trouvons un épithélioma ulcéré et végétant ayant détruit tout le col utérin (portions sus et sous-vaginale.) Les parois du vagin sont indemnes.

Les lésions les plus intéressantes se retrouvent du côté de l'appareil urinaire. — L'urèthre et la vessie sont sains ; les *uretères* sont très-dilatés et atteignent la grosseur du pouce ; le liquide qu'il renferme est de l'urine très-claire, sans albumine. L'uretère gauche, une fois ouvert, permet l'introduction dans la vessie d'une sonde cannelée ordinaire, mais on est obligé de vaincre une résistance assez forte. On s'aperçoit en incisant, que si les parois de l'uretère sont saines, ce canal se trouve comprimé au niveau du point où il pénètre dans l'épaisseur des parois de la vessie par deux petites masses cancéreuses de la grosseur d'une noisette, siégeant dans le tissu cellulaire du cul-de-sac vésico-utérin.

L'uretère gauche est absolument imperméable, même à un stylet très-fin : il vient se perdre dans une masse cancéreuse du volume d'une mandarine, et qui remplit de ce côté tout le cul-de-sac utéro-vésical. Une incision de la tumeur sur le tra-

© BIU Santé

jet connu de l'uretère ne permet point de distinguer ses parois dégénérés au milieu de cette prolifération morbide.

Le rein gauche présente une dilatation considérable du bassinet et des calices, dont la capacité est plus que triplée. — Le tissu de l'organe est anémié, mais ne paraît point malade; la capsule n'est pas adhérente.

Le rein droit ne nous offre qu'une légère hydronéphrose; il est augmenté de volume et fortement congestionné.

Rien d'anormal dans les autres viscères.

RÉFLEXIONS. — Quand le cancer de l'utérus s'accompagne de troubles de la fonction urinaire, on observe plus souvent de l'incontinence que la rétention. Cette dernière est cependant plus fréquente encore que de l'anurie. Le néoplasme en effet a plus de tendance à se propager en avant vers le trigone vésical, pour le comprimer ou l'ulcérer, qu'à se développer en arrière et latéralement. Aussi est-ce plus spécialement dans les tumeurs rétro-utérines volumineuses que l'on rencontre des accidents du genre de celui-ci. Ces faits ont été signalés dans des cas d'hématocèles considérables, et cette année même, M. Leroux a présenté à la Société une observation presque identique; la compression des uretères était due à une grossesse extra-utérine, accompagnant un épanchement sanguin très-considérable dans le cul-de-sac recto-utérin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 janvier. — PRÉSIDENCE DE M. F. GUYON.

Très-maigre la correspondance de ce jour. En dehors des publications périodiques parvenues au secrétariat, nous n'avons à signaler qu'un travail de M. Chalot, chef de clinique chirurgicale à la faculté de Montpellier, sur les névralgies des moignons. L'auteur a eu l'occasion de suivre un malade atteint de névralgie extrêmement rebelle, qui avait été traité sans succès par M. Trélat. Cette observation, intéressante à divers titres, engagea M. Chalot à faire des recherches sur le même sujet; le travail qu'il présente aujourd'hui à la Société de chirurgie contient une analyse détaillée de 23 observations de névralgie des moignons.

M. VERNEUIL donne lecture d'un rapport sur trois observations recueillies par M. Vedrennes, chirurgien militaire à Vincennes, qui vient d'être nommé membre correspondant. Ce rapport était prêt depuis longtemps, et M. Verneuil tient à le faire insérer dans le Bulletin de la Société de chirurgie, parce que les observations viennent à l'appui des idées dont il s'est porté le champion énergique au sujet de l'influence réciproque des maladies générales sur les traumatismes, et des traumatismes sur les maladies générales.

La première observation est intitulée : *Attaque de rhumatisme articulaire aigu à la suite de l'introduction d'une sonde cannelée dans une fistule à l'anus.* Il s'agit d'un vieux grognard, capitaine d'infanterie, n'ayant pas dans sa famille d'antécédents goutteux, qui entra au mois d'août 1877 à l'hôpital militaire de Vincennes, pour se faire opérer d'une fistule à l'anus, consécutive à un phlegmon de l'espace pelvi-rectal inférieur. La fistule était longue de 6 centimètres. L'exploration avec la sonde cannelée, et l'introduction d'une petite sonde en gomme amenèrent dans la journée un frisson intense avec des vomissements; huit jours après, se déclarait une adénite de l'aine qui se termina par suppuration; et plusieurs articulations devenaient successivement douloureuses. Après la disparition des accidents de rhumatisme articulaire aigu, la fistule fut opérée en octobre à l'aide de l'écraseur linéaire; et la guérison se fit naturellement.

Ainsi la seconde opération, plus grave que la première, fut beaucoup mieux supportée par un malade très-nerveux. « Ce n'est pas là, déclare M. Verneuil, un fait exceptionnel; bien souvent, de simples explorations mettent les jours du malade en péril; et l'on doit faire connaître tous ces faits, plus communs qu'on ne pense, pour dégager la responsabilité du chirurgien. »

Pour le fait particulier, M. Verneuil propose l'interprétation suivante : l'introduction de la sonde a déterminé une petite plaie dans le trajet; et l'absorption de liquides septiques a suffi pour déterminer une lymphangite avec adénite.

La seconde observation du travail de M. Védrennes relate de violents accès d'asthme survenus à la suite d'une fracture de l'avant-bras chez un asthmatique. — Le malade était encore un vieux capitaine, amputé du bras droit au siége de Metz, qui se fractura l'avant-bras gauche en tombant de cheval, au mois de juin 1877. — Les deux premières nuits qui suivirent l'accident, le blessé eut deux attaques d'asthme très-pénibles. Le troisième soir il reposa tranquillement; et les accès de suffocation ne reparurent plus dans la suite. La guérison de la fracture était parfaite au bout de trois mois.

M. Verneuil a observé bien des faits analogues : d'après le savant professeur la congestion pulmonaire est une complication fréquente chez les blessés asthmatiques et emphysémateux; souvent même cette complication peut être mortelle.

Enfin, chez un troisième capitaine de cavalerie, (décidément les capitaines semblent s'être donné le mot pour faire plaisir à M. Verneuil) M. Vedrennes a observé, à la suite de la ligature de deux petites tumeurs hémorrhoïdaires, des troubles nerveux qu'il rapporte à l'ataxie locomotrice. Le capitaine en question avait pour Vénus un culte particulier; et, chez lui, le dieu Mars paraissait moins en faveur que la déesse de l'Amour. On pouvait lui appliquer la définition de la courtisane romaine : « *Lassatus nunquam satiatus.* » Porteur de six bourrelets hémorrhoïdaux, le malade voulut se les faire enlever deux par deux. Le chirurgien se borna à pratiquer la ligature avec un fil; et, après la seconde opération survinrent des troubles nerveux de nature ataxique qui furent heureusement passagers.

M. Verneuil croit qu'il s'agissait ici d'une paralysie réflexe, plutôt que d'une ataxie vraie. Après avoir constaté les relations intimes qui existent entre les hémorrhoïdes et l'orgasme vénérien, M. le rapporteur tire les conclusions qui lui paraissent découler des observations précédentes : « Il faut apporter le plus grand soin au choix des procédés opératoires, même pour les opérations les plus simples, surtout si la constitution de l'opéré est défectueuse. »

M. DELENS lit un rapport sur un travail de M. Chalot, de Montpellier, qui a décrit avec le plus grand soin, un anévrysme artérioso-veineux du pli du coude. Le malade étant mort d'une affection indépendante, l'anévrysme, qui datait de 40 ans, fut complétement disséqué, et l'on constata que la veine médiane basilique et la veine radiale étaient fusionnées sur une longueur de 5 à 6 centimètres. La tumeur ainsi formée communiquait avec l'artère radiale. L'examen histologique a montré dans les parois artérielle et veineuse les lésions ordinaires de l'anévrysme artérioso-veineux. Ce qu'il y a de plus remarquable c'est que, pendant la vie, la température du membre malade n'était pas augmentée, les poils n'étaient pas hypertrophiés, et la sensibilité était égale des deux côtés.

M. DESPRÉS entretient la Société des observations de calculs du canal de Wharton, qui ont été présentées par MM. Bertin, de Gray et Labordette, de Lisieux. Les deux malades souffraient de fluxions fréquentes depuis plusieurs années; finalement ils éprouvaient une grande gêne de la parole, de la mastication et de la déglutition, gêne causée par une tumeur du plancher de la bouche. Les calculs, gros comme des grains de blé, furent évacués spontanément, et les malades se sentirent aussitôt soulagés. Il n'y eut plus d'accident dans la suite.

Après avoir rappelé la leçon magistrale de M. le professeur Richet, sur les calculs salivaires, M. Després déclare que le cathétérisme du canal de Wharton, constitue le moyen le plus sûr pour porter le diagnostic. Lorsque ce cathétérisme est impossible, M. Després conseille de promener le doigt sur le plancher de la bouche, depuis la base jusqu'à la pointe de la langue, pour rechercher la présence d'un corps dur. On peut encore introduire une aiguille à acupuncture, dont la pointe appuyée sur le calcul, donnera un choc métallique. Ce moyen a réussi dans un cas à M. Després.

Tatouage de la cornée. — M. PANAS fait une importante communication sur un sujet ophthalmologique plein d'actualité : le tatouage de la cornée, dans les cas de leucoma.

© BIU Santé

L'utilité du tatouage de la cornée, au point de vue esthétique, ne saurait être contestée. Mais cette opération est-elle aussi inoffensive que le prétendent les différents auteurs? M. Panas pense qu'il faut mettre les chirurgiens en garde sur ce point délicat. Si dans la grande majorité des tatouages qu'il a pratiqués, M. Panas n'a eu à constater aucune complication, il n'en a pas été de même pour deux malades dont il donne une observation résumée.

Le premier malade était un homme de 25 ans, atteint de leucôme central de la cornée gauche, suite d'une ophthalmie contractée en Egypte. Après avoir pratiqué un mois auparavant l'iridectomie avec un plein succès, M. Panas fit, le 20 mai 1877, une première séance de tatouage, qui amena une kératite assez grave. Une seconde séance, faite à quinze jours d'intervalle, se compliqua d'une irido-cyclite sympathique sur l'œil du côté opposé.

Le sujet de la seconde observation était une jeune fille scrofuleuse de 16 ans, avec un leucôme double consécutif à des abcès de la cornée.

Deux tatouages pratiqués sur l'œil droit par un habile spécialiste eurent pour conséquence une irido-cyclite de l'œil droit et une ophthalmie sympathique de l'œil gauche que l'on dut extirper.

M. Panas a trouvé mentionnées dans les auteurs, deux observations analogues de complications du tatouage de la cornée.

L'idée du tatouage est d'ailleurs très-ancienne en chirurgie. Celse parle du tatouage des cicatrices difformes; Aétius indique même le moyen employé par quelques praticiens de son temps pour remédier aux leucômes de la cornée. On se servait alors d'une aiguille fine trempée dans une espèce d'encre formée de noix de galle et d'un sel de cuivre.

Aujourd'hui, on emploie exclusivement l'encre de Chine. Or, l'encre de Chine, la plus pure s'il faut en croire M. Poncet, est constituée par un amas de petits vibrions qui ont des mouvements propres. On conçoit alors que l'introduction de ce produit dans un tissu de cicatrice puisse amener des accidents.

Des recherches histologiques ont été faites sur des cornées tatouées par M. Poncet (1) et par un Allemand, M. Tadeus (2). M. Poncet a constaté l'absence de noir de Chine dans l'épithélium de la cornée. La matière colorante est fixée dans les globules blancs de la sérosité sanguinolente qui soulève la couche épithéliale, et dans l'intérieur des corpuscules de la cornée.

M. Tadeus a examiné une cornée tatouée deux ans auparavant. L'encre de Chine occupait seulement la moitié antérieure de la cornée, et se trouvait retenue dans les corpuscules fixes. Les globules blancs qui s'imprègnent après le tatouage doivent donc se résorber plus tard.

De ces faits, M. Panas tire quelques déductions pratiques. Ainsi la profondeur des piqûres ne peut être la cause des accidents observés. Pour M. Panas, tous les yeux leucômateux ne se trouvent pas dans les mêmes conditions; il y en a qui sont sujets à des inflammations fréquentes et qu'il ne faut pas tatouer. Les adhérences de l'iris constituent aussi une contre indication du tatouage. Le tatouage de la cornée ne peut réussir que si l'opération est faite longtemps après l'accident primitif.

Tous ces faits prouvent que le chirurgien ne doit pas entreprendre à la légère une opération de complaisance comme le tatouage de la cornée; et les précautions préliminaires indiquées par M. Panas paraissent devoir diminuer beaucoup les chances de complication.

Tel est aussi l'avis de MM. Lucas-Championnière et Giraud-Teulon qui s'associent entièrement aux réserves formulées par M. Panas.

Ch. AVEZOU.

(1) Voir *Progrès médical*, 1876.
(2) *Archives d'ophthalmologie* de Berlin. — 1877.

NÉCROLOGIE. Le corps de santé de l'armée de terre vient de perdre deux de ses membres, M. Thiébault, médecin aide-major de 1re classe, tué le 12 décembre dernier, dans un accident de chasse, en Algérie; et M. Chalerely, médecin-major de 1re classe, décédé à Valence, le 3 janvier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 janvier 1878. — PRÉSIDENCE DE M. LABRIC.

M. FÉRÉOL présente une note de M. le dr DIONIS (d'Auxerre) sur un cas de *tétanos rhumatismal guéri par les bains tièdes prolongés*. Voici le résumé de l'observation de M. Dionis: Un jeune soldat se plaint de douleurs vagues dans les articulations. Mis à la salle de police, sous le soupçon de paresse, il est presque aussitôt pris de raideur tétanique. On le transporte alors à l'hôpital. Là, on lui donne, mais sans grand résultat, une potion au chloral et l'on fait des injections répétées de morphine. C'est alors que, sur la prescription de M. Dionis, le malade, dans un état de tétanisme complet, est mis dans un bain à 33°. Il en est retiré six heures après, souple comme un gant; il peut s'asseoir sur une chaise et peut prendre quelques aliments. Bientôt après, les douleurs articulaires reparaissent et la guérison complète survient assez rapidement.

M. CONSTANTIN PAUL lit un mémoire sur le bruit de souffle anémique qu'il désigne sous le nom de *souffle anémo-spasmodique* et qu'il localise dans l'artère pulmonaire. M. C. Paul a étudié ce souffle avec le stéthoscope flexible, qu'il préfère de beaucoup au stéthoscope rigide pour l'auscultation du cœur et des vaisseaux.

Voici les conclusions de ce travail:

1° Les observations rapportées ici sont au nombre de 26. J'aurais pu en donner un plus grand nombre, mais je n'ai pas cru utile de fournir plus de dix exemples de bruit ordinaire existant dans la veine jugulaire et dans l'artère pulmonaire. Au contraire, les autres variétés de siége et de prolongement ont été toutes notées: elles sont par conséquent moins fréquentes par rapport à ce type, qu'elles ne sembleraient l'être par le nombre des observations contenues dans ce mémoire. Une seconde remarque importante est celle-ci: Dans les bruits constatés à la poitrine, soit au niveau de l'artère pulmonaire, soit au niveau de la mitrale, le procédé d'auscultation n'est pour rien dans la production des bruits; la pression du stéthoscope, limitée par les côtés, n'atteint pas les organes. Il n'en est pas de même du cou, où il est bien difficile de ne pas déprimer les vaisseaux avec l'instrument. Encore peut-on dire que l'emploi du stéthoscope flexible permet de presser beaucoup moins les vaisseaux et de changer beaucoup moins la forme des veines jugulaires.

Le bruit anémique s'entend manifestement au niveau de l'artère pulmonaire et siége dans cet organe. Il s'entend dans le deuxième espace intercostal. Chez les sujets où j'ai entendu exceptionnellement ce bruit dans le troisième espace, l'abaissement simultané de la pointe et du bord supérieur du foie permettent de penser que chez eux, le sternum est court, le cœur relativement abaissé et l'artère pulmonaire située au-dessous de la 3e côte au lieu de la deuxième.

2° Le bruit de souffle est systolique, et quand il se prolonge, il couvre le petit silence, mais ne dépasse pas le claquement valvulaire qui, dans toutes les observations sauf une, s'est montré éclatant. — Le bruit correspond donc à l'accélération du sang dans l'artère pulmonaire; aussi est-il atténué lorsqu'on oppose des obstacles à son accélération.

3° Lorsqu'on fait asseoir le malade et qu'on oppose ainsi l'action de la pesanteur à l'activité de la circulation de l'artère pulmonaire, ce bruit diminue d'intensité, malgré la petite accélération du cœur, que produit le mouvement de s'asseoir.

Lorsqu'on fait faire au malade un effort, et un effort prolongé en faisant faire une expiration forcée que l'on arrête par l'occlusion de la bouche et des narines, le bruit de souffle diminue et arrive à cesser complètement, bien que le malade soit dans le décubitus horizontal, c'est-à-dire dans la position où il présente d'ordinaire le maximum du bruit de souffle.

Quand l'effort cesse et que la circulation de l'artère pulmonaire reprend peu à peu son énergie, à mesure que les grandes inspirations décongestionnent la poitrine, le bruit de souffle reparaît peu à peu et reprend toute son intensité.

Lorsque, au contraire, on fait marcher le malade rapidement, de manière à augmenter les contractions cardiaques de fréquence et d'intensité, et que l'on fait coucher le malade, le bruit de souffle augmente. Aussi, à la première visite du soir, quand le malade vient d'arriver, les bruits sont-ils toujours plus intenses que le lendemain matin, alors que le malade s'est reposé toute la nuit.

4° Le bruit de souffle anémo-spasmodique de l'artère pulmonaire n'est pas toujours doux; il est souvent vibrant et rude, et s'accompagne alors de frémissement cataire que l'on peut percevoir sous le deuxième espace intercostal. Mais le bruit de souffle le plus constant que l'on observe est celui des veines jugulaires.

Le bruit de souffle de l'artère pulmonaire n'existe jamais seul; il est toujours accompagné par les souffles des jugulaires, et quand la maladie s'améliore, le bruit de l'artère pulmonaire disparaît avant celui des jugulaires. Quand il existe un troisième foyer à la valvule mitrale, il en existe toujours

© BIU Santé

deux autres : l'un dans les jugulaires, et l'autre dans l'artère pulmonaire. Si la maladie s'améliore, le premier foyer qui disparaît est le foyer de la mitrale, puis le foyer de l'artère pulmonaire, et enfin celui des jugulaires.

Les bruits anémo-spasmodiques de l'artère pulmonaire ne sont pas constants dans l'anémie ; il faut, pour les produire, deux conditions : l'anémie et le spasme des vaisseaux. Une anémie profonde sans spasme ne les donne pas ; des spasmes actifs avec une anémie beaucoup moindre peuvent les produire. Aussi, dit en terminant M. C. Paul, les recherches dans lesquelles j'avais cherché à établir un rapport entre l'intensité du bruit de souffle et la numération des globules ne m'ont pas donné de résultats concordants.

A. S.

VARIA

Note sur le mode de préparer et de conserver l'encéphale.

M. Bitot, professeur d'anatomie à l'école de Médecine de Bordeaux a présenté, à l'Académie de médecine, un appareil destiné à couper méthodiquement l'encéphale en tranches ou lames d'égale épaisseur et un système de disques de verre pour leur conservation.

L'appareil pour les coupes consiste en trois calottes métalliques de forme crânienne, fendues transversalement, antéro-postérieurement et horizontalement, de 5 en 5 millimètres. Un support à deux colonnettes sert à fixer ces calottes. Les coupes se font de la base à la convexité avec un couteau à lame très-longue guidé par les fentes parallèles des calottes.

Les disques de verre conservateurs sont au nombre de deux: l'un inférieur plein, l'autre supérieur percé de 2 trous de 2 mm. chacun, espacés d'environ 1 centimètre et placés près de la circonférence. Un tube annulaire en caoutchouc d'un diamètre légèrement inférieur à celui des disques, les sépare, et constitue de la sorte, avec eux une cage ou boîte dans laquelle est logée la coupe cérébrale nageant dans un liquide composé d'eau-de-vie et de sirop de sucre.

Un système mobile à vis de pression comprime les deux disques, qui sont maintenus sur le tube de caoutchouc après l'expulsion de l'air et l'obturation des deux trous du disque supérieur par la simple pression atmosphérique.

Les avantages de la cérébrotomie ainsi pratiquée sont les suivants : 1° Coupes symétriques ou homologues obtenues sûrement et rapidement sur des encéphales frais, sans macération préalable ; 2° Conservation permanente des tranches; 3° Simplification extrême de l'étude topographique de l'encéphale ; 4° Localisation et mensuration faciles de tout district anatomique ou anatomo-pathologique.

Concours public pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Ce concours sera ouvert le jeudi 21 mars 1878, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à 3 heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 18 février 1878, et sera clos définitivement le mercredi 6 mars, à 3 h.

Conditions du concours (Extrait du règlement sur le service des hôpitaux et hospices civils de Paris). Les médecins qui se présentent au concours pour les places du Bureau central doivent justifier de cinq années de doctorat. Néanmoins, le temps de doctorat est réduit à une année pour les candidats qui justifieront de quatre années passées dans les hôpitaux et hospices en qualité d'élèves internes. Sera dispensé de justifier d'une année de doctorat le candidat qui aura obtenu la médaille d'or au concours des prix des internes de troisième et de quatrième année, s'il compte quatre années d'internat.

Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces et signer au registre ouvert à cet effet, quinze jours au moins avant l'ouverture de ce concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie.

Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close. Cinq jours après la clôture des listes d'inscription, chaque candidat peut se présenter au secrétariat général de l'Administration, pour connaître la composition du jury. Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée par écrit et cachetée, qu'ils remettent au directeur de l'Administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée, le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'Administration. Le jury des concours pour les places de médecins du Bureau central se compose de six médecins et d'un chirurgien, en tout sept membres, qui sont pris parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices en exercice ou honoraires. Lorsque le nombre des places mises au concours sera de trois, le nombre des membres du jury sera augmenté de deux médecins. Les épreuves du concours pour les places de médecins du Bureau central d'admission sont réglées de la manière suivante :

Epreuves d'admissibilité. — 1° Une épreuve clinique sur un malade ; il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade, et quinze minutes pour développer oralement devant le jury son opinion sur ce malade, après cinq minutes de réflexion; — 2° Une épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie : il sera accordé au candidat vingt minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon. — 3° Une consultation écrite sur un malade, pour la rédaction de laquelle il sera accordé trois quarts d'heure, après dix minutes d'examen, cette consultation sera lue immédiatement.

Epreuves définitives. — 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie, dont l'élément anatomo-pathologique fera nécessairement partie, et pour laquelle il sera accordé trois heures; 2° Une épreuve clinique sur deux malades. Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen des deux malades et trente minutes pour la dissertation orale devant le jury, après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour chaque épreuve d'admissibilité, 20 points. — Pour chaque épreuve définitive, 30 points. Les épreuves de la première série sont communes à tous les concurrents. Toutefois, lorsque le nombre des candidats inscrits pour les concours aux places de médecins dépassera vingt-quatre, chacune des épreuves de la première série sera éliminatoire. A la suite de la première épreuve, les candidats ayant obtenu le moins grand nombre de points seront éliminés jusqu'à concurrence du quart du nombre total. A la suite de la deuxième épreuve, une élimination semblable aura lieu jusqu'à concurrence du quart des concurrents restants. La troisième épreuve fixera le nombre réglementaire des candidats qui prendront part aux épreuves définitives.

Dans les deux premières épreuves, le jury aura la faculté d'étendre l'élimination à un plus grand nombre de candidats. Les épreuves de la seconde série sont subies seulement par les candidats qui ont été déclarés admissibles.

Bibliothèques.

Manchester est la ville d'Angleterre qui, la première, a mis à profit la loi du Parlement pour l'établissement de bibliothèques municipales et populaires, les *Free-Libraries*.

Ces bibliothèques ont ceci de particulier qu'elles se composent en général d'un établissement principal et de bibliothèques de quartier ou d'arrondissement qui dépendent de la bibliothèque centrale. C'est, du moins, ainsi que les choses se passent à Manchester.

Les bibliothèques de quartier prêtent leurs livres à la population de la ville, tandis qu'à l'établissement central les livres ne sortent pas. Un autre trait caractéristique de ces bibliothèques municipales de quartier, c'est qu'on y ménage toujours une salle pour la lecture des journaux et des recueils périodiques.

D'après un document qui nous est adressé de Manchester, nous voyons que la bibliothèque municipale de cette ville, fondée en 1862, a déjà six succursales de quartier, ouvertes de 8 h. 30 du matin à 9 h. du soir, pour les emprunteurs. A chacune de ces succursales est attachée une salle de lecture pour les journaux, *Newsroom*, ouverte au public pendant les mêmes heures que ci-dessus.

Une liste des journaux, magazines, revues et recueils, communiqués au public, dans ces salles de périodique, est annexé au document qu'on nous envoie. Nous trouvons sur ces listes les grands journaux de Londres, les grandes revues, *Quaterly*, *Edimburg*, etc., des journaux illustrés, des revues d'éducation, des collections de guides Bradshaw et autres. Pendant le dernier exercice 1876-77, ces salles de périodiques ont été fréquentées par 1,528,000 visiteurs.

N'oublions pas de dire que, dans ces bibliothèques populaires, une salle est ouverte où l'on communique les brevets d'invention, de manière à porter à la connaissance des classes laborieuses les plus récentes découvertes. Pendant la même période, 72,421 personnes ont consulté les brevets d'invention. Le nombre des emprunteurs a été, pendant l'année de 439,064; celui des livres prêtés de 513, 019. La bibliothèque municipale de Manchester compte 137,401 volumes. (*Journal officiel*).

L'Exposition universelle et La Société d'apiculture et d'insectologie.

La Société centrale d'apiculture et d'insectologie fait construire, dans le Champ de Mars, un pavillon très-original, dans lequel sera installée en 1878 une exposition complète de tout ce qui concerne l'éducation des insectes utiles, notamment des abeilles, et des moyens préservatifs de tous genres contre les insectes nuisibles. Ce pavillon, qui reproduira dans de grandes

© BIU Santé

proportions la collection actuellement existante au jardin du Luxembourg, sera, après l'Exposition universelle, transférée au square de Montsouris, au centre d'un emplacement de 2,500 mètres superficiels, lequel sera consacré exclusivement à des expositions et à des cours publics sur l'apiculture et l'insectoloige. M. le Dr Marmottan, député de la Seine, président de la Société centrale, et M. Hamet, secrétaire général, ont entamé, dans ce but, des négociations avec la ville de Paris, propriétaire du parc de Montsouris. Ces négociations sont pendantes depuis quelque temps. La principale objection faite par les ingénieurs de la ville, était que le voisinage des abeilles en liberté pourrait avoir quelques inconvénients pour les promeneurs ; mais il a été entendu, pour obvier à ces inconvénients, que l'enclos cédé à la Société centrale d'apiculture serait éloigné d'au moins 4 mètres des chemins livrés au public. Enfin, pour intéresser la ville au succès de leur entreprise scientifique, les membres de la Société ont promis que des conférences sur l'histoire naturelle appliquée à l'industrie et aux beaux-arts, seraient faites au square de Montsouris, pour les enfants des écoles primaires. (*Répertoire de pharmacie*).

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 24 janvier 1878 on a déclaré 1051 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 16 ; rougeole, 22 ; variole, 2 ; croup, 24 ; angine couenneuse, 31 ; bronchite, 60 ; pneumonie, 90 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5 ; Affections puerpérales, 4 ; érysipèle, 6 ; autres affections aiguës, 260 ; affections chroniques, 457, dont 164 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 49 ; causes accidentelles, 25.

— Pendant la semaine finissant le 31 janvier 1878 on a déclaré 1,019 décès, savoir : fièvre typhoïde, 22; rougeole, 24; scarlatine, 1; variole, »; croup, 13; angine couenneuse, 33; bronchite, 44; pneumonie, 90; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3 ; choléra nostras, » ; dysenterie, » ; affections puerpérales, 5; érysipèle, 2; autres affections aiguës, 259; affections chroniques, 462, dont 167 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 46; causes accidentelles, 25.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours public pour le prosectorat et l'adjuvat.* — 1° *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour une place de prosecteur aura lieu en 1878. Seront seuls admis à concourir MM. les aides d'anatomie. Le prosecteur nommé entrera en fonctions le 13 mars 1879; son temps d'exercice expirera le 15 mars 1882.

2° *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour deux places d'aide d'anatomie aura lieu en 1878. Tous les élèves de la Faculté sont admis à concourir. Les deux aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 15 mars 1879; leur temps d'exercice expirera le 15 mars 1882.

Les dates de l'ouverture de ces concours seront ultérieurement fixées et annoncées. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté (bureau des renseignements) tous les jours de 10 h. à 4 h., du 1er au 10 février 1878. (*France médicale*).

Médecins militaires. — MM. Spire et Monnier, médecins-majors de 1re classe, Férat, médecin-major de 2e classe, prennent leur retraite.

— M. Courtet, médecin aide-major de 2e classe, vient de donnersa démission.

— Par décret du président de la République, en date du 11 janvier 1878, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, M. Mahé (Jean-Baptiste), médecin professeur, a été promu au gradede médecin en chef dans le corps de santé de la marine.

La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi, 13 février, à 8 h. précises du soir, à la mairie du Louvre. — *Ordre du jour* : 1° Nomination de deux membres titulaires et d'un associé libre national; 2° Rapport du trésorier sur sa gestion en 1877; 3° Distribution de médailles d'argent aux membres de la Société qui ont assisté régulièrement aux séances de l'année; 4° Fixation de la date du banquet; 5° M. Courtaux : Morphinisme chronique. Hématémèse, Mort; 6° M. Commenge : Rhumatisme articulaire aigu, traité par le salicylate de soude; 7° M. Bossu : Description et présentation du protecteur métallique des yeux, de Cellini.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes. — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 18 janvier courant, un concours s'ouvrira le 15 juillet 1878, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie et de pharmacie. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. (*Journal officiel.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Hirtz, ancien professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et membre de l'Académie de médecine. — La science a perdu M. Becquerel, membre de l'Académie des sciences et professeur au Muséum d'histoire naturelle. M. Regnault, le savant chimiste et physicien, membre de l'Institut, qui est décédé le 19 janvier, jour anniversaire de la mort de son fils, le peintre Henri Regnault, tué à Buzenval.

Vacance médicale.— La commune de Gabarret et celles des environs sont, en ce moment, dépourvues de médecin. Le docteur qui y exerçait est depuis longtemps malade. La commune de Gabarret est un chef-lieu de canton, avec justice de paix, gendarmerie, foires et marchés, trois ou quatre communes voisines sont dans l'aisance ; à quatre kilomètres est la station balnéaire de Barbatan, la diligence de Mont-de-Marsan à Agen passe à Gabarret matin et soir. S'adresser pour renseignements aux bureaux du *Bordeaux médical*. — Un poste de docteur-médecin est vacant à Aviez (Marne), chef-lieu de canton, 2,155 habitants. Pour renseignements, s'adresser au maire et au président de la Société de Secours mutuels.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

Miot. De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan. In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50, pour les abonnés du *Progrès médical*, 2 fr. 50.

Record d'observation médicale. — Quotidien, hebdomadaire, statistique, mathématique, uniforme, international. Paris, 1877. Aux bureaux se *Progrès médical*.

Pitres (A.). — Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales. — In-8 de 152 pages, 2 planches coloriées. — Prix : 4 fr.; net 2 fr. 75 pour les abonnés du *Progrès médical*.

Raymond. Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques. In-8 de 140 pages, avec figure dans le texte et 3 planches. 3 fr. 50. Pour les abonnés, 2 fr. 50.

Bauer (Louis). On the dressing of stamps. Reprinted from the *St Louis clinical record*. Dec. 1877.

Ferruccio-Tartufferi. Sull' anatomia microscopia e sulla morfologia cellulare delle eminenze bigemine dell' uomo e degli altri mammiferi. Milano, 1877. Stabilimento dei fratelli Rechiedei, in-8 de 14 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. le dr Vidal. Consultation tous les jeudis, leçons cliniques au lit du malade le vendredi. — Salle Saint-Jean (F.) : 3, sclérodermie, contracture des extrémités ; 15, épithéliomas multiples ; 16, plaques syphilitiques de la peau ; 18, syphilis pustulo-crustacée circinée; 58, épithélioma glandulaire; 65, psoriasis circiné ; 69, lentigo, acné. — (H.) : 19, pelade ; 23, épithéliomas multiples ; 27, syphilis secondaire ; 32, kéloïdes spontanées ; 33, pemphigus ductinus ; 39, paraplégie syphilitique ; 55, atrophie musculaire progressive à marche rapide ; 54, sycosis parasitaire ; 22, lupus exedens ; 36, syphilides ulcéreuses. — Salle Saint-Ferdinand. Accouchements. Service de M. le dr Fournier. Consultations le samedi. Visite des entrants le lundi. — Salle Saint-Louis (H.) : 19, rhumatisme blennorrhagique, syphilis, eczéma arthritique ; 20, syphilide maligne ; 21, syphilis sénile maligne ; 22, choroïdite syphilitique ; 24, syphilis cérébrale ; 27, ulcérations syphilitiques de la verge ; 29, exostoses syphilitiques, hydarthrose ; 31, rhumatisme blennorrhagique ; 35, syphilis cérébrale ; 44, psoriasis syphilitique ; 43, urticaire tubéreux ; 49, ataxie, syphilis ; 50, paralysie labio-glosso-laryngée, hémiplégie, syphilis; 54, scrofulide ulcéreuse. — Salle Saint-Thomas (F.) : 3, syphilis cérébrale, épilepsie ; 5, exostoses multiples, luxation spontanée de la clavicule ; 9, nécrose ethmoïdale, attaque épileptiforme, syphilis tertiaire ; 20,gommes nodulaires du voile du palais ; 21, syphilis tertiaire ; 22, syphilis cérébrale ; 26, iritis syphilitique ; 27, lupus ulcéro-crouteux ; 37, syphilide ulcéreuse du palais ; 34, syphilis cérébrale ; 41, syphilis, érythème marginé du bras.

Service de M. le dr Guibout. Consultation le vendredi, Clinique au lit du malade le samedi. Maladies des femmes et spéculum le lundi. — Salle Saint-Charles : 1, psoriasis scarlatiniforme ; 3, aphasie, paralysie du membre supérieur droit ; 14, syphilide ulcéreuse ; 24, adénie. — Salle Henri IV : 59, syphilide ulcéreuse du nez ; 67, syphilide pustulo-crustacée ; 70, pemphigus aigu ; 72, scrofulides crustacées.

Chirurgie. Service de M. le dr Péan. Clinique et opérations à l'amphithéâtre tous les samedis. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 55, mal vertébral de Pott ; 54, rhumatisme fibreux ; 40, fibro-sarcôme du sein ; 50, fracture multiple de côtes ; 37, corps fibreux de l'utérus ; 41, carcinôme du sein (H.) : 3, ostéo-périostite du tibia ; 10, phlegmon de l'avant-bras ; 13, fracture du col du fémur ; 19, arthrite blennorrhagique radio-carpienne. — Salle Saint-Augustin : 2, cancroïde de la lèvre inférieure ; 4, fracture de cuisse; 9, hygroma ; 70, fracture de jambe; 80, abcès de la marge de l'anus.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service de M. Bergeron. Visite à 8 h. Salle Saint-Benjamin (Garçons) : 1, 2, pneumonie; 4, paralysie pseudo-hypertrophique: 5, 16, paralysie diphthéritique généralisée; 14, broncho-pneumonie; 15, rougeole; 25, pleurésie purulente; 29, fièvre typhoïde; 30, péritonite traumatique partielle. — Salle Sainte-Mathilde (Filles): 1, hématurie; 3, 7, 8, 9, 18, fièvre typhoïde; 5, érysipèle; 10, diarrhée cholériforme; 15, coqueluche, rougeole, broncho-pneumonie; 16, laryngite striduleuse; 17, vulvite.

Service de M. Cadet de Gassicourt. Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques les lundis et jeudis, à 9 h. 1/2. Salle Saint-Joseph : 5, rougeole; 8, pneumonie franche; 9, tuberculose pulmonaire; 13, angine scrofuleuse; 14, otite moyenne, accidents cérébraux; 25, chorée, affection cardiaque.

© BIU Santé

Service de M. Triboulet. Visite à 8 h. 1/2. Salle Sainte-Marguerite : 1, bronchite chronique, emphysème; 6, pneumonie; 12, coqueluche; 13, psoriasis généralisé; 11, 18, 24, chorée; 19, phthisie pulmonaire; 20, sclérodermie; 23, mal de Bright. — Salle Sainte-Geneviève (chronique) : 1, psoriasis généralisé; 12, tumeur de la rate; 18, paralysie infantile; 33, paralysie diphthéritique; 43, paralysie infantile, incontinence d'urine; 45, atrophie unilatérale du cerveau; 47, ostéite du calcanéum; 48, spina ventosa du 1er métatarsien.

Service de M. Lannelongue. Visite à 8 h. Opérations les mardi et samedi. — Salle Napoléon (Garçons) : 4, arthrite suppurée du genou, guérison; 12, entorse du coude; 19, calcul vésical, taille; 37, 38, périostite phlegmoneuse diffuse. — Salle Sainte-Eugénie (Filles) : 8, pourriture d'hôpital; 12, inflammation aiguë de l'épiphyse inférieure du tibia; 30, adénite poplitée; 40, abcès chronique du tiers supérieur du tibia.

Hôpital Cochin. — Médecine. Service de M. Bucquoy. — Salle Saint-Jean (F.) : 1, sciatique ; 2, 4, 6, pleuro-pneumonie; 3, pneumonie; 5, tumeur du foie; 8, arthrite du genou pendant la grossesse; 10, cancer généralisé; 11, affection cardiaque; 14, métrite, paramétrite ; 15, pleurésie ponctionnée; 16, insuffisance mitrale; 18, fièvre typhoïde ; 19, néphrite catarrhale ; 20, pelvi-péritonite. — Salle Saint-Philippe (H.) : 1, emphysème ; 2, rhumatisme subaigu, endocardite ; 3, ataxie ; 4, pneumonie double rhumatismale ; 6, saturnisme ; 10, pneumonie ; 14, tumeur du foie ; 16, pneumonie alcoolique ; 18, zona ; 19, névralgie faciale. — Salle Sainte-Marie (H.) : 2, alcoolisme ; 4, névralgie susorbitaire ; 5, emphysème ; 10, cancer latent de l'estomac.

Chirurgie. Service de M. Desprès. — Visite et consultation tous les jours. Cliniques les mercredi et samedi à 9 h. 1/2. — Salle Saint-Jacques (H.) : 7, fracture de l'omoplate ; 10, fractures de côtes multiples ; 13, cataracte, ophthalmie sympathique. — Salle Cochin (F.) : 2, abcès de la mamelle ; 7, anévrysme diffus, ligature de la sous-clavière ; 11, rétrécissement du rectum ; 23, kératite parenchymateuse.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Martineau. Clinique du mercredi. — Salle Saint-Alexis : 1, métrite chlorotique, pelvi-péritonite droite ancienne ; 4, pelvi-péritonite ; 13, plaques muqueuses de la vulve; 34, scrofulides de la peau, impétigo du cuir chevelu : 40, plaques muqueuses de l'amygdale, métrite parenchymateuse, pelvi-péritonite gauche. — Clinique du samedi. — Salle Saint-Louis : 11, chancre herpétoïde de la grande lèvre gauche ; 17, métrite parenchymateuse, endométrite du col, antéflexion ; 21, vaginite lymphangite du petit bassin à droite ; 23, ovarite lymphangite gauche ; 34, métro-vaginite pelvi-péritonite.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles, imp. Cerf et fils, 59, rue Duplessis.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE — ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. — PILULES 20 cent. p. pilule.

FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — Paris.

Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

ÉLIXIR DE PEPSINE A LA GLYCÉRINE

De CATILLON

Cette préparation possède un pouvoir digestif bien supérieur à celui de la Pepsine ordinaire. Elle n'est pas alcoolique, l'alcool paralyse la pepsine. Par son action puissante et rapide, elle entrave les accès de **MIGRAINE** provenant de l'estomac, dyspepsies, gastr., etc. — 1, rue Fontaine-Saint-Georges, *Paris.*

DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

VIN DE CATILLON A LA GLYCÉRINE

ET AU QUINQUINA

Le même **Ferrugineux** : *GLYCÉRINE, QUINA et FER (0 gr. 25 par cuillerée).*

Troubles digestifs, inappétence rebelle, fièvres intermittentes, anémie, chlorose, diabète, etc.

Puissants toniques-reconstituants, offrant réunis tous les principes du quinquina, le fer à haute dose sans **constipation**, et la glycérine pure employée comme succédané de l'huile de foie de morue.

V. notre Mémoire sur l'*Emploi de la Glycérine à l'intérieur.*—Paris, rue Fontaine-St-Georges, 1.

DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

GOUDRON VÉGÉTAL LE BEUF

Le **Goudron Le Beuf**, dit le savant professeur GUBLER, de la Faculté de médecine de Paris, possède l'avantage d'offrir, **SANS ALTÉRATION** et sans perte, **L'ENSEMBLE** des principes actifs du goudron et de représenter conséquemment **TOUTES LES QUALITÉS** de ce médicament complexe (*Com. Thérap. du Codex, 2e édition, pages 467 et 514*).

Cette liqueur concentrée est journellement prescrites par nos célébrités médicales dans les nombreuses affections qui réclament l'emploi du goudron, soit pour l'*usage interne*, soit pour l'*usage externe*. Doses : une cuillerée à café par demi verre et une cuillerée à bouche pour un litre d'eau. — Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur, et dans les principales pharmacies.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Prescrit tous les jours avec succès, dans les **Maladies consomptives, Phthisie, Diarrhée chronique**, le **Rachitisme**, l'**Anémie**, la **Scrofule**, l'**Albuminurie** ; très-utile dans les convalescences, l'épuisement. — Prix du flacon : 3 fr. 50. — Détail : Pharmacie, 82, rue de Rambuteau ; — Gros : 8, rue Neuve-Saint-Augustin, à Paris.

Iconographie Photographique de la Salpêtrière, par Bourneville et Regnard, paraissant tous les mois par livraison de 8 ou 16 pages de texte et 4 photographies. — 12 livraisons sont en vente et forment le premier volume. — Prix : 3 fr. la livraison, 32 fr. le volume complet. — Pour *les abonnés* du *Progrès médical*, 2 fr. la livraison ; le volume 20 fr.

Recherches anatomiques sur les aponévroses abdominales, par le Dr F. Poncet. Paris, 1877. In-8 de 16 pages, avec figures. — Aux bureaux du *Progrès Médical.*

Dystocie spéciale dans les accouchements multiples, par le Dr I. Besson, volin-8 de 92 p. — Prix 2 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, net 1 fr. 25.

SOLUTION BOURGUIGNON

au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas.— *Dans toutes les pharmacies.*

Le SIROP BOURGUIGNON jouit des mêmes propriétés, et s'emploie surtout pour les enfants.

Dragées Meynet d'Extrait de foie de morue, au *métal-lum album.* **ASO** 1 milligramme par pilule. Association de l'acide arsénieux à la propylamine.

Préparation très-efficace, mieux tolérée que les arsénicaux en général. Ne se délivre que sur ordonnance. Notice, échantillon, envoi gratis.

Paris, pharmacie MEYNET, 31, rue d'Amsterdam, et princ. pharm.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine.* (1 mill. par cuil.)

Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.

LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

CONSTIPATION

HÉMORRHOÏDES, COLIQUES HÉPATIQUES

Guérie sans purger par les pilules de **PODOPHYLE COIRRE. 3 fr.**

Gros, 79, rue du Cherche-Midi ; Détail : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 6. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 9 FÉVRIER 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE. — M. CHARCOT.

De la chorée rhythmique hystérique.

Leçon recueillie par BOURNEVILLE.

Messieurs,

Il s'est produit ces jours derniers, chez une des malades de notre service, atteinte depuis longtemps d'*hystéro-épilepsie à crises mixtes* (*Hysteria major*), un état pathologique rare, tout à fait digne, à ce titre, d'être placé sous vos yeux, mais qui, de sa nature, est essentiellement instable, mobile, comme l'est, dit-on, le sexe sur lequel il se développe de préférence.

Les phénomènes, dont il s'agit, datent de plusieurs jours déjà, mais il peut arriver que demain, dans un instant peut-être, on ne saurait rien prévoir à cet égard, ils aient cessé d'exister. L'occasion est donc pressante ; il importe de la saisir. C'est pourquoi j'ai pris le parti de commencer les conférences de cette année sans préliminaires, sans préambule, en entrant de plein pied dans l'étude clinique, qui est d'ailleurs l'objet principal que nous poursuivons dans ces conférences.

Je désignerai sous le nom de *chorée rhythmique hystérique*, l'état pathologique sur lequel j'appelle votre attention. L'analyse descriptive que je vais vous présenter, nous fournira amplement, je l'espère, les moyens de justifier tous les termes de cette dénomination.

La jeune malade que vous voyez là, couchée, parfaitement consciente de ses actes, et d'ailleurs fort bien portante, est âgée de 19 ans à peine ; son histoire clinique antérieure est cependant déjà fort longue, fort accidentée. Je vous en signalerai les principaux épisodes dans un instant. J'aborde immédiatement l'exposition des symptômes que j'ai hâte de vous faire connaître.

Ce qui vous frappe le plus, certainement tout d'abord, ce sont les grands mouvements dont la tête, le tronc et les membres d'un côté du corps, ceux du côté droit, sont sans cesse agités. Au premier aperçu, ces mouvements paraissent désordonnés ; il semble difficile de les soumettre à l'analyse. Toutefois, un examen plus attentif permet d'y reconnaître bientôt un certain nombre de traits généraux. Ainsi, l'*agitation* peut être décomposée pour chaque partie, en mouvements alternatifs, surtout de flexion et d'extension, toujours les mêmes, absolument uniformes.

Vous voyez le tronc s'infléchir fortement sur le bassin, (*Fig.* 7), entraînant la tête qui, à son tour, s'incline sur la poitrine, et il est un moment où le front ne s'éloigne guère de plus de 50 centimètres du genou droit, qui, dans ce temps-là, est dans l'extension forcée ; puis la tête et le tronc se redressent, décrivant une trajectoire (*Fig.* 9), qui figure un demi-cercle parcouru tout à l'heure, en sens inverse, dans le mouvement de flexion, si bien qu'au dernier terme, le dos, puis l'occiput, retombent lourdement sur l'oreiller ; presque aussitôt, le mouvement de flexion recommence, suivi bientôt du mouvement d'extension et ainsi de suite (*Fig.* 8). On dirait l'image d'une salutation profonde et répétée, rendue ridicule par sa répétition même et par son exagération (Voir *Fig.* 7, 8, 9).

Remarquez que ces actes se reproduisent suivant un rhythme très-régulier. Aujourd'hui, nous comptons de 30 à 40 salutations par minute, hier et avant-hier l'agitation étant plus grande, ils ont varié, dans le même temps, de 40 à 80. En même temps, les membres supérieur et inférieur du côté droit, simultanément, s'étendent, puis se fléchissent alternativement, suivant le même rhythme.

Les mouvements des diverses parties méritent, d'ailleurs, d'être étudiées avec plus d'attention, non-seulement individuellement, mais encore dans leurs relations réciproques, dans leur isochronisme.

Prenons le temps où la flexion de la tête et du tronc est aussi prononcée que possible (*Fig.* 7) ; en ce moment, le membre supérieur, tout entier, est dans l'extension ; son grand axe, dirigé verticalement, forme un angle droit avec le plan du lit sur lequel la malade est couchée ; étendu sur le bras, l'avant-bras subit, en outre, un mouvement de pronation, en vertu duquel la paume de la main se dirige en dehors. Cette attitude du membre supérieur rappelle assez bien, vous le voyez, celle qui se produit dans le mode de natation, qu'on appelle vulgairement la *coupe marinière*. Dans cet instant, la jambe est étendue sur la cuisse, le pied fléchi sur la jambe, reproduisant d'une façon très-accusée la déformation d'un pied bot équin ; alors le membre inférieur, rigide dans toutes ses parties, est fortement appliqué sur le matelas.

La flexion des deux membres (*Fig.* 8) commence à se produire aussitôt que se prononce le redressement du tronc, et elle s'accentue progressivement du même pas que celui-ci. Lorsque la révolution est accomplie, c'est-à-dire au moment où la tête et le tronc, complètement étendus, retombent sur l'oreiller, l'avant-bras est fortement fléchi sur le bras, la main sur l'avant-bras, et les doigts fléchis eux-mêmes arrivent à toucher l'épaule par leurs extrémités. Simultanément, et dans la même proportion, la cuisse s'est fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse, de façon que le talon s'est mis presque en contact avec la fesse correspondante. Cette attitude de flexion forcée des membres ne dure qu'un instant, car elle fait bientôt place au mouvement d'extension. Celui-ci s'accuse de plus en plus, à mesure que la flexion de la tête et du tronc, qui a recommencé à se produire, s'accentue davantage.

Telle est la série de phénomènes qui, depuis une dizaine de jours, se reproduit, d'une façon monotone, avec une régularité presque mathématique, sans cesse et sans trêve, nuit et jour, si ce n'est cependant durant les quelques heures où survient le sommeil. Au moment du réveil, il se manifeste un fait très-curieux sur lequel je reviendrai dans un instant. Les membres qui, durant la veille, sont incessamment agités de mouvements alternatifs de flexion et d'extension, se montrent pendant quelques instants, le

© BIU Santé

membre inférieur surtout, le siége d'une rigidité musculaire, qui rappelle la contraction hystérique. Mais cette rigidité est transitoire, de très-courte durée, et bientôt recommence la série des mouvements d'extension et de flexion.

Remarquez que les membres du côté droit sont seuls agités de ces mouvements ; ceux du côté gauche restent



Fig. 7. — Dessinée par P. Richer, d'après un croquis fait sur nature par M. Charcot.

tout à fait libres. Ainsi, de la main gauche, malgré les grandes oscillations du tronc, la malade peut, avec assurance, porter à sa bouche, sans répandre une goutte du li-



Fig. 8. — Dessinée par P. Richer, d'après un croquis fait sur nature par M. Charcot.

quide, un verre rempli d'eau ; elle peut encore, de cette main, tracer sur le papier quelques caractères, et écrire même son nom très-lisiblement.

Quelques nouveaux détails sont nécessaires pour compléter le tableau dont l'esquisse vient d'être tracée.

Examinez avec attention ce qui se passe du côté de la

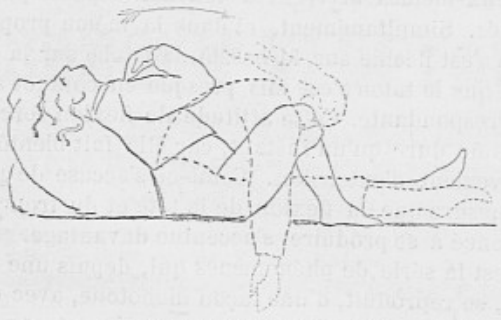


Fig. 9. — Dessinée par P. Richer.

face au moment où la tête et le tronc se renversent en arrière ; vous voyez qu'en cet instant la commissure labiale droite est momentanément tirée en dehors et à droite. La déviation cesse au moment même où la tête s'infléchit en avant. Il se produit ainsi une grimace intermittente et rhythmée fort singulière. Si dans le temps où cette grimace se produit vous priez la malade d'allonger la langue, de la sortir de la bouche, vous constatez que la pointe de l'organe se porte très-fortement vers la droite. Des mouvements involontaires de la langue, dans cette même direction, se produisent à chaque instant dans la bouche et, comme ils coïncident avec la déviation de la commissure labiale, il en résulte une grande gêne dans la prononciation. Les mots sont coupés, scandés, altérés par un « zézaiement » très-accentué ; *chau-chon* est prononcé au lieu de chausson, *chan-chon* au lieu de chanson.

Nous allons, pour en finir avec cette étude descriptive faite sur nature, prier la malade de se lever ; les mouvements involontaires sont, vous le voyez, tout aussi prononcés dans la station verticale qu'ils l'étaient dans la situation horizontale. La jeune malade ne peut se tenir debout sans s'aider du bras gauche qu'elle appuie sur le lit. Avec le secours d'une personne étrangère, elle peut faire quelques pas en avant ; elle progresse alors avec un balancement rhythmé du corps, un mouvement cadencé des membres du côté droit qui rappellent assez bien la danse dite « masurka. » Telle est, du moins, l'opinion émise par quelques personnes compétentes en pareille matière.

Vous en avez vu assez, Messieurs, je pense, pour être amenés à reconnaître que l'affection que vous avez sous les yeux peut être appelée une *chorée*, si, toutefois, nous prenons le mot dans son acception la plus large, en tant, par exemple, qu'il sert à désigner les affections de nature diverse où il existe des gesticulations, des mouvements involontaires à grand rayon, mouvements permanents, incessants, persistant sans repos ni trêve, à part cependant le temps où survient le sommeil. Car il ne s'agit pas ici, cela devient évident dès le premier coup d'œil, de la chorée vulgaire (*chorea minor*, *chorée* de Sydenham), telle que vous pouvez l'observer chez une autre malade, Alten..., que j'ai fait placer auprès de la première, afin de mieux accuser le contraste. Chez Alten..., les mouvements involontaires se rapportent au type classique et consistent, par conséquent, en des gesticulations non rhythmées, vraiment désordonnées, irrégulières, à peu près indescriptibles ou échappant du moins à toute formule un peu précise. Chez la jeune G..., au contraire, la chorée—qui dans le cas particulier est une *hémichorée*, puisque les mouvements, pour les membres du moins, sont limités à un côté du corps — la chorée, dis-je, est du genre de celles que mon collègue, M. le professeur Sée, dans un travail très-important et que vous connaissez tous, a proposé de désigner sous le nom de *systématiques* ou *rhythmiques* (1). Ces qualifications, remarquez le bien, s'appliquent parfaitement à notre cas ; chez notre malade, en effet, la chorée peut être dite rhythmique, puisque les mouvements pathologiques affectent un rhythme très-régulier. Elle peut être dite aussi systématique, puisque ces mouvements à chaque temps du rhythme se reproduisent d'après un type constant, uniforme.

Nous pourrions chercher à préciser encore plus les termes et montrer que les mouvements pathologiques que nous étudions doivent être rattachés à la variété des chorées dites *malléatoires* ; à proprement parler, « malléatoire » signifie que les gesticulations sont comparables aux

(1) Sée. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1850, t. XIV.

© BIU Santé

mouvements cadencés que décrit le bras du forgeron qui frappe sur l'enclume. (*Malleator* : forgeron. — *Malleus* : marteau.) Mais l'action de frapper sur l'enclume n'est pas la seule qui puisse être imitée dans ce genre de chorée. Si l'on persiste à chercher des termes de comparaison dans l'exercice de certains actes physiologiques ou professionnels, on pourrait, envisageant surtout les mouvements du bras et de la jambe droite, dire que chez G... la chorée est *natatoire;* on l'appellerait plus volontiers *saltatoire* si l'on considérait, au contraire, plus particulièrement ce qui se passe lorsque la malade, debout, essaye de faire quelques pas et exécute, chemin faisant, une sorte de danse.

Mais peu importe au fond les nuances ; il suffira pour caractériser la situation de relever que, d'une façon générale, les mouvements involontaires dont il s'agit reproduisent, tant bien que mal, des actes voulus, intentionnels.

(*A suivre*).

PATHOLOGIE INTERNE

Relation du diabète avec l'arthritisme ;

Par le Dr **CORNILLON**, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant à Vichy.

En parcourant nos auteurs classiques, on est frappé du rôle que jouent la goutte et le rhumatisme dans l'évolution et la marche du diabète sucré. Tantôt, en effet, ces diverses maladies existent simultanément, vivant chacune de leur vie propre, tantôt, au contraire, elles alternent entre elles, en se modifiant l'une et l'autre. C'est probablement pour cela qu'on a regardé le plus souvent les manifestations de la diathèse arthritique, soit comme des coïncidences, soit comme des complications de la glycosurie. On peut à la rigueur envisager ainsi la question, lorsque le diabète apparaît le premier sur la scène morbide, mais quand il arrive en dernier lieu, c'est alors lui, si on veut être logique, qui devrait jouer le rôle de complication vis-à-vis de la goutte et du rhumatisme.

Bien que nous n'ayons pas été élevé à l'école de Bazin, nous sommes obligé de reconnaître avec lui que le diabète est ordinairement une manifestation de l'arthritis. Si nous nous sommes rangé à cette opinion, ce n'est point par amour pour les doctrines du savant dermatologiste, que nous avons toujours regardé comme exagérées, mais c'est parce que les faits que nous avons observés, nous en faisaient un devoir. Au demeurant, nous n'avons pas été le premier à nous rendre à l'évidence ; avant nous, Marchal (de Calvi), avait avancé que le diabète n'est autre chose qu'une manifestation de la goutte subordonnée comme tous les autres processus morbides du même ordre à la diathèse urique. Nous préférons en tout cas de beaucoup notre interprétation à celle de M. Durand-Fardel qui s'est cru obligé de créer, pour les besoins de la cause, une diathèse spéciale dite glycosurique, à l'aide de laquelle il explique la plupart des accidents qui surviennent dans le cours de cette maladie.

Rapports de la glycosurie avec la goutte et la gravelle. En analysant les circonstances qui déterminent l'explosion de la goutte et du diabète, on est frappé de leur identité. Ce sont pour chacune d'elles, l'abus de nourriture succulente, de vins généreux et le manque d'exercice musculaire. Il en résulte que ces deux affections sont l'apanage presque exclusif des classes riches de la société. Et cela est si vrai que, dans la même famille, les uns sont diabétiques, les autres goutteux ; il arrive aussi parfois que certains membres sont l'un et l'autre.

La coexistence de la goutte et de la glycosurie ne saurait être niée, bien que M. Griesinger, sur 225 cas qu'il a observés, n'ait trouvé que quatre goutteux. Pour mon propre compte, j'en ai vu davantage sur cinq fois moins de malades. M. Durand-Fardel en a rencontré aussi beaucoup plus, toute proportion gardée. Ces singulières différences ne tiennent pas au hasard, mais bien à ce qu'on ne s'entend pas sur le sens du mot goutte : les uns regardant comme goutteux des gens qui offrent seulement des manifestations internes, tandis que les autres réservent cette dénomination uniquement aux porteurs de dépôts tophacés.

Si la coexistence de la goutte et du diabète est un fait admis, il est plus difficile de déterminer quelle est celle de ces deux maladies qui ouvre la scène morbide parce que les renseignements manquent, ou sont incomplets sur plusieurs points. D'après ce que nous avons vu, il n'y a rien de régulier : tantôt c'est le diabète qui commence, tantôt au contraire, c'est la goutte. Dans le premier cas, l'apparition de l'accès imprime à la glycosurie une allure toute spéciale qui lui a valu le nom de diabète goutteux, se différenciant des autres formes par sa bénignité, et la petite quantité de déperdition de matières sucrées. D'autre part, lorsque le diabète apparaît chez un goutteux, les accès sont amendés sans pour cela disparaître, et sans prendre un caractère de chronicité. L'élimination des matières sucrées qui n'est jamais énorme, joue ainsi le rôle de dérivatif. (Durand-Fardel).

L'alternance, qui s'établit dans ces cas, donne parfois lieu à de singuliers phénomènes. M. Marchal (de Calvi), raconte qu'un de ses malades, dès qu'il n'a plus de sucre dans ses urines, éprouve des accès violents de goutte. C'est ainsi qu'une fois il se produisit une sciatique rebelle qui ne céda qu'à des cautérisations à l'acide nitrique. Il vit souvent la cessation de la glycosurie être suivie d'accidents très-douloureux, si bien qu'il conseilla l'emploi des féculents afin qu'il eût constamment 8 à 10 gr. de sucre.

Il arrive parfois qu'au lieu d'alterner ensemble, ces deux maladies se succèdent l'une à l'autre, et le plus souvent c'est le diabète qui remplace la goutte dont les accès sont supprimés. Dans ce cas, alors, l'élimination journalière de substances glycosiques est considérable (100 à 200 grammes dans les 24 heures), les autres phénomènes morbides : soif, polyurie, affaiblissement, sont portés à un point extrême, ce qui ne s'observe point lorsqu'il y a alternance complète entre ces deux manifestations de la diathèse urique. — J'ai vu plusieurs exemples de cette succession pathologique, et toujours c'était le diabète, et une forme des plus graves, qui remplaçait la goutte. — Je me souviens notamment d'un ancien officier qui avait eu autrefois des accès de goutte et qui portait au médius gauche un petit tophus dont l'origine remontait à plusieurs années, et qui était devenu très-fortement glycosurique. Depuis l'apparition du diabète, les accès goutteux avaient cessé.

Cette évolution presque simultanée de la goutte et de la glycosurie, l'alternance qui s'établit entre elles, la succession fréquente du diabète à la goutte, ne sont-elles point une preuve péremptoire que ces deux processus morbides sont des manifestations diverses de la même diathèse, l'arthritisme ?

Quant à la gravelle urique, aux calculs vésicaux, on en a fait, tantôt une complication, tantôt une coïncidence, parfois un épiphénomène de la glycosurie, mais jamais on ne les a considérés comme une manifestation morbide dérivant de la même diathèse. C'est l'opinion de M. Bouchardat, qui regarde la gravelle urique comme une complication rare de la glycosurie. M. Durand-Fardel va plus loin : « jusqu'à présent, dit-il, nous ne pouvons voir dans la coïncidence de la gravelle avec le diabète qu'un simple rapprochement dont il convient d'étudier le caractère, mais qui ne se rencontre que dans des cas limités, quelle que soit leur fréquence relative ». Il est très-étonnant de lire de semblables phrases lorsqu'on a tant insisté, M. Bouchardat surtout, sur la surabondance d'excrétions d'acide urique, et par conséquent sur son excès dans le sang à l'état d'urate de soude, chez la plupart des glycosuriques. Il est vrai qu'il ajoute plus loin dans son Traité de la glycosurie (page 84), que si les diabétiques produisent plus d'acide urique que dans l'état normal, cet acide ne s'accumule pas habituellement à l'état d'urate de sodium dans le sang des glycosuriques, et ne se concrète pas dans leurs cartilages pour constituer la goutte, ou ne se dépose pas

© BIU Santé

dans leur vessie pour former des calculs. — Il est régulièrement excrété par les reins et éliminé par la vessie. — Si les choses se passaient de la sorte, il serait absolument irrationnel de conclure à l'identité de nature entre la glycosurie et la gravelle, mais les faits viennent prouver que dans le cours du diabète l'acide urique ne dédaigne pas de se déposer dans les cartilages, et de former des graviers dans le rein. — Marchal (de Calvi) regarde même la gravelle chez des individus gros et gras comme une prédisposition au diabète.

Bence Jones va plus loin que les auteurs français; dans un article publié en 1853, (in *Medico chirurgical Transactions*), il prétend que c'est le régime suivi par les diabétiques qui est la cause de la formation de graviers rénaux. — Pour lui ce serait une véritable dyspepsie, une digestion imparfaite des éléments azotés qui amènerait cette production considérable d'acides, et c'est à la diète animale qu'il faudrait attribuer cet excès. — Cette théorie, comme celles que nous venons d'examiner est toute spécieuse : elle n'a les apparences de la réalité que dans les cas où la gravelle suit ou accompagne le diabète ; mais quand elle le précède, qu'elle s'est déclarée longtemps avant son apparition, il faut chercher une autre explication.

Sans nier d'une façon absolue, l'influence du régime animal sur la production de la gravelle urique durant le cours du diabète, nous ne croyons pas que cette influence puisse nous donner l'explication complète de tous les faits observés jusqu'ici. — Car fréquemment nous avons vu des malades ayant eu jadis de violentes coliques néphrétiques avec expulsion de graviers devenir fortement glycosuriques. Or, dans ces cas nombreux, on ne saurait attribuer au régime animal, comme le veut Bence Jones, la formation exagérée de cet acide urique, puisque la plupart de ces individus étaient soumis au régime herbacé. Il faut voir dans cette succession pathologique une manifestation non équivoque d'une même diathèse.

Dans le diabète et la gravelle, il se passe les mêmes phénomènes que dans le diabète et la goutte : tantôt il y a alternance complète, tantôt au contraire la glycosurie succède définitivement à la lithiase rénale, et la remplace. Dans le premier cas, qui est de beaucoup le plus rare, il se produit une espèce de correction tout à fait semblable à celle qu'on observe dans le diabète goutteux : l'élimination sucrée ne dépasse pas quelques grammes dans les 24 heures, et d'un autre côté les coliques néphrétiques sont loin d'être aussi violentes que lorsqu'il n'y a pas en même temps glycosurie. — Cette alternance ne me paraît pas encore parfaitement établie, car jusqu'ici je n'ai été témoin que d'un seul fait de ce genre. Par contre, j'ai vu fréquemment le diabète succéder à la gravelle urique ; dans ces cas alors, il n'y a plus d'expulsion de graviers, plus de coliques, plus de douleurs lombaires. — Mais d'autre part, les déperditions glycosiques atteignent des proportions énormes. J'ai recueilli sur ce point quelques observations très-concluantes : chez un de mes malades, les manifestations de la gravelle avaient disparu depus trois ans, lorsque survint le diabète. A l'époque où cet homme fut traité par moi, il urinait 300 grammes de sucre environ dans les 24 heures. — Un autre n'avait pas expulsé de graviers ni ressenti de coliques néphrétiques depuis un an, lorsque le diabète fut reconnu et soigné : il éliminait quotidiennement 150 grammes de glycose.

Peut-on voir dans ces faits, et dans bien d'autres que je passe sous silence, une simple coïncidence? nous ne le croyons pas. — Doit-on au contraire considérer la glycosurie comme une complication de la gravelle urique? pas davantage. — En effet, lorsque durant une maladie chronique il survient des phénomènes graves dans des organes primitivement sains, jamais les symptômes de l'affection première ne disparaissent, ils s'aggravent plutôt. Prenons un exemple : la néphrite chronique avec albuminurie s'accompagne fréquemment de phthisie pulmonaire qui entraîne la mort. Cette évolution tuberculeuse n'empêche pas l'affection rénale de parcourir toutes ses périodes, et l'albumine, loin de diminuer dans les urines ne fait qu'augmenter. — Il ne se passe rien d'analogue, lorsqu'à la goutte ou la gravelle vient s'ajouter la glycosurie; l'affection première cesse ou diminue : il se fait une véritable transformation qui ne se remarque que dans les maladies qui ont la même origine diathèsique (1). (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. HARDY.**

Note sur un cas d'athétose: observation, autopsie ;

Par **L. LANDOUZY,** chef de clinique (1).

AUTOPSIE. — Aspect squelettique du cadavre, léger œdème blanc sur la partie inférieure de la jambe droite, œdème survenu dans les derniers jours, C..... reposant habituellement dans le décubitus latéral droit. La main droite est demi-fléchie comme elle l'était habituellement dans le sommeil. Même rigidité cadavérique pour les membres supérieurs, droit et gauche.

Membre inférieur droit en adduction et extension incomplète. Rigidité cadavérique plus marquée sur l'articulation fémoro-tibiale gauche que sur la droite, de même pour l'articulation de la hanche.

L'examen comparatif des muscles, os et articulations montre une symétrie complète. — *Thorax* : Cœur petit. — *Poumons :* granulations tuberculeuses et petits foyers caséeux aux deux sommets.

Abdomen : Tube digestif sain. — *Foie* : volumineux, très-gras, pesant 1,910 grammes. — *Reins:* droit (140 grammes) présentant, à sa partie supérieure, un foyer caséeux cortical. — Gauche (215 grammes), ne se laissant pas décortiquer sans qu'on enlève d'épais lambeaux de sa substance ; creusé de foyers caséeux semblant résulter, à la fois d'une néphrite tuberculeuse et d'une néphrite interstitielle aiguë, celle-ci résultant de la distension considérable des calices, du bassinet et de l'uretère par compression de ce dernier, dans le petit bassin, par extension du carcinome utérin. — *Utérus* : Toute la portion cervicale ramollie, détruite en partie, est envahie par du cancer alvéolaire.

Crâne : Boîte crânienne absolument symétrique. — Méninges saines. — L'*encéphale* (1,050 grammes) est symétrique; sa décortication facile : circonvolutions saines, paraissant aussi bien développées à gauche qu'à droite. Vaisseaux de la base sains. Le pédoncule cérébral gauche paraît, à son origine et dans toute sa longueur moins large que le droit : largeur mesurée au compas d'épaisseur :

Pédoncule gauche.....	11 millim.
Pédoncule droit.....	16 —

La *protubérance*, le *bulbe* paraissent normaux et symétriquement développés, il en est de même pour le cervelet. La moelle fraîche paraît symétrique, peut-être la corne droite se détache-t-elle mieux sur les cordons blancs que la gauche?

L'*encéphale* reposant sur la table par sa convexité, on fait la coupe mamillaire : les masses centrales apparaissent saines, à l'exception du noyau extra-ventriculaire du corps strié gauche dont le volume, l'aspect, la forme, la couleur et la consistance sont tout autres que du côté droit.

Le corps strié extra-ventriculaire gauche est occupé par un foyer irrégulier dans ses contours, tout en rappelant la forme générale du ganglion lenticulaire, foyer de coloration brunâtre, de consistance molle, renfermant, en son milieu, un *calcul* du volume d'un haricot : tout ramolli que soit le ganglion lenticulaire, sa consistance n'a rien de la diffluence ordinaire aux foyers des ramollissements ischémiques, il n'est pas constitué par une pulpe s'en allant en déliquium dès qu'on cherche à la dissocier par un courant d'eau ou par le manche du scalpel; de plus, le calcul n'occupe pas, au sein du foyer, une position indifférente comme il le ferait dans une masse nécrobiosée ; il

(1) Consultez aussi sur ce sujet intéressant : Charcot. — *Leçons sur les maladies des vieillards*, p. 93-107.

(2) Voir le n° 5.

© BIU Santé

est fixé, et comme enkysté au milieu d'un tissu formé à la fois de détritus caséeux et de brides filamenteuses.

Ce qui prouve bien qu'au sein même du noyau ramolli il y a comme une trame organisée, trame d'apparence conjonctive, c'est que l'extraction du calcul laisse après elle une empreinte qui donne à la masse même du foyer un aspect alvéolaire que ne modifie pas l'impression digitale. Le calcul, irrégulier de forme, décrit grossièrement une espèce d'S italique à trois angles saillants, qui se sont creusés chacun une logette dont l'empreinte reste manifeste en dépit des tiraillements exercés sur le foyer. Les altérations du tissu s'arrêtent exactement au noyau lenticulaire, ni la capsule externe ni la capsule interne ne sont intéressées ; cette dernière, comme la couche optique, paraît un peu déformée, mais cette déformation légère de la capsule interne et de la couche optique paraît due à ce que ces parties ne sont plus exactement soutenues par le ganglion lenticulaire dont le volume et la consistance ont diminué. Des coupes successives faites parallèlement à la coupe mamillaire, montrent que la lésion du ganglion intéresse celui-ci seulement dans sa partie antérieure, dans une longueur comprise entre son extrémité frontale et un plan vertical passant immédiatement en avant des pédoncules cérébraux (1).

Un examen minutieux des pédoncules et du mésencéphale montre qu'il n'y a pas d'autre lésion que celle du corps strié : l'examen histologique, pratiqué après durcissement, montre qu'il s'agit d'un foyer d'encéphalite chronique probablement développé autour du calcul. Le calcul, dans son entier pesait 0 gr. 92 ; une analyse qualitative a été faite, sur un de ses fragments, dans le laboratoire de la Charité, par M. A. Robin, qui nous a remis la note suivante : « Le fragment sur lequel j'ai eu à opérer pesait 0 gr. 0305 : coloration gris-jaunâtre, très-légèrement teintée de brun en certains endroits. Consistance friable. La concrétion se résout par l'écrasement en granules arrondis et en paillettes d'apparence micacée. Le fragment est mis en digestion pendant deux heures, avec de l'éther, à la température de 25°. L'éther évaporé laisse un résidu onctueux qui tache le papier et donne au doigt la sensation d'un corps gras. Une petite portion de ce résidu est placée sur une lame de verre, délayée dans l'eau distillée et examinée au microscope, on y trouve :

1° Masses cristalloïdes, couleur grenat ou jaune-brunâtre, ayant les caractères de l'hématoïdine ; — 2° amas pigmentaires noirs de volume variable ; — 3° masses cristalloïdes bleues semblables comme aspect aux masses d'indigo que l'on trouve quelquefois dans l'urine ; — 4° très-rares cristaux d'oxalate de chaux ; — 5° granulations graisseuses ; — 6° lamelles de cholestérine ; — 7° aiguilles d'acides gras ; — 8° masses arrondies dont la périphérie est finement dentelée, dont la nature n'a pu être nettement déterminée, mais paraissant constituées par des corps gras.

« Après ce traitement par l'éther, le fragment réduit en poudre est traité par l'eau distillée aiguisée d'une petite quantité d'acide chlorhydrique : on voit se dégager un grand nombre de bulles de gaz, d'acide carbonique. Dans la solution chlorhydrique, on détermine qualitativement la présence des éléments suivants : chaux, en grande quantité — magnésie moins abondante que la chaux, acide phosphorique, fer. — La poudre n'est pas dissoute en entier par l'acide chlorhydrique, il reste un résidu très-mou, facile à écraser, donnant au doigt une sensation onctueuse. Ce résidu se colore vivement par le carmin et à l'examen microscopique paraît constitué par des masses organiques amorphes. »

Remarques : Il est de toute évidence que les membres droits de C.... étaient athétosés (ἀθετος, sans position fixe) suivant l'expression consacrée par Hammond. Il est de toute évidence aussi, que, si le cas de Célina correspond bien à la description du médecin américain (2), il en diffère par ce détail — d'une importance considérable, dans l'espèce — que chez Célina l'athétose n'était limitée ni aux doigts ni aux orteils comme elle l'était chez les deux malades dont les mouvements frappèrent par leur singularité et leur délimitation étroite, l'attention de Hammond. Par l'extension des mouvements au poignet et à tout l'avant-bras, au pied et au cou de pied, Célina ressemble de tous points à plusieurs des malades qui ont été montrées par M. Charcot, dans ses leçons cliniques de la Salpêtrière, au jeune homme dont l'histoire vient d'être rapportée par M. Proust (1), aux deux malades enfin dont l'observation a été donnée par Martin Bernhardt (2) et O. Berger (3).

Chez notre malade, il semble (d'après le dire de sa mère) que d'abord, les mouvements aient été limités aux doigts et que, très-lentement, tardivement, l'athétose se soit étendue au poignet et à l'avant-bras.

Ce fait de l'extension de l'athétose est un des arguments à faire valoir en faveur de la nature choréiforme de l'athétose : celle-ci paraît bien ne pas constituer un état morbide particulier, autonome, mais simplement une variété de la chorée symptomatique à laquelle M. Charcot (4) s'efforce de la rattacher.

Ce qui prouve encore que l'athétose n'est qu'un syndrome morbide, c'est la variété grande relevée dans les phénomènes surajoutés aux troubles de mobilité ; tandis que Hammond notait sur ses malades de l'hypertrophie musculaire, M. Proust notait de l'atrophie, M. Charcot de l'hémianesthésie, Martin Bernhardt de l'hypertrophie et une légère anesthésie, O. Berger une atrophie légère avec anesthésie, hyperthermie, parésie et attaques convulsives gauches, nous ne constations chez Célina absolument que l'athétose. Cette variabilité relevée dans les observations indique évidemment que l'athétose (au même titre que les autres troubles morbides qui peuvent l'accompagner, la précéder, la suivre, comme ils peuvent manquer) n'est que la résultante d'un trouble fonctionnel dont la nature, l'étendue et l'intensité seront subordonnées au siége occupé par la lésion dont l'athétose est un symptôme au même titre que la parésie, la contracture, les convulsions, les perversions sensitives, etc., etc.

Pour que ces données de physiologie pathologique passent du domaine de la prévision dans celui de la réalité et de l'évidence, il faut que les nécropsies expliquent, par le siége des lésions, les caractères de pureté ou de complexité avec lesquels se montre l'athétose. A ce point de vue spécial, notre observation présente un intérêt considérable : en regard d'une athétose pure du membre supérieur et d'une athétose du pied, l'autopsie révèle une lésion unique, une lésion du noyau extra-ventriculaire du corps strié ; lésion et symptomatologie sont, pour ainsi dire, adéquates et l'on ne comprendrait guère, comment, n'ayant pas d'autre lésion, Célina eût pu présenter d'autres troubles symptomatiques, des perversions sensitives, de la paralysie ou encore des troubles trophiques ? Mais, si on comprend qu'avec une lésion du noyau lenticulaire toutes manifestations sensitives, trophiques ou convulsives aient manqué, il resterait à expliquer comment cette lésion du corps strié (suffisante pour entraîner un léger amincissement du pédoncule cérébral) n'a pas amené d'hémiplégie ? L'explication ne serait pas facile à donner et notre autopsie semblerait s'accorder assez mal avec les résultats obtenus dans les expérimentations les plus récentes (Nothnagel, Ferrier, Carville et Duret), si on ne pouvait chercher l'explication de la conservation de la motilité dans ce fait, que, d'une part, il n'y avait pas, à proprement parler, destruction de la partie du noyau lenticulaire envahie par la lésion, d'autre part, le foyer était limité à la région antérieure du corps strié, la lésion s'arrêtant sur un plan correspondant très-exactement à la coupe prœpédonculaire ? Si l'amincissement du pédoncule gauche semble prouver que des fibres du pédoncule, destinées au noyau lenticulaire, avaient disparu, d'une part, l'absence de toute contracture dans le membre supérieur et dans les segments supérieurs du membre inférieur, d'autre part, la non-apparence d'asymétrie bulbaire et spinale semblent indiquer que peu des

(1) L'aspect, les rapports et l'étendue de la lésion sont figurés dans deux dessins déposés dans l'album de la *Société anatomique*.

(2) *A Treatise of diseases of the nervous system.* New-York 1871.

(1) *France médicale*, n° 52, juin 1877, p. 411.

(2) *Archives de Virchow*, vol. 67, p. 1, 1876.

(3) Analysée, in *Archives gener. de médecine*, n° septembre 1877, p. 359.

(4) Leçons cliniques de la Salpêtrière, décembre 1876, publiées par Bourneville, in *Progrès médical*.

© BIU Santé

fibres lenticulo-pédonculaires avaient disparu; peut-être même faudrait-il expliquer l'hémiathétose par l'irritation soit des fibres lenticulo-pédonculaires incluses dans le foyer, soit des fibres de la capsule interne bordant le foyer, irritation entretenue soit par le travail cicatriciel dont le foyer était devenu le siége, soit par le calcul qui s'y était enkysté?

Pour ce qui est de la nature de la lésion du noyau lenticulaire, nous croyons qu'il est sage de rester dans la réserve : peut-être s'agit-il d'un tubercule ou d'un gliome qui, après avoir éclos à l'époque où les premiers phénomènes d'athétose ont été remarqués chez la malade, s'est arrêté dans son évolution ?

Acceptant assez volontiers l'idée d'nn tubercule arrêté dans son développement, nous expliquerions la présence du calcul dans le foyer, par cette notion d'anatomie pathologique générale dont M. le professeur Gubler faisait récemment ressortir toute la valeur (1), à savoir qu'un « tissu peu vivant et dont la rénovation ne s'effectue qu'avec lenteur ou même s'arrête tout à fait, se charge peu à peu de substances terreuses et insolubles par elles-mêmes, tenues en suspension par le liquide séreux dont il est imprégné et qui, se renouvelant sans cesse, finit par accumuler dans la trame organique des quantités relativement énormes de substances incrustantes. »

Au reste, quoi qu'on puisse penser du rôle à attribuer à l'irritation entretenue directement dans le foyer, ou bien à l'irritation exercée dans son voisinage, c'est-à-dire sur les confins de la capsule interne : quoi qu'il en soit des explications que l'on puisse fournir pour trouver le *procédé instrumental* de l'athétose dans le cas particulier, notre autopsie garde toute son importance en ce sens qu'elle justifie par l'anatomie pathologique le rapprochement fait, au nom des analogies symptomatiques, par l'Ecole de la Salpêtrière, quand elle estime que l'athétose n'est qu'une variété de la chorée symptomatique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Commissions administratives des hospices et hôpitaux.

L'année dernière, quelques semaines avant la dissolution, M. Victor Plessier déposait, à la Chambre des Députés, un rapport sur un projet de loi dû à son initiative et tendant à restituer aux conseils municipaux la nomination des commissions administratives des hospices et hôpitaux et des bureaux de bienfaisance. Dans ce rapport M. Plessier établit que son projet est la conséquence logique des institutions républicaines : « les conseillers généraux, conseillers d'arrondissement et conseillers municipaux étant le produit de l'élection, la raison veut, dit-il, que les administrateurs de l'assistance publique aient une origine analogue. » Ce n'est pas nous qui contredirons à cette doctrine; mais si d'aventure elle était arguée ou même convaincue d'erreur, nous n'en serions pas autrement contristés. A quelque conclusion définitive qu'aboutisse le raisonnement abstrait, ses décisions en matière aussi concrète, n'ont de valeur que sanctionnées par l'expérience. Inutile donc de s'en préoccuper outre-mesure. Ce n'est pas le mode de nomination le plus conforme aux déductions mathématiques de la logique qui donnera les meilleures commissions; c'est, à l'inverse, le procédé donnant les commissions les plus intègres, les plus habiles, les plus amies du progrès, qu'il faut proclamer le plus rationnel, laissant aux Académies le soin de la démonstration en forme. Ce procédé, la raison pure peut l'indiquer, l'expérience seule peut le découvrir et en garantir l'efficacité.

(1) *Bulletin de la Société de médecine publique*, 1877, p. 38.

Sans donc s'embarrasser de thèses abstraites, il suffit pour justifier le projet de M. Plessier de prouver, par les faits, que le système proposé a donné et donne de bons résultats, que les autres en ont donné et en donnent de mauvais. Pour le passé, on trouvera dans le rapport de M. Plessier la preuve faite et parfaite. Du concile de Vienne qui, en 1312, substitue les laïques aux clercs séculiers dans la gestion des hôpitaux, à la déclaration de Louis XIV, en 1698, ordonnance qui reste en vigueur jusqu'à la Révolution, on voit nos rois s'évertuer vainement à défendre le revenu des hôpitaux contre la cupidité ou la négligence des administrateurs imposés. Le grand remède est toujours de confier l'administration à des recteurs choisis par les habitants, et toujours ce remède produit les meilleurs effets partout où il est appliqué : une ordonnance de Charles IX (1560) le constate pour Lyon en rendant hommage « au bon ordre, règlement, » administration et conduite que les recteurs de l'aumosne » générale de Lyon, esleuz annuellement par les bourgeois » et notables habitants d'icelle ville, ont depuis trente ans » en ça, tenu et observé pour la substention des pauvres » de la ville de Lyon. » Les Edits de Fontainebleau (1561) et de Blois (1577), ont pour objet de soumettre à ce régime tous les établissements qui ne sont en puissance de patrons ou de fondateurs particuliers. Malheureusement les dispositions de ces édits ne furent observées ni partout ni toujours, et les abus pullulèrent de plus belle. Historiquement donc, point de contestation possible; l'épreuve et la contre-épreuve ne laissent rien à désirer : c'est l'*experimentum crucis* dans toute sa rigueur.

Pour le présent, il y avait à répéter le même genre de démonstration, et la proposition de M. Plessier devenait inattaquable. Mais, et c'est le grand reproche que nous lui adresserons, M. Plessier n'a pas pensé devoir le faire; il croit « inutile d'entrer dans des détails irritants, alors que les vrais principes suffisent à former les convictions. » Plein de respect pour « les vrais principes », mais sachant trop de gens inhabiles à les discerner des faux, nous regrettons que M. Plessier ait abandonné la méthode d'observation, pour s'en tenir à des raisonnements qui ne touchent que les convertis. A notre avis, il eût plus facilement entraîné la conviction des hommes de bonne foi, s'il avait produit des faits montrant, d'une part, qu'aujourd'hui comme autrefois, l'élection donne de bonnes commissions administratives; d'autre part, qu'aujourd'hui comme autrefois, dans les commissions nommées ou se recrutant elles-mêmes, les abus se produisent et s'invétèrent en sécurité. C'était détruire d'avance les objections de ses adversaires. Nous les entendons déjà s'écrier : « On n'articule aucun grief précis contre les commissions actuelles; pourquoi, par pur amour du changement, en modifier les conditions d'origine? L'élection a pu donner jadis de bons résultats, de nos jours elle n'aurait que des inconvénients. » Et d'invoquer à leur tour des principes qu'ils diront ou même croiront les seuls vrais.

En l'état actuel des choses, M. Plessier ne pouvait, il est vrai, recueillir en France de faits favorables à l'élection, puisqu'elle n'y fonctionne pas ; mais rien ne l'empêchait de franchir la frontière, et, cherchant dans l'espace comme il avait cherché dans le temps, de demander aux pays étrangers les arguments topiques qu'il ne trouvait pas chez nous. Tout au moins, s'il négligeait les preuves en faveur

© BIU Santé

du système électif, pouvait-il insister d'autant plus sur la contre-partie. Sans se livrer à aucune attaque intempestive, sans toucher aux personnes, nous aurions voulu le voir sortir des généralités, et accumuler les observations de mauvais errements des Commissions issues du régime qu'il combat. Accuser « l'esprit étroit et rétrograde des Commissions administratives » ne suffit pas ; il fallait le montrer à l'œuvre, le prendre en flagrant délit.

Le *Progrès médical* a souvent prêché d'exemple, estimant que pour s'édifier sur la valeur des institutions, rien ne vaut ce que M. Taine appelle « le détail caractéristique, le fait vivant, l'exemple circonstancié, le spécimen significatif, probant et complet. » Tandis que nous lisions le rapport de M. Plessier, un de ces spécimens significatifs est justement venu à notre connaissance, par une coïncidence dont la répétition fréquente de faits analogues enlève tout l'extraordinaire. Voici l'affaire :

Un médecin militaire arrive dans une ville de province, pourvue d'une école secondaire de médecine, d'hôpitaux où se donne l'enseignement clinique et d'une Commission administrative nommée par le préfet. Désireux de travailler, heureux d'en trouver les moyens, il s'adresse au directeur de l'Ecole qui l'autorise à suivre ses visites, à assister aux autopsies, enfin à accompagner l'interne dans la visite du soir. Pendant trois mois, fort de cette autorisation, il fréquente l'hôpital le plus souvent qu'il peut, tantôt en uniforme, tantôt en costume civil, ne pensant point à mal. Un soir, qu'avec l'interne il examinait, dans une des salles de la clinique, une malade (notez ce point), Monsieur le secrétaire de la Commission des hospices vient à passer, qui s'étonne de ne point le connaître et l'interpelle. Il décline ses noms et qualités, explique qu'il est là par autorisation du chef de service, directeur de l'école, et de la Commission ne souffle mot. Là-dessus on lui apprend que, de par le règlement, cette autorisation n'est rien sans la ratification administrative. « Qu'à cela ne tienne, se dit-il, je la demanderai. » La résolution était sage ; plus sage ; encore eût été de l'accomplir sans différer. Par malheur, il crut à la patience de l'administration et revint le lendemain assister un interne dans l'autopsie d'une femme (notez encore ce point). Le jour suivant, une lettre officielle lui reprochait sa persistance à venir à l'hôpital et l'invitait à se conformer au règlement. L'interne avait eu son fait à part. Cette fois, le médecin s'exécute sans retard et c'est la Commission qui prend son temps. Plus d'une semaine se passe en délibérations ; finalement l'autorisation vient d'assister aux visites et autopsies faites par les chefs de service et leurs adjoints, mais dans les services *des hommes* seulement.

L'ami qui nous conta cette authentique histoire prétendait connaître la raison de ce brusque rappel au règlement, survenant au bout de trois mois, pressant et péremptoire. En apprenant, disait-il, qu'un médecin étranger à l'hôpital avait fait, seul avec un interne, l'autopsie d'une femme, la Commission scandalisée s'est inquiétée de ce qui avait pu se passer, dans ce tête à tête, entre l'inconnu et la pauvre morte. Il répugne d'admettre que ces visions burlesques et malhonnêtes aient hanté un seul instant le cerveau d'hommes graves, dont l'âge a dû rasseoir l'imagination ; notre ami s'est trompé. Ce qui le prouve, c'est la restriction bizarre mise à l'autorisation accordée : elle ne peut avoir pour but, alors que les salles de femmes sont fréquentées par des étudiants d'une vingtaine d'années, de défendre les malades contre les entreprises d'un homme déjà d'un certain âge, suivant avec tous la visite du chef de service. Il y a donc autre chose. La Commission a tout d'abord voulu affirmer son autorité : de là, la sommation d'avoir à faire vis-à-vis d'elle acte de soumission. La Commission s'est imaginé qu'un médecin militaire n'avait pas besoin d'étudier les maladies des femmes ; de là, l'idée mirifique de lui interdire l'entrée des salles de femmes.

Quoi qu'il en soit des motifs de la Commission, il n'en reste pas moins à sa charge un abus de pouvoir, au fond préjudiciable à un tiers, en la forme ridicule pour tout le monde. Et nous croyons que si M. Plessier avait réuni, et c'est facile, un certain nombre de faits du même genre, son rapport y eût gagné en puissance démonstrative. Lui-même y eût trouvé la meilleure justification du renouvellement intégral immédiat des administrations actuelles, les Conseils municipaux restant libres de conserver celles qui ont fait preuve d'intelligence et de dévouement.

Autant que possible, nous aimons à séparer les questions ; cependant l'occasion nous oblige, en quelque sorte, à parler aussi des attributions des Commissions administratives. Nous nous restreindrons, toutefois, à ce qui concerne leurs rapports avec les médecins des hôpitaux.

La Commission dont nous parlions tout à l'heure, avait pour elle certain règlement qui nous paraît blessant au plus haut point pour la dignité des chefs de service. Un article de ce règlement exige que les personnes désirant suivre les visites d'un chef de service se présentent, *munies d'un certificat de ce chef*, à la commission administrative, pour obtenir son agrément. A quoi bon cette intervention des chefs de service si elle n'est pas suffisante ? Pourquoi leur faire cette injure gratuite de supposer qu'ils prêteraient la main à l'envahissement de leurs salles par de simples curieux, si la Commission n'était là pour réviser et au besoin annuler leurs certificats ? Il serait si simple de ne point leur en demander et de faire chacun sa besogne, l'administration se chargeant seule d'ouvrir la porte aux ayants droit. Mais, dans la bonne ville de X..., on aime fort la promiscuité : si les règlements exigent, sauf à n'en tenir compte, l'intervention des médecins dans les affaires d'administration, en revanche, ils astreignent les administrateurs à présider les concours médicaux. Ce doit être un spectacle curieux qu'un ancien avoué ou un filateur retiré opinant gravement, dans un jury de médecins, sur l'exactitude du diagnostic ou la convenance du traitement proposés par les candidats, et peut-être, qui sait ? décidant des résultats du concours par sa voix prépondérante !

Il nous semble que de pareilles anomalies appellent l'attention du législateur et qu'un article visant les attributions des commissions administratives n'eût pas été de trop dans le projet de M. Plessier. Pourtant si l'honorable député, en représailles de nos quelques critiques, allait nous répondre que c'est affaire aux médecins de défendre leur dignité, que s'il se trouve des candidats aux hôpitaux pour signer l'engagement de se soumettre aux règlements *faits et à faire*, des professeurs et des praticiens distingués pour accepter dans un concours la présidence d'un homme incompétent, des chefs de service pour délivrer des certificats qu'un scribe a le droit de jeter au panier, il

© BIU Santé

en est bien marri, mais ne peut que s'en laver les mains, nous serions fort empêchés et notre réplique se ferait attendre. E. T.

La désarticulation coxo-fémorale à l'Académie de Médecine.

Ce ne fut jamais qu'avec une grande répugnance que les chirurgiens eurent recours à la désarticulation de la hanche. Après que Morand eût eu l'idée de cette opération, après que ses élèves l'eurent expérimentée sur le cadavre et sur les animaux (1738), il se passa de longues années sans qu'on osât la pratiquer sur le vivant. Les premiers qui l'exécutèrent le firent avec peu de succès ; Dupuytren enseignait qu'on ne devait la faire que lorsqu'on avait perdu tout espoir de guérison par d'autres moyens : les statistiques des chirurgiens modernes montrent que c'est une opération extrêmement meurtrière, et les nombreux faits recueillis pendant la guerre de Sécession ne sont pas de nature à les démentir.

M. Verneuil a eu l'occasion de pratiquer quatre fois la désarticulation coxo-fémorale : les trois premiers malades succombèrent, le quatrième guérit. Ce sont ces faits qui servent de base à son travail communiqué à l'Académie et ayant pour titre : *Faits pour servir à l'histoire de la désarticulation de la hanche. Remarques sur les procédés opératoires et le mode de pansement* (30 octobre 1877).

Cette opération est toujours grave, et cette gravité tient aux dangers inhérents aux affections qui la nécessitent et au traumatisme qui en résulte. La mort, que l'on peut supposer plus fréquente encore que les faits publiés ne l'indiquent, est, dit M. Verneuil, tantôt immédiate, sur le lit même de l'opération ; tantôt rapide, dans les cinq premières heures ; tantôt prochaine ou dans les vingt-quatre heures ; dans d'autres cas la mort arrive après le premier septenaire ou plus tard.

Les morts promptes, de beaucoup les plus fréquentes, sont ordinairement dues à l'anémie causée par l'hémorrhagie qui précède, accompagne ou suit l'opération. Les morts tardives sont le plus souvent la conséquence de la septicémie, mais elles sont beaucoup moins fréquentes que les premiers ; on trouve, en effet, dans la statistique de Hug, que sur 193 cas où la cause de mort a été notée, l'anémie ou le choc a tué rapidement 117 opérés tandis que la septicémie et la pyohémie n'ont amené la mort que 27 fois (Thèse 1877, p. 8). C'est surtout l'absence d'hémorrhagie préalable qui rend compte des résultats plus favorables obtenus lorsque l'opération est pratiquée pour des affections chroniques ; la désarticulation immédiate, à la suite de traumatisme sur le champ de bataille, est à peu près inutile.

Les deux grandes causes de mort dans la désarticulation coxo-fémorale sont : 1° la perte de sang, 2° la septicémie. Les procédés d'*hémostase*, employés jusqu'ici, sont insuffisants, dit M. Verneuil. La compression de l'aorte pratiquée par Gamgee, (Soc. de chir. 1864) avec un instrument analogue au compresseur de Santorini n'est pas toujours possible, soit à cause de la rigidité des parois, soit à cause de la sensibilité du ventre ; les ligatures préalables sont inefficaces parce que, si on peut lier la fémorale, l'obturatrice, la fessière et l'ischiatique continuent à verser du sang. Le procédé qui paraît à M. Verneuil le plus propre à réaliser l'*économie du sang* consiste à enlever la cuisse *comme une tumeur*. Il l'a employé pour la première fois en 1864. Voici, en résumé, en quoi il consiste : après l'incision de la peau, on découvre les vaisseaux fémoraux qu'on lie en prenant l'artère le plus haut possible à cause des anomalies fréquentes de ses branches ; on continue l'opération en incisant avec le bistouri successivement les couches musculaires qui se rétractent et découvrent les vaisseaux situés dans leurs interstices qu'on lie à mesure qu'ils apparaissent. Ce n'est que plus tard (1869), que M. Rose (de Zurich) se servit du même procédé.

Dans la seconde partie de son travail, M. Verneuil propose un moyen de prévenir la seconde cause de mort, la *sépticémie*. Le pyohémie, écrit-il, forme une terminaison de la septicémie, elle est due à la rétention, à l'altération et à l'absorption des produits qui baignent le foyer de la plaie ; elle est surtout à craindre dans les cas de désarticulation où il reste au fond de la plaie une surface recouverte de cartilage qui doit suppurer. Pour empêcher sûrement la rétention, il faut renoncer à la réunion immédiate et étaler la plaie.

M. Verneuil a recours à un procédé opératoire spécial. La méthode ovalaire comprend un procédé ovalaire externe dans lequel le point de départ de l'incision est dans la région ilio-trochantérienne ; et un procédé ovalaire antérieur dans lequel le point de départ est sous l'arcade crurale au niveau des vaisseaux fémoraux. C'est à ce dernier procédé qu'il donne la préférence en le modifiant comme il suit : 1° dans un premier temps il fait à la peau une incision en raquette formée d'une incision verticale de 5 à 6 centimètres partant d'un travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale et de l'extrémité inférieure de laquelle part l'incision ovalaire qui croise obliquement la face externe du grand trochanter et se continue en passant par le pli fessier ; 2° dans le deuxième temps, on ouvre la gaîne des vaisseaux, on lie la fémorale au-dessus de la bifurcation et les deux branches de division en masse pour éviter le reflux par les anastomoses ; on sectionne les veines entre deux ligatures ; 3° Le troisième temps comprend la section avec le bistouri des muscles de la région antérieure et des vaisseaux compris dans leurs interstices (après ligature). — Quatrième temps : ouverture de l'article. — Cinquième temps : sections des muscles postérieurs et des vaisseaux avec les mêmes précautions ; pour aller plus vite on peut comprimer les petits vaisseaux avec des pinces hémostatiques, comme l'a fait M. Ledentu.

L'opération peut être terminée en une demi-heure. On a une plaie béante évasée, en cône, dont il serait difficile d'affronter les bords ; on étale sur la surface de section de petits carrés de tartalane imbibée d'eau sur lesquels on applique des plumasseaux trempés dans des liquides antiseptiques que l'on recouvre d'une couche d'ouate assez épaisse ; le tout est maintenu en place par une pièce de taffetas gommé et un bandage aussi simple que possible. Le pansement est renouvelé tous les matins.

M. Verneuil pense que sa méthode constitue : 1° le meilleur moyen d'économiser le sang ; 2° le meilleur mode de pansement pour éviter la septicémie. C'est sur ces deux points que portent les objections des divers orateurs qui se sont succédé à la tribune académique. Nous nous bornerons au-

© BIU Santé

jourd'hui à l'examen du premier point : *Le meilleur moyen d'économiser le sang.*

M. Rochard admet en principe la méthode lente proposée par M. Verneuil et qui lui paraît réaliser un véritable progrès. Il fait seulement remarquer que depuis longtemps Marcellin Duval, abandonnant la méthode expéditive, a substitué dans les opérations le bistouri au couteau; mais son procédé diffère essentiellement de celui de M. Verneuil en ce qu'au lieu de faire la ligature préventive des branches de la fessière et de l'ischiatique, ces vaisseaux ne sont liés qu'après l'opération. Il fait ses réserves sur le procédé opératoire, qui ne permet pas de rapprocher les bords de la plaie ; il préférerait de bons lambeaux, qui fourniraient un moignon bien matelassé.

Pour M. Perrin, la recherche des principaux vaisseaux, afin de les lier avant de les couper, est longue, laborieuse et aléatoire; elle expose à taillader les muscles, à les couper à des hauteurs différentes, ce qui produira des moignons anfractueux. Si ces inconvénients ont pu être évités par la main habile de M. Verneuil, ils ne pourront l'être par tout le monde. Il préfère la méthode ovalaire externe. Après avoir comprimé l'aorte, si cela est possible, il procède ainsi : il pratique une incision partant du milieu de la ligne réunissant l'épine iliaque antérieure et supérieure au grand trochanter, descendant verticalement jusqu'à la base de cette saillie osseuse, et passant en arrière à cinq travers de doigt au-dessous du pli fessier. Les incisions doivent longer le trochanter et le fémur, de façon à isoler l'os et à ne couper les muscles que près de leurs insertions. On lie les vaisseaux à mesure de la section des parties molles, puis on ouvre la capsule par sa face externe. Dans la section de la masse musculaire interne, on procède en *comprimant la masse des chairs*, soit en totalité, soit en partie, suivant le volume du membre.

M. Richet pense, comme M. Verneuil, que le danger de l'hémorrhagie réside dans la présence des branches de l'obturatrice, de la fessière et de l'ischiatique, et que la compression de la fémorale reste sans effet. La compression de l'aorte n'est pas toujours possible, et elle ne peut pas durer le temps nécessaire. Il reconnaît que la méthode, qui appartient bien en propre à M. Verneuil, offre une sécurité complète au point de vue de l'hémostase, mais, comme disent MM. Perrin et Rochard, qu'il faut toute l'habileté de M. Verneuil pour l'exécuter en 30 minutes. Il préfère la *compression directe des artères ouvertes*, au moyen de grosses éponges imbibées ou non de liquides hémostatiques. Ce procédé, qui permet d'opérer avec deux ou trois aides seulement, est, dans quelques cas, seul applicable. Il a, en outre, cet avantage qu'il favorise la rapidité de l'opération. Sans appartenir à l'école de la prestidigitation opératoire, M. Richet pense que le vieux proverbe *citò, tutò et jucundè* reste toujours la vérité et qu'il n'est pas indifférent pour le malade d'épuiser sa sensibilité pendant une demi-heure au moins, quand on peut terminer l'opération en quelques minutes.

M. Trélat fait observer que l'on peut appliquer les préceptes de l'hémostase à la méthode à lambeaux. La difficulté n'est pas grande pour le lambeau antérieur, on peut faire la compression de l'iliaque, la ligature préalable ou la ligature prompte des vaisseaux divisés pendant qu'on comprime la base du lambeau. Le danger vient des artères postérieures, mais on peut, dans la méthode à lambeaux, procéder comme M. Verneuil ; on peut encore utiliser les pinces hémostatiques comme l'a fait M. Ledentu. Nous poursuivrons cette étude dans le prochain numéro, et nous examinerons quel est *le meilleur mode de pansement pour éviter la septicémie.*

CH. FÉRÉ.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 2 février 1878. — PRÉSIDENCE DE M. HOUËL.

M. POUCHET montre à la Société un turbot qui a survécu trois mois à l'ablation de la rate. Il y a cicatrisation complète de la plaie abdominale, sans épanchement, ni fortes adhérences.

M. Pouchet a étudié la formation des globules rouges en soumettant des chiens à des saignées à blanc. A aucun moment, il ne put trouver de globules rouges avec noyau en régression. Ceci tendrait à faire croire que les globules rouges ne proviennent pas d'éléments à noyaux. Toujours, dans le sang des mammifères, M. Pouchet a pu constater la présence des hématoblastes décrits par M. Hayem. Ils se voient en groupes de corps riziformes, incolores, transparents, non absolument tangents les uns aux autres. On trouve en outre dans le sang des globules spéciaux jaunes, allongés. En résumé, M. Pouchet confirme la théorie de M. Hayem.

M. BERT. On sait que l'action des gaz susceptibles d'impressionner l'organisme dépend de leur tension. Or, si on appelle T la tension, Q la quantité centésimale du gaz dans l'atmosphère employé et P la pression du mélange, on a $T = Q \times P$. Cette loi, établie pour CO^2 et O, l'est-elle aussi pour le protoxyde d'azote ? Ce corps n'agit sur l'homme qu'à l'état de pureté. Aussi, lorsque les dentistes, dans leurs anesthésies, appliquent sur la bouche et le nez de leurs patients le cornet rempli d'AzO pur, ils produisent nécessairement l'asphyxie. Le patient change de couleur, devient violacé. C'est donc l'asphyxie qui est à redouter : sans ce danger, l'anesthésie par ce procédé, toujours suivie d'un rapide retour au bien-être pourrait peut-être être généralisée. Or, si la formule citée plus haut est applicable à AzO, comme, pour que le protoxyde d'azote agisse, il faut qu'il soit pur, on doit poser $100 = Q \times P$ Il semble aussi qu'on puisse ne mettre que 50 de protoxyde d'azote, à condition de compriner l'air à 2 atmosphères : ce qui donne en effet $100 = 50 \times 2$. Dans ces conditions, il n'y aurait pas danger d'asphyxie, bien que l'anesthésie serait complète. Il appartient à l'expérimentation de résoudre la question de savoir si le protoxyde d'azote obéit à la même loi que l'oxygène. A cet effet, M. Bert soumit deux rats placés dans une cloche à trois atmosphères d'AzO : l'anesthésie se produisit rapidement, sans trace d'asphyxie, pendant 20 minutes. Dès que la décompression fût faite, les animaux recouvrèrent la sensibilité, mais pendant 48 heures restèrent somnolents et présentèrent une température hyponormale.

M. Bert se propose de continuer ces expériences : il serait, en effet, très-avantageux de pouvoir généraliser l'emploi de cet anesthésique qui n'agit pas sur le cœur, comme l'éther et surtout le chloroforme.

M. HOUËL déclare n'être nullement disposé pour le moment à user de ce moyen : car dans un cas où il l'a employé, il a été effrayé de l'aspect asphyxique offert par le patient.

L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 février 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. HÉRARD lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie de Médecine, sur la tombe du regretté M. Hirtz.

M. POGGIALE fait la lecture de son rapport officiel sur les eaux minérales.

Suite de la discussion sur le travail de M. Verneuil, intitulé : *Faits pour servir à l'histoire de la désarticulation de la hanche. Remarques sur les procédés opératoires.*

© BIU Santé

M. Legouest, ayant eu la bonne fortune chirurgicale de pratiquer trois désarticulations de la hanche et d'assister à un nombre égal d'opérations, se trouve doublement engagé à envisager le procédé opératoire et le mode de pansement qui lui paraissent les plus convenables de la désarticulation. M. Legouest passera successivement en revue les trois observations relatives à ces trois opérés : deux cas concernent des plaies par armes à feu, un résulte d'un cancer de la partie supérieure du fémur. La première observation rapporte qu'on a eu recours au procédé à lambeau antérieur et que la compression en masse des vaisseaux a été faite par la main d'un aide, tout en pratiquant quelques ligatures. La deuxième observation relate que la ligature de la fémorale a été préalablement faite immédiatement au-dessus du ligament de Poupart; en outre, ces ligatures furent appliquées durant le cours de l'opération. Le premier malade succomba, non aux suites de la désarticulation, mais d'une chute qu'il fit plusieurs mois après sur son moignon; le deuxième mourut le lendemain même de son opération. La troisième observation, celle qui a trait à un cancer de la partie supérieure du fémur, montre la multiplicité des ligatures qu'il est indispensable de pratiquer avant, pendant ou après l'opération et accuse la terminaison fatale au quinzième jour. Comparant entre eux ces trois faits et les mettant en parallèle avec ceux rapportés par ses confrères, M. Legouest s'élève, non contre les idées de M. Verneuil, mais contre les exagérations auxquelles semble se laisser entraîner son illustre collègue ; il ne convient pas d'enlever une cuisse comme on extirpe une tumeur en prolongeant avec intention l'opération elle-même ; en se conformant aveuglément aux préceptes de M. Verneuil, on compliquerait, en prolongeant outre mesure, une opération qui peut être faite plus rapidement et sans exposer à une perte de sang considérable. La chirurgie, aux armées, nécessite une rapidité qui n'exclut pas la prudence. Enfin, d'après M. Legouest, il est généralement facile de prévenir une hémorrhagie par la fémorale ou ses divisions lorsqu'on emploie le procédé à lambeau antérieur.

Faut-il chercher la réunion immédiate de la plaie dans la désarticulation coxo-fémorale ? M. Verneuil répond non, mais la plupart des chirurgiens qui ont pris la parole dans les précédentes séances sont affirmatifs. Sur cette question, M. Legouest se sépare de ses collègues de l'armée, exposant à l'appui de son dire les résultats que tous ses collègues ont pu observer chez leurs opérés, c'est-à-dire la guérison après une suppuration prolongée, quel que soit le mode de pansement employé. La désarticulation de la hanche, par la disposition de la plaie, est l'opération qui, entre toutes, se prête le moins à la réunion immédiate. Aussi, M. Legouest préconise-t-il le mode de réunion mixte, tel que l'a décrit M. Richet. La pratique nous enseigne ce que, du reste, M. Verneuil a déjà avancé, savoir que la réunion immédiate n'est pas applicable à toutes les amputations. La réunion médiate expose les opérés à l'infection purulente; la réunion immédiate les y expose tout autant sinon davantage.

Reprenant la théorie de M. Pasteur sur les vibrions et la septicémie, M. Legouest déclare que les chirurgiens trouvent de notables différences entre l'infection de la clinique et l'infection ou la fermentation du laboratoire ; celle-ci est fatale dans des conditions déterminées, celle-là, dans les mêmes conditions, apparaît ou n'apparaît pas ; ici l'infection ou la fermentation fait explosion et se propage avec une incomparable rapidité, là elle se produit plus ou moins lentement, ou avec une rapidité foudroyante. Celle-ci ne s'arrête pas dans sa marche progressive, celle-là présente des intermittences, peut s'arrêter et reprendre son cours, ou même s'arrêter définitivement ; ici les germes infectieux sont puisés dans l'air atmosphérique, là, ces mêmes germes sont rencontrés sans l'intervention de l'air. Espérons, s'écrie en terminant M. Legouest, que les renseignements du laboratoire mis en concordance avec l'observation clinique, amèneront la solution du problème qui passionne tous les esprits, c'est-à-dire l'origine et la prophylaxie de l'infection purulente des opérés.

M. Gosselin déclare que son intention n'est pas de s'occuper de la question opératoire soulevée par M. Verneuil sur la désarticulation de la hanche. Il tient seulement à s'expliquer sur la question des pansements en général, et à montrer à l'Académie comment, cherchant et étudiant les effets pathologiques donnés par les pansements, il a compris et expliqué les innovations importantes qui se sont produites depuis huit années. Ses impressions se rapportent à trois périodes principales qu'il caractérise ainsi : une première période d'indifférence ou de fatalité ; une deuxième période dite de prophylaxie par l'hygiène ; une troisième et dernière qu'il appelle période de la prophylaxie par l'hygiène et par les pansements. Nous n'avons pas la prétention, dans un compte rendu, d'exposer ni même d'analyser le volumineux mémoire que vient de lire M. le professeur Gosselin. C'est un exposé minutieux, clinique et didactique de tous les pansements mis en usage de nos jours par tous les chirurgiens et notamment par M. Gosselin lui même. La compréhension d'un travail aussi intéressant en exige la lecture complète. Toutefois, nous dirons que la communication de M. Gosselin porte particulièrement sur les pansements alcooliques et que le savant professeur de la Charité se déclare fondé à voir dans le pansement à l'alcool ou à l'eau-de-vie camphrée, un pansement antiphlogistique et antiputride parce qu'il est antiphlogistique. Néanmoins, quoi qu'en disent les chirurgiens, M. Gosselin est d'avis qu'on ne sait pas au juste quel est de tous nos pansement nouveaux celui qui préserve le mieux des complications malheureuses. Ce problème ne peut être résolu que par des chiffres et des statistiques, toujours difficiles à faire. Etablissant une distinction entre les détails généraux, ceux qui s'appliquent à tous les pansements, et les détails spéciaux aux pansements des grandes opérations profondes, M. Gosselin se déclare partisan du pansement mixte, dans lequel il cherche à utiliser, en les réunissant, tous les avantages des pansements nouveaux. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 30 *novembre* 1877. — Présidence de M. Charcot.-

26. Erysipèle du pharynx, de la face, du cou, du larynx.—Laryngite glottique et sous-glottique; par J.-B. Gauché, interne des hôpitaux.

La nommée D... célibataire, née à Rocher (Ardèche), âgée de 33 ans, profession modiste, tempérament lymphatique, constitution scrofuleuse. Entrée à l'Hôtel-Dieu le 30 août 1877, salle Notre-Dame, lit n° 23. (Service de M. Richet.)

La malade, qui présente au sommet des deux poumons les premiers signes locaux de la tuberculose, est admise dans un service chirurgical pour une carie partielle du premier métatarsien gauche. L'opération de l'évidement après anesthésie est faite par M. le docteur Blum, suppléant, le 13 septembre et M. Richet reprend le service le 5 novembre suivant.

Novembre. La plaie se cicatrisait lentement, quand le 8 novembre au soir survinrent les prodromes d'une angine pharingée intercurrente (dysphagie légère, etc.) avec engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires. Quoique l'érysipèle ait déjà pris droit de domicile au nouvel Hôtel-Dieu, et atteint en particulier une malade couchée en face de celle-ci, mais qui en est déjà à la période de desquammation, la nature érysipélateuse de l'angine n'est affirmée que le lendemain au soir.

9. Erysipèle facial. L'éruption apparaît autour des narines, et surtout à la face dorsale du nez.

10. La fièvre est des plus vives. On prescrit un éméto-cathartique qui n'amène que des vomissements.

11. La dysphagie semble diminuer, mais l'adénite persiste : la fluxion s'étend des deux côtés de l'orifice buccal.

12. L'éruption suit une marche descendante : le menton est respecté.

13. La région sus-hyoïdienne devient le siége d'une rubéfaction peu intense et diffuse, en même temps que d'un gonflement général très-prononcé où reste l'impression du doigt et qui défigure entièrement le sujet. — Matin : T. 39°,6. — Soir : T. 40°,6.

14. Même état. Le soir éclate un accès de suffocation qui fait penser à un œdème de la glotte ; cette attaque ne tarde pas à cesser : il ne reste qu'un léger degré de dyspnée. — Matin : T. 39°,6. — Soir : T. 40°,1.

© BIU Santé

15. Il est facile de constater que la malade ne présente nullement la dyspnée inspiratoire. Les deux temps de la respiration paraissent se passer librement, mais la voix ne peut s'émettre par intervalles qu'avec un timbre rauque et sifflant, la parole étant presque toujours aphone. Toux rare, persistante. — Matin et soir : T. 40°6.

16. La malade respire facilement. Rien d'anormal à l'auscultation des deux poumons sauf les signes stéthoscopiques de la tuberculose commençante aux sommets. — Matin: T. 40°. — Soir : 40°,6.

17. La température a baissé faiblement : la malade semble asphyxier lentement ; les respirations paraissent superficielles sans être plus nombreuses.— Matin : T. 39°,6.— Soir : T. 39°,2.

18. Desquammation de la face : même état œdémateux et rougeâtre de la région cervicale. Dans la nuit suivante, agitation, insomnie. T. 39°,4.A 5 heures du matin, la malade dit : je vais donc mourir sans voir la mère, puis elle perd subitement la parole ; la face est pâle ; une heure après, mort due à une asphyxie brusque, avant que l'asphyxie lente, indiquée plus haut, ait atteint son apogée.

Autopsie. — Décoloration de la surface cutanée. Foie gras, placé presque verticalement.

Thorax. — L'endocarde est sain, grisâtre. Quelques points athéromateux à l'origine de l'aorte. Appareil respiratoire. Adhérences pleurales des deux sommets. Ils présentent quelques tubercules blancs, crétacés de la grosseur d'un noyau de cerise.

Larynx. C'est l'organe dont l'étude offre le plus d'intérêt. Voici ce qu'on trouve en procédant de l'extérieur à l'intérieur de ce conduit ouvert par une incision verticale et médiane à sa partie postérieure. Les replis aryténo-épiglottiques ne présentent ni rubéfaction, ni œdème, ni infiltration. Pas de gonflement ni de rougeur de l'épiglotte sur son bourrelet ou sur ses faces. Toutes les lésions sont localisées à la portion glottique et sous-glottiqué du larynx. Les quatre cordes vocales sont infiltrées, volumineuses, au point de rétrécir les orifices intermédiaires des ventricules de Morgagni, mais non de se toucher ; la cavité de ces derniers admet facilement un stylet. Du reste le rapport des cordes vocales homonymes est normal et il n'y a pas de sténose de la glotte dont les lèvres ne sont ni rouges ni œdématiées, l'infiltration siégeant plutôt sur les faces supérieure et inférieure des ligaments que sur leurs bords libres.

En avant et au-dessus du cartilage cricoïde, la muqueuse présente une légère érosion superficielle et rosée d'un centimètre de diamètre avec quelques points ulcérés. La dépression est entourée d'une zone d'un rouge plus vif que le reste de la muqueuse. Pas d'altération du cricoïde. La surface de la trachée et des bronches ouvertes au niveau de leur portion membraneuse ne présente aucune sorte de lésion.

En résumé, la partie de l'observation concernant l'érysipèle laryngé répond bien à la description de la *laryngite aiguë sous-muqueuse, var. sous-glottique*, distinguée par Cruveilhier (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XI, p. 44) avec chordite supérieure et inférieure (nomenclature de Bergson).

Réflexions. — Nous ferons remarquer d'abord le peu de proportion qui existe entre les symptômes et les lésions laryngées. On peut du reste à ce point de vue rapprocher de notre fait deux cas d'érysipèle de la face, du cuir chevelu. Erysipèle interne du pharynx, du larynx, de la trachée et des bronches. (Ed. Labbé, *Bull. de la Soc. Anat.*, 2e série, t. III, p. 56, 1858, — et Jules Simon, *Arch. gén. de méd.*, juillet 1865, p. 97). — Dans le dernier, en effet, il est relaté entre autres troubles fonctionnels laryngés qu'un enrouement très-prononcé fait bientôt place à une extinction absolue de la voix et permet de supposer l'inflammation descendue dans les voies respiratoires.

« Détails nécroscopiques... Cette coloration écarlate, pourprée, enveloppe toutes les faces de l'épiglotte et pénètre dans le larynx ;.... les cordes vocales et l'arrière-cavité, enfin tout cet organe semble avoir macéré dans du sang... On rencontre le tissu cellulaire sous-muqueux un peu épaissi en certains points et rouge comme de la chair musculaire... Les replis aryténo-épiglottiques ne sont pas le siége d'une augmentation de volume digne d'être mentionnée. »

Le fait d'Ed. Labbé, s'éloigne plus de notre sujet en ce qu'une rougeur très-foncée avec gonflement occupe les replis aryténo-épiglottiques et toute la face interne du larynx. Nous ne le mentionnons ici que comme étant une observation très-remarquable d'érysipèle interne ou laryngo-trachéal.

Eliminons de même les deux cas rapportés dans le journal anglais *Lancet* : il s'agit bien ici de laryngite érysipélateuse par suite de l'extension de l'érysipèle de la tête ou du cou ; mais dans aucun d'eux le mode spécial de dyspnée n'est indiqué. En outre dans celui de M. Vernon. (*Bartholomew's, hospital*, 5 sep. 1863, II, p. 276), dû à l'obligeance de M. Vormald, il n'y avait pas trace évidente de la congestion récente vers le pharynx et le larynx. Enfin dans celui de M. G. E. Legge Pearse (et non H. Lée, ainsi que l'indiquent par erreur les deux nouveaux *Dictionnaires encyclopédique* et *pratique*, Bibliographie de l'art. *Laryngite*), la dyspnée parut provenir principalement de l'infiltration sous-muqueuse du tissu sus-glottique.

En parcourant les *Bulletins de la Société anatomique*, nous n'avons pas trouvé d'autre observation qui se rattache de près ou de loin à notre sujet, et les deux mentions bibliographiques, à l'article Angine des deux dictionnaires (J. Simon, 2e série, t. I. p. 499, 1864 pour le *Dict. encyclopédique*, et Goupil, 1862, pour le *Dict. pratique*) sont erronées. On pourrait indiquer une foule d'observations concernant soit l'érysipèle du larynx, soit la laryngite sous-glottique secondaire : mais dans les premières, c'est surtout de l'œdème sus-glottique qu'il s'agit ; dans les secondes la sous-glottite n'est pas consécutive à cet exanthème.

Or, s'il est facile de reconstituer l'histoire de l'érysipèle interne en général avec les auteurs suivants : Hippocrate (Aphorismes), Fabrice d'Acquapendente (1592), Darlue (1757), Fr. Hoffmann (une seule observation exacte), et surtout M. Gubler (1847), d'après Ed. Labbé (thèse doct. *de l'érysipèle* ; Paris, 1858), il n'en est plus de même de l'érysipèle du larynx confiné surtout dans sa portion sous-glottique. Peut-on avec l'observation indiquée de Jules Simon et la nôtre, hasarder une description des signes de la laryngite érysipélateuse, ainsi limitée ? On sait que l'article correspondant des deux nouveaux dictionnaires de médecine présente peu de développements. Aussi ne pouvons nous mieux faire que de renvoyer à J. Cruveilhier (*loc. cit.* 1° et 5°) pour la distinction de la laryngite sous-glottique aiguë qu'il a le premier décrite, tout en faisant observer que pour lui, elle s'accompagne d'une nécrose du cricoïde, attribuée à une chondrite chronique (surtout après la phthisie laryngée). Du reste voici ce que le même auteur en dit dans son Anat. pathol. (1852, t. III, p. 223). « 3° Lésions de canalisation par rétrécissement dans la laryngite sous-muqueuse... de la région sous-glottique, le tissu cellulaire étant beaucoup plus serré, et par conséquent moins susceptible d'infiltration que celui de la région sus-glottique, la marche de la maladie est moins rapidement mortelle ; mais la muqueuse soulevée forme un bourrelet qui rétrécit la partie correspondante du larynx et détermine une gêne proportionnelle dans la respiration. Plus tard, ce bourrelet devient bien plus considérable, lorsque le pus est accumulé sous la muqueuse décollée circulairement. La mort par suffocation peut alors avoir lieu au milieu d'un accès de dyspnée et de toux... » et Trousseau, angine laryngée œdémateuse, in. Cliniq. (I. p. 575, 1868) :

« Quoique, le plus souvent, dans la laryngite œdémateuse, le principal obstacle à la respiration ait pour siége les replis aryténo-épiglottiques, on comprend néanmoins que cet œdème inflammatoire peut aussi se développer dans le tissu cellulaire de la membrane muqueuse laryngée elle-même. Ainsi dans les cas où l'on n'observe pas l'inspiration sifflante aiguë qui appartient surtout à l'œdème des replis aryténo-épiglottiques. Alors le malade n'a point d'inspiration sifflante, il y a boursoufflure de la membrane muqueuse et œdème du tissu cellulaire sous-muqueux... et l'on ne constate qu'une gêne très-grande de la respiration, l'air inspiré traverse le larynx en produisant un bruit plus ou moins dur, mais non aigu, et le bruit expirateur est encore perçu : il y a là une variété de cornage sans sifflement aigu. »

Les accès de suffocation par sténose du larynx étant ceux

© BIU Santé

de tous les cas d'œdème inflammatoire de ce conduit, on pourrait peut-être avec Curveilhier, établir les caractères distinctifs suivants, selon le siége de la maladie.

LARYNGITE SOUS-MUQUEUSE	MARCHE	DYSPHAGIE	DOULEUR AU LARYNX	DYSPNÉE
Sus-glottique	Toujours aiguë	.....	Partie supérieure.	Constante, surtout inspiratoire.
Sous-glottique	Parfois chronique	Moindre.	Partie inférieure.	19 fois nulle? constante (Cruveilhier) à la fois inspiratoire et expiratoire.

En résumant d'un seul mot, ce qui concerne la laryngite érysipélateuse, on peut dire que si la scarlatine n'aime pas le larynx, l'érysipèle interne a pour siége de prédilection le tissu sous-muqueux de cet organe, au double titre, de sa facile propagation de l'une à l'autre des deux couches similaires et continues, peau et muqueuse (Lailler) et aussi de sa nature inflammatoire avec exsudat infiltrant le tissu sous-jacent et commun aux deux revêtements.

Séance du 7 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Anévrysme de la crosse de l'aorte.—Trachéotomie.— Mort; par M. BULTEAU, interne.

Le 12 novembre 1877 est entré à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Jean, n° 6 (service de M. GUYOT), le nommé Berg... âgé de 57 ans. Depuis quatre ans, il est sujet à de légères oppressions, sans gravité aucune, qui ne l'ont jamais empêché de travailler. Il est surveillant à la Compagnie des omnibus et se fatigue peu dans l'exercice de ses fonctions. Le 28 octobre 1877, de grand matin en sortant de chez lui, il fut pris tout-à-coup d'un grand accès d'oppression avec râle trachéal et toux sifflante; il lui fut impossible de regagner à pied sa demeure. Depuis cette époque, l'oppression a persisté plus ou moins forte, en présentant des exacerbations presque tous les jours.

Etat actuel. Le malade est grand, fort, vigoureux et a toutes les apparences d'une bonne santé habituelle. La dyspnée est extrême et la face cyanosée. L'inspiration est active et accompagnée de ce bruit trachéal tout particulier qui a été décrit sous le nom de cornage. La voix est faible, enrouée; avant le premier accès de suffocation du 28 octobre, le malade avait au contraire une très forte voix, à tel point que ses amis lui reprochaient souvent de parler trop haut.

A l'auscultation des poumons, on n'entend pas le murmure vésiculaire qui est masqué par le bruit trachéal. La matité précordiale est augmentée notablement; la pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, un peu en dehors du mamelon. Les bruits du cœur sont un peu sourds, mais bien frappés et sans mélange de bruit étranger. Le pouls de la radiale est identique à droite et à gauche; les artères sont un peu athéromateuses.

Diagnostic. Tumeur du médiastin comprimant la trachée et les récurrents; très-probablement anévrysme de la crosse de l'aorte. — *Traitement.* Bromure de potassium, 4 grammes.

14 novembre. La dyspnée est moindre; l'enrouement de la voix disparaît par instant.

18 novembre. Accès de suffocation intense durant deux heures avec altération de la voix et cornage. — *Traitement.* Valérianate d'atropine, 1 milligramme.

Le 21, nouvel accès. Le 22, le malade est asphyxiant.

Dans l'hypothèse que la contracture des cordes vocales pouvait être la cause de l'asphyxie, la trachéotomie est pratiquée immédiatement, par le procédé ordinaire en trois temps; l'opération se fait très facilement, sans hémorrhagie. Le malade n'est pas soulagé après l'introduction de la canule, l'asphyxie persiste comme précédemment et le 23 le malade meurt.

AUTOPSIE. — Le larynx est intact. Les poumons sont emphysémateux. Le cœur est très-hypertrophié; les valvules aortique et mitrale sont épaissies, indurées et manifestement insuffisantes. L'aorte depuis son origine est considérablement dilatée, mais sa plus grande dilatation existe au niveau de la partie supérieure de la convexité de la crosse. Là, en effet, elle forme une énorme tumeur du volume du poing qui donne naissance au tronc brachio-céphalique et aux artères carotide primitive et sous-clavière gauches; elle refoule la trachée à droite en la comprimant, et fait véritablement corps avec elle. Le nerf pneumogastrique et le récurrent du côté droit sont libres de toute connexion avec la tumeur anévrysmale. A gauche, au contraire, le pneumogastrique et la branche récurrente qu'il fournit, là où il croise la crosse aortique, sont intimément adhérentes aux parois de la poche de l'anévrysme, et une dissection minutieuse les fait découvrir difficilement au milieu du tissu fibreux induré qui les enveloppe de toutes parts. Les parois de la tumeur sont revêtues de productions calcaires témoignant d'une artérite chronique ancienne. A l'intérieur de la poche anévrysmale on trouve une couche assez épaisse de caillots fibrineux, décolorés, peu adhérents aux parois. L'ouverture de la trachée fait voir qu'elle est presque incomplétement obturée par la compression exercée sur sa partie latérale droite par la tumeur, ce qui explique suffisamment le cornage observé pendant la vie du malade.

M. HOUEL a vu pratiquer quelquefois la trachéotomie pour des cas d'anévrysme de l'aorte. Presque jamais l'opération n'a soulagé les malades, et jamais elle n'a paru retarder sensiblement la terminaison funeste. M. Houel pense donc que lorsque le diagnostic d'anévrysme de l'aorte a été posé, il faut s'abstenir d'avoir recours à la trachéotomie.

M. PETIT est d'avis qu'au point de vue de l'opportunité de cette opération il convient de distinguer les cas dans lesquels la dyspnée tient à la compression des récurrents de ceux où elle est due à l'aplatissement de la trachée. La trachéotomie utile dans les cas de paralysie des cordes vocales résultant de la compression des récurrents, serait au contraire contre-indiquée quand la tumeur comprime la trachée au point de diminuer assez son calibre pour mettre obstacle à l'entrée d'une quantité suffisante d'air dans les poumons.

M. MARCHANT rappelle que M. Binet a soutenu dans sa thèse inaugurale des opinions qui se rapprochent un peu de celles que vient d'exposer M. Petit. Il soutient en particulier que la trachéotomie peut être utile dans un certain nombre de cas de spasme laryngien.

M. HAYEM dit que très-rarement la trachée est assez aplatie pour que l'introduction de l'air soit notablement gênée. Il a eu l'occasion d'observer un malade (*Gaz. hebd.* 1865), chez lequel des symptômes de dyspnée paroxystique avaient été provoqués par une tumeur ganglionnaire qui comprimait les nerfs récurrents sans aplatir la trachée.

M. CHARCOT pense que dans la grande majorité des cas d'anévrysmes de l'aorte accompagnés de troubles respiratoires, la dyspnée paroxystique doit être rapportée aux lésions nerveuses et non pas à l'aplatissement de la trachée. Dans d'autres circonstances, le spasme laryngé peut être produit par des lésions bulbaires. M. Charcot a en ce moment dans son service une malade atteinte d'ataxie locomotrice progressive qu'il a présentée tout récemment à son cours clinique de la Salpétrière, et qui présente à un haut degré ce spasme laryngien d'origine bulbaire.

M. SCHMIDT présente un polype muqueux des fosses nasales enlevé par M. Trélat. L'observation n'a pas été remise.

2. Corps fibreux de l'utérus; par le docteur C. GALLOPAIN, médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés d'Evreux.

Utérus petit se présentant sous forme d'une tumeur bilobée dans son grand axe: le premier lobe, du volume d'une grosse cerise, correspond au corps de l'utérus, le second lobe, du volume des deux poings, est implanté sur la base de l'utérus.

Len... Marie, 65 ans, est entrée à l'Asile d'aliénés d'Evreux, le 14 décembre 1874 (service de M. BROC). Cette malade,

© BIU Santé

en démence, ne connait ni son âge, ni même son nom, n'a aucune conscience de ses actes, et ne peut répondre convenablement aux questions qu'on lui adresse. Elle est très-affaiblie, peut à peine marcher, et porte, dans le flanc droit, une tumeur volumineuse, très-dure, indolente. Len... est dans un tel état d'affaiblissement intellectuel, qu'il est impossible d'obtenir d'elle le moindre renseignement sur le développement de cette tumeur. Depuis le mois de septembre 1875, cette femme a continuellement gardé le lit; des eschares se sont formées au niveau du sacrum, des trochanters, le long de la colonne vertébrale, et Len... est morte dans le marasme, le 6 octobre 1877. Pendant les trois ans qu'elle a vécu à l'asile, sa tumeur est restée absolument stationnaire.

AUTOPSIE. — *Abdomen.* Dans la fosse iliaque droite, à la base du cœcum, se trouve une tumeur pyriforme, à grosse extrémité dirigée en haut et qui dépasse de 3 à 4 cent. le bord de l'os coxal. Le cœcum est situé à gauche, se dirige de gauche à droite, passe au-dessus de la partie supérieure de la tumeur et fait un angle aigu avec le colon ascendant qui suit sa direction normale. Ovaires normaux à la place occupée normalement par l'utérus, se trouve un utérus anormalement petit, de forme cylindrique, gros comme une petite noix, immédiatement surmonté par une tumeur du volume des deux poings qui paraît s'être développée entre le fond même de l'utérus et le revêtement que lui forment, à leur base, les ligaments larges.

La section de l'utérus faite parallèlement à son axe antéro-postérieur, montre que sa forme marronnée est due au développement, dans l'épaisseur même de sa paroi antérieure, d'un corps fibreux intra-pariétal, corps fibreux ayant le volume d'une grosse cerise. Cavité et paroi postérieure de l'utérus indemnes.

Quant à la grosse tumeur, elle est constituée par un énorme corps fibreux infiltré de gros noyaux calcaires et athéromateux, ces derniers assez gros et assez nombreux pour former moitié au moins du volume total de la tumeur. Poids de la tumeur 1262 grammes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 février. — PRÉSIDENCE DE M. F. GUYON.

Au début de la séance, M. VEDRENNEZ, médecin militaire à Vincennes, nommé récemment membre correspond de la société de chirurgie, est invité à prendre place au milieu de ses collègues.

Un travail de M. AZAM, de Bordeaux, présenté par M. VERNEUIL, constitue la seule partie intéressante de la correspondance. L'auteur donne dans ce travail l'observation détaillée d'une femme qui fut prise d'une embolie pulmonaire subite à la suite de l'ouverture d'un abcès de l'aisselle. Il s'était formé dans une veine voisine de l'abcès, une thrombose qui fut le point de départ de l'embolie.

Désarticulation coxo-fémorale. La grande question, actuellement pendante à l'Académie de médecine sur le meilleur mode de pansement des plaies, ne pouvait manquer d'intéresser également la Société de chirurgie. Pour répondre à l'appel de M. Trélat, qui engageait tous les chirurgiens à publier les résultats de leur pratique personnelle sur la désarticulation coxo-fémorale, M. TILLAUX communique l'observation d'une femme qu'il a opérée à l'hôpital Beaujon, le 11 janvier dernier. La malade était d'abord entrée, en octobre 1876, dans un service de médecine pour des douleurs vagues qu'elle éprouvait dans les jambes. En décembre 1876 elle tomba de sa hauteur et se fractura le fémur gauche au tiers inférieur. Le 26 février on enleva l'appareil de Scultet qui avait été conservé depuis le début; la fracture paraissait à peu près consolidée, cependant la malade ne pouvait mettre le pied à terre. Le 10 avril, la fracture se reproduisit par le simple soulèvement du membre inférieur. Un second appareil de Scultet fut appliqué sans succès; et le 2 juin M. Le Fort constata au niveau de la fracture une petite tumeur pulsatile, avec bruit de souffle. Depuis cette époque la tumeur n'a fait que s'accroître; et la malade était très-affaiblie, lorsque M. Tillaux prit possession de son service à Beaujon, le 25 décembre 1877; le diagnostic était: *sarcôme du fémur ayant débuté par le centre de l'os.*

M. Tillaux jugea nécessaire d'intervenir chirurgicalement; il repoussa l'amputation de la cuisse, à cause du siége très-élevé de la tumeur, et il se décida pour la désarticulation coxo-fémorale, qui fut pratiquée le 9 janvier.

La malade, exsangue et épuisée, se trouvait dans des conditions générales très-mauvaises. Aussi, dans le but d'éviter l'hémorrhagie, M. Tillaux employa les nouvelles méthodes de diérèse par le thermo-cautère et l'anse galvanique. Déjà il s'était servi avec succès du thermo-cautère pour une désarticulation de l'épaule.

L'opération fut faite par le procédé classique à deux lambeaux. M. Tillaux passa au lieu d'élection un long trocart, et dans la canule un fil de platine volumineux, qui fut fixé par ses deux extrémités aux deux pôles de la pile. En deux ou trois minutes, l'anse galvanique sectionna le lambeau antérieur par un mouvement de va-et-vient, en rasant la face antérieure du fémur. Au moment de relever l'anse pour achever la section, M. Tillaux lia tout le lambeau en masse avec une grosse ficelle pour comprimer l'artère fémorale; puis il coupa au-dessous de la ligature. Mais la fémorale donna un jet de sang bouillonnant; elle fut aussitôt saisie et tordue, et ce fut là toute l'hémorrhagie.

Le lambeau antérieur une fois rabattu sur l'abdomen, M. Tillaux quitta l'anse galvanique, prit le thermo-cautère, et s'en servit comme d'un bistouri pour couper le ligament capsulaire, pour désarticuler et pour détacher les insertions musculaires au grand trochanter. L'anse galvanique fut alors passée derrière l'extrémité supérieure du fémur, pour tailler le lambeau postérieur; mais l'instrument ne marcha pas, et M. Tillaux dut terminer l'opération à l'aide du thermo-cautère. Il n'y eut, pour ainsi dire, pas de perte de sang.

La plaie fut pansée à l'alcool; tout alla bien pendant huit jours; mais le neuvième jour la malade fut prise d'un grand frisson; du pus s'était accumulé dans le cul-de-sac du grand trochanter, et M. Tillaux dut faire une contre-ouverture et passer un drain. La mort survint le onzième jour. A l'autopsie on trouva des infarctus dans le poumon et dans le foie.

Avant cette opération, M. Tillaux avait déjà pratiqué trois désarticulations coxo-fémorales: les deux premières pendant la campagne de 1870-71, la troisième en 1872 à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait dans ce dernier cas d'une jeune fille de douze ans atteinte d'ostéo-sarcome du fémur. M. Tillaux appliqua le pansement ouaté, et la jeune fille guérit. L'observation complète a d'ailleurs été publiée dans la thèse de M. Hervey (1872).

M. Tillaux conclut en disant que les chirurgiens sont maintenant armés d'un outillage suffisant pour parer à l'hémorrhagie dans la désarticulation de la hanche.

A propos de cette communication, M. MARC SÉE rappelle qu'il a publié il y a 15 ans, dans les Bulletins de la Société de chirurgie, une note sur les amputations à lambeaux faites avec l'anse galvanique. Les expériences sur le cadavre avaient parfaitement réussi; il n'y a donc rien d'étonnant que M. Tillaux n'ait pas rencontré de difficulté pour tailler ses lambeaux.

M. DESPRÈS a fait une désarticulation de la cuisse à l'hôpital Saint-Antoine, alors qu'il remplaçait Foucher. Il n'avait qu'un seul aide, M. Terrillon, alors externe du service. Le blessé, qui avait la cuisse broyée, avait déjà perdu beaucoup de sang. Aussi l'hémorrhagie fut-elle très-peu abondante pendant l'opération qui fut pratiquée avec le couteau. M. Desprès fit une dizaine de ligatures. L'opéré mourut au bout de 48 heures.

M. Desprès se déclare partisan de la désarticulation de la hanche, à condition que l'opérateur *se jette* sur les grosses artères, aussitôt ouvertes; il recommande aussi l'emploi des pinces hémostatiques.

Pour M. Desprès, les amputations au thermo-cautère ne constituent pas une nouveauté. Dans l'ouvrage de Scultet, on trouve des planches représentant des opérations faites avec le fer rouge. Mais ni le fer rouge ni le thermo-cautère n'empêchent le développement de l'érysipèle ou de l'infection purulente. M. Desprès croit au contraire que le fer rouge pré-

© BIU Santé

dispose aux infarctus par formation rapide de caillots dans les veines.

M. Gilette déclare qu'il a observé pendant quelque temps la malade de M. Tillaux. La compression de l'artère fémorale ne diminuait pas le volume de la tumeur de la cuisse.

M. Terrier, qui a vu aussi la malade durant son passage à l'hôpital Beaujon, demande à M. Tillaux quelques renseignements sur l'autopsie. Il pense qu'au moment de l'opération, il pouvait déjà exister des complications viscérales. L'examen microscopique des infarctus a-t-il été fait? D'après M. Terrier, il faudrait invoquer, pour expliquer la mort, l'épuisement antérieur de la malade, plutôt que la rétention du pus dans un cul-de-sac.

M. Désormeaux a pratiqué, pendant la guerre, une désarticulation coxo-fémorale sur un blessé bavarois, qui fut apporté à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Il employa le procédé en raquette. L'opéré mourut d'épuisement au bout de 36 heures.

M. Perrin est persuadé que la rétention du pus dans la profondeur des plaies amène des accidents redoutables. Aussi félicite-t-il M. Tillaux d'avoir fait une contre-ouverture chez sa malade. C'est pour empêcher la rétention du pus que M. Perrin a adopté le procédé en raquette dans la désarticulation de la hanche. Seulement la queue de la raquette passe par le grand trochanter ; de cette façon, on évite la formation d'un cul-de-sac.

M. Farabeuf prend la parole au sujet du procédé opératoire. D'après lui, la première indication est de recouvrir l'ischion ; c'est pour ce motif qu'il donne la préférence au procédé en raquette de Dominique Larrey. On fait la queue de la raquette en avant, on lie d'abord l'artère fémorale, puis la veine ; on se sert de pinces hémostatiques pour les artères secondaires, et l'on coupe les muscles de dehors en dedans.

M. Guyon a pratiqué avec succès une désarticulation coxo-fémorale par le procédé ovalaire. L'incision verticale commençait au-dessous de la crête iliaque, et passait au milieu de l'axe du grand trochanter. La désarticulation, avant la section des lambeaux, ne fut pas possible à M. Guyon. Le pansement ouaté, appliqué tout d'abord, ne donna pas un excellent résultat; et M. Guyon le remplaça par le pansement à l'alcool. Le malade guérit de son opération ; mais il mourut au bout de six mois par généralisation de son ostéo-sarcome. En résumé, M. Guyon se prononce en faveur du procédé ovalaire dans la désarticulation coxo-fémorale, parce que ce procédé facilite l'écoulement des liquides, réduit l'étendue de la place, et met en garde contre les hémorrhagies.

M. Perrin partage sur ce point l'avis de M. Guyon. Il a toujours employé le procédé ovalaire; et dans les dix cas qui lui sont personnels il a toujours pu faire la désarticulation préalable, c'est-à-dire avant de tailler les lambeaux.

M. Tillaux se déclare tout disposé à accepter le procédé opératoire de MM. Guyon et Perrin ; mais il se plaint assez vivement des observations de M. Terrier qui, dit-il, ne lui paraissent pas très-bienveillantes. M. Tillaux ne veut pas qu'on l'accuse d'avoir imprudemment agi en opérant sa malade; et, croyant avoir été personnellement attaqué, il réplique vertement.

M. Terrier ne veut point suivre M. Tillaux sur ce terrain brûlant; il se contente de donner les raisons scientifiques qui l'ont décidé à ne pas intervenir, pendant qu'il avait le service de M. Le Fort, à Beaujon.

M. Terrier craignait une généralisation du sarcôme, tel est le motif de son abstention.

A la fin de la séance, M. Paul Berger donne lecture d'un travail intitulé : *De l'épanchement articulaire dans le genou, à la suite des fractures du fémur*. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Marc Sée, Delens et Lannelongue. Enfin, M. de Saint-Germain présente à la Société un appareil de l'invention de M. le Dr Hamon, qui peut servir à quatre usages différents : *révulsion, saignée locale, aspiration de liquides, lavages de foyers purulents*. Nous n'aurions pas parlé de cet instrument, qui n'est qu'un aspirateur ordinaire, si M. Hamon n'avait imprimé dans son journal, que l'appareil expérimenté publiquement par M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, le 22 décembre dernier, avait donné un succès complet: M. Hamon sait très-bien que son aspirateur fut complétement impuissant à vider le contenu d'un abcès ossifluent, et que M. Péan dut employer un trocart ordinaire. — Le signataire de cet article ne craint pas de démenti à cet égard.

Ch. Avezou.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 janvier 1878. — Présidence de M. Labric.

M. E. Besnier lit son rapport trimestriel sur les *maladies régnantes* pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1877. (Nous analyserons ce rapport dans l'un des prochains numéros du *Progrès médical*.)

M. Debove lit une note sur un cas de *latéro-pulsion oculaire dans la paralysie agitante* (Voir page).

M. Vallin fait une communication sur le *rhumatisme spinal*, manifestation du rhumatisme moins étudiée que celle qui porte sur l'encéphale, mais qui cependant ne paraît pas pouvoir être contestée.

Le fait qui a attiré sur ce sujet l'attention de M. Vallin est relatif à un homme de 43 ans qui avait eu en 1865 une attaque de rhumatisme articulaire avec endocardite, et avait conservé de la raideur des articulations et des accidents cardiaques. Le 22 mars 1877, cet homme souffrant alors seulement d'une bronchite aiguë, se réveilla avec une paraplégie complète. Deux jours après, le membre inférieur gauche était libre, le droit encore atteint d'une paralysie incomplète, mais le bras droit était inerte. En même temps, on constatait une tuméfaction avec rougeur au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes des deux côtés, et quelques signes de péricardite, puis le bras gauche devint à son tour paralysé, en même temps que le membre inférieur reprenait la liberté de ses mouvements. Enfin, quelques jours après, il ne restait plus rien qu'une péricardite avec épanchement. Le malade succomba six semaines après, à la suite d'accidents cardiaques. L'examen de la moelle ne put être fait, il n'aurait probablement d'ailleurs pas appris grand chose, puisque les accidents avaient disparu depuis longtemps.

Ce fait, dans lequel la *mobilité des accidents paralytiques* cadre bien avec l'hypothèse de la notion rhumatismale, a rappelé à M. Vallin deux autres faits qu'il avait observés antérieurement, sans les interpréter. Dans l'un, étudié chez un jeune homme de 30 ans, sapeur-pompier, très-vigoureux, la maladie débuta par des phénomènes d'embarras gastrique, et des troubles de la respiration, sans que l'auscultation révélât aucun signe de lésion ou de fièvre notable. Il y avait 64 respirations par minute, une toux spasmodique incessante. En outre, le malade présentait de la roideur du tronc (opisthotonos), une très-grande difficulté à soulever le bras et de la faiblesse des membres inférieurs ; enfin, on constatait aussi une hyperesthésie très-marquée, au moindre contact, qui donnait la sensation de brûlure.

La face était indemne; quelques jours après survinrent des accidents de rhumatisme articulaire.

Il ne restait alors que de l'hypéresthésie le long du rachis. Mais bientôt, après la cessation des manifestations articulaires. on put constater que le mouvement et la sensibilité étaient notablement affaiblis dans l'un des côtés du corps. Le malade a été perdu de vue.

Dans un autre cas, un malade, au déclin d'un rhumatisme articulaire aigu, présenta un tremblement de tout le côté droit avec hémianesthésie et hémiplégie incomplète du même côté. Ce fait, qui remonte à 1866, époque à laquelle l'étude des maladies nerveuses était moins précise qu'aujourd'hui, est difficile à interpréter. On pourrait penser à une lésion cérébrale ; mais en raison de l'absence de délire et de troubles cérébraux, en raison de l'absence de fièvre, M. Vallin serait plus disposé à rattacher tous les phénomènes observés à une irritation des cordons antéro-latéraux de la moelle.

En somme, les faits qui précèdent viennent s'ajouter à ceux de Trousseau, de M. Morat (thèse 1874) pour faire admettre la réalité du rhumatisme spinal.

M. Rendu déclare que pour la dernière observation, il lui

© BIU Santé

parait difficile d'accepter l'interprétation de M. Vallin. En effet, il y avait à la fois hémianesthésie, hémiplégie et hémichorée du même côté, ce qui ne se voit pas dans les lésions unilatérales de la moelle, et il faudrait de plus admettre que cette lésion occupait une étendue bien considérable, puisque le bras et la jambe étaient affectés. L'absence de délire ne prouve rien, car il fait aussi défaut chez les hémianesthésiques hystériques, chez lesquelles cependant on tend aujourd'hui à admettre l'origine cérébrale des accidents.

M. OLLIVIER. La rareté du *rhumatisme spinal* est peut-être plus apparente que réelle. En effet, tandis que les manifestations cérébrales se révèlent par des symptômes éclatants, les manifestations spinales peuvent passer inaperçues. Il faut souvent les chercher pour les constater, et de fait, M. Ollivier a pu six ou sept fois au moins depuis 1864, observer des accidents spinaux très-nets chez des rhumatisants.

MALADIES NERVEUSES

I. Des périodes raisonnantes de l'aliénation mentale; par BIGOT. In-8°, 616 pages. Germer-Baillière.

II. Notes sur quelques altérations viscérales chez les aliénés (1876); par DUFOUR.

III. Recherches sur les troubles de la sensibilité dans la contracture idiopathique des extrémités; par MANOUVRIEZ (de Valenciennes).

IV. Quelques cas d'hémianesthésie de cause mésocéphalique; par FEUILLET. (Thèse de Paris, 1877.)

V. Myelitis of the anterior horns (paralysie spinale chez l'adulte et l'enfant); par E. G. SEGUIN. New-York, 1877. — Putnam.

I. « *Natura non facit saltum* », dit l'auteur en terminant son volumineux mémoire, aussi donne-t-il comme dernière conclusion : « Comme entre l'idiotie et la raison il y a l'imbécillité de tout degré, entre la raison et la folie confirmée, il y a la période raisonnante de toute espèce et de toute nuance. » L'auteur est donc partisan de la folie raisonnante? Pas du tout, il ne semble pas admettre cette entité morbide, mais s'occuper principalement d'un état prodromique transitoire, caractérisé par des alternatives de calme et de déraison, survenant un peu avant toute espèce de forme d'aliénation : aussi M. Bigot est-il forcé de scinder ce groupe si considérable et d'y établir trois grandes divisions : « Dans la première forme, ou *lucide*, l'aliéné a la conscience plus ou moins nette de la conception morbide qui le sollicite et l'entraine; et s'il la cache, on peut l'ignorer jusqu'à ce qu'elle se révèle par un acte; mais s'il l'avoue, on hésite à croire aliéné celui qui parait se juger si bien lui-même. Dans la deuxième forme, ou *pseudo-lucide*, le malade ne se refuse plus à l'idée délirante; il l'accepte, mais il comprend qu'il a intérêt à la cacher. Ses actes, quand on les découvre, en désaccord avec les propos sensés, font hésiter entre la raison et la folie. Il dissimule d'autant mieux parfois qu'il n'a gardé qu'un souvenir confus des actes incriminés, et qu'il les nie d'ailleurs énergiquement, ou les arrange au gré de son intérêt. Le pseudo-lucide paraît seulement avoir conscience de sa folie. Dans la troisième forme, ou *para-lucide*, l'aliéné n'a pas conscience de son délire et ne cherche guère à le dissimuler, à moins qu'il ne s'aperçoive que sa production obstinée lui suscite des ennuis. Auquel cas il sait le pallier; mais sa conception délirante, même étant connue, a pour caractère particulier de laisser l'auditeur indécis sur sa valeur rationnelle. » L'auteur cite à l'appui de cette opinion beaucoup d'observations, la plupart recueillies par lui, mais auxquelles nous ferons le reproche de n'être pas assez condensées. En lisant attentivement l'ouvrage de M. Bigot, on remarque nombre de faits intéressants, et de délicates déductions cliniques, mais on n'est pas convaincu après cette lecture; on se demande à partir de quel moment l'auteur admet que son malade est fou; les modifications du caractère, des facultés intellectuelles et affectives, sur lesquelles il insiste, sont un peu le propre de toute affection mentale à son début : il nous décrit des malades en *puissance de folie*, qu'ils soient héréditaires ou non, mais doit-on déjà les considérer comme *aliénés*, surtout dans les difficiles questions d'interrement, de testament, de responsabilité?

Dans un chapitre important, M. Bigot étudie les anomalies intellectuelles et morales, et les divise en anomalies par excès et par défaut, ou *supérieures* et *inférieures*; ces anomalies supérieures, qui constituent par le fait le génie, ne sont naturellement pas étudiées par l'auteur qui divise les anomaux en instables et insuffisants, susceptibles d'avoir de temps à autre des *accès d'évidence*, qui fixent le diagnostic.

M. Bigot nous semble donc avoir traité principalement l'état intermédiaire entre la folie confirmée et la raison, les faits qu'il cite sont à l'appui des descriptions de délires partiels auxquels les auteurs ont donné tant de noms différents et dont ils ont décrit tant de formes diverses; on lira avec intérêt les très-nombreuses observations contenues dans ce recueil, fait par un médecin de l'Ecole psychologiste pure; c'est dire que les examens cadavériques font complétement défaut.

II.— M. Dufour a étudié quelques-unes des lésions viscérales qu'on rencontre si souvent à l'autopsie des aliénés. Les auteurs classiques mentionnent à peine ces altérations, importantes cependant, et qui ne doivent pas être sans jouer un certain rôle dans la gravité du pronostic chez certains aliénés : laissant pour le moment de côté l'étude des lésions du système nerveux central et périphérique, l'auteur a résumé 61 observations, sous la forme de tableaux, où se trouvent indiquées les modifications pathologiques du foie, du cœur des reins et de la rate. Ces autopsies ayant été rédigées à mesure que les cas se présentaient à l'amphithéâtre, comprennent évidemment bien des données disparates; ce n'est du reste pas l'intention de l'auteur de faire l'étude des formes cliniques de l'aliénation; nous regrettons cependant que les observations n'aient pas été plus complètes à ce point de vue, car elles fussent devenues d'utiles documents à consulter pour une étude plus générale, celle des lésions somatiques de la folie. Quoi qu'il en soit, la statistique de M. Dufour est intéressante et démontre la grande fréquence des lésions viscérales dans la folie; les affections du cœur ont été notées 44 fois sur 61 cas (74 0/0), celles du poumon (55 0/0) de la plèvre (47 0/0) sont aussi très-fréquentes; le foie était lésé, comme le cœur, dans la proportion de 74 0/0 et les maladies des reins entrent dans ces tableaux pour 57 0/0.

Ces nombres sont éloquents par eux-mêmes, il faut cependant, croyons-nous, les considérer comme un peu trop élevés: Certaines des lésions notées par M. Dufour n'ont évidemment pas de relations directes avec l'aliénation mentale, et ne sauraient non plus en avoir modifié le pronostic; par exemple, les calculs biliaires, les adhérences isolées de la plèvre se rencontrent à chaque instant à l'amphithéâtre, et c'est un défaut de méthode que de les introduire dans une statistique au même titre qu'une stéatose du foie ou qu'un cancer du poumon; la statistique de M. Dufour, ces réserves faites, est encore suffisamment importante pour démontrer la grande fréquence des lésions chroniques des viscères essentiels, dans toutes les formes de l'aliénation mentale.

III. — M. Manouvriez a étudié l'état de la sensibilité dans la *tétanie*; ces recherches ont un intérêt tout spécial à cause des récentes épidémies observées à Paris et à Gentilly, mais elles ont trait à des sujets adultes, et à des contractures autres que celles des membres inférieurs; selon l'auteur, il existe constamment outre divers troubles sensitifs douloureux, en dehors des accès et après leur cessation définitive, une paralysie plus ou moins accentuée des sensibilités au tact, à la douleur, à la température, au chatouillement; cette paralysie affecte la peau et les muqueuses, a son siége de prédilection dans des parties affectées de contracture, et ne s'accompagne qu'exceptionnellement d'altération des sens; elle est justiciable du bromure de potassium.

L'analgésie doit être divisée en analgésie proprement dite et en *anodynie*, l'auteur nomme ainsi une abolition de la sensibilité à la douleur pour ainsi dire pathologique, consécutive ou spontanée. Les diverses espèces de sensibilité peuvent être intéressées isolément; l'une d'entre elles, la sensibilité tactile a été principalement étudiée par l'auteur au moyen de

© BIU Santé

l'œsthésiomètre; on trouvera dans ce mémoire une planche relative à l'emploi de cet instrument.

IV. — La thèse de M. Feuillet est consacrée à l'étude d'une observation d'hémianesthésie d'origine mésocéphalique; l'hémianesthésie de cause médullaire est connue depuis longtemps (M. Charcot, Vulpian), celle d'origine cérébrale a été décrite récemment par MM. Veyssière et Raymond, d'après les travaux de Türck, M. Charcot, M. Vulpian; quant à celle d'origine protubérantielle, elle n'est connue que par quelques observations dues aux auteurs précédents ou insérées dans le mémoire de M. Gubler, sur l'hémiplégie alterne.

Le malade de M. Feuillet est un exemple fort net d'hémianesthésie persistante, parfaitement limitée et ayant survécu à une hémiplégie alterne bien caractérisée; quoiqu'il n'y ait pas eu de vérification anatomique on peut admettre le diagnostic régional comme certain. Rapprochant ce fait de plusieurs observations trouvées dans les auteurs, M. Feuillet, conclut: 1° que certaines lésions de la protubérance et des pédoncules peuvent produire l'hémianesthésie; que cette hémianesthésie est réelle et complète (sauf pour le sens de l'olfaction et celui de la vue); qu'assez souvent elle s'accompagne d'anesthésie du sens, du goût et de celui de l'audition.

V.— M. E.-C. Seguin vient de publier un travail sur la myélite des cornes antérieures, dans lequel il développe quelques-unes des idées qu'il avait soutenues relativement aux paralysies spinales devant l'académie de médecine de New-York.

Sous le nom de myélite des cornes antérieures, M. Seguin décrit ces formes de paralysies spinales dites infantiles, observées chez l'adulte et que M. Charcot et Duchenne ont signalées en France; l'auteur en a réuni quarante-cinq observations dont plusieurs inédites, tirées de sa pratique particulière; ces documents sont analysés avec beaucoup de précision par la méthode numérique et les autopsies sont minutieusement faites. L'auteur croit pouvoir conclure: 1° Il y a une affection commune à tous les âges de la vie et caractérisée par l'atrophie d'un ou de plusieurs membres, par la diminution ou l'abolition de contractilité électrique, par l'absence d'anesthésie, de paralysie vésicale et d'escharres, par un engourdissement temporaire des parties affectées qui sont le siége de douleurs spontanées. 2° presque toujours chez l'enfant la maladie a une marche aiguë, on observe de la fièvre dans 50 0/0 des cas; chez l'adulte l'affection peut aussi être aiguë mais elle est plus souvent chronique que chez l'enfant 3° Que ce soient des adultes ou des enfants, la moelle de ces malades présente une myélite des cornes antérieures avec atrophie des cellules nerveuses motrices, les nerfs sont ainsi séparés de leurs centres trophiques et la dégénérescence musculaire qui s'ensuit s'accuse comme dans les arrachements par la méthode de Waller. 4° Les deux sexes sont également atteints dans l'enfance, et la maladie surprend les enfants de un à quatre ans; chez l'adulte au contraire, c'est surtout chez l'homme de 30 à 35 ans que cette forme de myélite se manifeste. Souvent l'affection reconnaît une cause *a frigore*. Le traitement qui paraît le mieux réussir consiste en révulsions sur la région spinale et en l'emploi, à l'intérieur, du seigle ergoté et de l'iodure de potassium; plus tard à la période d'atrophie l'art n'a que peu de ressources, car si cette myélite respecte la vie des malades, le plus souvent elle leur laisse une infirmité durable. H. DE BOYER.

NÉCROLOGIE

I. LE PROFESSEUR HIRTZ. — La science vient de faire une grande perte dans la personne de M. Hirtz, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy, membre de l'Académie. M. Hirtz avait suivi dans ses études les phases successives de la médecine contemporaine. Au début de sa carrière, il a contribué aux progrès de l'auscultation par ses travaux sur le diagnostic de la phthisie pulmonaire et de la pleurésie. Plus tard il a appliqué à l'étude de la fièvre les méthodes nouvelles d'investigation. Tous les médecins ont lu ses articles *Chaleur dans les maladies*, *Fièvres*, *Fièvre hectique*, *Crises*, etc., du *Dictionnaire pratique*. Enfin, il a travaillé dans de très-nombreux travaux de thérapeutique à la restauration de cette science par la méthode physiologique. Nous signalerons surtout sa remarquable étude devenue classique de la *Digitale*.

Mais M. Hirtz était avant tout un clinicien et un professeur. Merveilleusement doué pour la pratique de notre art, d'une extrême bienveillance pour ses élèves, M. Hirtz a eu de nombreux et distingués disciples qui n'oublieront jamais son enseignement. En 1871 il dut abandonner, en quittant l'Alsace, une immense clientèle dont il s'était fait estimer par sa science et chérir par les plus aimables qualités du cœur et de l'esprit. Ce fut pour le patriote ardent une amère douleur, et dès lors la maladie des voies respiratoires dont il souffrait depuis plusieurs années, fit de rapides progrès et lui interdit l'enseignement.

Sur sa tombe, autour de laquelle se pressaient ses anciens élèves, ses innombrables amis, M. Hérard, au nom de l'Académie, M. Bernheim au nom de la Faculté de Nancy, M. Thorens au nom de ses anciens élèves, ont fait entendre des paroles pleines d'émotion, hommage bien dû au savant éminent, au maître dévoué, au clinicien fervent défenseur des idées de progrès et de liberté.

II. BECQUEREL. Les sciences physiques viennent de perdre M. A.-C. Becquerel, membre de l'Académie des Sciences, etc. Né en 1788, Becquerel sortit de l'École Polytechnique en 1808, et se signala d'abord par de brillants faits d'armes; aussi, dès 1814, était-il chevalier de la Légion d'honneur et chef de bataillon du génie; il quittait bientôt le service actif pour se livrer aux travaux de physique pure et appliquée, auxquels il consacra la majeure partie de son existence. Becquerel devait élucider quelques-uns des points les plus difficiles de l'électricité, il perfectionna successivement la pile de Volta, les piles cloisonnées et fut ainsi conduit à créer l'*électro-chimie* et à appliquer heureusement la *thermo-chimie* à la construction du thermomètre électrique, dont on a pu se servir dans de délicates recherches de physiologie expérimentale.

La collaboration de M. Becquerel fut active aux *Annales de physique et de chimie* et aux *Mémoires de l'Académie*. De ces recherches, de ces travaux dirigés dans le même sens, complétés par quelques faits nouveaux, Becquerel put composer son ouvrage principal : le « *Traité d'électricité et de magnétisme.* »

Becquerel avait été nommé, en 1838, professeur de physique au Muséum; c'est dans le laboratoire attaché à son cours qu'il fit ses principales expériences de reproduction artificielle des minéraux. Il précédait ainsi par ses synthèses électro-chimiques les travaux d'Ebelmen, de Sénarmont, les reproductions par voie sèche dont récemment encore nous venons de voir signaler un si bel exemple à l'Académie; parvenu à un âge avancé, Becquerel avait conservé les habitudes laborieuses de la jeunesse; aussi, sa mort doit-elle être considérée comme une perte sensible pour ces sciences physico-chimiques auxquelles il consacra soixante années de sa vie.

III. REGNAULT. En même temps que son collègue Becquerel, succombait Regnault.

V. Regnault jouissait d'un talent varié et d'un esprit méthodique qui s'appliquait avec un égal bonheur et à la chimie et à la physique; il faut dire cependant que, dès 1840, l'œuvre physique de Regnault fut telle, qu'elle fit presque oublier les travaux de chimie, remarquables cependant, qui lui avaient fait occuper, à l'Institut, le fauteuil de Robiquet.

Nous ne citerons des recherches de Regnault, relatives à la physiologie, que son *Mémoire sur la respiration des animaux des diverses classes*, publié en collaboration avec Reiset; ce travail, classique encore aujourd'hui, précédait de beaucoup les études de Pettenkoffer; il est juste, lorsqu'on voit une méthode donner des résultats intéressants, de ne pas oublier quels sont ceux qui, les premiers, en ont donné l'idée, et ont ainsi singulièrement facilité les travaux de leurs successeurs.

Regnault reprit un à un tous les travaux de son maître Dulong, en perfectionnant l'appareil instrumental, en éliminant les causes d'erreur, en vérifiant et en complétant les résultats acquis par ce physicien de la chaleur. Tout le monde connaît l'ingénieuse disposition du robinet à trois voies auquel il a

© BIU Santé

attaché son nom ; toutes les recherches de Regnault portent ce caractère de précision mathématique, un peu aride, il est vrai, qui fait de ces mémoires des œuvres complètes, et les bases les plus certaines de cette théorie physique et mathématique de la chaleur dont la portée philosophique est immense.

Nous renonçons à signaler les nombreux travaux que Regnault a laissés dans les *Annales de physique et de chimie* et dans les *Comptes-rendus*, nous nous contenterons également de rappeler la part imposante qu'il a prise aux travaux de la manufacture de Sèvres. Dans les dernières années de sa vie, Regnault fut affligé de la perte de son fils, le célèbre Henri Regnault ; son laboratoire était en même temps détruit par l'occupation allemande, perdant à la fois instruments, famille et santé, Regnault cessa de produire, à partir de 1871. Depuis plusieurs années il était affligé d'une affection incurable qui devait l'enlever à la science et à ses amis à un âge relativement peu avancé.

IV. Raspail. Un savant d'un autre genre vient aussi de mourir, c'était en même temps un homme politique important, — côté de sa vie que nous laisserons complétement dans l'ombre. — F.-V. Raspail a, en effet, joué un rôle assez important en médecine, ne fût-ce que comme adversaire des doctrines classiques, pour que nous soyons autorisé à nous occuper de lui dans ce journal.

Dans un intéressant article de la *Gazette hebdomadaire* (n° 4, 1878). M. Chouppe a bien indiqué le rôle qui revenait à Raspail dans la découverte de la théorie cellulaire, à l'époque où il s'occupait exclusivement de recherches scientifiques ; il est à regretter que des préoccupations étrangères à ces études aient empêché Raspail de les poursuivre et d'en tirer toutes les conclusions que Schwann devait en déduire ; Raspail avait touché un peu à tous les sujets ; sous la Restauration il faisait son droit, s'occupait en même temps de physique et de chimie et son premier travail portait cependant sur la classification des graminées ; bientôt, en véritable encyclopédiste, il revenait aux recherches d'anatomie microscopique, à la chimie, à la paléontologie, à la médecine légale, etc. Dans ces divers sujets il se faisait toujours remarquer par ses vues originales, par ses aperçus dont le sens échappait souvent à ses contemporains ; mais, malheureusement, cette fécondité portait en elle des germes d'impuissance ; les questions abordées par son véritable esprit philosophique, n'étaient pas assez creusées ; presque jamais les faits particuliers ne venaient, par leur ensemble, apporter à l'édifice de ses doctrines la confirmation nécessaire de toute étude véritablement précise ; puis, tout à coup, commence en 1830 une période toute d'agitation politique ; procès, condamnations, emprisonnements se succèdent, et c'est dans le repos forcé de la prison que Raspail compose ses principaux ouvrages : *Essai de chimie microscopique*, 1831 ; *Cours élémentaire d'agriculture*, 1831-32 ; *Nouveau système de chimie organique*, 1833 ; *Nouveau système de physiologie végétale et botanique*, 1837 ; trois ans plus tard, en 1840, Raspail acquit une grande notoriété par sa contre-expertise dans la cause Lafarge ; son fameux *Mémoire à consulter* fut une des pièces qui passionnèrent le plus l'opinion publique ; c'est à ce moment que commence à se dessiner la dissidence qui devait séparer Raspail du corps médical, et, de cette polémique, de cette lutte de chaque jour, naquit le système connu encore aujourd'hui sous le nom de *Méthode Raspail*.

Partant de ce point de vue que toute maladie est parasitaire, Raspail vante une panacée, c'est le camphre, le parasiticide par excellence, selon lui ; de là une nuée de brochures, de manuels, de pamphlets d'attaque et de défense ; mais de là, il faut en convenir aussi, une certaine diffusion des principes hygiéniques dans la classe populaire. C'est principalement dans son *Histoire naturelle de la santé et de la maladie*, 1843, que Raspail voulut appliquer son principe à tous les cas pathologiques. Ayant trouvé dans sa propre famille des adeptes, Raspail put se livrer à nouveau à ses préoccupations familières, et c'est surtout de sociologie et de politique qu'il s'occupait encore quand la mort est venue l'atteindre à un âge avancé.

Raspail fut, au point de vue qui doit seul nous occuper, un bien singulier esprit ; il tenait en main plusieurs de nos données actuelles ; il entrevoit la théorie cellulaire, mais néglige de la découvrir et surtout de la démontrer ; il pressent l'influence native des infiniment petits, mais ne les regarde pas non plus, et pourtant c'est un histologiste ! Il songe logiquement à un parasiticide, mais alors il sombre sur l'écueil de son système, il fait une panacée de son camphre, il l'applique à toute les maladies, quelles qu'elles soient, admettant ainsi une unicité de parasitisme qu'il n'aurait pas manqué de renier s'il avait cru devoir observer méthodiquement les cas pathologiques ; et, cependant, toute question professionnelle à part, son système outré, exagéré, n'en a pas moins rendu de grands services à la masse qu'il habituait aux soins du corps, à l'hygiène des habitations, du vêtement, de la nourriture ; à côté de ces avantages, que d'inconvénients ! la forme autoritaire et limpide de ses manuels semble réduire à néant les difficultés du diagnostic ; la thérapeutique se borne à prendre le camphre et pour changer encore le camphre ; de là, une confiance exagérée du malade toujours disposé à s'en rapporter à ses propres lumières, que dans sa sagesse intime il juge toujours bien supérieures à celles de l'homme de l'art.

Qu'il reste donc de l'œuvre médicale de Raspail le côté hygiénique pur, que l'on admire la puissance de travail qui lui permettait, au milieu de dérangements sans nombre, de composer tous ses ouvrages, que l'on soit étonné de la profondeur de certaines de ses vues ; telle nous semble être l'opinion impartiale que l'on doit avoir de ce grand travailleur, si l'on s'élève un instant au-dessus des questions de rivalité scientifique et professionnelle.

H. de Boyer.

CORRESPONDANCE

Les bibliothèques médicales dans les hôpitaux.

Alger, le 31 janvier 1878.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez publié dans le dernier numéro du *Progrès Médical* un tableau résumant la situation actuelle des bibliothèques fondées dans les hôpitaux de Paris par les internes en médecine. — L'intérêt que vous avez montré dans de si nombreuses occasions pour la bibliothèque de l'hôpital civil d'Alger nous fait penser que vous recevrez avec plaisir les renseignements suivants qui la concernent :

Nous possédons trois cent cinq volumes dont cent quatre-vingt-douze sont reliés ; les cent treize volumes brochés sont envoyés à la reliure au fur et à mesure que le permettent nos ressources. — Nous recevons de plus à titre gracieux les journaux de médecine : 1° *Alger médical*, 2° *Progrès médical*, 3° *Gazette des hôpitaux*, 4° *Bulletin de thérapeutique*, 5° *Répertoire de pharmacie*, 6° *Paris-médical*, 7° *Lyon-médical*. — A la fin de chaque année les collections de tous ces journaux sont reliées.

Tous les volumes cités plus haut concernent les sciences médicales ; il faut y ajouter une soixantaine d'ouvrages littéraires qui proviennent d'un don fait à la bibliothèque. De même qu'à Paris nos ressources proviennent de cotisations mensuelles.

En vous transmettant ces renseignements, Monsieur le Rédacteur, mes collègues me chargent de vous donner l'assurance de la respectueuse sympathie et de la reconnaissance qu'ils ont pour vous.

Le bibliothécaire,
Vincent.

VARIA

Les cliniques de la Faculté au nouvel Hôtel-Dieu.

Le *Progrès médical* a déjà entretenu bien souvent ses lecteurs du nouvel Hôtel-Dieu, et peut-être quelques-uns ont-ils trouvé sévère le jugement que nous portions sur les mesures prises par l'administration. L'extrait suivant prouvera combien nous avions raison de protester contre un aménagement prématuré.

© BIU Santé

« Le service chirurgical de la Faculté, écrit la *Gazette Médicale*, qui se composait naguère de 108 lits, n'en compte plus aujourd'hui que 48. Sur 48 lits d'une service chirurgical, on peut bien nous accorder, et c'est d'ailleurs l'opinion du professeur Richet, que la moitié au moins est occupée par des malades ne présentant plus aucun intérêt, au point de vue de l'enseignement oral. Impossible, dès lors, au professeur de trouver les éléments suffisants pour un cours de clinique comprenant un certain nombre de leçons. Le service de clinique médicale s'est trouvé réduit également à 48 lits. Quant aux laboratoires, ils ne sont ouverts jusqu'ici qu'aux maçons et aux peintres. Les professeurs en sont réduits à avoir recours aux laboratoires étrangers à la Faculté pour leurs différentes analyses, et il leur serait bien difficile de faire une démonstration quelconque devant leurs élèves.

« Dans ces conditions, les cours de clinique sont impossibles, et force a été aux deux professeurs d'en remettre l'ouverture à une époque indéterminée.

Il semble qu'il y ait là une intervention indiquée, c'est celle du savant et respecté doyen de la Faculté. Nul doute que cette intervention ne fasse cesser promptement l'état de choses que nous signalons. Il existe au nouvel Hôtel-Dieu deux salles, ni plus ni moins insalubres que les autres, pourvues chacune de 24 lits, prêts à recevoir des malades. On se demande en vain quel intérêt il peut y avoir à laisser ces deux salles inoccupées, alors qu'au grand détriment de l'ordre et de l'hygiène, les différents services de l'Hôtel-Dieu sont à l'heure qu'il est, encombrés d'une quarantaine de brancards.

La triste situation dans laquelle se trouvent les services de clinique a des conséquences déplorables au point de vue de l'enseignement. Nous concevons très-bien le mécontentement des professeurs, leur désir d'avoir des services mieux en harmonie avec les exigences de leurs cours. Mais il nous semble que, tout en mettant la plus grande énergie à demander l'agrandissement de leurs services, ils eussent pu, malgré cela, commencer leurs leçons : l'intérêt des étudiants doit les engager à ne pas différer plus longtemps. Un autre journal, *Paris médical*, estime aussi qu'il est regrettable que l'ouverture de ces cours n'ait pas encore eu lieu. Voici d'ailleurs, en quels termes il s'exprime.

« Certes, il nous paraît étrange que deux salles de l'Hôtel-Dieu soient inoccupées lorsque tous les médecins de l'Hôtel-Dieu, c'est-à-dire, sans flatterie, les premiers médecins du monde, ont déclaré à M. le Préfet de la Seine que toutes les salles du nouvel Hôtel-Dieu leur paraissaient remplir toutes les conditions d'une parfaite salubrité. Mais les médecins du nouvel Hôtel-Dieu avaient compté sans le Conseil municipal qui a décidé que le nouvel Hôtel-Dieu serait insalubre avec 550 lits et que 400 seulement devaient être occupés. Voilà la cause de la réduction du nombre de lits de chaque chef de service. Nous avons entendu raconter à un chef de service que l'*inoccupation* de deux salles avait été votée sous le prétexte que les cours qui les entourent renferment quelques mètres d'air de moins que les autres. On pouvait présumer que les médecins du Conseil municipal ont joué un rôle important dans cette décision. (Médecins faisant partie du Conseil municipal : MM. Bourneville, Cottiaux, Delpech, Dubois, Frère, Lamouroux, Level, Levrault, Ch. Loiseau, G. Martin, Métivier et Thulié.)

» Voilà où en sont les choses. Il est à désirer qu'on ne s'en tienne pas là. L'Hôtel-Dieu ne peut rester sans cours de clinique, et, d'autre part, nous comprenons fort bien que les professeurs Richet et Germain Sée, ne consentent pas à commencer leur clinique avant d'avoir leurs salles et leurs laboratoires. »

L'auteur des réflexions qui précèdent nous paraît altérer la vérité. Est-ce volontairement ou involontairement ? seul, il le sait. En insinuant que c'est aux médecins qui ont l'honneur de siéger au conseil municipal, il les cite tous — qu'est due la situation des services de clinique, il commet une première erreur : la plupart d'entre eux ne faisaient point partie du Conseil lorsqu'il a décidé de ne placer au nouvel Hôtel-Dieu que 400 malades. Ajoutons que l'idée principale qui avait conduit le Conseil municipal à laisser deux salles vacantes, était d'avoir deux salles de rechange. Or, nous estimons, d'accord en cela avec beaucoup de nos collègues, que ces salles de rechange n'ont qu'une utilité secondaire, les réparations devant toujours être faites durant les mois de l'année où les malades sont le moins nombreux et que, d'autre part, les salles mansardées peuvent à la rigueur, servir pendant les réparations. Ces raisons, personnellement, nous les avons fait valoir auprès de la Commission de l'assistance publique et auprès de M. le Préfet de la Seine.

Enfin, comme rédacteur du *Progrès médical*, il y a longtemps que nous nous sommes préoccupé de cette question, ainsi qu'en fait foi un article inséré dans le n° 42 de 1877 (20 octobre), dans lequel est réclamée instamment l'ouverture des deux salles inoccupées. Pour ne laisser aucun doute dans l'esprit de personne nous allons reproduire la conclusion abrégée de cet article.

« En somme, les besoins de l'enseignement réclament un plus grand nombre de lits que ceux qui sont attribués aux professeurs de clinique à l'Hôtel-Dieu, et si nous insistons sur ce point, c'est que les dispositions de l'hôpital permettent justement de leur en donner davantage, Il existe, en effet, un certain nombre de salles inoccupées, et deux de ces salles pourraient être installées en quelques jours : il suffirait pour cela de monter les lits qui y sont déjà placés, en réserve. Pourquoi n'adjoindrait-on pas l'une de ces salles à chacun des services de clinique qui comprendraient chacun alors 72 lits. C'est une mesure réclamée depuis plusieurs mois par le professeur de clinique médicale, et nous ne voyons véritablement aucune raison qui empêche de la réaliser. Nous ajouterons que ces salles sont vastes et telles qu'elles doivent être pour les services de clinique. Car il faut que les élèves, suivant la visite en nombre souvent considérable, puissent approcher facilement des lits, sans produire de bruit ou de désordre aussi préjudiciable aux malades qu'au professeur lui-même. Nous croyons avoir démontré la nécessité qu'il y a d'augmenter le nombre des lits dépendant des services de cliniques... »

Insister davantage nous paraît superflu. Ce que le journaliste a demandé il y a près de quatre mois, le conseiller municipal n'a cessé de le réclamer. A ce point de vue, nous croyons avoir fait simplement ce que nous devions.

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 28 janvier au 2 février : 124. M. Armand : De l'extension continue, comme traitement de la coxalgie des enfants. — 125. M. Rondot : De la péritonite aiguë généralisée primitive envisagée spécialement chez l'adulte. — 126. M. De Boirette : Des luxations des phalangettes des quatre derniers doigts. — 127. M. Bois : Essai sur les déformations et perte de substance du palais dans la scrofule. — 128. M. Burtin (Louis) : Pachy-méningite spinale hypertrophique. — 129. M. Michel Pelissier : De l'éclampsie et de son traitement. — 130. M. Cussac : Etude médico-légale sur la séparation de corps. — 131. M. Gibard : Etude sur un nouveau moyen de pratiquer l'opération des fluides.

Asile d'aliénés. — M. le préfet de la Seine, sur la proposition de M. le directeur de l'Assistance publique, a décidé le rétablissement du concours et de la limite d'âge pour les médecins des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpétrière. En conséquence, il vient d'instituer une commission chargée d'arrêter les conditions et le programme d'un concours spécial pour trois places, actuellement vacantes ou à la veille de l'être. Si nos informations sont exactes, ce concours s'ouvrira dans trois mois et le service médical des aliénés de Bicêtre et de la Salpétrière, serait complétement réorganisé à partir du 1er juillet prochain. Dans chacun de ces établissements, ainsi que l'exige la loi, la résidence serait imposée à l'un des médecins (*Gazette des hôpitaux.*)

Nomination. Par arrêté de M. le préfet de police, M. le dr Ritti, ancien interne et médecin-adjoint d'établissements d'aliénés, a été nommé médecin-inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés de la Seine, en remplacement de M. P. Berthier, décédé. (*Gazette des hôpitaux.*)

Société de médecine légale. Séance du lundi 11 février 1878, à 3 h. précises, au palais de Justice. *Ordre du jour :* Suite de la discussion du rapport de M. Demange sur les aliénés dangereux. Inscrits : MM. d'Herbelot, Napias, Demange. — Discussion du rapport de M. Ladreit de la Charrière sur la crémation. Inscrit : M. Napias. — Rapport de M. Legroux. — Communication de MM. Lutaud, Masbrenier, Goujon, etc. — Communication de la commission chargée de recueillir et de classer les jugements et arrêts rendus en France pendant l'année 1877 sur les questions qui intéressent la Société de médecine légale.

N. B. — Trois places de membres titulaire étant actuellement vacantes, les candidats sont invités à faire parvenir, sans retard, leurs demandes au secrétaire général. Les demandes adressées à l'occasion d'une précédente élection ne sont plus valables, elles doivent être renouvelées.

Hopital de Versailles.. — Une place d'interne est vacante à cet hôpital. Les pièces à produire sont : 1° Une demande; 2° La feuille d'inscription; 3° Un certificat de bonne vie et mœurs délivré soit par le maire, soit par le commissaire de police.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

Miot. De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan. In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. pour les abonnés du *Progrès médical*, 2 fr. 50.

Record d'observation médicale. — Quotidien, hebdomadaire, statistique, mathématique, uniforme, international. Paris, 1877. Aux bureaux du *Progrès médical*.

Oulmont (P.). Etude clinique sur l'athétose. Paris, 1878. Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical*, 2 fr.

Librairie G. MASSON, rue Hautefeuille.

Bulletin de l'Académie de médecine, publié par MM. J. Beclard, se-

© BIU Santé

crétaire perpétuel, Henri Roger, secrétaire annuel. Paris, 1878. 42e année, 2e série. Tome VII, n° 4.

Holmgren (F.). De la cécité des couleurs dans ses rapports avec les chemins de fer et la marine. Traduit du suédois avec l'autorisation de l'auteur. Prix : 5 fr.

Livinstein (Ed.). La morphiomanie-monographie basée sur des observations personnelles. Paris, 1878. 1 vol. in-8 de 155 pages, Prix : 4 fr.

Masse. Typhus et fièvre typhoïde. Mémoires honorés d'une médaille d'argent et d'un rappel de médaille par l'Académie de médecine. Paris. 1 vol. in-8 de 230 pages avec tracé graphique.

Mignot. Des accidents. Considérations sur leurs causes, leurs effets et les moyens de les éviter. Paris. 1877. In-8 de 64 pages.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19.

Delefosse. Pratique de la chirurgie des voies urinaires. Paris, 1878. 1 vol. in-12 de IX-522 pages avec 123 fig. dans le texte. Prix 6 fr.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, boulevard St-Germain.

Ferrier (D.). Les fonctions du cerveau. Traduit de l'anglais par H.-C. de Varigny. Paris, 1878. Un fort volume de 513 pages, avec 68 figures dans le texte. Prix 10 fr.

Péan. Du pincement des vaisseaux comme moyen d'hémostate, suivi de la monographie sur la forcipressure de MM. les Drs Denis et Exchaquet. Paris, 1877. 1 vol. grand in-8 avec figures. Prix 4 fr.

Dounon. Suppression de la dysentérie par l'ébullition de l'eau. 1878. Toulon. In-8 de 14 pages.

Clément (E.). Des tremblements consécutifs aux maladies aiguës. Lyon, 1877. Henri Georg., lib. In-8.

Moralité publique. Fédération britannique continentale et générale. Moralité publique. Résolution du congrès de Genève, 22 septembre 1877, Neufchâtel, 1878. In-8 de 20 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — Service de M. Hérard. — Salle Saint-Louis : 7, insuffisance aortique et insuffisance mitrale, encéphalopathie saturnine. — Salle Sainte-Marie : 12, rétrécissement mitral, hémiplégie aphasie ; 16, kyste hydatique du foie.

Service de M. Fremy. — Salle Saint-Denis : 1, hémiplégie ; 2, pleurésie et tub ; 3, urémie chronique ; 4, 24, atrophie musculaire ; 18, ph. (créosote) ; 22, pleurésie (ponction) ; 23, congestion pulmonaire et kératite. — Salle Sainte-Marthe : 2, 10, 7, ph. (créosote) ; 11, ph. ; 12, ph. (glycérine) ; 17, emphysème vrai ; 19, cardiaque complexe ; 4, rhumatisme (salicylate) ; 15, rhumatisme (quinine) ; 21, 23, rhumatisme chronique (salicylate) ; 22, langue noire ; 5, scrofule et syphilis tertiaire.

Service de M. Guéneau de Mussy. — Salle Saint-Charles : 4, paraplégie et atrophie musculaire ; 20, paralysie faciale périphérique, abolition de la contractilité faradique ; abolition du goût dans les 2/3 antérieurs de la langue. — Salle Sainte-Madeleine : 3 *bis*, trachéotomie sur une adulte pour une laryngite diphthéritique, guérison.

Service de M. Richet. — Salle Saint-Landry : 1, fracture de jambe compliquée de plaie ; 8, enchondrome costal ; 12, synovite professionnelle (tailleur) du court péronier latéral ; 17, castration ; 14, épulis ; 2, testicule tuberculeux. — Salle Notre-Dame : 10, kyste hydatique du foie, ponction ; 12, kyste ovarique et corps fibreux ; 20, paralysie radiale consécutive à la réduction de la lux. scopulo-herméral.

Service de M. Fauvel. — Salle Sainte-Monique ; 2, épithélioma du col ; 10, phlegmon péri-utérin ; 12, érysipèle de la face ; 13, carcinôme de l'estomac ; 19, gangrène des membres inférieurs par embolie d'origine cardiaque. — Salle Saint-Augustin : 6, péricardite rhumatismale ; 8, rétrécissement mitral ; 11, fièvre typhoïde ; 16, tuberculose pulmonaire, phthisie laryngée. — Salle Sainte-Anne : 2, kyste de l'ovaire, insuffisance mitrale ; 8, eczéma rubrum ; 9, hématocèle rétro-utérine ; 17, fièvre typhoïde ; 8, manie ; 21, rhumatisme blennorrhagique. — Salle Saint-Thomas : 2 (?) ; 3, alcoolisme ; 8, ictère chronique ; 10, rhumatisme cérébral, dilatation bronchique ; 11, paralysie du bras droit chez un saturnin ; 13, hystérie chez l'homme : 19, pneumothorax.

Hôpital Lariboisière. — Médecine. — Service de M. Féréol. Visite à 8 h. 1/2 ; consultation le vendredi ; spéculum le mardi. — Salle Saint-Vincent de Paul (H) : 2, paralysie du diaphragme ; 4, rétrécissement mitral, pleurésie gauche ; 6, broncho-pneumonie ; 10, dysentérie chronique ; 15, cachexie cardiaque, kératite parenchymateuse ; 15 *bis*, amygdalite suppurée ; 17, insuffisance mitrale, pleuro-pneumonie ; 18, paralysie générale ; 26, cirrhose hypertrophique. — Salle Sainte Joséphine (F.) : 3, chloro-anémie ; 6, corps fibreux sous-péritonéal, ascite ; 7, syphilis secondaire ; 8, dyspnée urémique ; 9, fièvre typhoïde ; 15, paralysie générale spinale diffuse subaiguë ; 16, syphilis cérébrale ; 19 *bis*, ataxie locomotrice, crises gastralgiques ; 25, corps fibreux interstitiel de l'utérus.

Service de M. Siredey. — Visite à 8 heures ; consultation le lundi ; spéculum le samedi ; traitement externe des maladies utérines, le mercredi à 9 heures. Salle Sainte-Anne (Accouchements). — Salle Sainte-Geneviève (F) : 2, pelvi-péritonite ; 7, insuffisance et rétrécissement mitral ; 15 *bis*, rhumatisme noueux ; 16, myômes utérins ; 18, carcinôme de la cloison vésico-vaginale ; 20, rhumatisme articulaire et cardiaque, albuminurie ; 29, phlegmon du ligament large ; 30, phlegmon de la fosse iliaque. — Salle Sainte-Marthe *bis* (Nourrices) : 1, rhumatisme articulaire aigu ; 5 pneumonie ; 7, déchirure du périnée. — Salle Saint-Augustin *bis* (H) : 11 *bis*, myélite ascendante aiguë ; 14, paralysie des extenseurs ; 15, paralysie générale ; 19, carcinôme de l'estomac ; 24, sciatique ; 25, ataxie locomotrice ; 26, goutte saturnine.

Service de M. Proust. Visite à 9 heures ; consultation le jeudi. — Salle Saint-Charles (H.) : 7, paralysie générale à forme lypémaniaque ; 9, atrophie musculaire progressive ; 12, ataxie locomotrice ; 13, pneumo-thorax ; 15 *bis*, paralysie faciale ; 16, 17, paralysie générale ; 18, chorée d'origine cérébrale ; 28, myélite centrale ; 29, anévrysme de l'aorte ; 32, ulcération intestinale consécutive à la fièvre jaune ; 33 *bis*, polyurie. — Salle Sainte-Marie : 1, cysto-sarcôme de l'ovaire ; 8, empoisonnement par le phosphore ; 10, mal de Pott et hystérie ; 12, pachyméningite cervicale hypertrophique ; 15, rhumatisme noueux ; 26, hémichorée ; 28, pleurésie enkystée.

Service de M. Jaccoud. Visite à 9 h. 1/4 ; consultation le mercredi. — Salle Saint-Jérôme (H.) 1, épanchement pleurétique cloisonné ; 2, entérite tuberculeuse : 3, carcinôme de l'estomac ; 22, lésion mitrale et aortique ; 24, paralysie générale ; 34, épanchement pleurétique. — Salle Sainte-Claire (F.) : 20, athérôme artériel, insuffisance mitrale ; 21, sclérose latérale amyotrophique.

Chirurgie. — Service de M. Panas. Visite à 9 h. 1/2 ; consultation le lundi, mercredi, vendredi ; *opérations* le samedi ; ophthalmologie et *opérations sur les yeux* le jeudi. — Salle Saint-Ferdinand (H.) 2, fracture de cuisse compliquée ; 7, abcès ossifluent de la colonne vertébrale, ouverture ; pansement de Lister ; 22, fistules inguinales, débridement ; 29, anthrax de la nuque, glycosurie ; 32, fracture du tibia en V compliquée ; 34, vaste épanchement traumatique de sérosité à la fesse, traité par l'ouverture et le pansement de Lister. — Salle Saint-Honoré : 6, nécrose centrale du calcanéum, évidement ; 4, paralysie du long péronier latéral, pied plat valgus, ténotomie du court péronier latéral, appareil orthopédique ; 12, calcul vési-

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre pur.
Chaque **Dragée** du Dr Clin renferme 0,10 Camphre pur.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence de Santal**, associée au Copahu et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

Nota. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

Gros : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — Détail : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules au Bromure de Camphre** du **Dr Clin.**

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

© BIU Santé

cal, taille préréclate ; 19, tubercules du testicule ; 23, mal de Pott, abcès ossifluent, ouvert dans la région sternale ; 28, fracture de cuisse, extension parallèle ; 33, testicules syphilitiques ; 35, mal perforant. — Salle Sainte-Marthe : 2, troisième récidive de cancer du sein, prolongement dans l'aisselle, opération ; 15, coxalgie traitée par l'extension parallèle ; 17, fracture du radius et du péroné ; 25, coxalgie ; 26, mal sous-occipital, pachyméningite externe.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Martineau. Clinique du mercredi. — Salle Saint-Alexis : 14, métrite herpétique ; 18, syphilis contractée au 3e mois de la grossesse ; 27, chancre induré, à l'orifice de la glande vulvo-vaginale ; 30, roséole syphilitique confluente, pityriasis versicolor ; 32, pelvi-péritonite ; 38, gomme ulcérée. — Clinique du samedi. 11, chancre herpétoïde de la grande lèvre gauche, vaginite ; 19, chancre de la grande lèvre ; 26, herpès du vagin et du col, syphilis ; 28, lymphangite du petit bassin à gauche ; 30, plaques muqueuses et herpès de la vulve.

Hôpital Necker. — Service de M. Blachez. — Salle Saint-Louis (H.) : 7, pleurésie gauche ; 4, emphysème, rétrécissement aortique ; 11, insuffisance tricuspide ; 23, endo-péricardite rhumatismale ; 24, insuffisance mitrale, congestion du foie. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 2, rhumatisme noueux ; 3, ulcère simple de l'estomac ; 4, pleurésie gauche ; 5, endocardite rhumatismale ; 15, hématocèle rétro-utérine ; 22, rhumatisme articulaire, péricardite ; 23, leucocythémie splénique.

Service de M. Delpech. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 11, carcinome du foie ; 14, ataxie locomotrice et atrophie musculaire ; 18, péritonite tuberculeuse ; 30, insuffisance aortique ; 31, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Anne (F.) : 9, fièvre typhoïde ; 16, insuffisance et rétrécissement aortique ; 19, érysipèle ; 22, mal de Pott sous-occipital ; 27, éclampsie urémique post-puerpérale.

Service de M. Guyon. — Salle Saint-Vincent (H.) : Voies urinaires. Mercredi et samedi à 9 heures. — 1, cystite chronique ; 2, fistule urineuse, urethrotomie interne ; 4, fongus de la vessie ; 5, taille hypogastrique ; 6, carcinome de la prostate ; 7, tuberculose génitale ; 9, pyelo-néphrite ; 11, cystite rhumatismale ; 18, fistule urinaire, urethrotomie interne ; 19, catarrhe vésical ; 23, fistule urinaire ; 27, taille périnéale bilatérale. — Salle Saint-André (H.) : 7, fracture comminutive du coude ; 13, blennorrhagie néphrite aiguë ; 16, hémorrhoïde, dilatation du sphincter ; 22, fracture des deux radius ; 26 hydarthrose du genou, injection de teinture d'iode ; 28, phlegmon de la main et de l'avant-bras. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 1, plaie de tête, fracture de l'omoplate et clavicule ; 3, tumeur du rectum ; 6, épithelioma du rectum ; 10, anus contre nature ; 11, fracture de l'humérus, ; 12, kyste de l'ovaire.

Service de M. Broca. — Salle Saint-Pierre (H.) : 5, fracture des cartilages costaux ; 20, phlegmon iliaque ; 24, rétrécissement de l'urèthre ; 27, mal de Pott, abcès par congestion ; 31, calcul vésical ; 35, nécrose du tibia avec arthrite tibio-tarsienne ; 39, de la 3e paire ; 42, rétrécissement du rectum ; 52, ostéo-périostite tuberculeuse du radius. — Salle Sainte-Marie (F.) : 9, irido-choroïdite ; 10, hernie crurale ; 11, hernie crurale étranglée, anus contre nature artificiel ; 22, coxalgie.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

BROMURE de ZINC

SIROP — 50 centigr. par cuillerée à soupe.
PILULES — contenant 20 centigrammes.
PILULES ARSENICALES — contenant 5 centigr. Br. de Zinc et 1 mill. Br. d'arsen.

«Très-utile dans les cas de *Saturation* ou d'*Anémie bromurique*, le Br. de Zinc est beaucoup plus actif que le Br. de Potassium.—Doses de 0,20 à 4 gr. par jour.— FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — Paris.

PILULES DELAUNAY au Phosphate de Fer et de Manganèse. — Assimilation complète ; pas de Constipation.

ÉLIXIR DELAUNAY au Quinquina. Une cuillerée à bouche, soit 20 g. de cet Elixir, représente 0,20 extr. de quinquina jaune calisaya.

Pour la vente en gros : A la Pharmacie, 3, rue de la Madeleine, à Troyes.
Dépôt à Paris : Société française, 11, rue de la Perle.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Médecine de Paris.

« ..... C'est, de toutes les préparations « ferrugineuses, celle qui, à poids égal, « introduit le plus de fer dans le suc « gastrique. »

Bulletin de l'Acad. de Médecine, t. XIX.

Pour démasquer les contrefaçons — impures et inactives — exiger la signature : **T. A. QUEVENNE** et l'étiquette ronde en petits caractères de quatre couleurs.

Dépôt : Pharmacie Émile GENEVOIX, 14, RUE DES BEAUX-ARTS, PARIS.

DIGITALINE

d'HOMOLLE et QUEVENNE

Approbation de l'Acad. de Méd. de Paris Méd. d'or de la Soc. de Pharm. de Paris

« ..... Les médecins feront bien de continuer à prescrire la **Digitaline** de « MM. **Homolle & Quevenne**, aux malades « ne pouvant pas supporter la digitale. »

Bulletin de l'Acad. de Médecine de Belgique 1874, t. VIII, p. 397.

Les signatures des Inventeurs en *lettres rouges* attestent l'authenticité de la **VÉRITABLE DIGITALINE.**

Dépôt : Pharmacie COLLAS, 8, RUE DAUPHINE, PARIS.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Prescrit tous les jours avec succès, dans les **Maladies consomptives, Phthisie, Diarrhée chronique,** le **Rachitisme,** l'**Anémie,** la **Scrofule,** l'**Albuminurie ;** très-utile dans les convalescences, l'épuisement. — Prix du flacon : 3 fr. 50. — Détail : Pharmacie, 82, rue de Rambuteau ; — Gros : 8, rue Neuve-Saint-Augustin, à Paris.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Un poste de docteur-médecin est vacant à Avize (Marne), chef-lieu de canton, 2,155 habitants. Pour renseignements, s'adresser au maire et au président de la Société de secours mutuels.

Iconographie Photographique de la Salpétrière, par Bourneville et Regnard, paraissant tous les mois par livraison de 8 ou 16 pages de texte et 4 photographies. — 12 livraisons sont en vente et forment le premier volume. — Prix : 3 fr. la livraison, 32 fr. le volume complet. — Pour *les abonnés* du *Progrès médical*, 2 fr. la livraison ; le volume 20 fr.

Recherches anatomiques sur les aponévroses abdominales, par le Dr F. Poncet. Paris, 1877. In-8 de 16 pages, avec figures. — Aux bureaux du *Progrès Médical*.

Leçons sur les localisations dans les Maladies du cerveau, par J.-M. Charcot, recueillies et publiées par Bourneville. In-8 de 168 pages avec 43 figures dans le texte. Prix : 5 fr. Pour les abonnés, 4 fr. *(franco)*.

SALYCILATE DE SOUDE

Procédé KOLBE, cachet Dr QUESNEVILLE, contre **goutte** aiguë et chronique, et **rhumatisme**, avec instruction. Flacon : 100 gr. **6** fr. 50 gr. **3** fr.

Quesneville, 42, rue de Bucy, Paris, au fond de la cour.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.) Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour. **LEPINTE**, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

ACIDE SALICYLIQUE *produits de SCHLUMBERGER, pharmacie CHEVRIER, 21, Faubourg-Montmartre.* Poudre de salicylate de soude. Eau salicylée. Pilules de salicylate de lithine. Vin salicylé. Glycérine salicylée. Pastilles salicylées. Dragées d'acide salicylique. Charpie, ouate et coton salicylés. — *Échantillons gratis offerts aux médecins.*

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 7. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 16 FÉVRIER 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE. — M. CHARCOT.

De la chorée rhythmique hystérique.

Leçon recueillie par BOURNEVILLE.

Messieurs,

Après avoir reconnu le cas qui nous occupe, pour un exemple bien caractérisé de chorée rhythmique, il nous faut montrer maintenant que la qualification d'hystérique lui est, en outre, légitimement applicable, ou, en d'autres termes, que l'affection choréiforme est là, au premier chef, sous la dépendance de la maladie antérieure, l'*hystérie*, dont elle représente une des manifestations multiples et variées.

Etablir chez notre malade l'existence du fond hystérique sera, je pense, une tâche facile ; les preuves à l'appui de notre assertion vont abonder.

L'étude des antécédents nous apprend que chez G..., l'hystérie convulsive a commencé à se manifester dès l'âge de 13 ans. Nous avons vu cette jeune fille présenter journellement dans cet hospice pendant une période de près de deux années, de 15 à 17 ans environ, et de la façon la plus accentuée, les symptômes locaux permanents de la forme d'hystérie que nous avons proposé d'appeler ovarienne, alors que la menstruation n'avait pas encore paru. L'apparition des règles, qui a eu lieu il y a 2 ans, n'a modifié en rien d'essentiel le tableau clinique. Les paroxysmes convulsifs et les phénomènes locaux ont persisté comme devant et je vais, dans un instant, vous en faire constater l'existence actuelle. Je pourrais vous citer plusieurs autres cas d'hystérie ovarienne développée plusieurs années avant la menstruation, et, d'un autre côté, je vous présenterai prochainement deux femmes du service chez lesquelles les crises convulsives hystéro-épileptiques ainsi que le cortége, à peu près obligatoire en pareille circonstance, des symptômes d'hystérie locale, ont persisté, sans autre modification qu'une atténuation légère, pendant plusieurs années, après l'accomplissement de la ménopause. Ces faits du domaine pathologique concordent, — je le ferai remarquer en passant, — avec les faits d'ordre physiologique nombreux aujourd'hui, qui tendent à établir que l'activité de l'ovaire est de beaucoup antérieure à la fonction menstruelle et lui survit (2).

Voici maintenant l'énumération des principaux symptômes d'hystérie locale dont la présence peut être actuellement reconnue chez notre malade. Il existe une *ovaralgie* ou *ovarie* droite, très-nettement prononcée, fixe, toujours présente à un certain degré; la douleur iliaque, par laquelle elle se manifeste, s'exalte spontanément à l'approche des crises. En tout temps, on l'exaspère par la pression. C'est au niveau de ce point douloureux que la sensation d'aura prémonitoire des attaques semble prendre origine pour remonter vers l'épigastre, la région précordiale, le cou, la tête, etc. — Toute la moitié droite du corps, tête, cou, tronc, membre, — est occupée par une *anesthésie* complète, absolue. Vous voyez, en effet, comment un pli épais de la peau de l'avant-bras, de la nuque, de la jambe, les plis interdigitaux de la main droite, sont traversés de part en part, à l'aide d'une aiguille volumineuse et assez mal appointée, sans que le sujet ait la moindre notion de ce qui se passe. Sur ce même côté droit, il y a également *thermo-anesthésie* complète ; de plus les sens spéciaux sont, eux aussi, tous affectés bien qu'à des degrés divers.

Il y a " anosmie " dans la narine droite, perte absolue du goût sur la moitié droite de la langue, depuis la pointe, jusqu'à la base, diminution de l'acuité auditive de l'oreille droite, amblyopie avec dyschromatopsie de l'œil droit. De cet œil, G... a complètement perdu la perception des couleurs dites centrales, le violet et le vert, tandis qu'elle distingue encore fort nettement les couleurs périphériques, à savoir le rouge, l'orange, le jaune et le bleu. A cette hémianesthésie correspond, comme c'est l'habitude en pareille occurrence, un certain degré d'hémi-amyosthénie. Aussi, tandis que pour la main gauche la pression dynamométrique est de 25 kilog., elle est représentée, pour la main droite, par 15 kilog. seulement. Relevons une fois de plus, puisque l'occasion s'en présente, la concordance remarquable et sur laquelle j'ai maintes fois insisté antérieurement, du siége de la douleur iliaque et du mode de localisation des symptômes concomitants (1). L'ovaralgie siége à droite, et c'est le côté droit qu'occupent l'hémianesthésie et la cachexie ; c'est encore du côté droit que se manifeste chez G... la contracture des membres lorsqu'elle se produit à la suite des attaques, et vous avez pu remarquer que ce sont aussi les membres du côté droit qui sont aujourd'hui agités des mouvements choréiformes rhythmiques.

Il est au moins fort vraisemblable que tous ces phénomènes occuperaient au contraire le côté gauche du corps si l'ovarie siégeait à gauche (2).

Je me borne à cet exposé sommaire et je vous épargne les détails que mes études antérieures vous font aisément prévoir. J'ai voulu seulement vous montrer qu'en ce qui concerne les phénomènes locaux, le cas de G... est un exemple très-régulier, très-classique, dans la catégorie de l'hystérie ovarienne. Il est encore un point, cependant, sur lequel je veux m'arrêter un instant parce qu'il touche à des questions d'actualité. Notre malade, pour parler la langue de M. Burcq, est une hystérique *polymétallique*. Elle est sensible à l'or et à l'étain, c'est-à-dire que si, chez elle, vous appliquez sur une région quelconque des parties anesthésiées, soit une plaque d'étain, soit quelques pièces

(1 Voir le n° 6 du *Progrès médical*.

(2) Voir entre autres sur ce sujet. De Sinéty : *Arch. de physiologie*. 1875, p. 501, et Barker : *Philadelph. Med. Times*. 1874, et *Jahresbericht*. 1874, p. 278.

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, T. I, p, 330.

(2) Il existe quelques rares exceptions à cette règle, j'ai vu une fois l'hémianesthésie occuper le côté gauche tandis que l'hémianesthésie ovarienne siégeait à droite. M. le Dr Barlow, de Londres, a publié un fait du même genre.

© BIU Santé

d'or, vous constatez au bout de 10 à 15 minutes d'application, que la sensibilité a reparu dans tous ses modes, non-seulement sous la plaque métallique elle-même, mais encore au-dessous et au-dessus dans une certaine étendue. Il est, vous le savez, suivant les observations de M. Burcq — observations reconnues aujourd'hui comme parfaitement exactes, du moins sur ce point — des hystériques *sensibles* exclusivement à l'or, d'autres au fer, d'autres au cuivre, au zinc ou à l'argent. Il est aussi, ainsi que vous le voyez par l'exemple que nous avons sous les yeux, des hystériques polymétalliques, c'est-à-dire sensibles à plusieurs métaux. Le fait d'être influencée de la façon qui vient d'être indiquée, par une simple application métallique n'est pas, contrairement à l'opinion autrefois émise par Trousseau, un caractère exclusivement propre à l'hémianesthésie des hystériques.

Nous avons observé, en effet, deux cas d'hémianesthesie cérébrale complète, et de date ancienne, liés à une lésion organique, où les applications ont eu, comme dans l'hystérie, pour résultat de provoquer le retour de la sensibilité normale. Mais, tandis que, dans ces deux cas, les résultats obtenus ont été définitifs, permanents, à ce point qu'ils subsistent depuis plus d'un an, ils ont toujours été transitoires dans les faits d'hémianesthésie hystérique que nous avons observés (1). Dans les cas du dernier genre, une 1/2 heure, 2 heures, 24 heures au plus, après que les plaques ont été enlevées, l'anesthésie s'est reproduite telle qu'elle était avant l'application. Cette mobilité même, ce caractère transitoire des phénomènes est, peut-être, justement, un trait qui distingue l'hémianesthésie hystérique de l'hémianesthésie cérébrale de cause organique.

— Pour ce qui est relatif aux *crises convulsives*, je me bornerai à dire qu'à cet égard encore, G... peut être considérée comme un véritable sujet d'étude. Chez elle, en effet, les diverses phases qui, d'après la description que je vous ai présentée, composent un accès hystéro-épileptique dans son type de complet développement, se succèdent avec une régularité remarquable : 1° Phase des *convulsions épileptiformes* généralisées, terminée par une courte période de stertor ; 2° Phase *clonique* par excellence ou des grands mouvements du corps, des contorsions ; 3° Phase des *attitudes passionnelles* ou, si vous l'aimez mieux, des *poses plastiques*. La période du délire consécutif à la crise si prononcée chez quelques sujets, est, au contraire, dans ce cas, à peine esquissée. Telle est la série des phénomènes qui, constamment, dans toutes les attaques, et dans les attaques subintrantes dont l'enchaînement constitue un *état de mal*, se reproduisent chez G... toujours suivant le même mode et dans le même ordre. J'ajouterai enfin, — c'est là un caractère, à mon sens, de premier ordre, — que la compression méthodique de la région ovarienne droite, pourvu, bien entendu, qu'elle soit conduite conformément aux règles (2), fait cesser chez elle, immédiatement, les phénomènes de l'attaque quels qu'ils soient et quelle que soit la période devant laquelle la manœuvre est pratiquée.

J'en ai dit assez, je l'espère, pour vous faire reconnaître que notre malade, ainsi que je l'avais annoncé, présente tous les caractères de l'hystérie ovarique sous la forme la plus régulière, la plus classique. Je vais essayer de vous montrer maintenant que la chorée rhythmique, dont elle est aujourd'hui tourmentée, ne représente pas une complication fortuite, un épisode étranger à l'histoire de la grande névrose, mais qu'elle se rattache, au contraire, à la diathèse hystérique, par des liens très-étroits, comme une affection subordonnée, au même titre que les paralysies, les contractures, les crises convulsives elles-mêmes.

Je ferai remarquer, en premier lieu, que notre chorée a commencé à se manifester il y a dix jours, aussitôt après la cessation d'une attaque, c'est-à-dire dans les circonstances où se développent fréquemment les divers phénomènes d'ordre moteur, paralysies, contractures des membres appartenant à la série hystérique ordinaire. Je relèverai encore que la crise à la suite de laquelle la chorée s'est produite, s'était fait remarquer par sa courte durée et une atténuation relative de tous les symptômes ; qu'elle n'avait pas été suivie de ce sentiment de détente qu'accusent généralement les malades de ce genre, lorsque l'accès est vraiment terminé ; de telle sorte, qu'à ce point de vue, l'agitation choréiforme pouvait être considérée comme la continuation, la prolongation, sous une forme nouvelle, de l'attaque hystérique avortée. Mais voici un argument plus péremptoire. Ainsi que nous nous en sommes assurés ces jours-ci, par des expériences répétées, et ainsi que vous allez le constater vous-mêmes *de visu*, la compression méthodique de la région ovarienne droite a pour résultat certain, constant chez notre malade, l'arrêt complet des mouvements rhythmiques.

Je pratique la manœuvre en question : quelques plaintes, une tuméfaction de la région antérieure du cou, plusieurs mouvements bruyants de déglutition, la protrusion de la langue enfin annoncent que le résultat prévu va se produire. Vous voyez, en effet, les mouvements rhythmés du tronc et des membres s'arrêter brusquement, comme par enchantement. Délivrés de l'agitation à laquelle ils étaient tout à l'heure en proie, les membres ne récupèrent pas pour cela leurs fonctions normales.

Ils sont devenus, les membres inférieurs surtout, le siége d'une rigidité musculaire considérable, de tous points comparables à la contracture qui, ainsi que je vous l'ai fait remarquer plus haut, se produit chaque matin, temporairement au moment du réveil, avant que l'agitation ne reprenne son cours.

Je vous proposais tout à l'heure de reconnaître dans la chorée rhythmique une attaque en quelque sorte prolongée et transformée. Ne pourrait-on pas maintenant, en se fondant sur ce qui précède, rapprocher cette chorée de la contracture et les envisager comme des accidents de même valeur pathologique, des *équivalents*, pouvant se substituer l'un à l'autre dans la série des affections hystériques ?

Cet arrêt si remarquable des mouvements choréiformes, sous l'influence de la compression ovarienne, n'est cependant, Messieurs, qu'une suspension, qu'une trêve. Il persiste tant que persiste la compression ; aussitôt que celle-ci est suspendue, vous voyez la contracture disparaître et les mouvements rhythmés du tronc et des membres tout à l'heure étendus et rigides, recommencer comme de plus belle. Pour mieux vous convaincre, je répète la compression à quatre ou cinq reprises, et chaque fois vous voyez

(1) Voir l'observation : *Progrès médical*, 1877, p.
(2) *Leçons sur les maladies du système nerveux*. T. I, p. 320.

© BIU Santé

toute la série des phénomènes se reproduire exactement comme dans la première expérience.

De tout ceci, je crois pouvoir conclure que la chorée rhythmée observée chez notre malade se rattache à l'ovarie, au même titre que les crises convulsives ordinaires et qu'elle doit prendre rang parmi les manifestations très-variées de la diathèse hystérique.

Il est temps d'envisager actuellement le côté pratique. Développés à la suite d'une attaque, c'est-à-dire dans les conditions où se manifestent très-ordinairement les paralysies et les contractures, les mouvements choréiformes devront-ils, comme cela a lieu si fréquemment pour les accidents susnommés, persister tels quels, jusqu'à la première attaque, peut-être fort éloignée, qui pourra survenir? N'est-il pas possible par une intervention appropriée, de brusquer la situation, de délivrer la malade de l'agitation qui l'épuise, de la ramener enfin, en attendant mieux, à l'état où elle était il y a dix jours ? Les effets de la compression ovarienne sur ceux des accidents qui sont justiciables de l'hystérie ne sont pas toujours fugaces et temporaires. Je vous ai fait voir, dans une autre occasion, qu'en persistant dans la compression ou en la répétant à de courts intervalles, pendant plusieurs heures, on parvient quelquefois à faire disparaître les accidents d'une façon définitive. Par cette manœuvre, nous avons plusieurs fois réussi à couper court à un *état de mal hystéro-épileptique* qui, abandonné à lui-même, se serait prolongé peut-être pendant plusieurs jours. On peut réussir encore à dissiper brusquement une contracture de la mâchoire, de la langue, des membres lorsque ces accidents ne se sont pas — passez-moi le mot — depuis longtemps installés (1); on est parvenu également à mettre un terme à un *mutisme* hystérique qui datait déjà de plusieurs *mois* (2). L'analogie porte à penser que la compression ovarienne prolongée et répétée aurait sans doute aussi pour résultat de faire disparaître définitivement les convulsions rhythmées. Ceci montre, Messieurs, que dans les effets de cette manœuvre, il ne faut pas voir seulement un moyen de diagnostic, un élément propre à éclaircir la théorie du mal; il y a là, encore, un moyen thérapeutique ; mais sa mise en œuvre est parfois difficile, peu pratique. En somme, ce n'est pas d'ailleurs le seul moyen auquel nous pensions nous adresser, dans les circonstances où nous nous trouvons. D'après nos observations, l'application dans la région ovarienne d'un sac de glace, prolongée pendant une demi-heure, et répétée plusieurs fois par jour durant plusieurs jours, a souvent pour résultat d'éloigner les attaques et d'en atténuer l'intensité. Mais l'effet de ces applications est généralement lent à se produire, les résultats obtenus ne sont pas toujours très-frappants.

Il sera préférable, je crois, de nous adresser soit aux inhalations d'éther, soit à celles de nitrite d'amyle. Les effets des inhalations d'éther, chez les hystériques ont quelque chose de particulier. Peu étudiés encore, ils mériteraient certainement d'être bien connus. Chez certains sujets, par exemple, ces inhalations peuvent servir à révéler, par la production de symptômes non équivoques, la maladie jusque-là restée latente ; chez d'autres, où celle-ci est, au contraire, en pleine activité, nous les avons vues déterminer, très-fréquemment, tantôt l'une, tantôt l'autre phase de l'attaque et quelquefois la série tout entière. Or une attaque, à un moment donné, chez une hystérique, peut jouer le rôle d'une crise favorable et provoquer la brusque cessation d'accidents fâcheux qui, depuis longtemps peut-être, résistaient à tous les agents employés. Pour ce qui est du nitrite d'amyle pris en inhalations, c'est, ainsi que l'a montré M. Bourneville (1), un moyen particulièrement efficace pour couper court promptement et définitivement à un état de mal hystéro-épileptique, alors même qu'il se présente sous la forme la plus accentuée. A ce titre, il nous paraît rationnel d'en proposer l'essai dans la circonstance actuelle. Nous aurons recours à l'éther d'abord, puis au nitrite d'amyle, si le premier vient à échouer, et nous ne manquerons pas de vous tenir au courant des résultats que nous aurons obtenus.

Si nous réussissons, comme nous l'espérons, à faire cesser les convulsions rhythmées, nous aurons délivré la malade d'accidents qui l'importunent et la fatiguent énormément et dont la durée, dans le cas où on les abandonnerait à eux-mêmes, ne peut guère être prévue. Ce sera déjà quelque chose, sans doute. Il est clair, toutefois, que nous n'aurons par là modifié en rien la maladie foncière. Mais je ne veux pas, pour le moment, m'arrêter sur le traitement de la diathèse hystérique. C'est un sujet qui réclame de longs développements et que je compte étudier avec vous, tout particulièrement dans une occasion prochaine.

Il ne vous sera pas difficile de relever dans la littérature médicale un certain nombre de cas que vous pourrez rapprocher de celui qui fait le sujet de notre entretien. Sans remonter au-delà de l'époque contemporaine, je vous rappellerai que la chorée rhythmique des hystériques est l'objet d'une mention particulière dans le mémoire, cité plus haut, de M. G. Sée. Trousseau n'a pas manqué d'en parler, avec quelques développements, dans sa clinique, et il cite trois observations qui appartiennent évidemment à cette catégorie. Il relève, avec raison, parmi les circonstance propres à caractériser l'affection, en outre des symptômes hystériques antécédents ou concomitants, la forme même des accidents, à savoir, surtout, l'harmonie, la régularité des mouvements choréiformes ; il paraît attacher une certaine importance diagnostique à ce fait que ses malades parvenaient, par un effort de leur volonté, à atténuer ou même à suspendre momentanément ces mouvements. On ne saurait voir là, Messieurs, un caractère univoque. Vous remarquerez, en effet, que chez G. quels que soient les efforts de volonté auxquels elle se livre à notre sollicitation, l'agitation rhythmée des membres et du tronc persistent tels quels. M. Briquet, dans le chapitre de son traité (2), qu'il consacre aux convulsions survenant chez les hystériques hors le temps des attaques, relate, lui aussi, quelques observations intéressantes de chorée rhythmique. Le cas de Mlle de La B., en particulier, montre que cette affection peut, quelquefois, persister, comme le fait trop souvent la contracture hytérique, pendant plusieurs années. Je citerai encore une observation de M. Murchison, rapportée par

(1) Voir Bourneville, *Progrès médical*, 1877, p. 385 et 487, et *Iconographie photograph. de la Salpêtrière*, p. 108.
(2) Debove et Liouville. Cas observé dans le service de M. Béhier, *Progrès médical*, 1876, p. 145.

(1) *Recherches cliniques et thérap. sur l'épilepsie et l'hystérie*
(2) Briquet. — *Traité d'hystérie*, p. 420.

© BIU Santé

M. C. Handfield Jones dans ses „ *Studies on functionnal nervous disorders* " (1). Dans ce cas, comme dans le nôtre, les mouvements choréiques se montraient limités à un côté du corps ; ils étaient interrompus de temps à autre par des accès, dans lesquels les parties tout à l'heure agitées, étaient momentanément prises de rigidité. La malade pouvait, ainsi que cela avait lieu dans les observations de Trousseau, les modérer ou les arrêter par un effort de volonté. Il me paraît inutile de multiplier ces exemples.

Avant de terminer, il est encore un point sur lequel je dois insister. Je ne saurais dire, quant à présent, si toutes les chorées rhythmiques sont, *ipso facto*, hystériques. Mais très-certainement toutes les chorées relevant de l'*hystérie* ne sont pas pour cela nécessairement rhythmiques. A l'appui de mon assertion, il me suffira de vous présenter une autre malade, la nommée Wend..., chez laquelle, vous le constatez, l'agitation chronique rentre évidemment, quant à la forme des mouvements pathologiques, dans la description de la chorée vulgaire. Assise, il n'y a pas de repos pour elle ; la tête, le tronc, les membres des deux côtés, sont sans cesse agités par des mouvements contradictoires. Debout, elle ne peut se soutenir sans aide ; les genoux se fléchissent, puis se redressent à chaque instant ; si elle marche, elle est à tout moment menacée de tomber. Les mouvements en question sont irréguliers, désordonnés au premier chef ; vous n'y pouvez néanmoins reconnaître ni rhythme ni cadence, rien non plus qui rappelle un acte intentionnel. Chez We..., cependant, les caractères de l'hystérie ne sont pas moins prononcés que chez G. Outre les attaques qui se présentent ici avec les trois grandes phases caractéristiques de l'hystéro-épilepsie, je relèverai l'existence permanente d'une anesthésie générale, avec amyosthénie, surtout prononcée du côté droit, et d'une ovaralgie double également, mais, ainsi que vous pouviez le pressentir, surtout prononcée à droite. W. est une hystérique à *sensibilité zinc*. J'ajouterai enfin, et c'est là un trait dont l'importance ne peut vous échapper, que, chez elle, comme chez G., la compression méthodique de la région ovarienne qui, dans le cas particulier, doit être pratiquée simultanément des deux côtés, a pour effet de suspendre momentanément les mouvements choréiques, tout comme elle arrête les attaques.

J'ai trop longtemps peut-être retenu votre attention sur un cas, dont vous ne rencontrerez sans doute le pendant que bien rarement dans votre pratique. Mais le clinicien ne saurait dédaigner les cas exceptionnels, anormaux, qui lui fournissent l'occasion particulière d'exercer sa sagacité ; d'ailleurs, il ne faut pas les considérer sous le jour d'un simple appât pour une curiosité vaine ; maintes fois en effet, ils pourront fournir, au pathologiste, la solution de problèmes difficiles.

Voici quelques renseignements sur la marche ultérieure des accidents chez la malade qui a fait l'objet de la leçon qui précède.

12 *novembre*. — Inhalation d'*éther*. Cet agent détermine un délire semblable à celui qu'on observe durant les séries d'attaques : loquacité, confidences involontaires, hallucinations, modifications variées de la physionomie, etc. Ce délire a persisté pendant deux heures environ, et alors, les mouvements choréiques étaient suspendus. Puis G... a eu trois attaques qui ont laissé après elles, une *contracture des membres du côté droit*. Enfin, après avoir eu quelques *secousses*, G.. a été reprise de sa chorée rhythmique jusqu'à 8 heures et demie, moment où elle s'est endormie.

13 *novembre*. — Nous retrouvons la jeune malade avec les mouvements que nous avons décrits. Le *nitrite d'amyle* est administré à son tour. Toute agitation cesse jusqu'à 2 heures de l'après-midi. Depuis lors jusqu'à 3 heures, G. .. a trois petites attaques après lesquelles la chorée rhythmique est revenue. Une nouvelle inhalation de nitrite d'amyle y met fin encore une fois.

14 *novembre*. — G... n'a plus de mouvements choréiques, mais elle nous offre une *contracture du membre inférieur droit*, des *mâchoires* et de la *langue*. Ces diverses contractures ont disparu sous l'influence du nitrite d'amyle et, toute la journée elle est restée telle qu'elle est d'ordinaire

15 *novembre*. — Aujourd'hui G... présente des mouvements choréiformes irréguliers qui ressemblent beaucoup à ceux de sa compagne W... dont il est parlé dans la leçon.

18 *novembre*. — Les mouvements choréiques irréguliers persistent et sont même plus accusés qu'il y a trois jours.

19 *novembre*. — Hier, G... a eu des attaques de 8 heures à minuit. Tranquille ensuite jusqu'à 8 heures, ce matin, elle a été reprise et a eu 25 attaques jusqu'à une heure de l'après-midi. — A partir de là, les mouvements choréiques ont définitivement cessé. B.

(1) London, 1870, p. 367.

PATHOLOGIE EXTERNE

Note sur un cas de latéro pulsion oculaire dans la paralysie agitante ;

Par **DEBOVE**, médecin des hôpitaux (1).

Je viens attirer l'attention de la Société sur un signe de la paralysie agitante, ou plus exactement sur un signe que nous avons observé sur une malade atteinte de paralysie agitante.

Les sujets atteints de cette affection, à une période avancée de leur mal, sont confinés à la chambre, dans l'impossibilité de vivre de la vie commune. L'intelligence étant intacte, il semblerait, qu'il reste à ces malheureux la ressource des distractions que peut donner l'étude ; il n'en est rien. Le tremblement si caractéristique des mains les empêche d'écrire ; la même cause les empêche de tenir un livre ; souvent le livre étant posé sur une tablette, la lecture est encore difficile : chez la malade dont je veux vous entretenir, j'ai cru découvrir une des causes de cette difficulté.

Il s'agit d'une femme de soixante-sept ans, présentant les symptômes classiques de la paralysie agitante, tremblement des mains, immobilité des traits, lenteur des mouvements, etc ; la propulsion et la rétro-pulsion sont, chez elle, bien marquées. A plusieurs reprises, elle m'a entretenu des difficultés qu'elle éprouvait à lire, même les livres écrits en gros caractères. Je l'ai engagée à lire à haute voix devant moi : elle scandait les phrases d'une façon bizarre ; arrivée à la fin d'une ligne, elle mettait un certain temps à commencer la ligne suivante, il semblait que ses yeux éprouvassent une certaine difficulté à changer de direction. Ce fait me paraît tout à fait comparable à ceux observés dans la démarche de ces malades ; lorsqu'ils veulent changer de direction, ils ont une certaine hésitation, éprouvent le besoin de s'appuyer sur les objets environnants ; il en serait de même du mouvement des yeux dans la lecture, lorsqu'arrivé à la fin d'une ligne, l'œil se reporte au commencement de la ligne suivante, il survient une certaine gêne qui, se répétant à chaque instant, rend la lecture extrêmement fatigante.

Cette fatigue est encore plus marquée si le livre est imprimé sur plusieurs colonnes. Arrivés à la fin d'une ligne, les yeux de ma malade se portaient involontairement sur la ligne correspondante de la colonne suivante ; au commencement de la ligne, ses yeux se portaient involontaire-

(1) Note lue à la *Société médicale des hôpitaux* (séance du 25 janvier).

© BIU Santé

ment sur la ligne correspondante de la colonne précédente. Ces troubles du mouvement des yeux sont encore comparables à ceux de la locomotion. Arrivé à la fin d'une ligne, l'œil ne peut s'arrêter et en suit la direction, phénomène analogue à la propulsion; au commencement d'une ligne, l'œil dépassant le but se reporte à la colonne précédente, c'est un phénomène analogue à la rétropulsion. Bien avant notre examen, cette malade avait spontanément remarqué que la lecture d'un livre était pour elle plus facile que celle des journaux, et que, pour les lire, il était nécessaire qu'ils fussent pliés, de telle façon qu'une seule colonne se trouvât sous ses yeux. Les mouvements que j'ai comparés à ceux de rétropulsion étaient pour elle beaucoup plus gênants que ceux que j'ai comparés à la propulsion; la différence est facile à comprendre, l'œil qui lit parcourt la ligne avec une certaine lenteur, l'œil qui a fini une ligne se porte à la ligne suivante avec une vitesse beaucoup plus considérable, or nous savons que, dans la locomotion, les mouvements involontaires de propulsion et de rétropulsion sont d'autant plus accentués qu'on fait marcher plus vite le malade.

J'ai cherché à donner un nom à ce signe que nous n'avons trouvé décrit dans aucun auteur; nous ne pouvions le désigner sous le nom de propulsion ni de rétropulsion oculaire, termes qui sembleraient indiquer que l'œil est porté en avant ou en arrière, le terme de latéropulsion oculaire nous paraît préférable.

Si on pousse latéralement un sujet atteint de paralysie agitante, il se déplace latéralement; ce mouvement involontaire s'accélère et le malheureux tomberait si on n'avait soin de le soutenir. Il est naturel de rapprocher ce phénomène de celui observé du côté de l'appareil visuel et nous proposons de le désigner sous le nom de latéropulsion oculaire. Nous sommes d'ailleurs prêts à adopter toute expression qui paraîtra correspondre mieux à la réalité des faits. Nous ignorons absolument quelle peut être la fréquence de la latéropulsion oculaire, ne l'ayant observée que chez une seule malade.

Remarquons, en terminant, qu'il est difficile de recueillir de telles observations sur les malades des hôpitaux. Il est nécessaire que le sujet soit habitué à lire, lise avec une certaine rapidité, sans quoi le phénomène devra nécessairement manquer, comme manque le phénomène de la propulsion chez un sujet qui a soin de marcher avec une grande lenteur.

PATHOLOGIE INTERNE

Relation du diabète avec l'arthritisme;

Par le Dr **CORNILLON**, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant à Vichy.

II.

Rapports du diabète avec le rhumatisme.

On ne s'entend pas ordinairement sur le sens donné au mot rhumatisme.—Pour le vulgaire il est synonyme de douleur, et il comprend ainsi la plupart des souffrances, qu'elles soient articulaires ou musculaires. — Citons un exemple se rattachant directement à notre sujet : les douleurs que les glycosuriques ressentent dans le dos et les membres inférieurs sont attribuées par eux au rhumatisme, tandis que c'est une tout autre cause qui les engendre. Avec ce faux système d'interprétation, on arrive à se heurter contre des écueils, lorsque l'on veut attribuer au rhumatisme l'origine d'une affection déterminée.

Je sais très-bien qu'on a fait jouer souvent à cette diathèse un rôle étiologique absolument erroné, à cause de sa fréquence; mais dans la glycosurie la relation nous paraît si directe, si positive qu'il ne nous a pas été possible de la passer sous silence. — Cette relation du reste n'a pas été méconnue par les auteurs. M. Durand-Fardel en a observé 20 exemples sur 271 diabétiques; et il ajoute : « Si dans un certain nombre de faits, je vois signalée l'absence de tout rhumatisme, le silence des autres ne saurait avoir la même signification. » Ce qui veut dire en termes vulgaires: si je n'en ai pas observé davantage, c'est qu'il ne m'a pas été possible d'obtenir plus de renseignements de mes malades. Ces 20 cas de rhumatismes se divisent ainsi : 4 rhumatismes musculaires, 16 rhumatismes articulaires chroniques.

Six fois j'ai vu le diabète succéder à des manifestations rhumatismales diverses. Dans le premier cas, la glycosurie fut reconnue 17 ans après l'apparition de douleurs rhumatismales articulaires très-vives, pour lesquelles on conseilla Dax. — Le second malade ressentait depuis fort longtemps des douleurs musculaires vagues qui avaient nécessité l'emploi de l'eau de Barèges sur place, quand il devint diabétique. — Le troisième avait éprouvé 27 ans avant sa glycosurie une sciatique extrêmement violente dans le membre pelvien droit. — Depuis cette époque, il ressentait fréquemment des douleurs dans les cou-de-pieds, les genoux. Ajoutons pour être complet que sa sœur est rhumatisante et va, chaque année, passer quelques semaines à Evaux. Les trois derniers nous montreront mieux que les précédents, les rapports qui existent entre le rhumatisme et le diabète.

M. L... négociant à Bordeaux, eut un rhumatisme articulaire aigu généralisé dont il souffrit plusieurs semaines. Pendant toute la durée de cette affection, il était tourmenté par une soif violente. Une fois guéri, cette sensation disparut, mais un an après, elle recommença en s'accompagnant d'amaigrissement et de faiblesse. On analysa alors les urines, elles renfermaient 36 gr. de glycose par litre. Depuis lors, le diabète s'est confirmé.

M. de M..., habitant un des départements du centre, éprouva, il y a 18 ans, un rhumatisme articulaire aigu généralisé, dont il guérit assez rapidement. Au mois de juin dernier, nouvelle atteinte, toutes les jointures, petites et grosses, furent prises, mais la fièvre, constamment modérée, cessa promptement sous l'influence du sulfate de quinine. Il ne survint pas de complication cardiaque, mais comme la soif était extrême, on analysa les urines, elles renfermaient 68 gr. de glycose par litre. Ce malade nous fut adressé, à Vichy, en août 1877, il ne restait plus que de la roideur articulaire dans les épaules et les genoux, avec 12 grammes de sucre par litre.

M. G.., habitant ma localité, fut pris au mois d'octobre 1877, de douleurs articulaires sub-aiguës dans les genoux et les cou-de-pieds. Tout mouvement était impossible, tant il y avait de gonflement. La fièvre, bien que pas très-vive, s'accompagnait d'abattement, de soif, de sécheresse de la langue. Je fis examiner les urines le 5e jour, elles renfermaient 63 gr. de glycose par litre ; je le soumis immédiatement au traitement alcalin, je lui prescrivis un régime spécial. Trois semaines après, elles n'en contenaient plus que 12 gr. Au moment où je suis parti pour Paris, ce malade n'était pas encore remis de son affection articulaire (1).

Le rhumatisme nous paraît être dans ces trois cas, le point de départ de la glycosurie. Car avant l'affection articulaire ces malades étaient tous bien portants, ne se plaignant ni de soif ni d'affaiblissement, ni de polyurie, ni d'amaigrissement. Je me plais à insister sur ces différents points, car je me suis demandé plusieurs fois, si le diabète n'existait pas déjà, lorsque la phlegmasie articulaire s'est déclarée. Eh bien, malgré toutes les recherches auxquelles je me suis livré auprès de ces malades, et auprès de leur médecin ordinaire, je n'ai rien découvert qui m'autorisât à faire une semblable supposition.

Dans les faits que nous venons de rapporter le diabète paraît donc succéder manifestement au rhumatisme. La réciprocité existe-t-elle? Un rhumatisme articulaire aigu ou subaigu peut-il se développer pendant le cours de la glycosurie? Les exemples de ce genre ne sont pas très-nombreux. Pour mon compte je n'en ai jamais vu, et je n'en ai rencontré que trois cas dans les auteurs : l'un est dû à Betz, les deux autres à M. Durand-Fardel. Chez ces deux derniers la glycosurie augmenta après la guérison.

(1) Actuellement, le rhumatisme ne se traduit plus que par de la roideur dans les genoux. Ce qui n'empêche pas le malade de se lever et de se promener dans sa chambre. Quant aux urines, elles ne renferment plus que 5 grammes de glycose par litre.

© BIU Santé

L'alternance que nous avons constatée très-nettement dans le diabète chez le goutteux existe-t-elle au même titre dans le diabète chez le rhumatisant? Quelle est l'influence de ces deux affections l'une sur l'autre? Y a-t-il un diabète rhumatismal?

Ce que nous avons vu dans notre pratique personnelle nous oblige à reconnaître que les douleurs soit musculaires, soit fibreuses chroniques, ne sont nullement modifiées ni dans leur acuité, ni dans leur durée par l'apparition de la glycosurie. Les malades continuent à souffrir comme par le passé, notre troisième observation en est un exemple; d'un autre côté, ces douleurs erratiques, vagues, frappant indistinctement les systèmes musculaire ou fibreux, n'empêchent pas les déperditions sucrées d'atteindre des proportions exagérées. — Aussi nous n'hésitons pas à croire que l'influence réciproque de ces deux processus morbides l'un sur l'autre est absolument nulle, et que le diabète rhumatismal n'existe pas.

Que devient le sucre pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu? Dès les premiers jours, il diminue dans les urines, et la polyurie disparaît peu à peu.—Il semblerait qu'il se fait là une véritable correction, contrairement à ce qui a lieu dans les formes chroniques (musculaire et fibreuse) de la diathèse rhumatismale. Cette correction n'est point réelle, car la diminution de la glycose, n'influe en rien sur la marche de l'affection aiguë qui parcourt toutes ses périodes sans être enrayée. — Donc cet amoindrissement des déperditions sucrées pendant un rhumatisme articulaire aigu ne doit pas être imputé au rhumatisme lui-même. — Au reste il se passe le même phénomène, lorsqu'une phlegmasie vient à frapper un organe quelconque chez un diabétique, le sucre disparaît peu à peu des urines. — M. Nicaise rapporte l'observation d'un homme chez qui la glycose tomba de 50 gr. à 12 gr. par litre pendant un phlegmon étendu du dos. — J'ai vu une semblable disparition chez un malade atteint de pneumonie, le sucre diminua rapidement dès qu'il y eut fièvre, et trois jours après, il n'y en avait plus de trace, mais aussitôt la phlegmasie guérie nous en constatâmes quelques grammes dans les urines. — Une autre fois nous fûmes témoin d'une semblable modification chez un glycosurique qui succomba à un vaste phlegmon du dos; aussitôt que la fièvre se montra, la glycose tomba de 75 gr. à 43 gr. — Ainsi que dans toutes les autres maladies de nature inflammatoire, la diminution de la glycose dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu chez un diabétique doit être attribuée à l'apparition de la fièvre.

Cela est si vrai, que dès que l'élément fébrile a cessé, le sucre revient, et augmente très-rapidement. M. Durand-Fardel a été témoin deux fois de cette particularité.

III.

Rapport du diabète avec la lithiase biliaire.

De toutes les manifestations arthritiques, je n'en connais pas de mieux établie que la lithiase biliaire. — Trousseau dans ses cliniques, faisait souvent ressortir les liaisons qui existent entre cette affection et le rhumatisme articulaire aigu, si bien qu'il regardait à juste titre ces deux processus morbides, comme l'expression d'une même diathèse. M. Willemin (de Vichy) rattache complètement les calculs du foie, à la goutte, M. Senac, dans un excellent travail, montre clairement les rapports nombreux qui existent entre cette maladie et les diverses manifestations de l'arthritis (goutte, gravelle, rhumatisme, éruptions cutanées, etc.).

La lithiase biliaire pas plus que le diabète, n'est une entité morbide distincte; l'un et l'autre sont sous la dépendance de la même diathèse. Si jusqu'ici les auteurs n'ont pas su rattacher ensemble ces deux processus, préciser les points qui les rapprochent et ceux qui les différencient, c'est que leur attention n'a pas été attirée de ce côté. — Comme dans la goutte et la gravelle urique, la glycosurie succède à la lithiase biliaire, et la remplace. J'ai été témoin de trois faits de ce genre.

Mme B..., du département de la Côte-d'Or, ressentit, il y a quinze ans, les premières atteintes de son affection calculeuse. Depuis cette époque, elle avait généralement plusieurs coliques chaque année; au mois d'avril 1875, elle eut un accès tellement fort qu'on l'envoya boire les eaux de Vichy. Elle se plaignait alors d'une soif extraordinaire qui la tourmentait nuit et jour et nullement de son foie. J'examinai les urines et découvrit 35 gr. de glycose par litre. Depuis cette époque, madame de B... n'a plus ressenti de coliques.

Le second fait est celui d'un méridional qui, il y a cinq ans, éprouva de violentes coliques hépatiques pour lesquelles il visita Vichy. Sous l'influence du traitement alcalin, elles ne reparurent plus. Seulement, l'an dernier (1876), il s'aperçut qu'il urinait abondamment, buvait plus que de coutume, et avait la bouche sèche le matin au lever. On fit analyser les urines, elles renfermaient 45 gr. de sucre par 1000 gr. de liquide.

Le troisième cas est celui d'une dame de Saint-Etienne qui (il y a douze ans) eut des coliques hépatiques intenses à la suite d'un violent chagrin. Elles cessèrent complétement à la suite d'une saison à Vichy, mais deux ans après la disparition de lithiase biliaire, cette malade devint diabétique.

Les observations que nous venons de relater ont deux points communs : 1° le diabète a, dans tous les cas, succédé aux coliques hépatiques; 2° aussitôt qu'il est survenu, les manifestations douloureuses de la lithiase biliaire ont cessé. — En somme, il s'est opéré une véritable transformation pathologique, beaucoup plus complète que celle que nous avons signalée dans le diabète goutteux, puisque la maladie première s'est effacée entièrement pour faire place à une autre.

Quelle est la raison de cette transformation morbide? Doit-on la chercher dans les troubles apportés à la fonction glycogénique du foie par la colique hépatique? Je ne serai pas éloigné d'admettre que la congestion considérable qui survient à la suite d'un accès, congestion se renouvelant incessamment, joue un grand rôle dans la production de la glycosurie. — Ce dont je me rends moins compte, c'est de la cessation complète de l'affection lithiasique, une fois que le diabète est confirmé. — Avis aux chercheurs.

IV.

Rapports du diabète avec les dermatoses.

Pas n'est besoin pour être arthritique, d'avoir eu des accès de goutte ou de rhumatisme. Combien de fois, en effet, n'avons-nous pas vu des gens, en apparence bien portants, montrer sur leur organisme les traces de ce vice constitutionnel? Tel individu qui est affecté d'eczéma des oreilles, du cuir chevelu, d'acné pseudo-syphilitique de la face, ou bien encore d'érythème polymorphe généralisé, est manifestement diathésique, bien qu'à aucune époque de sa vie il n'ait ressenti de souffrances dans les jointures ni dans les muscles. — L'arthritis imprime aux différents processus morbides qui en dérivent une physionomie spéciale qui permet de les différencier, à première vue, d'autres processus ayant la même allure en apparence, mais qui ne reconnaissent pas la même origine constitutionnelle.

Les relations du diabète avec les dermatoses sont connues depuis longtemps; le prurit vulvaire est même un des meilleurs signes de la glycosurie. — Ajoutons que souvent il met sur la voie du diagnostic, et que si on analysait scrupuleusement les urines de toutes les femmes qui s'en plaignent, le cadre du diabète s'élargirait considérablement. — Quoique moins commun, l'eczéma du cuir chevelu et des membres inférieurs (dont la nature arthritique n'est guère discutable) se déclare assez fréquemment dans le cours de cette maladie. Pour mon propre compte, j'en ai observé deux cas bien tranchés :

Le premier a trait à un homme robuste, en apparence de bonne santé, qui portait depuis de longues années un eczéma du cuir chevelu survenu, disait-il, à la suite d'une immersion dans de l'eau de Vichy. Ce malade était en outre tourmenté par une soif violente, ce qui m'engagea à examiner les urines : elles renfermaient une notable proportion de glycose.

Le second est un ancien capitaine au long cours dont un frère est mort du diabète et qui a une sœur affectée de la même maladie. Depuis nombre d'années, il souffre d'un eczéma du cuir chevelu qui a déterminé une calvitie fort étendue

© BIU Santé

A la marge de l'anus, il porte une éruption tout à fait analogue. Lorsque je le vis pour la première fois, son urine contenait 16 gr. de sucre par litre.

Je n'ai vu qu'une seule fois le psoriasis se développer pendant le cours de la glycosurie. C'était chez un homme, dans la force de l'âge, et très-diabétique. L'éruption occupait la plus grande étendue du mollet droit et ne s'accompagnait que d'une très-légère démangeaison. Sous l'influence d'un traitement long et sévère, les déperditions sucrées s'amoindrirent considérablement, mais l'éruption persista. Ce qui ne m'étonna nullement, la tenacité étant un des caractères principaux du psoriasis.

Les quelques exemples de dermatoses que nous venons de signaler pendant le cours du diabète suffiront, je pense, pour montrer, une fois de plus, les liens qui rattachent cette maladie à l'arthritisme.

D'après tout ce que nous venons de dire, on pourrait croire que toujours la glycosurie est une manifestation palpable de la diathèse arthritique; telle n'est point notre pensée. — Il est des cas où il est impossible de découvrir les moindres traces de vice constitutionnel soit chez les ascendants, soit chez le sujet lui-même. — Ces faits, certes, sont tout à fait exceptionnels; et si les malades qu'on interroge comprenaient toujours la valeur qu'on attache à leurs réponses, il est évident que ces exceptions seraient plus rares.

Au surplus, lors même que le diabète n'apparaîtrait pas toujours après la goutte ou le rhumatisme, doit-on pour cela le rejeter en dehors du cadre des manifestations arthritiques? Evidemment non. Car chaque jour nous voyons des coliques hépatiques se montrer avant toute autre manifestation diathésique, et dans d'autres processus morbides, on constate les mêmes particularités. — N'arrive-t-il pas parfois que l'endocardite et la péricardite précèdent de quelques jours l'évolution articulaire du rhumatisme aigu? Il n'est pas nécessaire de multiplier les cas de ce genre pour démontrer l'exactitude des faits que nous avançons.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Claude Bernard.

Claude Bernard est mort. — Atteint depuis le mois de décembre dernier d'une affection grave de la vessie, l'illustre physiologiste a succombé à une pyélo-néphrite et aux accidents urémiques qui la compliquèrent : le 10 février, à 9 heures du soir, une agonie cruelle nous privait d'un des plus grands savants du siècle.

Né à Saint-Julien, près de Villefranche (Rhône), le 12 juillet 1813, Claude Bernard fut quelque temps avant de trouver sa véritable voie, et s'occupa d'abord de pharmacie, puis de littérature; ayant pu réussir à faire jouer un vaudeville à Lyon, il vint à Paris avec une nouvelle œuvre, une tragédie, et semblait vouloir se consacrer aux lettres, quand les conseils de Saint-Marc Girardin l'en dissuadèrent. Claude Bernard prit alors ses inscriptions de médecine et fut reçu interne des hôpitaux au concours de 1839 ; il fut ainsi collègue de plusieurs de nos maîtres actuels. L'exercice de la médecine ne semblait cependant pas fournir à Cl. Bernard la satisfaction scientifique dont son esprit était avide, ni même donner une mesure exacte de sa véritable valeur: en 1843, Cl. Bernard était reçu docteur en médecine, depuis deux ans déjà il était attaché au laboratoire de Magendie à titre de préparateur.

Désormais Cl. Bernard se trouvait sur son véritable terrain, celui de l'expérimentation physiologique ; il devait y introduire une justesse d'appréciation et une précision opératoire qui signalèrent bientôt ses travaux et firent de lui un maître indiscuté à l'âge où tant d'autres n'ont encore qu'une personnalité confuse: pendant quelques années on put croire que Cl. Bernard n'abandonnait pas toute idée de pratique médicale, et ce n'est qu'en 1853 que, passant son doctorat ès-sciences, l'illustre physiologiste renonça pour toujours aux titres chirurgicaux qu'il avait recherchés jusque-là.

A cette époque, comme aujourd'hui, et même plus que maintenant, le culte de la science pure ne servait que de peu les intérêts matériels ; peut-être eussions-nous eu un grand génie de moins, peut-être Bernard fût-il retourné dans son pays natal, si l'on n'eût créé pour lui une chaire de physiologie générale à la Faculté des Sciences ; il y ouvrit son premier cours en février 1854 ; le succès de ces leçons fut grand ; on trouvait réunies chez Claude Bernard toutes les qualités du professeur ; méthode précise, délicatesse expérimentale, et jusqu'à l'habitude de l'enseignement que lui valait la suppléance du cours de Magendie dont il était chargé depuis 1847.

A partir de ce moment Claude Bernard parvint successivement aux plus hautes positions scientifiques: nommé en 1854 membre de l'Académie des Sciences, à la place de P. Roux, il occupait en 1855 la chaire de Magendie au Collége de France, et disposait en maître de cet humble laboratoire, son unique ambition depuis quatorze ans. En décembre 1868, Claude Bernard devint professeur au Muséum ; de ses deux chaires précédentes, il ne conservait que celle du Collége de France et installait dans celle de la Sorbonne son élève M. Paul Bert. Les titres honorifiques de Claude Bernard s'accroissaient chaque jour ; reçu membre de l'Académie de médecine en 1861, il devenait président perpétuel de la Société de biologie en 1867, et entrait à l'Académie française en 1869, en remplacement d'un autre physiologiste, Flourens, celui auquel nous devons de si intéressantes recherches sur l'ostéogénie et la découverte du nœud vital. Nommé commandeur de la Légion d'honneur en 1867, Cl. Bernard était en 1869 promu sénateur. Il fut du reste toujours éloigné de la politique, et devait cette nomination non pas à ses tendances dynastiques, mais plutôt à l'éclat qu'une telle adjonction devait apporter au corps qu'il honorait de sa présence.

L'œuvre scientifique de Claude Bernard est considérable; elle comprend de nombreux volumes, universellement connus et appréciés, véritables modèles de science expérimentale, et qui pendant plus de trente ans ont eu le singulier privilége de répandre la phy-

© BIU Santé

siologie, de la faire aimer et de la faire comprendre à ceux qui débutaient, tout en servant peut-être encore plus au développement intellectuel de ceux qui, connaissant les faits, voulaient les apprécier à leur juste valeur : c'est ce caractère de simplicité savante, de clarté, de précision sans aridité, qui fait de l'œuvre de ce grand génie un monument sans analogue, un tout homogène dont chaque partie constitue cependant à elle seule un ouvrage d'un mérite suffisant pour assurer la célébrité à son auteur.

Claude Bernard a successivement abordé tous les points de la physiologie et de la biologie : c'est le *suc gastrique* (1) qu'il étudie dans une de ses premières publications ; bientôt ce seront la *salive*, le *suc intestinal*, l'*action des nerfs sur la digestion*, la *respiration*, la *circulation* (2) ; ainsi se trouvent élucidés les principaux phénomènes de la digestion ; plus tard viendra le *pancréas* dont il recherchera les fonctions, dont il démontrera la véritable nature en 1849, dans un mémoire qui lui valut pour la première fois le grand prix de physiologie (3). Il obtenait pendant quatre ans de suite cette suprême distinction, de 1851 à 1853. C'est aussi de 1849 que date la découverte de la *fonction glycogénique du foie* et celle, si surprenante, de la *reproduction artificielle du diabète par piqûre du plancher du 4e ventricule* (4).

Cette étude du diabète fut constamment reprise par Claude Bernard ; à des contradictions nombreuses, il opposait sans cesse d'innombrables et victorieuses expériences, éliminant chaque cause d'erreur, agissant toujours de bonne foi, sincèrement, comme s'il eût dû combattre lui-même sa propre théorie, et l'asseyant ainsi par ce contrôle incessant des faits, sur une base assez solide pour en faire une vérité physiologique admise aujourd'hui sans conteste par la très-grande majorité des savants (5).

Découvrir le rôle de toutes les glandes de l'intestin, trouver la glycogénie hépatique, en démontrer les origines, ce serait déjà là de quoi rendre un physiologiste aussi célèbre que Flourens ou Magendie ; Claude Bernard était infatigable, les découvertes naissaient pour lui des faits, même observés attentivement par ses prédécesseurs ; c'est ainsi, qu'en répétant les travaux de Pourfour du Petit sur le grand sympathique, il arrivait à découvrir les *vaso-moteurs*, point de départ de tant de recherches dont les applications fécondes commencent déjà à être appréciées en pathologie (6) : citons la page dans laquelle il rend compte lui-même de cette découverte fondamentale, c'est la meilleure façon de faire comprendre comment il déduisait d'un fait expérimental les conséquences méconnues par ses prédécesseurs :

« ..... Je fis donc la section du grand sympathique dans le cou sur un lapin, pour contrôler mon hypothèse et voir ce qui arriverait relativement à la calorification dans le côté de la tête où se distribue ce nerf. J'avais été conduit, ainsi qu'on vient de le voir, en me fondant sur la théorie régnante et sur des observations antérieures, à faire l'hypothèse que la température devait être abaissée par la section de ce nerf sympathique. Or, c'est précisément le contraire qui arriva....., le résultat était donc exactement contraire à celui que mon hypothèse déduite de la théorie m'avait fait prévoir ; mais alors je fis comme toujours, c'est-à-dire que j'abandonnai aussitôt les théories et les hypothèses pour observer et étudier le fait en lui-même, afin d'en déterminer aussi exactement que possible les conditions expérimentales..... (1). »

Claude Bernard étudiait bientôt les principaux nerfs (2), contrôlait les expériences de Bell, de Flourens, de Magendie, et apportait dans la délicate étude de la physiologie du système nerveux cette clarté et cette sûreté d'expériences qui ont tant contribué à remplacer par des données positives les idées si vagues des anciens physiologistes pour tout phénomène d'ordre vital ou supposé tel (3). Par ses recherches sur les centres nerveux, le professeur du collége de France était conduit à s'occuper vers la même époque, des *poisons* et de leur *action* : de là de nouvelles expériences et un livre nouveau (4) traitant de l'*oxyde de carbone*, du *Curare*, de la *Strychnine*, de la *Nicotine*, de l'*Ether* et de l'*Alcool*. Le curare devenait malgré sa rareté, un des poisons les mieux connus, et, heureusement pour la science, un des plus précieux dans le laboratoire.

En 1859, Claude Bernard publiait un de ses principaux ouvrages, celui qui traite des *propriétés physiologiques et des altérations des humeurs normales de l'homme* (5) ; c'était, là encore, donner une base à des recherches nouvelles ; la tendance actuelle à faire l'analyse des liquides organiques a été inspirée par la lecture de cet ouvrage et régentée d'avance par les règles de méthode qui y sont contenues : cette règle générale d'expérience procédait de celle préconisée par le grand professeur dans son cours au collége de France (6) ; elle fut développée dans un ouvrage ultérieur, dans ce livre dont le titre seul suffirait à indiquer les tendances (7), et qui comprend, outre le cours fait en 1859-60 au Collége de France, une série de leçons d'ouverture consacrées au même sujet.

Depuis cette époque, Claude Bernard a publié encore plusieurs ouvrages sur des sujets mis à l'ordre du

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1844.
(2) *Comptes-rendus de la Société de biologie*, 1844 à 49.
(3) *Recherches sur les usages du pancréas.* (*Comptes-rendus* 1849). Publié en 1856, in-4°.
(4) *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, 1849.
(5) *Du Diabète*, 1877. Voir *Progrès médical*, 1877, p. 626.
(6) *Recherches expérimentales sur le grand sympathique et sur l'influence de la section de ce nerf sur la chaleur animale.* 1854, in-8°. (Ces recherches sont de 1852.)

(1) *Introduction à la médecine expérimentale*, p. 297.
(2) *Fonctions du spinal ou accessoire de Willis*, T. XI, *Académie des sciences*, 1851.
(3) *Leçons sur la Physiologie et la pathologie du système nerveux*. 2 vol. 1858.
(4) *Leçons sur les substances toxiques et médicamenteuses*, 1857.
(5) *Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme*, 2 vol. 1859.
(6) *Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine*, 2 vol. 1855-1856.
(7) *Leçons de pathologie expérimentale*, 1872.

© BIU Santé

jour par son enseignement, ou dont il poursuivait l'étude physiologique tandis que les médecins en observaient les particularités cliniques: un de ces ouvrages est consacré à l'*Anesthésie* (1), l'autre à la *Calorification* (2).

Nous n'oserions entrer dans le détail de ces ouvrages que tout le monde possède et admire. Nous nous contenterons de faire remarquer combien est une la méthode scientifique de l'illustre savant, combien partout dans ses leçons il laisse parler haut l'expérience, comment il s'incline devant les faits, tout en les contrôlant: combien l'équation individuelle est diminuée, comment les causes d'erreur se contrebalancent l'une l'autre, si elles ne peuvent être écartées, non pas que Claude Bernard, dans ses cours oraux ou écrits ait été autoritaire, non pas qu'il ait jamais imposé son expérience à celle du plus humble de ses élèves ; ne dit-il pas lui-même : (3) « Un semblable cours devra être fait en dehors de toute préoccupation systématique, son unique objet sera de tenir la science dans la voie du progrès en montrant tout ce qui reste à étudier, afin de faire naître dans l'esprit des jeunes savants le désir des découvertes, qu'en raison même de sa nature et de son but l'enseignement dogmatique ne saurait éveiller..... » et ailleurs, parlant avec trop de modestie de ses œuvres, il ajoute ces mots charmants..... « Par ces leçons on aura la simple narration de ce qui se passe dans l'intérieur du laboratoire et de l'amphithéâtre d'un physiologiste qui travaille et discute la science..... »

Et pourtant il s'agit d'un homme qui a fait à lui seul autant de découvertes peut-être que tous ses prédécesseurs, qui a professé durant de nombreuses années, a écrit dix ouvrages de physiologie, un *Traité de médecine opératoire* (4), et nombre de mémoires présentés à tant de sociétés savantes!

Outre leur valeur scientifique, outre les données précises qu'elles fournissent à la pathologie, les œuvres de Cl. Bernard ont une grande portée philosophique : elles démontrent combien la science s'élève, à quels résultats elle peut légitimement prétendre, lorsque, s'affranchissant des liens étroits du dogme ou de la tradition, — ce qui revient au même, — elle ne s'appuie plus que sur les résultats certains d'une expérimentation souvent répétée : appliquée à la physiologie. Cette méthode est celle de Bernard, mais, en thèse générale c'est celle de Bacon, celle de Descartes, celle des esprits qui n'admettent pour vrai que ce qui est rigoureusement démontré ; qu'ils s'appellent Lavoisier ou Bernard, ce sont des créateurs quand ils trouvent une science en voie de formation : c'est à eux qu'il appartient d'en vérifier les éléments par l'expérience et d'en chasser l'hypothèse, le jour où, cessant d'être la formule des faits, elle tend à les fausser pour les asservir à ses vues.

Aussi avons-nous été étonné de voir une certaine presse réclamer ce grand savant comme un des siens : Claude Bernard ne s'était jamais occupé de philosophie abstraite, aussi n'avait-il pas à déclarer s'il était spiritualiste ou matérialiste, mais il semble bien évident qu'il n'était pas vitaliste, nous n'en voulons d'autre preuve que la situation suivante (1) :..... « Le phénomène vital n'est donc tout entier ni dans l'organisme seul, ni dans le milieu seul ; c'est en quelque sorte un effet produit par l'organisme vivant et le milieu qui l'entoure ;..... » puis il combat plus loin les idées de Barthez et de Blumenbach et ajoute : « Le principe vital n'est après tout qu'une qualité occulte dont rien ne prouve l'existence. »

C'est qu'en effet, par sa conception synthétique de la nature des tissus et de leurs propriétés biologiques, Claude Bernard s'est élevé jusqu'à la véritable philosophie dans l'ouvrage précité et dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.* » La forme des ouvrages de Bernard se ressentait de ses velléités littéraires ; elle lui fit ouvrir les portes de l'Académie française en 1868, mais ce n'est qu'en 1869 que, dans son discours de réception, le grand physiologiste pouvait arborer le drapeau de l'expérimentation. Car c'était surtout un expérimentateur que Claude Bernard ; sans cesse il revoyait ses propres travaux et les complétait par de nouveaux résultats, retranchant sans difficulté ce qui était même probable et n'admettant d'autre loi que celle qui dérivait des faits : aussi toutes ses idées sont-elles entrées dans le courant de la science, et à ce point, qu'au premier abord, certaines de ses découvertes en semblent moins éclatantes ; mais, si l'on considère l'état de la question avant lui, on n'y trouve que confusion et contradiction : c'est le propre du beau que d'être le simple dans le domaine du vrai comme dans celui de l'art.

La perte que fait la physiologie, celle que pleure le corps médical, celle qui afflige la France est donc irréparable. Frappé au milieu de ses travaux, sans avoir le temps de coordonner, de revoir les nombreux matériaux qu'il désirait consacrer à son grand ouvrage de physiologie générale, Claude Bernard est mort en savant sur la brèche, en pleine activité scientifique, sans rien avoir perdu de sa grande intelligence, sans avoir été un instant au-dessous de lui-même. Ce qu'une perte semblable est pour la science, ce qu'un semblable deuil a d'universel, a de suite frappé l'esprit public, et de toutes parts l'admiration et la sympathie respectueuse de tous ont éclaté en témoignages unanimes. L'Etat, s'associant à cette pensée commune, a résolu de donner aux obsèques de ce savant qui avait tant

(1) *Leçons de pathologie expérimentale*, 1872.
(2) *Leçons sur les anesthésiques et l'asphyxie*, 1875.
(3) *Cours de physiologie expérimentale*, page VI, Tome II et page VII, Tome I.
(4) *Traité iconographique de médecine opératoire*, 1866 (en collaboration avec Huette (de Montargis).

(1) *Leçons sur les propriétés des tissus vivants*, 1866, p. 6, 77.

© BIU Santé

illustré son pays, une consécration de premier ordre à laquelle, tout esprit de parti cessant, la Chambre des Députés et le Sénat se sont unanimement associés.

Pour nous, médecins et hommes de science, la perte est encore plus sensible; celui qui vient de mourir n'était-il pas notre maître, et notre représentant le plus autorisé; n'avait-il pas acquis, par un singulier privilége, une sorte d'immortalité de son vivant même; n'était-il pas le physiologiste par excellence, l'expérimentateur intègre qui venait opposer aux théories spéculatives les résultats des recherches positives? Claude Bernard, homme de bien, savant indiscuté, ne devait-il pas occuper dans notre siècle la place que Haller, que Lavoisier avaient conquise dans les siècles précédents?

A défaut de l'homme, il nous reste cependant la méthode : Claude Bernard n'est pas mort tout entier; il nous manquera toujours ses derniers ouvrages, mais nous avons dans les premiers le germe d'une moisson abondante; imitons donc sa naïveté perspicace, suivons les règles d'observation précise qu'il nous a tracées; ce sera la meilleure façon d'honorer la mémoire d'un homme qui semblait porter en lui le génie de la physiologie, et qui, selon la parole d'un homme d'Etat éminent, fut une lumière qu'on ne saurait complétement remplacer. H. DE BOYER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 février 1878. — PRÉSIDENCE DE M. HOUËL.

M. HAYEM entretient la Société d'un certain nombre de particularités relatives aux hématoblastes. Frappé de ce fait qu'ils paraissent être le point de départ de la formation de la fibrine, M. Hayem rechercha si les agents qui retardent la coagulation du sang ne sont pas aussi capables de retarder leur altération. Il a réussi par le froid. En opérant à une température basse, par exemple dans les jours froids de cette semaine, il a pu les conserver pendant plusieurs heures. On voit alors entre les piles de globules rouges, ces corpuscules isolés ou en groupes, de forme variable, en bâtonnet, en amande, discoïdes, quelques-uns biconcaves. Au bout d'un certain temps ils pâlissent, deviennent épineux ou se plissent. Plus tard à leur place on trouve un réticulum. Du reste ici aussi les préparations de sang desséché sont excellentes et permettent de bien étudier les hématoblastes. Ceux-ci comme les globules rouges ont les mêmes dimensions à l'état sec et à l'état humide: les globules blancs non.

M. BOCHEFONTAINE relate une expérience faite en juillet 1877 au laboratoire de M. Vulpian et qu'il est intéressant de rapprocher des recherches de MM. Franck et Pitres. Elle prouve que certains faisceaux blancs aboutissant aux centres moteurs sont directement excitables. L'excitation de la couche optique ne donna lieu à aucun phénomène appréciable: celle du corps strié amena un trouble des mouvements respiratoires et du rhythme cardiaque.

M. Bochefontaine communique ensuite au nom de M. MOURIER, une note sur les propriétés du bromhydrate de cicutine. La cicutine en injections a une action locale trop vive pour pouvoir être utilisée: le bromhydrate est inoffensif à ce point de vue, mais exerce la même influence paralysante que l'alcaloïde. Du reste toutes les cicutines du commerce sont loin de produire les mêmes effets; celle d'Allemagne est la moins énergique.

M. JOLYET a constaté que la cicutine, corps chimiquement défini, a une action analogue à celle du curare.

M. KUNCKEL donne la description d'un dispositif nouveau à l'aquarium. Il insiste, ainsi que M. Bert, sur l'influence très-favorable qu'exerce sur la pureté de l'eau, le passage de l'air à travers le liquide.

M. RABUTEAU a étudié les propriétés de l'iodure d'éthyle. C'est un corps très-instable à la lumière; il produit une anesthésie lente et prolongée. Son injection est rapidement suivie du passage de l'iode dans les urines.

MM. MORA et DASTRE font une longue et intéressante communication sur les vasomoteurs périphériques.

L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 février 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

Après la lecture du procès-verbal de la dernière séance et le dépouillement de la correspondance, M. le président annonce à l'Académie la perte immense qu'elle vient de faire en la personne de Claude BERNARD. La séance est immédiatement levée en signe de deuil. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 30 novembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

3. Parésie du membre supérieur droit. — Hémiplégie faciale inférieure droite, survenue lentement sans phénomènes cérébraux appréciables. — Mort. — Autopsie: Tuberculose méningée en plaque occupant la partie inférieure de la scissure de Rolando (1). Tubercules et petits noyaux caséeux dans les deux poumons. Néphrite caséo-tuberculeuse du rein droit : deux granulations tuberculeuses dans le rein gauche ; par L. LANDOUZY.

L... Louis-Etienne, 58 ans, cordonnier, entré à la Charité (Clinique de M. Hardy), le 21 novembre, pour une faiblesse considérable survenue, il y a quelques jours, dans le membre supérieur droit, « après que la bouche, tirée du côté gauche, » avait fort gêné l'alimentation et la parole. »

Cette paralysie de la face et du bras s'est montrée sans phénomènes bien appréciables, sans perte de connaissance, sans difficulté aucune pour l'énoncé des mots (pas d'aphasie), sans maux de tête: cependant, L..., qui ne se dit pas malade, trouve, que depuis le commencement du mois, il n'est pas dans son assiette ordinaire : son appétit, son entrain, son état général diffèrent de ce qu'ils sont d'ordinaire. Pas de paralysies ni de perte de connaissance antérieures.

Commissure labiale gauche entraînée vers l'oreille gauche: L... parle assurément avec plus de difficultés que n'en ont les malades atteints d'hémiplégie : ces difficultés doivent être en grande partie rapportées à un dentier qu'il est obligé de réassujétir, à chaque instant, avec la main gauche. Pas de déviation de la langue ou du voile du palais.

Tout le membre supérieur droit semble lourd au malade qui dit ne point éprouver d'autres sensations, n'avoir ni douleur, ni fourmillements. Aucune contracture.

L... exécute lentement, lourdement, à peu près tous les mouvements qui lui sont commandés, et fait jouer les différents segments de son membre les uns sur les autres, mais il le fait péniblement et sans force, à telle enseigne que le bras reste presque toujours étendu le long du corps. De la main droite, L... serre si faiblement que c'est à peine si l'on sent son étreinte, tandis qu'à gauche, la poigne est vigoureuse.

Aucun trouble de sensibilité. Température objective et sub-

(1) Voir le schéma des lésions cérébrales dans l'Album de la Société.

© BIU Santé

jective la même que dans le membre supérieur gauche. Pouls radial droit semblable au pouls gauche: radiales dures, noueuses, manifestement athéromateuses: commencement d'arc sénile. — Intégrité absolue des membres inférieurs: L... n'a jamais rien ressenti dans la jambe droite qui le porte aussi vigoureusement que la jambe gauche. — Pas de douleurs de tête, pas de bourdonnement d'oreilles.

Respiration normale comme fréquence: L... dit tousser quelque peu depuis plusieurs semaines: à peine quelques râles disséminés dans la poitrine avec prédominance vers les régions supérieures: pas d'expectoration. Battements du cœur un peu forts, secs et parcheminés à la base. Tube digestif indemne.

L... dit uriner fréquemment, plus fréquemment qu'autrefois: assez souvent la miction est quelque peu douloureuse, de plus, les urines donnent un dépôt blanchâtre.

L'examen des urines montre que le dépôt assez abondant est formé en presque totalité de cristaux d'acide urique, d'urates et de phosphates de chaux: les urines essayées par l'ammoniaque ne se prennent pas en gelée, de plus, l'examen microscopique y décèle fort peu de leucocytes.

L... affirme n'avoir jamais ressenti de douleurs aiguës du côté des reins ou de la vessie, mais souffrir, depuis longtemps déjà, de malaises et de pesanteurs qui se font sentir dans les lombes: la palpation ne provoque pas de douleur: jamais de sang dans les urines, jamais le moindre œdème.

En présence des commémoratifs fournis par le malade, étant donnés ses antécédents, son âge, le mode d'évolution de ses accidents parétiques, ses artères athéromateuses, son état général, en somme, assez bon, on se rattache à l'idée d'une thrombose artérielle, d'une ischémie cérébrale causée par un athérome des vaisseaux irriguant les parties inférieures de la région motrice de l'hémisphère gauche.

Pour ce qui est des troubles urinaires, on les met sur le compte d'un certain degré de néphrite interstitielle calculeuse.

Les jours suivants même état général, même état parétique du membre supérieur droit qui peut se mouvoir mais sans habileté et sans force. Le 27 novembre (six jours après l'entrée du malade à l'hôpital), L... est pris de subdélire, marmotte des phrases sans suite, se lève à plusieurs reprises et se promène en chemise dans la salle.

28 novembre. Pouls un peu fréquent, tempér. rectale 38°, 4: même état, bras toujours en paralysie flasque.

L.., tousse un peu: râles un peu plus nombreux, prédominant dans les régions supérieures et postérieures du thorax.

Les urines déposent davantage: le dépôt est le même que lors de l'entrée à la Charité. Peu d'appétit : sommeil troublé par un peu de délire de paroles.

Les jours suivants, L... cesse de prendre aucune nourriture, la langue se sèche, la température s'élève (T. rectale 38°, 7), le subdélire est presque continu. La paralysie du membre droit est toujours la même, toujours flasque: peut-être l'hémiplégie faciale inférieure droite est-elle moins accusée: sa moindre apparence tient peut-être à ce que le malade ayant retiré son dentier, les joues et les lèvres ne sont plus soutenues ? — Mort le 30 novembre.

Autopsie. — *Encéphale* : Vaisseaux de la base peu athéromateux: les artères de l'hexagone sont perméables aussi bien que les origines des sylviennes.

Sur la pie-mère des régions supérieures et latérales des lobes frontaux, quelques rares granulations tuberculeuses isolées, du volume de la tête de petites épingles : pas d'exsudats autour de ces granulations.

En tous points la pie-mère a conservé son aspect, son épaisseur ordinaire, en tous points elle s'enlève facilement : la seule région qui présente des lésions appréciables est la partie qui correspond aux deux tiers inférieurs de la scissure rolandique de l'hémisphère gauche.

En ce point, la pie-mère apparaît moins lisse et plus foncée que partout ailleurs: elle est plus épaisse: ces caractères anomaux apparaissent encore plus manifestes quand on écarte les lèvres de la scissure.

En pénétrant dans le sillon de Rolando, par écartement des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante, on voit qu'il est rempli dans son fond et sur ses bords par une plaque ayant trois centimètres dans son plus grand diamètre vertical, plaque étendue depuis la partie inférieure du sillon jusqu'à l'union de son tiers moyen avec son tiers supérieur: cette plaque qui remplit le sillon en formant un véritable revêtement aux faces postérieure et antérieure des circonvolutions frontales ascendante et pariétale ascendante, est tout entière formée par l'accumulation de granulations tuberculeuses miliaires, blanc-grisâtre variant du volume d'une petite tête d'épingle à celui d'un fort grain de millet.

Au-dessous des granulations, la pie-mère est blanc-brunâtre, plus foncée dans les parties voisines, mais elle n'est ni pénétrée ni soulevée par un exsudat. La pie-mère peut être enlevée (avec les granulations qui se sont développées sur elle) sans entraîner la substance cérébrale qui ne paraît point enflammée, son aspect est un peu rosé-ponctiforme : les branches des sylviennes sont perméables et ne sont engainées ni par des granulations ni par des manchons d'exsudats puriformes.

En somme, il s'agit ici d'une poussée de granulations tuberculeuses dont l'éclosion s'est faite en masse dans la scissure de Rolando du côté droit : il s'agit ici de tuberculose méningée sans participation appréciable des méninges et de l'encéphale, sans méningo-encéphalite concomitante et secondaire.

Thorax : Poumons. Infiltration tuberculeuse peu étendue et commençante très-nette des deux sommets avec quelques noyaux caséeux du volume de gros pois.

Cœur : Volume moyen. Etat dépoli des valvules sigmoïdes : plaques scléreuses sur la crosse aortique et l'aorte abdominale.

Rein droit : Volume normal. La décortication se fait difficilement en entraînant des lambeaux de la substance corticale parsemée de petits abcès du volume de têtes d'épingles. A la coupe, la substance corticale apparaît creusée de véritables cavités et de petits foyers caséo-purulents. Pas de calculs, mais en deux points, granulations tuberculeuses évidentes. — *Rein gauche* : Dans la substance corticale une granulation blanc-jaunâtre du volume d'une tête d'épingle.

Remarques. — Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : au point de vue clinique en ce sens que la tuberculose a évolué sourdement, presque silencieusement comme elle le fait, parfois, chez le vieillard; au point de vue de la physiologie pathologique et de la question des localisations cérébrales, car si le diagnostic n'a pas été confirmé en tant que *nature* de la lésion, il a été vérifié de tous points en tant que *siége* des lésions qui ont produit les phénomènes parétiques de la face et du membre supérieur du côté droit : ce sont là des considérations qu'a développées M. Hardy en rappelant l'histoire du malade et en montrant aux élèves le siége et l'étendue des lésions (Clinique de la Charité, 4 décembre).

4. Lésion de l'écorce cérébrale avec extension au centre ovale. — Accidents épileptiformes. Hémiplégie; par Charles Mayorier, interne des hôpitaux.

Allègre Geneviève, âgée de 36 ans, de profession suspecte, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 17 octobre 1877, (service de M. Mesnet.) La malade n'est pas alcoolique et nie tout antécédent syphilitique. Elle déclare être souffrante depuis dix-huit mois environ, et fait remonter l'origine de son état actuel à des coups qui lui auraient été portés sur le côté gauche de la tête. Elle aurait reçu à plusieurs reprises de violents coups de poing en cet endroit, et depuis ce moment, elle a ressenti des douleurs localisées à la région pariétale gauche. Peu de temps après sont survenues des attaques épileptiformes, se renouvelant assez fréquemment surtout la nuit (chute subite, convulsions, écume et morsures de la langue, etc.) — Enfin, il y a à peu près quatre mois, elle s'est aperçue que son côté droit était plus faible que le gauche, et cette paralysie, d'abord peu marquée a augmenté progressivement.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente l'état suivant : céphalalgie assez vive, nettement localisée à la partie gauche du crâne; hémiparésie de tout le côté droit du corps, y compris la face. La jambe droite est beaucoup plus faible que la

© BIU Santé

gauche; la malade marche en fauchant. Le bras droit pend à peu près inerte; cependant son élévation est possible jusqu'à la hauteur du visage; enfin, dans la moitié droite de la face, les traits sont étalés, sans rides, la commissure labiale est abaissée, etc.; mais l'orbiculaire des paupières a conservé toute son action. La langue est légèrement déviée du côté paralysé; la parole est un peu embarrassée. L'intelligence est nette et la mémoire paraît fidèle. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité dans les parties paralysées.

L'état général est bon, les urines sont normales et ne contiennent ni sucre, ni albumine. Dès les premiers jours de son entrée à l'hôpital la malade est prise d'attaques convulsives, ayant lieu particulièrement la nuit. Elle en a une à peu près tous les trois ou quatre jours.

L'état reste le même jusque vers le 25 novembre; à partir de ce jour, les attaques deviennent bien plus nombreuses; il y en a quatre dans la nuit du 25 au 26 novembre, quatre encore dans la nuit du 26 au 27. Elles augmentent les jours suivants, et le 29 novembre, il se produit durant toute la journée une série d'accès subintrants.

Pendant ces accès, la malade présente l'aspect suivant : d'abord convulsions toniques de deux à trois secondes de durée, puis convulsions cloniques prédominant d'une façon remarquable dans le côté paralysé. Le pouce est dans la paume de la main, entouré par les autres doigts. La tête se tourne du côté de l'hémiplégie, par conséquent à droite et un peu haut; les yeux sont convulsés dans le même sens. Par moments, les accès se bornent à des convulsions limitées à la face, sans que les muscles des membres y prennent part. Ces convulsions ont pour siége presque exclusif le côté droit de la face. — La mort a lieu dans le coma le 30 novembre à 9 h. du matin.

Autopsie. — Les viscères abdominaux sont sains; les poumons et le cœur ne présentent aucune lésion appréciable; mais sur l'aorte, dans une assez longue étendue existent des plaques athéromateuses, s'arrêtant nettement au niveau des valvules sigmoïdes qui sont indemnes. En quelques points de petites dilatations anévrysmales se sont déjà produites.

Cavité crânienne. La dure-mère est saine, la pie-mère assez fortement congestionnée; elle se décortique facilement, sauf en un point qui occupe la partie externe de l'hémisphère gauche. A cet endroit, elle est grisâtre, épaissie et résistante, et un peu enfoncée dans la substance cérébrale, à laquelle elle adhère intimement dans une étendue de la largeur d'une pièce cinq francs. Ce point correspond exactement à *la partie inférieure des deux circonvolutions frontale et pariétale ascendante* et à la partie moyenne de la scissure de Sylvius dont les deux lèvres sont accolées.

Sur les coupes verticales on constate que dans les deux tiers inférieurs la lésion intéresse la substance grise seule: mais vers sa partie supérieure, elle se prolonge en outre dans cette portion du centre ovale désignée d'après la nomenclature de M. Pitres sous le nom de *faisceau fronto-pariétal moyen.*

Cette lésion, dont l'examen histologique n'a pu être fait, offre tous les caractères d'une cicatrice; en effet, la pie-mère est déprimée à son niveau et confondue avec la substance cérébrale, qui présente un aspect jaunâtre avec quelques points ocreux plus foncés. Si l'on écarte l'idée d'une gomme ramollie et cicatrisée, puisque la malade niait tout accident spécifique et que d'ailleurs on n'a pu trouver en aucun autre point de l'économie de traces de la diathèse syphilitique, l'hypothèse la plus admissible est celle d'une lésion traumatique.

Réflexions. — Cette observation est surtout intéressante en ce qu'elle s'accorde parfaitement avec les données récentes sur les localisations de l'écorce cérébrale et du centre ovale. En effet, d'après les théories actuelles, la lésion du pied des circonvolutions frontale et pariétale ascendante rend compte de la paralysie faciale, et son extension au faisceau fronto-pariétal moyen du centre ovale suffit pour expliquer la paralysie des membres observée pendant la vie.

M. Dupuy présente un *cancer de la rate.* L'observation n'a pas été remise.

M. Gaucher présente une *hémorrhagie cérébrale.* L'observation n'a pas été remise.

Séance du 14 décembre. — Présidence de M. Charcot.

6. Anomalie de développement d'un pariétal; déformation oblique ovalaire et déformation latérale particulière du crâne; par Ch. Féré, interne des hôpitaux.

La pièce que je présente tire son intérêt de ce qu'elle offre une anomalie de développement rare, puisqu'on n'en voit que trois exemples au Musée d'anthropologie dont un sur un fœtus et deux sur des crânes adultes provenant de la collection Esquirol; cette anomalie a pour conséquence une déformation spéciale que je n'ai trouvée décrite nulle part. C'est un crâne d'enfant du sexe masculin mort-né à terme, dont le corps ne présentait aucun vice de conformation appréciable, autant qu'on en pouvait juger sans dissection.

Sur la tête recouverte de ses téguments, on remarquait dans la région pariétale gauche, une dépression linéaire antéro-postérieure, analogue à celle qui correspond à la suture sagittale et à peu près parallèle à celle-ci. Le crâne étant mis à nu, on lui trouve les dimensions suivantes;

Diamètre longitudinal maximum	108 mm.
» transversal maximum	90
» oblique droit maximum	107
» oblique gauche maximum	102
Circonférence maximum	300

(Les deux demi-circonférences sont rigoureusement égales).

Le *pariétal gauche* est divisé par une suture longitudinale supplémentaire située à 46 mm. en dehors de la suture sagittale à sa partie antérieure et seulement à 40 mm. à sa partie postérieure. A première vue, les deux pariétaux paraissent inégaux; mais les différences sont rendues plus appréciables par la mensuration:

Longueur à la partie inférieure suivant une ligne horizontale passant par le bord de l'écaille du temporal; à droite	58 mm.
à gauche	60
Longueur à la partie supérieure à un centimètre en dehors de la suture sagittale; à droite	80
— à gauche	80
Bord antérieur; à droite	80
— à gauche	90
Bord postérieur; à droite	62
— à gauche	70
De l'angle antéro-inférieur à l'angle postéro-supérieur; à droite	100
à gauche	110
De l'angle antéro-supérieur à l'angle postéro-inférieur; à droite	97
à gauche	102
Hauteur à la partie moyenne; à droite	82
— à gauche	97

La bosse pariétale est beaucoup moins saillante à gauche qu'à droite. En outre la position de cette bosse diffère des deux côtés: le point le plus proéminent est situé à gauche plus en avant et sur un plan inférieur.

Distance du sommet de la bosse pariétale au bord antérieur de l'os; à droite	29 mm.
à gauche	23
Distance du même point au bord inférieur du pariétal; à droite	27
à gauche	19

La forme générale des deux pariétaux est aussi différente si on considère le crâne suivant son diamètre vertico-transversal, on voit que la convexité du pariétal gauche forme une courbe à peu près régulière qui se rapproche sensiblement d'un segment de circonférence; tandis que le pariétal droit présente un contour anguleux, le sommet de l'angle correspondant à la bosse pariétale.

On a remarqué que vers son bord inférieur, le pariétal gauche offre une longueur de 2 mm. de plus que le droit; cette différence qui aurait entraîné une inégalité entre les deux demi-circonférences du crâne, est compensée par une *asymétrie de l'occipital* qui a une largeur plus considérable à droite (32 mm.) qu'à gauche (30 mm.); grâce à cette autre anomalie, les proportions se trouvent exactement rétablies. Les deux frontaux ont les mêmes dimensions en largeur, mais

© BIU Santé

le droit est beaucoup plus bombé et la bosse frontale est notablement plus saillante de ce côté.

On se rend bien compte des différences de forme que présentent, malgré l'égalité de leur longueur, les deux demi-circonférences du crâne, si, après avoir moulé avec un ruban de plomb la courbure de chacune d'elles, on les inscrit l'une sur l'autre en renversant la seconde de telle sorte que les deux convexités soient tournées du même côté. On voit ainsi que le contour de la bosse frontale droite dépasse de 2 mm. en avant celui de la bosse frontale gauche, tandis que le point qui correspond à l'extrémité postérieure du diamètre oblique est, au contraire situé 3 mm. plus en arrière à gauche. On retrouve donc indirectement, par ce procédé, la différence des deux diamètres obliques.

Il existe donc une *déformation oblique ovalaire* du crâne bien manifeste. Mais la déformation principale est une *déformation latérale à type particulier*, produite par l'exagération des dimensions verticales du pariétal anormalement développé.

L'asymétrie peut se constater aisément en mesurant transversalement la convexité du crâne, suivant un plan vertical perpendiculaire au plan alvéolo-condylien et passant par le centre des deux cercles tympanaux. Cette courbe bi-auriculaire qui, chez le nouveau-né ne passe pas par le bregma comme chez l'adulte, mais beaucoup plus en arrière, présente ici une longueur totale de 225 mm. La suture sagittale n'occupe pas, à beaucoup près, le milieu de cette courbe ; la partie située à gauche a 120 mm. de long, la partie droite seulement 105 mm. Ces chiffres montrent bien que la déformation latérale est de beaucoup plus importante que la déformation oblique ovalaire.

Cette déformation latérale du crâne est sous la dépendance de l'exagération des dimensions verticales du pariétal due à la présence d'une suture supplémentaire, qui, elle-même, est la conséquence d'une anomalie de développement. Si, en effet, on examine de près ce pariétal gauche formé de deux pièces, on voit qu'au lieu de présenter un seul point d'ossification primitif correspondant à la bosse pariétale et d'où partent des fibrilles qui divergent vers les différents points de la périphérie de l'os, il existe deux centres d'irradiation de fibrilles : un pour la pièce inférieure correspondant à la bosse pariétale qui, on l'a déjà vu, n'occupe pas une position symétrique à celle du côté opposé ; et un autre pour la pièce supérieure situé sur un plan un peu postérieur. Au niveau de la ligne de séparation des 2 pièces, les fibrilles s'engrènent comme aux autres sutures ; il s'agit donc bien d'une véritable *suture médio-pariétale* située à la limite d'envahissement des deux points d'ossification primitifs.

Or, on admet généralement que, bien que la croissance interstitielle semble démontrée (Gudden : *Recherches expérimentales sur la croissance du crâne*; trad. Forel, 1876), le développement des os du crâne se fait surtout par les bords suturaux ; l'accroissement se fait par l'allongement des fibrilles, et les expériences de M. Gudden (*Ibid.*, p. 9). prouvent seulement que l'excision de l'extrémité terminale de ces fibrilles est impuissante à l'empêcher. On pouvait théoriquement déduire de là que lorsque les sutures, et par conséquent l'étendue des bords suturaux se multiplient, la croissance doit s'exagérer en proportion, d'où il résulte une déformation de la boîte crânienne. Cette pièce et quelques autres qui présentent avec elle la plus grande analogie, viennent prouver matériellement cette hypothèse et donnent tort à M. Gudden qui nie l'accroissement par les bords suturaux. Du reste le mode d'expérimentation et le raisonnement de cet auteur (*Loc.cit.*, p. 11.) me paraissent absolument vicieux ; il pratique des sections avec le bistouri sur les os du crâne d'un jeune lapin et voyant que cette opération n'amène dans la suite aucune déformation, il conclut : que le nombre des sutures est sans influence sur la forme et le volume du crâne. Mais son opération a produit une fracture d'un genre spécial et non pas une suture supplémentaire ; car les sutures étant formées par la limite d'envahissement de deux points d'ossification primitifs, on ne peut pas en produire artificiellement.

L'influence de la suture médio-pariétale supplémentaire est surtout rendue bien manifeste par ce fait, que c'est dans le sens vertical que s'est faite l'exagération de développement, tandis que l'augmentation en longueur est très-peu importante. Il en résulte que la déformation de la courbe transversale ou bi-auriculaire est très-considérable; celle de la circonférence est au contraire beaucoup moins sensible, elle manque même complétement dans des cas analogues.

J'ai profité de cette occasion pour rechercher les modifications que la déformation oblique ovalaire apporte dans les rapports des sillons du cerveau avec les sutures du crâne. J'ai étudié ce point particulier par le procédé que j'ai indiqué précédemment (*Bul. soc. anat.*, 1877, p. 478.) et qui présente, comme on le voit, entre autres avantages, la possibilité d'étudier le cerveau en place et même de l'enlever tout en conservant le crâne entier. Voici les résultats que j'ai obtenus : les distances rolando-coronales inférieures étaient exactement les mêmes des deux côtés (15 mm.) ; les rolando-coronales supérieures étaient, à droite, 24 mm. ; à gauche, 28. De ces deux derniers chiffres, le moindre correspondant au plus grand diamètre oblique ; le sillon de Rolando était plus avancé du côté de la bosse frontale la plus saillante. Quant aux rapports du sillon occipito-pariétal avec le lambda, ils présentaient, comme on devait s'y attendre, une différence qui concorde avec la première. Le sillon droit s'avance de 13 mm. en avant du lambda ; le gauche seulement de 10 mm. Il est vraisemblable qu'on retrouvera ces différences dans tous les cas de plagéocéphalie quelle qu'en soit la cause.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 février 1878. — PRÉSIDENCE DE M. F. GUYON.

M. POINSOT, membre correspondant, adresse à la Société un mémoire manuscrit ayant pour titre : *Etude clinique des tumeurs du testicule.*

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente au nom de M. BOURGEOIS, médecin-major au 17e de ligne, un travail relatif aux corps étrangers du conduit auditif externe. L'auteur propose, pour l'extraction des corps étrangers logés profondément, l'emploi d'un instrument particulier qu'il désigne sous le nom de *forceps auris*. Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Tillaux, Marc Sée et Lucas-Championnière.

Désarticulation coxo-fémorale. M. VERNEUIL croit nécessaire d'ajouter quelques remarques à propos de la discussion soulevée dans la séance précédente. « Il y a, dit M. Verneuil, un premier point sur lequel tous les chirurgiens sont d'accord : faire la plus grande économie de sang dans la désarticulation de la cuisse. M. TILLAUX a parfaitement rempli cette première indication par le procédé employé, puisqu'il a été jusqu'au bout de l'hémostase préventive. Le choc traumatique des anciens doit plutôt être attribué à l'anémie, résultant d'une perte de sang considérable. »

Une seconde indication, non moins importante que la première, est de prévenir à tout prix la rétention et l'altération du pus dans le fond de la plaie. Or le procédé de désarticulation à lambeau antérieur favorise la rétention du pus dans le cul-de-sac du grand trochanter. Il faut donc laisser la plaie béante. M. Verneuil a constaté sur trois de ses opérés une thrombose double de la veine iliaque externe avec phlegmata alba dolens. D'autres auteurs ont aussi relevé des faits analogues. Les caillots veineux lancés dans le torrent circulatoire peuvent engendrer la pyohémie, surtout s'ils sont imprégnés de pus. Toute rétention de pus dans une plaie s'accompagne de phénomènes fébriles. Aussi faut-il avant tout assurer l'écoulement et la désinfection du pus.

M. Maurice PERRIN explique la contradiction apparente qu'il y a entre son discours à l'Académie de médecine et les paroles qu'il a prononcées à la Société de chirurgie. L'honorable membre n'a pu suivre qu'un de ses opérés dont il a raconté l'histoire à l'Académie. Les autres désarticulations de la cuisse qu'il a mentionnées à la Société de chirurgie ont été faites en Crimée ; mais M. Perrin n'a pu prendre les observations, parce qu'il perdait de vue ses opérés disséminés dans les ambulances aussitôt après l'opération.

© BIU Santé

Hernie du poumon irréductible. Guérison. — M. Duplay donne lecture d'un rapport sur une intéressante observation présentée par M. le docteur Cauvy, de Béziers. Il s'agissait d'un jeune homme de 24 ans qui dans une rixe avait reçu plusieurs coups de couteau dans la poitrine. M. Cauvy, qui vit le blessé trois jours après l'accident, constate la présence sur la partie latérale gauche de la poitrine, d'une tumeur étalée en forme de champignon, rappelant assez bien l'aspect du tissu hépatique. La tumeur avait son point de départ dans une plaie située au niveau du neuvième espace intercostal ; elle ne subissait aucune modification pendant les grandes inspirations ni pendant la toux. Le murmure vésiculaire ne s'entendait pas dans la moitié inférieure du poumon.

M. Cauvy diagnostiqua une hernie traumatique du poumon ; et à cause de l'irréductibilité de la tumeur, il en conseilla l'excision, qui fut pratiquée le lendemain. La cicatrisation de la plaie était complète, 28 jours après l'accident ; et sept mois plus tard le blessé n'éprouvait plus ni gêne ni douleur.

Malgré plusieurs omissions regrettables, telles que les dimensions de la plaie et de la tumeur, M. Duplay estime que l'observation de Cauvy servira à résoudre un point très-délicat de pratique chirurgicale.

Morel-Lavallée avait avancé que la hernie du poumon constituait une complication heureuse des plaies pénétrantes de poitrine. Si le pneumocèle conjure les accidents, c'est qu'il empêche l'entrée de l'air et du sang dans la plèvre, la formation d'un pneumothorax et d'un hémothorax. La portion herniée du poumon forme un bouchon impénétrable, qui transforme une plaie pénétrante en plaie non pénétrante. M. Cauvy a réuni quatorze cas de hernie traumatique du poumon : toutes les fois que l'on a réduit la tumeur, la mort est survenue.

Il y aurait donc, déclare M. Duplay, à modifier ce que disent les livres classiques. Tous les auteurs conseillent la réduction de la hernie pulmonaire. M. Duplay se range maintenant à l'avis contraire ; il est pour le principe de la non-réduction, soit qu'on laisse à la nature le soin d'éliminer la portion herniée, soit que le chirurgien intervienne pour favoriser et hâter cette élimination.

Luxation sous-acromiale de l'humérus avec réduction instable. — M. Périer met sous les yeux de ses collègues les pièces d'une luxation sous-acromiale de l'humérus qu'il avait observée chez une infirmière épileptique de la Salpétrière. La malade était une fille de 25 ans qui avait deux ou trois grandes attaques par mois. A chaque crise elle entendait distinctement deux craquements dans son épaule droite, l'un au début et l'autre à la fin. Si le craquement de la fin ne se produisait pas, le membre devenait impotent, et la malade devait faire tirer sur son bras par une camarade.

Cet état de choses durait depuis quatre ans, lorsque la jeune femme entra à l'hôpital Saint-Antoine, dans le but de se faire admettre comme malade à la Salpêtrière. Là la luxation fut un jour difficile à réduire, on dut employer le chloroforme.

Le 2 octobre dernier une luxation nouvelle se reproduisit ; et M. Périer vit alors la malade pour la première fois à l'infirmerie de la Salpêtrière. La paroi antérieure de l'aisselle était déprimée ; on sentait la saillie de la tête humérale en arrière et au dessous de la base de l'acromion. La réduction fut facile, mais la luxation se reproduisit le lendemain, et, dès lors, toute réduction devint impossible. La malade mourut le 11 janvier à la suite d'attaques épileptiformes. On trouva à l'autopsie une tumeur cérébrale, grosse comme le poing, qui occupait la moitié gauche et antérieure de la base de l'encéphale. Le lobe droit était atrophié.

L'articulation de l'épaule fut détachée avec soin. Le ligament capsulaire était intact ; quelques ostéophytes se détachaient de la tête humérale, la cavité glénoïde était détruite dans son tiers externe et postérieur ; c'est en ce point que se produisait la luxation.

M. Périer ne croit pas que ces lésions de l'articulation de l'épaule aient une origine nerveuse, elles paraissent dues uniquement à l'arthrite sèche.

M. Houel estime que très-probablement il y a eu, au début, fracture d'une portion de la cavité glénoïde. Dans cette hypothèse, le fragment a dû être transporté en arrière avec le bourrelet, et la consolidation s'est faite en ce point. Ces faits ne sont pas rares dans les luxations en avant. On pourra, d'ailleurs, vérifier par une coupe de la cavité glénoïde, l'existence ou la non-existence d'une fracture ancienne.

Anévrysme diffus de l'artère axillaire ; ligature de l'artère sous-clavière. M. Desrès communique l'observation d'une femme de 40 ans qui, à la suite de violences que son amant avait exercées sur elle, fut transportée en décembre à l'hôpital Cochin. Elle avait eu le bras droit retourné derrière le dos, et avait été suspendue par les bras dans cette position. A un moment elle avait ressenti dans l'aisselle une violente douleur, qui lui avait fait perdre connaissance.

M. Desprès constata, le lendemain de l'accident, sur la paroi antérieure de l'aisselle une tumeur manifestement fluctuante avec une forte ecchymose sur tout le bras. Quatorze jours après, la malade éprouva dans la nuit une douleur très-vive au niveau de la tumeur, et le lendemain matin la tumeur était animée de battements isochrones au pouls ; on percevait un bruit de souffle très-net. Les battements existaient dans l'artère radiale, et le tracé sphygmographique ne démontrait rien d'anormal.

M. Desprès diagnostiqua alors un anévrysme d'une des branches collatérales de l'axillaire.

Le 12 janvier une tumeur fluctuante apparut à la partie postérieure de l'épaule ; le sang avait sans doute pénétré dans l'articulation. La tumeur antérieure avait le volume d'une tête d'adulte ; la clavicule était repoussée en haut et l'épaule fortement relevée. La compression digitale de l'artère sous-clavière, conseillée par M. Broca, fut impossible. La tumeur présentait presque tous les jours des alternatives de dureté et de mollesse, les battements étaient tantôt très-apparents, tantôt à peine perceptibles.

Des vésicatoires volants appliqués sur la tumeur amenèrent d'abord du soulagement. Mais la tumeur grossissait toujours ; M. Desprès proposa la désarticulation de l'épaule à la malade qui refusa net. Il se décida alors à pratiquer la ligature de l'artère sous-clavière qui fut pratiquée le 28 janvier en présence de MM. Nicaise et Delens.

M. Desprès employa le procédé classique : incision au-dessus de la clavicule, entre le sterno-mastoïdien et le trapèze. La clavicule étant remontée, il tomba d'abord sur le paquet du plexus brachial, souleva toutes les branches une à une et tomba enfin sur l'artère située en dedans. Le difficile fut de charger l'artère. Après l'avoir saisie une première fois, M. Desprès passa un fil au-dessous avec l'aiguille de Deschamps ; il croyait avoir lié l'artère, c'était une branche nerveuse qu'il avait chargée. Le soir même les battements avaient disparu dans la tumeur ; cette coïncidence bizarre faisait croire à M. Desprès qu'il avait bien lié l'artère sous-clavière. La malade a survécu 11 jours à l'opération ; elle est morte d'anémie le quarante troisième jour après l'accident, avec de la gangrène humide du bras. L'autopsie a permis de constater que la ligature avait porté sur la branche la plus interne du plexus brachial, et que la tumeur anévrysmale développée aux dépens de l'artère axillaire contenait trois litres de caillots passifs.

M. Gillette et M. Maurice Perrin s'étonnent que M. Desprès n'ait pas choisi pour points de repère le tubercule de la première côte et le bord du scalène antérieur.

Quant aux changements que présentait la tumeur au point de vue de la cessation et de la réapparition des battements, M. Perrin déclare qu'il a observé un cas analogue.

M. Farabeuf dit que le doigt est bien préférable à l'œil lorsqu'il s'agit de faire une ligature. Aux deux points de repère signalés par M. Perrin, il en ajoute un troisième : le doigt sent toujours un creux situé en arrière du scalène et du tubercule de la première côte. Lorsqu'on presse sur l'artère, on l'aplatit comme une lanière ; et la sensation qu'on éprouve ne peut tromper un chirurgien exercé. M. Farabeuf ajoute que l'opérateur, pour la ligature de la sous-clavière, doit se placer du côté de la tête.

© BIU Santé

M. Théophile Auger demande si la malade de M. Desprès n'avait pas les artères athéromatheuses. L'athérome arthériel prédispose, en effet, à la rupture des parois des vaisseaux.

M. Tillaux rappelle le conseil donné par M. Malgaigne, lorsqu'on ne sait pas si l'on a saisi l'artère ou le nerf. Une piqûre avec une aiguille donne un jet de sang si l'on a pris l'artère, et ne donne absolument rien si l'on a pris un nerf.

M. Terrier s'explique parfaitement les difficultés qu'a rencontrées M. Desprès pour faire sa ligature ; l'infiltration séreuse rend les nerfs adhérents à l'artère. Pour faciliter l'opération, M. Terrier conseille de charger l'artère avec un petit tenaculum droit.

Ch. Avezou.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 janvier 1878. — Présidence de M. Labric. (*Suite*).

M. Guyot rapporte un fait de *diarrhée catarrhale rebelle, guérie par le sulfate de quinine*. Ce fait a été observé chez un homme de 66 ans, originaire du Brésil, et qui dépérissait graduellement par suite d'une diarrhée chronique. Après avoir tout essayé en vain, M. Guyot fit prendre au malade, sur le conseil de M. Potain, une potion ainsi composée :

Sulfate de quinine.....	0,50 centigr.
Sirop de codéine.....	30 gr.
Julep gommeux.....	100 gr.

(A prendre par cuillerée d'heure en heure). — Les jours suivants la dose fut portée successivement à 0,60, puis à 0,70, à 0,80 et enfin à 1 gr. Huit jours après le début de la médication, il n'y avait plus par jour que 2 ou 3 selles moulées. L'usage du sulfate de quinine fut continué pendant un certain temps encore, sans amener, du reste, de bourdonnements d'oreilles (M. Potain a observé le même fait dans plusieurs cas analogues). Le malade guérit complétement.

Après avoir rappelé que l'on a déjà cité des cas où le sulfate de quinine avait amené la guérison de diarrhées observées chez des individus qui avaient présenté des accidents d'impaludisme, M. Guyot fait remarquer que, dans le cas actuel, il s'agissait d'une diarrhée chronique simple, méritant le nom de diarrhée catarrhale.

M. Constantin Paul termine sa communication sur le bruit de *souffle anémo-spasmodique*, et étudie les caractères qui permettent de le différencier des autres bruits de souffle. Dans le rhumatisme, il peut être très-difficile de décider s'il y a une endocardite (et quelquefois une péricardite), ou si les bruits doivent être rapportés à l'anémie. On se basera surtout, pour admettre l'anémie, sur la localisation du souffle dans le deuxième espace intercostal gauche, près du sternum, et sur la coexistence de souffle dans la jugulaire. Il faut d'ailleurs ne pas perdre de vue que le malade peut être à la fois atteint d'endocardite et d'anémie, et se résigner quelquefois à ne pouvoir préciser le diagnostic.

Dans d'autres conditions, on peut constater aussi dans le deuxième espace intercostal gauche, des bruits de souffle indépendants de l'anémie. Tels sont ceux qui se présentent dans le rétrécissement de l'artère pulmonaire ; mais l'examen des veines jugulaires et les symptômes généraux permettent de faire le diagnostic. Il en est de même pour quelques cas rares où les bruits de souffle étaient dus à une dégénérescence athéromateuse de l'aorte.

Enfin le bruit de souffle anémo-spasmodique présente un certain nombre de caractères qui lui sont communs avec les souffles extra-cardiaques. Mais les souffles extra-cardiaques sont tantôt systoliques, tantôt diastoliques ; ils se transforment souvent en bruits saccadés ; ils ne sont pas constants et manquent dans certaines révolutions cardiaques. Ils peuvent aussi s'accompagner de râles muqueux ou sibilants ayant le même rhythme. Enfin l'examen des vaisseaux du cou vient en aide au diagnostic.

A. S.

Médecins Conseillers Généraux. — Nous avons omis d'annoncer la nomination de MM. Béclard et Villeneuve comme conseillers généraux du département de la Seine, lors des dernières élections. Tous deux sont républicains.

REVUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

VI. De l'orchite dite métastatique et de la fièvre testiculaire dans les oreillons ; par F. Sorel, médecin-major de 2e classe. Paris, V. Rozier, 1877.

VII. De la dilatation rapide des rétrécissements de l'urèthre ; par le Dr Alphonse Bos. Paris, Delahaye, 1877.

VIII. Etude sur l'emploi des bougies Béniqué dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, de la blennorrhagie chronique et de la contracture douloureuse du col vésical ; par le Dr Le Garrec. Paris, Coccoz, 1876.

IX. De l'action des balsamiques en général et du buchu en particulier dans le traitement des maladies des voies urinaires ; par le Dr Jardin.

X. Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux ; par Charles Mauriac. Paris, Delahaye, 1877.

XI. Traitement des inflammations et d'autres maladies chroniques des organes génito-urinaires ; sur la taille périnéale par la dilatation et sur la lithotritie péritonéale ; par le Dr H.-Aug. Mercier. Paris, Delahaye, 1877.

VI. M. Sorel a eu l'occasion d'observer une petite épidémie d'oreillons qui régna du mois de février au mois de mai 1876 sur le 2e bataillon de chasseurs, alors à Amiens. Sur trente-cinq malades, quinze ont présenté des accidents vers les testicules. M. Sorel, ayant eu soin de prendre le pouls et la température dans un certain nombre de cas, a reconnu que la maladie avait une marche cyclique régulière. Lorsque l'oreillon ne se complique pas d'orchite, la température reste normale ou même elle s'abaisse de trois à cinq dixièmes de degré ; au contraire, lorsque l'orchite survient, la fièvre s'allume et peut même s'approcher d'une température de 40°. Le type du cycle fébrile comprend deux variétés : dans la première, la température monte jusqu'au troisième jour ; elle atteint le fastigium le soir du troisième jour, et la défervescence commence aussitôt, de sorte que le retour à la température normale est atteint le cinquième jour. Dans la seconde variété, le fastigium est atteint également le troisième jour, mais la température se maintient fébrile pendant les quatrième et cinquième jours, et ce n'est que le sixième que la défervescence s'accentue pour être complète le septième. Il y a donc là une véritable fièvre testiculaire à marche régulière et cette fièvre ne semble pas être modifiée par le traitement.

Le côté grave dans l'orchite des oreillons, c'est l'atrophie du testicule. M. Sorel l'a observée six fois sur douze malades revus six ou sept mois après la maladie. Il avait pourtant employé pendant l'orchite le jaborandi, conseillé par un de ses collègues, M. Czernicki, comme pouvant faire rétrocéder l'orchite et éviter l'atrophie consécutive. A ce propos, nous rappellerons à nos lecteurs qu'il a été signalé plusieurs cas curieux de gynécomastie, c'est-à-dire de développement des mamelles chez des sujets atteints d'atrophie testiculaire à la suite des oreillons.

VII. Le travail de M. Bos sur la dilatation rapide des rétrécissements de l'urèthre est un exposé de la pratique du professeur Corradi, de Florence. Ce professeur se sert de trois instruments qu'il a imaginés, outre ceux qui sont dans la pratique courante : 1° Un dilatateur à grains de chapelet qui doit avoir un effet analogue à celui des bougies à renflements multiples comme on en a construit plusieurs. J'en ai vu employer une notamment par M. Guillon père. D'après M. Bos, le professeur Corradi obtiendrait de très-bons résultats de cet instrument qu'on peut se procurer, dit l'auteur, à Paris, chez Mathieu ; 2° Un dilatateur à archet ; cet instrument, présenté à l'Académie de médecine de Paris, consiste en un cathéter creux et recourbé, dans lequel passe un fil métallique disposé de manière qu'en le tendant il prenne la situation de la corde de l'arc que décrit l'extrémité vésicale de la sonde. Lorsqu'on tend le fil métallique, après avoir introduit le cathéter, ce fil presse sur le rétrécissement, et sans avoir la puissance de l'uréthrotome, il n'en produit pas moins une assez bonne dilatation ; 3° Enfin, le professeur Corradi a fait construire un uréthrotome qui n'est qu'une modification de celui de Maisonneuve.

On remarque dans le livre de M. Bos cette préoccupation générale aujourd'hui chez les chirurgiens des voies urinaires, d'abréger autant que possible la dilatation de l'urèthre, de la

© BIU Santé

rendre plus puissante et, en un mot, de restreindre quelque peu au profit de la dilatation l'emploi si commun actuellement de l'uréthrotomie interne. L'ouvrage dont nous allons parler maintenant est également inspiré par cette idée.

VIII. C'est dans le service de M. Tillaux, à Lariboisière, que M. Le Garrec a puisé l'idée et les matériaux de son travail. Nous y relevons une double tentative : la première, pour réhabiliter et exalter la bougie Béniqué en général; la seconde, pour faire connaître et adopter le mode de dilatation qu'emploie M. Tillaux, la dilatation temporaire rapide.

Je ne suivrai pas M. Le Garrec dans son panégyrique des bougies Béniqué en général ; la plupart des chirurgiens savent que ce sont des instruments excellents, souvent mieux supportés que les bougies molles, bien que ce ne soit pas encore l'opinion classique. Je crois pour ma part que les bougies Béniqué pourront contribuer à reculer les limites du domaine de la dilatation. M. Le Garrec a donc bien fait de les recommander chaudement.

La dilatation temporaire progressive ou rapide a beaucoup préoccupé les chirurgiens depuis quelques années. Nous avons décrit ici même le procédé ingénieux de M. Langlebert, qui fait passer un mandrin à olive dans une bougie en gomme élastique fendue. On connaît les cathéters coniques du professeur Lefort; voici maintenant la manière d'agir de M. Tillaux : on dilate le rétrécissement avec les bougies molles jusqu'à 4 ou 5 millimètres, nos 12 ou 15 filière Charrière. Puis, on passe les cathéters de Béniqué numéro par numéro, de manière à en passer quinze ou vingt dans la même séance. On laisse reposer le malade cinq à six jours ou même davantage, puis on fait une nouvelle séance en commençant par un numéro notablement plus faible que celui auquel on s'est arrêté dans la séance précédente. Il en résulte qu'en deux ou trois séances on arrive au but désiré.

Cette méthode très-rapide, très-agréable pour le chirurgien, est-elle aussi innocente que la dilatation temporaire lente, telle que l'a décrite M. Curtis dans son excellente thèse? Nous avons peine à le croire. Dans les observations annexées par M. Le Garrec à son intéressant travail, nous relevons sept cas de frissons ayant suivi les séances sur un ensemble de vingt et quelques observations. Nous sommes convaincu que la dilatation temporaire lente ne donnerait pas un chiffre aussi élevé. Quant à la puissance de la méthode, elle est incontestable et nous avons vu les bougies d'étain réussir là où les bougies molles échouaient complètement. Mais, si au lieu de tenir à dilater l'urèthre en deux ou trois séances, on faisait cinq ou six séances, en gagnant deux ou trois numéros à chaque fois, ne serait-on pas plus prudent? On sait qu'il y a des canaux qui supportent tout, et d'autres, au contraire, qui ne supportent presque aucune manœuvre. C'est pourquoi, je pense qu'on aurait tort de vouloir procéder de la même manière chez tous les sujets. Il y a là une question de tact chirurgical à laquelle aucun précepte ne saurait suppléer. Quoi qu'il en soit, M. Le Garrec ne doit pas craindre qu'on hausse les épaules, comme il paraît le redouter, après avoir lu son travail. C'est une bonne étude qui mérite de se répandre ainsi que l'instrument qu'elle préconise.

IX. D'après le docteur Jardin, le sirop balsamo-diurétique au Buchu aurait la propriété de guérir assez rapidement la blennorrhée et les vieilles chaude-pisses. Il cite à l'appui de sa proposition neuf faits observés à la clinique de M. Mallez.

X. Nous avons eu déjà souvent occasion de parler, dans ce journal, des leçons de M. Mauriac. C'est avec plaisir que nous recommanderons aujourd'hui la lecture de son travail sur l'herpès névralgique des organes génitaux. Tout le monde connaît cette maladie dans ses types ordinaires; qui de nous n'a pas eu l'occasion de lutter contre ses récidives opiniâtres, ou ne s'est trouvé embarrassé pour faire son diagnostic différentiel avec le chancre simple? Néanmoins, quoique cet herpès ait été étudié avec soin, M. Mauriac vient de nous en révéler une variété qui avait passé inaperçue jusqu'à lui. Il en a déterminé les caractères avec une netteté et une finesse d'analyse qui emportent la conviction. L'herpès névralgique ne serait autre chose qu'un zona des parties génitales; il aurait une certaine tendance à récidiver, et son caractère névralgique s'affirmerait par des caractères extrêmement variés, dont voici quelques-uns : douleurs locales excessives, lombalgie, douleurs irradiantes périnéales, fessières, crurales; plaques d'hyperesthésie, puis d'anesthésie cutanée dans la région génitale ; douleurs vésicales ; sensations bizarres, etc.

Un des malades de M. Mauriac avait une anesthésie de la fesse droite et une hémianesthésie ano-périnéale, de sorte que quand il allait à la garde-robe, il ne sentait ni le contact de la moitié droite de la lunette, ni le contact du papier détersif. Un autre avait la sensation constante, bizarre et désagréable, d'un gros paquet de linge entre les fesses, etc.

M. Mauriac, d'après l'analyse de ses observations, pense que l'herpès névralgique doit être de nature arthritique. Cette affection si curieuse doit être rare, puisque M. Mauriac n'en cite que trois cas observés par lui-même, et un quatrième qui lui a été communiqué par le docteur Champagnat. Il est possible, du reste, que, maintenant que l'attention est éveillée là-dessus les observations se multiplient.

XI. Nous terminerons en signalant deux opuscules de l'un des vétérans des voies urinaires, M. le docteur Mercier, dont on connaît les travaux importants sur les valvules du col de la vessie et qui est l'inventeur de divers instruments utiles, tels que les sondes coudées et bicoudées, et divers autres qui sont peut-être dangereux comme son inciseur et son exciseur destinés à couper les valvules musculaires, ou peu utiles, comme son cathéter à dard pour la taille, etc.

Des deux opuscules que nous signalons aujourd'hui le premier est destiné à prôner l'emploi du nitrate d'argent, tant pour les vieilles uréthrites que pour les cystites. M. Mercier a raison de dire du bien du nitrate d'argent qui est un bon médicament; mais il a tort de dire du mal des instillations de M. Guyon qui sont une bonne manière de l'employer et qui ont parfaitement réussi, tant à ce chirurgien qu'à ses élèves. Il a tort également d'écrire les lignes suivantes, que si l'on avait étudié et vérifié ses travaux, « on saurait comment fonctionne le col de la vessie, comment surviennent ses plus graves maladies et comment, prises à temps, il est quelquefois si facile d'y remédier, tandis qu'aujourd'hui encore on patauge comme à plaisir. »

Il y a peut-être là une certaine exagération d'un sentiment qui n'est pas inutile aux chirurgiens, mais qu'il ne faut pas pousser trop loin, la confiance en soi. Personne ne conteste à M. Mercier l'honneur d'être un de nos plus vaillants champions des voies urinaires; mais, pourquoi a-t-il la rage d'avoir tout inventé? Pourquoi, par exemple, dans le second des opuscules qui nous occupent, accuse-t-il Heurteloup et Dolbeau de lui avoir volé l'idée de la lithotritie périnéale qui, du reste, se rapproche autant de la taille que de la lithotritie. S'il a lui-même inventé cette opération, pourquoi ne l'a-t-il pas décrite et exécutée le premier, au moins sur le cadavre? Dix mille chirurgiens peuvent avoir la même idée, surtout quand elle n'est pas complètement originale, puisque suivant M. Mercier, lui-même, cette taille aurait été pratiquée pendant plus de 150 ans par les Collot, qui en conservaient la méthode comme un secret de famille; mais, sur ces dix mille chirurgiens, celui-là seul qui a réglé les temps de l'opération, imaginé les instruments nécessaires, doit être considéré comme l'inventeur. J'ajouterai que nul n'a inventé une grande chose ou fait une grande découverte à lui tout seul ; l'inventeur profite toujours, qu'il en ait conscience ou non, des efforts d'un monde de travailleurs obscurs qui lui ont préparé les matériaux. Que M. Mercier se contente donc du mérite que tout le monde lui reconnaît et qu'il se persuade que de l'idée vague d'une possibilité opératoire à la réglementation précise de tous les temps d'une opération et à sa mise en œuvre il y a plus loin que de la coupe aux lèvres. Dr A. MALHERBE.

Agrégation.

Par arrêté en date du 11 février 1878, le nombre des places d'agrégés des facultés de médecine mises au concours en 1878 est porté de quinze à seize pour la section de médecine; de douze à treize pour la section de chirurgie et accouchements. Chacune de ces nouvelles places sera affectée à la Faculté de médecine de Nancy. (*Journal officiel.*)

© BIU Santé

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'histologie humaine et d'histogénie; par G. Pouchet et E. Tourneux. — Un vol. in-8. Paris, 1878; G. Masson, éditeur.

Jusqu'à ces quinze dernières années, l'histologie paraissait une science exclusivement allemande, nous ne faisions guère que commenter ou traduire les travaux d'outre-Rhin et aujourd'hui encore les traités de Frey et de Kölliker, devenus classiques parmi nous, sont dans les mains de tous les étudiants.

Le traité technique de Ranvier, actuellement en cours de publication, est une œuvre magistrale qui s'adresse à un public spécial, aux histologistes et non aux élèves qui ont des examens à préparer, ni aux praticiens qui veulent acquérir des notions indispensables sur la structure et la composition des tissus. L'ouvrage de MM. Pouchet et Tourneux était donc appelé à combler une lacune, et, désormais, nous pourrons apprendre les éléments de l'histologie dans un livre français qui présente toutes les qualités nécessaires pour devenir classique; ses descriptions sont succinctes, mais toujours d'une grande clarté, les travaux les plus récents s'y trouvent analysés, les doctrines des principales écoles y sont exposées et discutées, et il n'est pas difficile de prévoir que, dans un temps rapproché, ce traité prendra rang parmi ce petit nombre de livres que tout étudiant possède dans sa bibliothèque.

Peut-être l'éditeur n'a-t-il pas fait tous les sacrifices que comportait un pareil ouvrage et a-t-il tenu trop à utiliser les planches d'éditions précédentes. Pour ne pas faire une critique vague, nous citerons la figure des globules rouges du sang, qui devrait être, ce nous semble, une des plus soignées du livre, et qui est tout à fait insuffisante : il nous serait facile de multiplier les exemples.

Trop souvent, les rivalités des histologistes ont fait dévier les questions scientifiques de leur véritable terrain, nous avons vu, trop souvent, des anatomistes distingués se diviser en plusieurs camps et négliger sans autre examen tout travail qui n'était pas sorti de leurs rangs. MM. Pouchet et Tourneux ont évité cet écueil, discuté toutes les opinions sans se laisser détourner par les questions d'école ni de personne, ce n'est pas là un des moindres mérites de leur livre; ils ont donné un exemple qui, nous l'espérons, sera suivi. Debove.

VARIA

Obsèques de Cl. Bernard.

Sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique, dans la séance du 11 février 1878, la Chambre des députés et le Sénat ont voté la loi dont la teneur suit : Le Président de la République française décrète :

Article premier. — Les funérailles de M. Claude Bernard auront lieu aux frais de l'Etat. (Marques d'approbation et applaudissements sur tous les bancs.)

Art. 2. — Un crédit de dix mille francs (10,000 fr.) est ouvert à cet effet au ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes.

Art. 3. — Il sera pourvu à cette dépense sur les ressources générales du budget de l'exercice 1878.

Le président de la commission du budget, M. Gambetta, s'est exprimé en ces termes sur le projet du gouvernement reproduit ci-dessus :

M. Gambetta. Messieurs, pour répondre au désir qui s'est fait jour dans la Chambre, la Commission du Budget vient de se réunir sur les bancs mêmes de la commission et a adopté le projet de loi présenté par le Gouvernement. La Commission du Budget, interprète de l'unanimité de cette Chambre... (Très-bien !), n'a pas cru pouvoir différer l'expression du sentiment qui doit animer, à cette heure, tous les membres de l'Assemblée, en face d'une perte irréparable (Très-bien ! très-bien !)

Certes, la France scientifique peut montrer à l'univers bien des talents, bien des lumières, mais il est permis de dire que la lumière qui vient de s'éteindre ne sera pas remplacée. (Nouvelles marques d'approbation.)

M. Claude Bernard, en effet, était non-seulement pour le monde scientifique français, mais pour la science générale, universelle, l'inspirateur reconnu, le guide le plus assuré de la recherche scientifique, et, dans les luttes et dans les polémiques de la science, tout le monde lui décernait cet hommage, qu'il ne s'est jamais laissé aller ni à l'esprit de parti, ni à l'esprit de système, ni à la passion personnelle. (Très-bien ! très-bien !)

Je n'ajouterai, messieurs, aucune espèce d'éloge ; ce n'est pas à moi qu'il appartient de dire sur cette grande tombe, encore ouverte, quelle traînée lumineuse laissera son passage dans le monde scientifique. Des voix plus autorisées, celles de ses collègues, de ses amis, doivent seuls préparer le jugement de l'histoire ; nous saluons simplement l'entrée de Claude Bernard dans l'immortalité. (Vifs applaudissements.)

De toutes parts. Aux voix ! aux voix ! (*Journal officiel*).

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de Médecine.

Du 4 au 9 février. — 132. M. Rigaud : contribution à l'étude clinique de l'épithélioma disséminé. — 133. M. de Béchon : de la méningite tuberculeuse (forme cérébro-spinale). — 134 : M. Bouveret : sur une tumeur osseuse généralisée. — 135. M. Vignol (André) : relations entre le sommeil naturel et l'activité cérébrale. — 136. M. Oslé : de la dyspepsie et de son traitement par la teinture d'iode. — 137. M. Follenfant : de l'aphonie nerveuse. — 138. M. Schwartz : recherches anatomiques et cliniques sur les gaines synoviales de la face palmaire de la main. — 139. M. Labarrière : essai sur la méningite en plaque ou scléreuse limitée à la base de l'encéphale.

Du 11 au 16 février. — 140. M. Viel : Etude expérimentale et clinique sur les différences que peut présenter la symptomatologie de la méningo-encéphalite de la convexité du cerveau, suivant le siége des lésions. — 141. M. Cosnard : étude sur quelques manifestations articulaires de la phlegmasie aeba dolens. — 142. M. Gadet : de l'étiologie de l'urticaire. — 143. M. Noël : de l'hybridité morbide. — 144. M. Levesques : étude d'un cas de fracture du crâne intéressant les deux rochers. — 145. M. Pouzet : étude clinique de deux cas de goutte observés à Bicêtre.

Les Bibliothèques aux Etats-Unis.

Le *New-York Herald* nous annonce l'achèvement, à New-York, de la Lennox library, qui est maintenant la bibliothèque la plus belle du Nouveau-Monde. Son fondateur, James Lennox, fils d'un négociant écossais, mort en 1870, l'a dotée d'un capital de 4 millions de francs, et d'une somme constante de 1,000,000 fr., pour achat de livres. La valeur des terrains et des bâtiments de la Lennox library atteint près de 20 millions de francs.

L'édifice, qui est tout en marbre blanc, s'élève en face du Central Park. Le style de l'architecture est une adaptation du genre grec nouveau et du style adopté pour l'école des beaux-arts à Paris. Un grand perron conduit à l'entrée principale, qui est ornée de colonnes corinthiennes en granit.

La bibliothèque Lennox, disposée de manière à pouvoir contenir 1 million de volumes, se compose de trois étages dans le bâtiment du milieu, et de deux étages dans les ailes. On y a déjà installé quatre grandes salles de lecture, ainsi qu'une galerie de tableaux. Le nombre des conservateurs a été fixé à neuf.

Cette magnifique fondation, que la ville de New-York doit à la munificence de James Lennox, est d'un prix inappréciable pour l'étudiant et le savant. Pendant près d'un demi-siècle, M. Lennox, qui passait pour un connaisseur des plus remarquables, n'avait cessé de réunir, de tous les points du monde, des collections de manuscrits, de livres, de gravures, de cartes, de sculptures, de tableaux, d'œuvres d'art de toute espèce, déposées maintenant dans l'édifice qui vient d'être acheté et livré au public. Il n'avait épargné ni son temps ni son argent pour se procurer des trésors littéraires et artistiques qui éclipsent sans contredit tout ce qu'ont légué à leur ville natale les Vanderbilt, les Stewart et les Astor.

En ce qui concerne l'histoire d'Amérique, la bibliographie biblique, la littérature relative à Shakespeare, ses collections comblent une lacune qui existait dans les bibliothèques publiques aux Etats-Unis. Elles comprennent des éditions in-folio complètes et des Bibles anciennes comme on n'en rencontre ni à la grande bibliothèque de Boston, ni même au British Museum de Londres.

Parmi les œuvres les plus rares de la Lennox library, on cite des exemplaires de la première édition in-folio de Shakespeare, de la Bible mazarine, de la Bible indienne d'Eliot, la première Bible imprimée en Amérique, un bel exemplaire du Psautier de Bay State, le premier livre qui ait été imprimé en anglais dans le Nouveau-Monde. (*Journal officiel.*)

Le phylloxera.

D'après la *Gazette d'Augbourg*, on a signalé l'apparition du phylloxera dans une pépinière, à Plantières, près Metz, et dans un vignoble à Rauschwitz, près Glogau : dans ce dernier endroit, la maladie a paru sur des ceps provenant d'un établissement à Erfurt, qui les avait vendus au printemps dernier. Des mesures ont été prises sur le champ pour s'opposer à une propagation du fléau.

Hôpital ; médecins femmes.

A Berlin doit être ouvert, dans le cours de l'année qui commence, un hôpital avec médecins du sexe féminin, si l'administration, toutefois, le permet. La capitale de la Prusse possède, au reste, depuis quelque temps, une clinique dirigée par des femmes-médecins (*Journal officiel*).

Moyen préventif des marques varioliques, par M. Bernard, médecin de colonisation.

Ayant assisté, en 1870, à une épidémie de petite vérole très-grave et très-confluente surtout, j'ai eu l'occasion de faire employer un moyen assez

© BIU Santé

certain pour éviter les marques effrayantes qu'on rencontre trop souvent à la suite de cette terrible maladie. Percer, avec une épingle ou une aiguille, tous les boutons dès qu'ils prennent un peu de développement, puis faire de nombreux lavages à l'eau tiède ; répéter assez souvent ces ponctions, afin que les petites plaies ne puissent se fermer et empêcher la sortie constante de la sécrétion de l'humeur variolique. C'est un travail de patience, que des parents seuls font avec dévouement, mais qui produit les meilleurs résultats. J'ai remarqué, à différentes reprises, que ce procédé avait conservé la beauté de la figure à plusieurs jeunes filles, qui auraient été affreuses sans le traitement précité, qu'exécutaient ponctuellement leurs mères. (*Abeille médicale.*)

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 7 février 1878, on a déclaré 1,052 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 18, rougeole, 18; scarlatine, 1; variole » ; croup, 24; angine couenneuse, 22; bronchite, 53 ; pneumonie, 93 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3 ; choléra nostras, » ; dysentérie, » ; affections puerpérales, 5; érysipèle, 1 ; autres affections aiguës, 303 ; affections chroniques, 435 dont 157 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 47; causes accidentelles, 29. — Les 1,052 décès ci-dessus donnent une proportion de 27.5 par 1,000 habitants et pour l'année.

Sursis aux élèves en médecine et en pharmacie, engagés conditionnels. — Une lettre du ministre de l'instruction publique, en date du 21 novembre dernier, appelait l'attention du ministre de la guerre sur les jeunes gens qui suivent les cours des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et demandait que le bénéfice des sursis de départ leur fût accordé lorsqu'ils viennent à contracter l'engagement conditionnel d'un an.

Aux termes de l'art. 57 de la loi du 27 juillet 1872, les jeunes gens mentionnés dans l'art. 53, c'est-à-dire engagés conditionnels qui sont pourvus des diplômes désignés et qui n'auraient pas terminé les études des Facultés ou écoles auxquels ils appartiennent, sont seuls admissibles à obtenir des sursis. Il suit de là que les seuls étudiants en médecine auxquels des sursis puissent être accordés sont ceux des élèves des Facultés travaillant en vue du doctorat. Le ministre de la guerre déclare donc qu'il ne saurait dès lors, sans déroger formellement à la loi, prendre une mesure exceptionnelle en faveur des élèves des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. (*Gazette des hôpitaux.*)

Faculté de médecine de Lyon. — M. Sabatier est délégué pour un an dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle médicale, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. MM. Jacquin, préparateur de pharmacie; Bard, préparateur d'histologie; Linossiz, préparateur de chimie; Carbonnel Sallé, préparateur de physiologie; Roux, préparateur de matières médicales; Audibert, préparateur d'anatomie pathologique, sont délégués pour un an dans les fonctions qu'ils exercent à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Cazeneuve (Paul-Jean-Baptiste), né à Lyon, le 10 janvier 1852, docteur en médecine, est délégué dans les fonctions de chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. M. Morangas (Apostol), est délégué, pour une période de deux ans, dans les fonctions d'aide d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. M. Gandolphe (Michel), est délégué pour une année, dans les mêmes fonctions, à ladite Faculté. (*Union médicale.*)

Médecins députés. — Les élections du 27 janvier dernier ont envoyé à la Chambre des députés les docteurs Chavoix, Forné et Escanyé, tous les trois républicains.

Médecins conseillers généraux. — *Seine-et-Oise* : MM. Morère (Palaiseau); Maréchal, pharmacien (Gonesse). — *Tarn* : M. Rigal (Gaillac); Espinasse (Montredon); Blanc (Pampelune.)

Conseillers d'arrondissement. *Seine-et-Oise :* Broussin (Marly-le-Roi) ; Surbled (Corbeil).

— La ville de Moiran (Jura) demande un médecin et offre une subvention annuelle de 1,500 à 2,000 francs à celui qui viendrait s'y fixer. S'adresser à M. le maire de ladite ville. (*Gazette des hôpitaux.*)

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

Besson (J.). — Dystocie spéciale dans les accouchements multiples. Paris, 1877, in-8 de 86 pages. — Prix 2 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical*, 1 fr. 25.

Bourneville. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie. Compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière de 1872 à 1875. Paris, 1876. In-8 de 192 pages, avec 6 figures dans le texte et trois planches en chromo-lithographie. 4 fr. Pour nos abonnés, 3 fr.

Charcot (J.-M.). Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par Bourneville. Tome II: *Des anomalies de l'ataxie locomotrice ; — De la compression lente de la moelle épinière* (mal de Pott, cancer vertébral, etc.); — *Des amyotrophies* (paralysie infantile, paralysie spinale de l'adulte, atrophie musculaire protopathique, sclérose des cordons latéraux, etc.). — *Tabes dorsal spasmodique ; — Hémichorée post-hémiplégique ; Paraplégies urinaires ; — Vertige de Ménière ; — Epilepsie partielle d'origine syphilitique ; — Athétose ; — Appendice, etc.* Prix : 14 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 10 fr.

Charcot (J.-M.). Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau, recueillies et publiées par Bourneville. In-8 de 168 pages avec figures dans le texte. Prix : 5 fr. Pour les abonnés, 4 fr. (*franco*).

Charcot (J.-M.). Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires, des reins, faites à la Faculté de Médecine de Paris, recueillies et publiées par Bourneville et Sevestre. Un gros volume in-8 de 400 pages, orné de sept planches chromo-lithogr. — Prix : 10 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical*, 7 fr.

Cornillon (F.). Action physiologique des alcalins dans la glycosurie. Vichy, 1876. In-8 de 15 pages. Prix : 60 c. Pour nos abonnés, 40 c.

Gombault (A.). Etude sur la sclérose latérale amyotrophique. Paris, 1877, in-8 de 87 pages. Prix : 2 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical* 1 fr. 5

Iconographie photographique de la Salpêtrière, par Bourneville et Regnard. — Mode de publication : Chaque livraison comprendra 8 ou 10 pages de texte et 4 photographies. — Prix : 3 fr. — Pour les *abonnés du Progrès médical*, pris au bureau du journal : 2 fr. 50. Les douze livraisons formant le tome Ier sont en vente.

Marcano (G.). De la psoïte traumatique. Paris, 1878. In-8 de 122 pages. Prix : 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr.

Miot. De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan. In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50 pour les abonnés du *Progrès médical*, 2 fr. 50.

Oulmont (P.). Etude clinique sur l'athétose. Paris, 1878. Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical*, 2 fr.

Record d'observation médicale. — Quotidien, hebdomadaire, statistique, mathématique, uniforme, international. Paris, 1877. Aux bureaux du *Progrès médical*.

Teinturier (A). Les Skoptzy, étude médico-légale sur une secte religieuse russe dont les adeptes pratiquent la castration. — Un joli volume in-12 orné de gravures représentant les différents modes de castration employés par ces fanatiques. — Prix : 1 fr. 50; net 1 fr. pour les abonnés du *Progrès médical*.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'École-de-Médecine.

Pointot (G.). Etudes cliniques sur l'ostéo-sarcôme des membres. Paris, 1877. In-8 de 68 pages. Prix 2 fr.

Rabuteau (A.). Traité élémentaire de chimie médicale. Première partie : chimie minérale. Paris, 1878. 1 volume de 769 pages avec 168 figures intercalées dans le texte. Prix 11 fr.

Raulx (A.). De quelques troubles des fonctions génitales dans la phthisie pulmonaire de la femme. Paris, 1878. In-8 de 100 pages. Prix 2 fr. 50.

Gibin (J.). Etude rationnelle et expérimentale sur le rôle de la pression atmosphérique dans le mécanisme de l'articulation coxo-fémorale. Paris, 1877. In-8 de 138 pages avec 2 planches. Prix 3 fr. 50.

Guelliot (Ch.). Topographie, histoire, statistique médicales de l'arrondissement de Vouziers (Ardennes). Paris, 1877. In-8 de 126 pages. Prix 3 fr. 50.

Kuborn (Hyac.). Des causes de la mortalité comparée de la première enfance, dans les principaux climats de l'Europe. In-8 de 143 pages. Prix 4 fr. 50.

Lailler (C.). Leçons cliniques sur les teignes, faites à l'hôpital St-Louis, recueillies et publiées par le Dr L. Landouzy. Paris, 1878. In-8 de 112 pages avec 4 planches. Prix 5 fr.

Lailler. Leçons sur quelques affections cutanées, faites à Saint-Louis en 1877, recueillies et publiées par P. Cuffer, interne des hôpitaux. Paris, 1878. In-8 de 130 pages. Prix 3 fr.

Panas (F.). Conférences cliniques d'ophthalmologie sur l'aspect ophthalmoscopique de la macula. — Le numérotage métrique des verres. — La tropie blanche de la papille. — Les troubles papillaires dans les affections cérébro-spinales. — La rétinite pigmentaire: faites à l'hôpital Lariboisière, recueillies et publiées par A. Chevallereau. Paris, 1877. In-8 de 32 pages. Prix 1 fr. 50.

Blanchet (J.) (du Montel). Le diabète sucré, de son traitement et de sa guérison, par le Dr Blanchet, ancien diabétique. Paris, 1877. 1 vol. in-12 de 228 pages. Prix 4 fr.

Chenet (R.). De l'involution utérine et de l'engorgement utérin. Paris, 1877. In-8 de 77 pages. Prix 2 fr.

Charles (N.) (de Liége). Albuminurie pendant la grossesse, sans d'éclampsie, observations et réflexions. Paris, 1877. In-8 de 11 pages. Prix 0 fr. 50.

Decaudin (E.). Concomitance des maladies du foie et des reins et particulier des reins dans l'ictère, contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologique de l'ictère grave (Théorie rhénale). Paris, 1878. In-8 de pages. Prix 3 fr.

Fonssagrives (J.-B.). Traité de thérapeutique appliquée, basé sur

© BIU Santé

indications, suivi d'un précis de thérapeutique et de posologie infantiles et de notions de pharmacologie usuelle sur les médicaments signalés dans le cours de l'ouvrage. Paris, 1878. 1 fort vol. 18. Prix 12 fr. — L'ouvrage complet formera 2 volumes in-8. Le second volume paraîtra le 15 juillet 1878.

Fournier (A.). *Hôpital Saint-Louis.* — Nourrices et nourrissons syphilitiques. Leçons professées par M. le Dr A. Fournier. Paris, 1878. In-8 de 95 pages. Prix 2 fr. 50.

Garnier (P.-E.). Des idées de grandeur dans le délire des persécutions. Paris, 1878. In-8 de 90 pages. Prix 2 fr. 50.

Grasset (J.). Des localisations dans les maladies cérébrales. Paris, 1878. In-8 de 138 pages.

Grasset (I.) et Apolinario (B.). Contribution à l'étude de la sclérodermie et de ses rapports avec l'asphyxie locale des extrémités. Paris, 1878.

Philbert (E.). Observation d'un cas de polytarsie, traité aux eaux de Brides (Savoie). Paris, 1877. In-8 de 4 pages.

Librairie Henri REY, 14, rue Monsieur-le-Prince

Castaneda y Campos (J. M.) Du phlegmon de la cavité prépéritonéale de Retzius ou phlegmon péri-vésical. Paris, 1878. In-8 de 94 pages avec 4 planches coloriées et 2 gravures sur bois intercalées dans le texte. Prix 4 fr.

Librairie SAVY, 77, boulevard Saint-Germain.

Frey (H.). Précis d'histologie. Traduit de l'allemand, par P. Spillmann et E. Sesselmann. Paris, 1878. In-18 de 384 pages avec 208 gravures dans le texte. Prix : 5 fr.

Saint Bartholomew's hospital reports. — Edited by W. S. Church m. d. and Alfred Willett. F. R. C. S. vol. XIII. London : Smith Elder, et Cie, 15, Waterloo Place, 1877. 1 vol. in-8, cartonnage anglais, de 450 p.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Charité. — *Chirurgie.* Service de M. Gosselin. Visite à 8 h. Cliniques, lundis, mercredis et vendredis. Consultations les mardis, jeudis et samedis. — Salle Sainte-Vierge (H.) : 8, rétrécissement de l'urèthre ; 9, synovite fongueuse du genou droit ; 11, anthrax de la nuque ; 12, tarsalgie au 1er degré avec douleur spontanée à la pression en dehors du calcanéum ; 13, abcès demi-chaud au côté gauche de la marge de l'anus ; 16, kératite ulcéreuse ; 27, adéno-phlegmon périostique du sous-maxillaire gauche ; 28, fracture du péroné droit ; 34, nécrose du fémur après une ostéite épiphysaire de l'enfance ; 40, sphacèle par écrasement de l'indicateur droit ; 47, abcès urineux du périnée. — Salle Sainte-Catherine (F.) : 2, gangrène de la main droite consécutive à un phlegmon diffus ; 6, tumeur sarcomateuse ulcérée de la face dorsale du pied gauche ; 7, osteite hypertrophiante au côté externe du calcanéum probablement rhumatismale ; 21, contracture hystérique du sterno-mastoïdien et du splénius droit.

Service de M. Trélat : Visite à 10 h. Consultations, lundis, mercredis, vendredis. Spéculum, le mardi ; opérations, le jeudi ; ophthalmologie, le samedi. — Salle Saint-Jean (H.) : 4, polype naso-pharyngien ; 7, ankylose du genou ; 13, kystes multiples du cordon spermatique ; 16, rétrécissement de l'urèthre, uréthrotomie interne ; 18, phlébite variqueuse ; abcès périphlébitiques. — Salle Sainte-Rose (F.) : 2, lipôme de la nuque ; 3, ulcères syphilitiques de la jambe droite ; 4, cataracte de l'œil gauche ; 7, fistule vésico-vaginale ; 11, métrite et anté-version ; 13, cystocèle vaginale opérée ; 20, corps fibreux de l'utérus.

Médecine. Clinique médicale. Service de M. Hardy. Visite à 8 h. 30. Interrogatoire des malades par les élèves le jeudi. Leçons à l'amphithéâtre le mardi et le samedi. — Salle Saint-Charles : 2, atrophie musculaire progressive ; 5, affections mitrale et aortique ; 9, cirrhose hypertrophique ; 11, syphilis cérébrale ; 12, tabes dorsal ; 16, syphilis cérébrale ; 7, tuberculose pulmonaire. — Salle Sainte-Anne ; 2, myélite aiguë diffuse ; 3, hémorrhagie cérébrale ; 13, paralysie générale ; 6, érysipèle de la face ; 23, syphilis tertiaire ; 24, maladie mitrale ; 25, sclérose en plaques ; 26, contracture hystérique.

Service de M. Vulpian. Visite à 8 h. 30. Consultation le jeudi. — Salle Saint-Jean-de-Dieu (H.) : 2, atrophie musculaire progressive ; 8, paraplégie syphilitique ; 13 *bis*, méningite spinale a frigore ; 18 *bis*, péri-encéphalite et péri-myélite diffuses ; 27, ataxie locomotrice, crises gastriques ; 30, chorée. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 2, pelvi-péritonite ; 4 *bis*, atrophie du deltoïde, arthrite scapulo-humérale ; 5, rétrécissement mitral, pleurésie sèche ; 10, rétrécissement mitral ; hypertrophie du corps thyroïde, exophthalmie, palpitations ; 15, hystérie, paralysies avec contractures.

Service de M. Empis. Visite à 8 h. Consultation, le vendredi ; spéculum le samedi. — Salle Saint-Michel (H.) : 7, rétrécissement mitral, congestion pulmonaire ; 20, fièvre typhoïde, abcès multiples de la fesse ; 21, néphrite parenchymateuse ; 22, rougeole ; 26, tuberculose pulmonaire, double névralgie trifaciale ; 28, tuberculose pulmonaire et laryngée ; œdème de la glotte. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 3, insuffisance mitrale, asystolie ; 4, rhumatisme articulaire, phlébite rhumatismale de la jambe ; 6, atrophie graisseuse du cœur, asystolie ; 7, péritonite subaiguë, pleurésie double, parotidite suppurée ; 19, mal de Pott vésical, méningite spinale.

Service de M. Rigal. Visite à 8 h. 30. Consultation le lundi. Spéculum le mercredi. — Salle Saint-Ferdinand : 1, granulée ; 3, tumeur du médiastin ; 6, paralysie générale ; 9, mal de Bright ; 12, cancer de l'estomac ; 13, tremblement mercuriel ; 15, coliques de plomb ; 19, tumeur cérébrale ; 24, calcul rénal. — Salle Saint-Joseph : 1, pelvi-péritonite ; 2, insuffisance mitrale ; 4, polyurie ; 6, fièvre typhoïde ; 13, rétrécissement mitral ; 17, insuffisance mitrale ; 18, pneumonie caséeuse.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. le dr Vidal. — Salle Saint-Jean (H.) : 20, prurigo, cicatrices d'echthyma, chancre infectant ; 22, lupus exedens du nez ; 25, favus en voie de guérison ; 30, syphilis acnéique ; 33, pemphygus diutinus ; 34, chancre infectant du méat ; 37, lupus vorax du nez et de la face ; 28, eczema-alcoolisme ; 40 gommes scrofuleuses du bras ; 42, psoriasis guttata ; 43, prurigo-furoncle ; 49, ulcère variqueux, pachydermie ; 50, acné scrofuleux ; 53, psoriasis invétéré. — (F.) : 4, pelade ; 7, lupus du sein ; eczema des lèvres ; 9, syphilis acnéique ; 14, psoriasis ; 16, prurigo-alcoolisme ; 56 eczema du sein ; 57, syphilides papulo-squammeuses ; 60, lupus du pied ; 61, acné rosacé ; 64, lupus de la face et du cuir chevelu ; 65, chancre infectant de la vulve et six chancres satellites des grandes lèvres ; 77, acné rosacé.

Service de M. le dr Besnier. Consultation le lundi. Visite des entrants le mardi. Clinique au lit du malade le mercredi. — Salle Saint-Léon : 26, acné érythémato-pustuleuse, pityriasis versicolore ; 28, lupus erythemato-acnéique ; 37, acné tuberculo-pustuleux ; 61, acné pilosus. — Salle Saint-Thomas : 44, hémialgie syphilitique ; 47, acné érythémo-tuberculeuse.

Service de M. le dr Hillairet. Consultation le mardi. Visite des entrants le mercredi. — Salle Henri IV : 9, rupia syphilitique ; 13, lupus ; 30, sclérodermie ; 29, pemphygus ; 31, lupus ; 32, mycosis fongoïde ; 34, rhumatisme noueux. — Salle Saint-Louis : 9, ataxie locomotrice ; 12, pemphygus ; 61, acné pustuleux ; 63, favus. — Pavillon Gabrielle : 1, ataxie locomotrice ; 2, lèpre ; 3, paralysie générale progressive.

Service de M. le dr Péan. — Salle Saint-Augustin : 2, carie des os du tarse ; 3, cancer de la base de la langue ; 9, hygroma lippacé ; 71, fracture bi-malléolaire ; 81, fistule à l'anus.

Hôpital de Lourcine. Service de M. Martineau. Clinique du mercredi. Salle Saint-Alexis : 10, vaginite, métrite blennorrhagique ; 11, kyste de la glande vulvo-vaginale ; 15, syphilis, herpès du col ; 16, prolapsus du vagin, hypertrophie de la lèvre postérieure ; 29, syphilis, endométrite généralisée scrofuleuse ; 33, métrite herpétique, troubles nerveux ; 41, pelvi-péritonite. — Clinique du samedi. Salle Saint-Louis : 4, syphilis papulo-squammeuse du cou ; 6, chancre de la vulve, plaques muqueuses hypertrophiques ; 8, plaques muqueuses du col utérin ; 20, syphilis, acné du col ; 26, endométrite herpétique, 28, vaginite blennorrhagique, lymphangite gauche, ganglion pubien ; 32, roséole syphilitique généralisée, endométrite du col ; 34, pelvi-péritonite gauche.

Hôpital de Lourcine. Service de M. Cornil. Consultations les jeudis, à 9 h. Salle Saint Ferdinand : 3, plaques muqueuses vulvaires ; 4, iritis syphilitique aigu ; 5, vaginite, pelvi-péritonite chronique ; 11, hystérie, chloro-anémie ; 12, stomatite mercurielle grave. — Salle Saint-Clément : 3, 5, plaques muqueuses de la gorge, fissures de la langue ; 6, syphilis, enceinte de 5 mois, ictère ; 8, vaginite, métrite du col ; 9, plaques muqueuses confluentes, œdème considérable des grandes lèvres ; 12, syphilide papuleuse confluente ; 13, syphilis, épithélioma du col ? 18, gommes syphilitiques dans le dos et la face ; 20, hypertrophie considérable des mamelles ; 21, grossesse au 9e mois, syphilis ; 14, roséole confluente, céphalée ; 30, syphilis, fissures de la langue ; 36, chancre mou, bubon chancreux ; 37, ulcération chancreuse, inoculation ; 43, onyxis syphilitique, plaques muqueuses interdigitales ; 46, iritis syphilitique ; 47, syphilis, végétations.

Hôpital temporaire. Service de M. Grancher. Salle Ste-Thérèse : 1, abcès périnéphrétique ; 11, sclérose en plaques ; 13, affection mitrale ; 18, atrophie musculaire progressive ; 25, mal de Pott, paraplégie avec contracture ; 30, névralgie trifaciale ; 34, méningite diffuse de la base, syphilis ; 47, affection mitrale, rétrécissement aortique. — Salle Saint-Julien : 4, delirium tremens ; 10, myélite ; 11, affection mitrale ; 12, fibrome utérin ; 15, fièvre typhoïde grave ; 17, chorée.

Service de M. Aulhoui. Salle Sainte-Anne : 1, rhumatisme fessier ; 2, phthisie laryngée ; 12, hémorrhagie cérébrale, aphasie ; 16, paralysie faciale a frigore ; 17, paralysie saturnine double des extenseurs ; 28, fièvre catarrhale, entérite, broncho-pneumonie, néphrite ; 29, mal de Pott, paraplégie. — Salle Saint-François : 3, ulcère simple de l'estomac ; 8 fièvre catarrhale, néphrite catarrhale ; 10, cirrhose, rétrécissement mitral ; 18, paralysie des deux grands dentelés ; 22, rhumatisme articulaire aigu ; 23, insuffisance mitrale, tumeur abdominale.

Service de M. Rendu. Salle Sainte-Hélène : 1, insuffisance mitrale ; 6, pleurésie ; 8, affection mitrale ; 20, pleurésie purulente, empyème ; 21, ataxie locomotrice, syphilis ; 24, rhumatisme blennorrhagique avec atrophie musculaire ; 20, dilatation bronchique. — Salle Saint-Jean : 7, mal de Bright ; 9, pleurésie, myélite chronique ; 11, néphrite interstitielle ; 16, hémiplégie, syphilis ; 26, cirrhose ; 29, stomatite ulcéro-membraneuse. — Salle Saint-Louis : 4, érysipèle de la face ; 5, insuffisance mitrale ; 10, métro-péritonite puerpérale ; 11, affection cardiaque sans souffle ; 14, apoplexie pulmonaire ; 16, affection mitrale ; 18, ataxie locomotrice.

© BIU Santé

Service de M. Gouguenheim. Salle Sainte-Marthe : 7, hémiplégie gauche; 12, néphrite interstitielle; 14, tuberculose pulmonaire, péritonite tuberculeuse; 24, tumeur cérébrale; 27, cirrhose. — Salle Sainte-Geneviève : 12, rougeole; 23, myélite; 25, diarrhée chronique; 16, ataxie locomotrice; 13, tuberculose pulmonaire, gingivite expulsive. — Salle Saint-Joseph : 19, ictère chronique; 27, néphrite interstitielle; 14, hémiplégie droite; 13, paraplégie, syphilis; 7, carcinome de l'intestin grêle.

Service de M. Gouraud. — Salle Sainte-Catherine : 8, tuberculose pulmonaire. Symptômes cérébraux méningitiques; 10, paralysie agitante; 11, tuberculose et ascite symptomatique; 13, rougeole; 18, tuberculose, diarrhée dysentériforme; 25, rhumatisme subaigu. — Salle Sainte-Ludivine : 33, hernie du poumon; 34, ulcère simple; 35, ramollissement cérébral, eschares multiples; 37, asthme; 43, emphysème.

Service de M. Nicaise. Salle Saint-André : 2, carie du calcanéum opérée par évidement; 6, fracture en V du tibia, fracture du péroné, atrophie considérable et troubles de sensibilité; 18, épanchement sanguin sur le dos du pied, suite de contusion; 19, fistule congénitale de la région sacro-coccygienne; 27, ostéite épiphysaire névralgique, anémie profonde; 30, phlegmon diffus du bras droit chez un tuberculeux; 38, épithélioma du larynx, trachéotomie; 37, calcul de l'uretère; 39, phlegmon de l'aisselle.

Hôpital des Enfants malades. — Service de M. Archambault. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mardi à 9 h. — Salle Saint-Louis : 1, méningite; 6, angine diphthéritique; 10, pleurésie; 11, rhumatisme articulaire, affec. cardiaque; 14, broncho-pneumonie; 17, paralysie diphthéritique; 19, ch. symptomatique; 21 kyste du foie; 31, broncho-pneumonie. — Salle Sa. Geneviève : 2, pneumonie lobaire; 7, pleurésie double; 8, albuminurie, scarlatine; 10, chorée hystérique; 23, chorée, péricardite; 24, pleurésie.

Service de M. Bouchut. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le lundi à 9 h. le mardi leçon clinique. — Salle Sainte-Catherine : 1, croup; 2, 11, 36, a. gine couenneuse; 3, 10, 15, fièvre typhoïde; 13, 25, rougeole; 19, scarla. 34, broncho-pneumonie; 32, 39, 41, coqueluche.

Service de M. Jules Simon. Consultation des chroniques le jeudi à 9 h. Consultation des aiguës, le samedi à 9 h. Service clinique, le mercredi, h. 1/2. Visite à 9 h. moins le quart. — Salle Sainte-Marie : 10, coxal. foie amyloïde; 18, rachitisme, broncho-pneumonie; 31, mal de Pott, pa. plégie; 36, fièvre typhoïde, adénopathie bronchique. — Salle Sainte-El. beth et Sainte-Marthe, teignes, maladies de peau.

Service de M. Saint-Germain. Consultation de chirurgie, tous. jours excepté le jeudi. Service et leçon clinique le jeudi, à 9 h. Visite à 8 h. — Salle Saint-Côme : 3, calcul vésical; 7, fracture de cuisse; 8, écr. ment de la main; 9, coxalgie; 11, plaie de tête; 12, tumeur blanche. genou; 15, périostite phlegmon diffus; 16, tumeur blanche, nécrose fémor. 19, fistule urinaire périnéale; 25, exostose du maxillaire inférieur; 26, lu. lure de la face; 27, phlegmon du cuir chevelu.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE — ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. — PILULES 20 cent. p. pilule.

FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — Paris.

Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

Capsulines aromatiques

AU GOUDRON

Ont l'avantage d'offrir, sous forme et saveur agréables, les principes actifs du Goudron et du Baume de Tolu réunis.

A. DÉBONNAIRE, rue du Faubourg-Saint-Honoré, 20

Et principales pharmacies

GLACE NUTRITIVE IMODA

TONIQUE, ALIMENTAIRE.—1 FR. ET 1 FR. 50

Contient la moitié de son poids de viande crue de choix. Nouveau mode d'alimentation convenant à tous malades, convalescents et affaiblis; saveur exquise et variée neutralisant tout goût de viande pour les plus difficiles.

IMODA, *glacier, rue Royale, 5*

VIN DE CATILLON A LA GLYCÉRINE

ET AU QUINQUINA

Le même **Ferrugineux** : *GLYCÉRINE, QUINA et FER (0 gr. 25 par cuillerée).*

Troubles digestifs, inappétence rebelle, fièvres intermittentes, anémie, chlorose, diabète, etc.

Puissants toniques-reconstituants, offrant réunis tous les principes du quinquina, le fer à haute dose sans **constipation**, et la glycérine pure employée comme succédané de l'huile de foie de morue.

V. notre Mémoire sur l'*Emploi de la Glycérine à l'intérieur*.—Paris, rue Fontaine-St-Georges, 1.

DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

ÉLIXIR DE PEPSINE A LA GLYCÉRINE

De CATILLON

Cette préparation possède un pouvoir digestif bien supérieur à celui de la Pepsine ordinaire. Elle n'est pas alcoolique, l'alcool paralyse la pepsine. Par son action puissante et rapide, elle entrave les accès de **MIGRAINE** provenant de l'estomac, dyspepsies, gastr., etc. — 1, rue Fontaine-Saint-Georges, *Paris*.

DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

SOLUTION AUBIN

AU PHOSPHATE FERRIQUE ARSÉNIÉ

Dans ce nouveau produit, le **Phosphore**, le **Fer** et l'**Arsenic**, unis à doses thérapeutiques équivalentes, se faisant valoir et se complétant réciproquement, acquièrent une très-grande efficacité contre : *Chlorose, Anémie, Névroses, Chorée, Atonie générale, Dyspepsie, Scrofule, Rachitisme, Tuberculose, Cachexies paludéennes, Maladies de la Peau, Cachexies des Maladies chroniques*, etc. Dépôt dans les principales pharmacies de France. — Dépôt principal : E. Fournier et Ce, 15, rue de Londres, à Paris. — Vente en gros : chez J. Aubin, traverse du Chapitre, 13, à Marseille.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles. Imp. Cerf et fils, 59, rue Duplessis.

Leçons sur les localisations dans les Maladies du cerveau, par J.-M. Charc. recueillies et publiées par Bourneville. In-8. 168 pages avec 45 figures dans le texte. Prix 5 fr. Pour les abonnés, 4 fr. *(franco)*.

SALYCILATE DE SOUDE

Procédé **KOLBE**, cachet Dr **QUESNEVILLE**, contre **goutte** aiguë et chronique, **rhumatisme**, avec instruction. Flacon : 100 g. 6 fr. 50 gr. **3** fr.

Quesneville, 12, rue de Bucy, Paris, au fond de la cour.

Dragées Meynet d'Extrait de foie de morue, au *metatum album*. **ASO** 3 milligramme pilule. Associ. tion de l'acide as. sénieux à la pe. psine ne

Préparation très-efficace, mieux tolérée que les a. sénieux en général. Ne se délivre que sur ordonnance. Notice, échantillon, envoi gratis.

Paris, pharmacie MEYNET, 31, rue d'Amsterdam, et princ. pharm.

Pullna (Bohême). La plus ancienne et meilleure Eau minérale naturelle purgative et altérante connue. (*Apéritive, Dérivative, Digestive, Tempérante, Antiphlogistique, Antiapoplectique*). Douce et bienfaisante par excellence et presque insipide. Vente et détail partout. Chauffer la valeur d'un verre vin ordinaire. — Aux enfants une cuillerée coupé de lait. — Prendre à jeûn et aussi avant le coucher. — Exempte des coliques et des Troubles intestinaux. — Diète peu scrupuleuse. — Contrôle originaire. Chaque cruchon de provenance unique porte exclusivement la marque registrée : Pullnaer Bitterwasser. Gemeinde Pullna, et sa capsule est formement : Pullnaer-Gemeinde-Bitterwasser. — Le directeur général des Eaux minérales naturelles amères de Pullna, Antoine UHRICH, du fondateur.

CONSTIPATION

HÉMORRHOÏDES, COLIQUES HÉPATIQUES

Guérie sans purger par les pilules de **PODOPHYLE COIRRE. 3 fr.**

Gros, 79, rue du Cherche-Midi; Détail : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilles à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.

Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.

LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 8. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 23 FÉVRIER 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY

Du spina-bifida sacro-lombaire.

Leçon recueillie par Et. GOLAY, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je désire vous entretenir aujourd'hui d'une jeune enfant, atteinte d'un vice de conformation relativement assez fréquent, et qui soulève quelques questions intéressantes de pratique chirurgicale.

Cette petite malade, âgée de quatre mois, est le produit d'une première grossesse. Sa mère, qui n'a que dix-neuf ans, n'est atteinte d'aucun vice de conformation et a toujours joui d'une santé satisfaisante. Sa grossesse a été normale et a parcouru toutes ses périodes sans que l'enfant ait été soumis à une violence extérieure quelconque pendant la vie intra-utérine. L'accouchement lui-même a été facile et s'est effectué normalement à la fin du neuvième mois de la grossesse.

Dès la naissance, la mère a remarqué que cette enfant portait à la partie la plus inférieure de la région lombaire une petite tumeur du volume de la seconde phalange du pouce, et dont la surface constituée par la peau, était simplement parcourue par quelques arborisations bleuâtres. Cette tumeur ne s'est guère modifiée pendant le premier mois, mais à partir de cette époque, elle a augmenté assez rapidement de volume pour atteindre graduellement ses dimensions actuelles et revêtir les caractères extérieurs que nous constatons aujourd'hui.

Cette tumeur, du volume d'une pomme, est située exactement sur la ligne médiane du tronc ; elle est assez régulièrement arrondie, mais l'on peut cependant distinguer à sa surface quelques petites bosselures, dues sans doute à la moindre résistance des enveloppes sur certains points.

Appliquée sur la colonne vertébrale par une large base, assez mobile dans le sens transversal, elle reste à peu près fixe lorsqu'on cherche à lui imprimer des mouvements dans le sens vertical, ce qui semble indiquer qu'elle adhère profondément au squelette de la région.

La peau qui la recouvre a perdu son apparence normale. Elle paraît d'une minceur extrême et réduite à une pellicule dans la plus grande partie de son étendue. Elle est lisse, brillante et présente une coloration violacée particulière, due à de fines arborisations vasculaires qui la parcourent en tous sens. Ce n'est qu'au pourtour de la tumeur, dans le voisinage de son point d'implantation, qu'elle semble avoir conservé son épaisseur et sa coloration presque normales. Il en est de même tout à fait au centre de la production morbide, où la peau, manifestement plus épaisse et plus résistante à la palpation que dans les autres points, se montre sous l'apparence d'une plaque jaunâtre à bords irréguliers. Nous verrons dans un instant quelle importante signification a cette plaque, au point de vue du diagnostic des parties contenues dans la tumeur.

Au toucher, la tumeur est molle, rénitente et donne une fluctuation manifeste. De plus, je dirai qu'elle est tout à fait transparente, ce dont on s'assure facilement en l'interposant entre l'œil et une lumière, comme cela se pratique pour l'hydrocèle. En aucun point, nous n'avons pu percevoir de tache opaque, malgré le soin que nous avons mis à rechercher ce caractère, qui aurait une grande valeur pour le diagnostic des parties contenues dans son épaisseur.

La tumeur est complétement irréductible. La compression avec la main ne la fait nullement diminuer de volume et ne détermine chez l'enfant aucun trouble fonctionnel. Nous n'avons pu observer ni paralysie, ni convulsions, quelques limitées qu'elles soient. De même, les cris de l'enfant ne changent en aucune façon le volume et le degré de tension de la tumeur. En outre, elle paraît indolente, car on peut la prendre entre le doigt, lui imprimer des mouvements de latéralité, la comprimer même assez fortement, sans que l'enfant accuse la moindre gêne.

La petite malade ne présente, du côté des membres inférieurs, aucun trouble de motilité ou de sensibilité capable de faire supposer l'existence d'une lésion de la moelle. Enfin, et pour terminer, disons qu'elle paraît jouir d'une bonne santé générale, qu'elle tète bien et qu'elle ne porte aucun vice de conformation autre que celui pour lequel sa mère l'a confiée à nos soins.

Quelle est la nature de cette tumeur ?

Son siége sur la ligne médiane du tronc, sa situation au niveau de la région lombo-sacrée, son origine congénitale, sont autant de raisons pour admettre, *à priori*, qu'il s'agit d'un spina-bifida, c'est-à-dire d'un vice de conformation consistant dans la fissure des arcs vertébraux, avec issue des enveloppes de la moelle et peut-être même de la terminaison de l'axe médullaire.

Je n'ai pas l'intention, Messieurs, de vous faire ici l'histoire complète de ce vice de conformation, histoire que vous possédez dans vos traités classiques ; je me bornerai à attirer votre attention sur les points qui offrent le plus d'intérêt au point de vue pratique.

Inutile, Messieurs, de vous rappeler ici toutes les théories au moyen desquelles on a voulu expliquer la formation du spina-bifida. Tout le monde est d'accord aujourd'hui que ce vice de conformation est dû à un arrêt de développement de la colonne vertébrale. Il suffit de se rappeler comment se développent à l'état normal la moelle et la colonne vertébrale, pour se convaincre que l'arrêt de développement est la seule théorie capable d'expliquer les différentes formes sous lesquelles peut se montrer l'hydrorachis, nom sous lequel on désigne aussi quelquefois le spina-bifida.

Dès les premiers jours de la vie embryonnaire, on voit naître sur les côtés de la corde dorsale et successivement de l'extrémité céphalique à l'extrémité caudale, des plaques dites protovertébrales, destinées à devenir les rudiments des vertèbres. Ces plaques, en s'incurvant en avant, ne tardent pas à entourer la corde dorsale, pour constituer plus tard les corps vertébraux, en même temps qu'elles envoient en arrière des prolongements qui, marchant à la rencontre les uns des autres en arrière, constituent bientôt un canal destiné à contenir la moelle.

Plus tard, ces protovertèbres se segmentent et partagent la colonne vertébrale en parties distinctes, toutes prêtes à être envahies par le travail d'ossification. Le développement plus tardif des lames postérieures, comparé à celui des lames antérieures, explique pourquoi le spina-bifida postérieur est beaucoup plus fréquent que l'antérieur, puisque en arrière, une ouverture capable de laisser passer la moelle et ses enveloppes, subsiste beaucoup plus longtemps.

La soudure des arcs cartilagineux en arrière, ne se fait pas dans toute l'étendue de la colonne avec la même rapidité ; elle débute au niveau de la région dorsale et ne s'effectue que plus tard dans les régions cervicale et lombaire. Ce dernier phénomène rend bien compte pourquoi l'hydrorachis occupe presque toujours la région lombaire, qui, la dernière envahie par l'ossification, se trouve beaucoup plus sujette que toute autre à laisser entre les lames postérieures une ouverture, par où peuvent venir faire hernie la moelle et ses enveloppes.

Mais quelle est la cause de cet arrêt de développement, quel est le travail pathologique sous l'influence duquel il se produit ? Nous ne pouvons le dire. Dans le cas de notre

© BIU Santé

petite malade, en particulier, nous ne trouvons rien qui soit capable d'expliquer la production du vice de conformation qu'elle porte ; sa mère n'a pu nous signaler aucun antécédent héréditaire quelconque ; sa grossesse a été normale, et pendant son cours, l'enfant n'a été soumise à aucune violence extérieure. Mieux vaut donc laisser de côté cette question, sur laquelle tant de points obscurs restent à éclaircir.

Quelle est la constitution anatomique de la tumeur que que nous avons sous les yeux ?

Je vous rappellerai brièvement que le spina-bifida présente à étudier les enveloppes de la tumeur, les parties qu'elle contient, enfin l'orifice de communication de la poche avec le canal vertébral.

Les enveloppes sont constituées par les téguments de la région. La peau présente rarement son apparence normale et, dans le cas qui nous occupe, vous avez vu qu'elle est considérablement amincie, qu'elle est lisse et luisante et comme réduite à une sorte de pellicule. Le tissu cellulaire sous-cutané a participé à l'atrophie de la peau et a presque complétement disparu.

Au-dessous des téguments, on trouve la dure-mère rachidienne doublée du feuillet épithélial de l'arachnoïde. Cette membrane fibreuse subit généralement aussi une atrophie partielle ; aussi est-elle le plus souvent amincie par places et si adhérente aux téguments, qu'il est fort difficile de l'en séparer.

Ainsi constitué, le sac contient un liquide plus ou moins abondant, suivant le volume de la tumeur. Il est le plus souvent séreux, limpide et citrin. Ce liquide, très-intéressant à étudier au point de vue de sa composition chimique, renferme une proportion d'eau très-considérable. On y rencontre quelques sels, tels que des chlorures de sodium et de calcium, des phosphates, un peu de sulfate de soude. Quelquefois, il renferme de l'urée en petite quantité, et, d'autres fois encore, une fort petite proportion d'une substance très-voisine du sucre de raisin. Mais, par contre, on n'y trouve que fort peu, et, plus souvent, pas trace d'albumine. Ces caractères chimiques ne se rencontrant généralement pas dans les autres liquides de l'économie, ont une grande valeur au point de vue du diagnostic, et peuvent servir à distinguer le spina-bifida des autres tumeurs liquides qui peuvent le simuler.

Mais quel est le siége exact de cette collection de sérosité ? Le liquide s'est-il primitivement épanché entre la moelle et ses enveloppes (méningocèle ou hydrorachis externe), ou bien, dans le canal central de la moelle (hydrorachis interne). Disons de suite que la méningocèle est très-exceptionnelle et que le plus souvent le liquide siége dans l'épaisseur de l'axe médullaire lui-même. Ce fait anatomique, très-longtemps méconnu, est actuellement mis hors de doute. Il en résulte que la moelle distendue par le liquide, pénètre fréquemment dans la poche et devient partie constituante de la tumeur. Mais la disposition qu'elle y prend est très-variable. Parfois elle pénètre dans le sac, y décrit une anse et rentre dans le canal vertébral. D'autres fois, et particulièrement dans les spina-bifida sacro-lombaires, la moelle dissociée éparpille ses filets nerveux dans la poche. On trouve alors parfois, au milieu d'eux, une partie un peu plus résistante qui représente l'extrémité caudale de la moelle et qui va s'insérer sur un point de la poche. Wirchow a montré qu'au niveau de cette insertion, il existe presque toujours, soit une dépression de la surface de la tumeur, soit une plaque due à l'épaississement local des parois. Nous verrons, dans un instant, quelle importance diagnostique peut avoir la constatation de cette plaque.

Il nous reste à indiquer, Messieurs, quels sont les caractères de l'ouverture qui fait communiquer la tumeur avec le canal vertébral. Cet orifice tient à l'écartement des lames et des apophyses épineuses et occupe généralement l'étendue de plusieurs vertèbres. Il est plus ou moins large. Il persiste généralement indéfiniment ; cependant, lorsqu'il est étroit et réduit à l'état de fissure, il peut par la marche du développement, s'oblitérer spontanément et permettre la guérison spontanée. Cette oblitération se fait, soit par rapprochement graduel des arcs vertébraux, soit par la formation d'un épaississement fibreux à la base du collet qui rétrécit graduellement l'orifice et le ferme à la longue.

Maintenant que nous avons rappelé les principales conditions anatomiques du spina-bifida, revenons, Messieurs, à notre petite malade et cherchons à mettre ces données à profit pour le diagnostic.

Celui-ci comprend trois points principaux : 1° reconnaître le spina-bifida ; 2° déterminer si l'on a affaire à une simple méningocèle ou si la moelle et ses enveloppes font partie de la tumeur ; 3° se rendre compte des rapports qu'affecte la tumeur avec le rachis.

Je vous ai dit, Messieurs, que chez notre petite malade, le siége de la tumeur sur la ligne médiane, sa transparence, son adhérence avec les parties profondes, sont bien de nature à nous faire penser qu'il s'agit d'un spina-bifida. Quant à une certitude absolue, nous ne pouvons la tirer de ces seuls caractères, car plusieurs signes habituels de l'affection, tels que la réductibilité de la tumeur et son augmentation de volume sous l'influence des cris et des efforts de l'enfant, nous font complétement défaut. De même, nous n'avons pas pu, par la palpation, en raison de la tension de la poche, sentir directement l'ouverture que nous supposons devoir exister au niveau des vertèbres.

Serions-nous donc en face d'une autre affection qu'un spina-bifida, et en particulier d'un de ces kystes congénitaux à origine le plus souvent inconnue, mais qui, comme l'hydrorachis, se développent sur la ligne médiane, soit au cou, soit et plus souvent au niveau de la région sacro-coxygienne ?

Ces tumeurs kystiques ou polycystiques, il est vrai, n'adhèrent généralement pas si fortement au squelette que le spina-bifida, et vous vous rappelez que dans le cas qui nous occupe, la tumeur, si elle est assez mobile latéralement, se laisse fort peu déplacer lorsqu'on lui imprime des mouvements dirigés de haut en bas. Le diagnostic est parfois fort difficile et je pourrais vous citer maints exemples dans lesquels des erreurs très-préjudiciables au malade ont été commises. Dans le cas qui nous occupe, nous avions donc à la fois des raisons pour et des raisons contre l'admission d'un spina-bifida ; il fallait sortir d'embarras et pour cela pratiquer une ponction dans la poche. C'est ce que nous avons fait, il y a deux jours, en nous servant de l'aiguille la plus fine de l'aspirateur de Potain. Nous avons enfoncé le petit trocart sur les parties latérales de la tumeur, dans le but d'éviter autant que possible la lésion des éléments nerveux qui peuvent exister dans la poche. Nous avons retiré environ 70 grammes d'un liquide citrin, limpide, qui renfermait, outre des chlorures de sodium et de calcium, un peu de sulfate de soude et une très-petite proportion d'urée. Il ne contenait ni sucre ni albumine.

L'évacuation de la poche m'a permis, en outre, d'examiner l'état des vertèbres sous-jacentes et de constater un écartement des arcs vertébraux. Cette exploration, jointe à l'analyse chimique dont je viens de vous donner les résultats, nous a permis d'affirmer que la tumeur que porte notre petite malade est bien un spina-bifida.

Mais là, ne doit pas s'arrêter le diagnostic. Il est de la plus haute importance, au point de vue du pronostic et du traitement, de déterminer, autant que possible, si la tumeur contient ou ne contient pas d'éléments nerveux. Dans le cas qui nous occupe, il est évident qu'il ne faut pas s'attendre à la présence de la moelle au sein de la tumeur. Si le spina-bifida siégeait plus haut, la moelle pourrait pénétrer dans la poche, y décrire une ou plusieurs inflexions et rentrer dans le canal vertébral ; mais comme chez cette enfant, l'affection siége au niveau de la région sacro-lombaire, nous ne pouvons y rencontrer que les éléments de la queue de cheval et le prolongement caudal de l'axe médullaire. Ces éléments existent-ils au sein de la tumeur ? L'absence complète de trouble fonctionnel, convulsif ou

© BIU Santé

paralytique sous l'influence de la compression de la poche et sa transparence complète avant la ponction, sont des caractères qui semblent indiquer qu'aucun élément nerveux ne participe à sa constitution. Par contre, l'existence à la peau de la plaque jaunâtre et épaisse, que nous avons signalée au centre de la tumeur, doit nous faire supposer qu'elle renferme des éléments nerveux. D'après Virchow, en effet, toutes les fois qu'on observe au centre de la tumeur une dépression ou un épaississement de la peau sous forme de plaque, c'est un signe que la moelle s'attache et adhère en ce point par quelque prolongement. Il est donc très-vraisemblable que nous avons affaire à un hydrorachis interne. Cette conclusion est du reste encore appuyée par les résultats de quelques statistiques, qui montrent que l'hydrorachis interne est beaucoup plus fréquent que l'hydrorachis externe. En effet, Giraldès, sur trente cas de spina-bifida, en a trouvé vingt-cinq dans lesquels la moelle faisait partie de la tumeur. L'on ne saurait donc, dans les cas analogues à celui de notre petite malade, faire trop de restrictions avant de se prononcer catégoriquement sur la nature exacte des parties contenues dans la poche.

Quel est, Messieurs, l'avenir réservé à cet enfant? Il n'est certainement pas brillant, car, soit qu'on abandonne l'affection à elle-même, soit qu'elle devienne l'objet d'une intervention chirurgicale, les malades sont voués à une mort presque certaine.

Le moindre coup, le décubitus dorsal, suffisent parfois pour déterminer la rupture de la poche, l'inflammation du sac et la mort au milieu des symptômes de la méningite rachidienne. Cependant, l'ouverture de la tumeur n'est pas toujours mortelle, et dans quelques cas exceptionnels, on peut voir, après évacuation et reproduction plusieurs fois répétées du liquide, survenir la guérison spontanée. Plus souvent et, comme je vous le disais déjà tout à l'heure, la guérison se fait par oblitération de l'ouverture du rachis; qu'elle soit due au développement naturel de l'enfant et au rapprochement graduel des lames vertébrales, ou qu'elle ait pour origine un travail inflammatoire limité au collet de la tumeur, entraînant le rétrécissement de l'orifice par épaississement fibreux. La poche constitue alors un kyste isolé du canal vertébral et peut devenir compatible avec une existence assez longue. Ainsi, M. Broca a pu présenter à la Société de chirurgie un malade, porteur d'un spina-bifida énorme et qui, malgré cela, était parvenu à un âge avancé.

Du reste, le pronostic est variable suivant les circonstances. Il est évident qu'il est beaucoup plus grave lorsque la moelle et les nerfs rachidiens prennent part à la constitution de la tumeur que lorsqu'il s'agit d'une simple méningocèle. Aussi, dans le cas particulier qui nous occupe, où la présence des éléments nerveux, quoique douteuse, est assez probable, doit-on rester très-réservé au sujet du pronostic, mais le porter plutôt mauvais que bon.

Comme traitement, quelle est, Messieurs, la conduite à tenir en présence d'un spina-bifida? D'une manière générale, et en particulier dans les cas où, comme dans le nôtre, la tumeur peut renfermer des éléments nerveux, il faut bien se garder d'attaquer la tumeur par les moyens chirurgicaux. Il faut laisser à la nature le soin de la guérison. On peut cependant aider ce résultat par quelques moyens appropriés. La compression continue de la tumeur qu'on obtient en badigeonnant sa surface avec du collodion, est un des plus efficaces et des moins dangereux.

Dans quelques cas, on est autorisé à avoir recours à un traitement un peu plus actif et à pratiquer la ponction de la tumeur à sa base avec un trocart capillaire. Cette méthode présente certainement des dangers : une statistique de Giraldès montre que sur vingt-deux enfants traités par ponction, douze sont morts; mais il faut dire aussi que cette statistique n'a pas une très-grande valeur, car il y manque l'indication de l'état du spina-bifida. La ponction seule est généralement insuffisante, car elle est suivie de la reproduction rapide du liquide. Nous l'avons déjà pratiquée une fois chez notre petite malade, dans le but d'assurer le diagnostic; elle n'a été suivie d'aucun accident, mais, dès le lendemain, nous constations que la tumeur avait repris les mêmes dimensions qu'elle avait avant la ponction. Je crois que nous pouvons revenir à ce moyen ; seulement, nous le ferons suivre immédiatement d'une application de collodion sur la poche, de manière à la comprimer et à s'opposer, autant que possible, à la reproduction du liquide. Tout autre traitement est absolument contre-indiqué : les injections irritantes de teinture d'iode, la cautérisation, l'excision, la ligature simple, la ligature élastique ne pouvant s'appliquer qu'aux cas où l'ouverture du rachis est oblitérée ou très-petite.

CHIRURGIE DES ARMÉES

Les ambulances roumaines ;

Par **BOUDET DE PARIS** et **E. MONOD**, internes des hôpitaux

I. On sait que le comité protestant de secours aux blessés d'Orient a délégué un certain nombre de chirurgiens français dans les ambulances Turques et Roumaines. Appelés par ce comité à remplacer MM. les docteurs Henriet et Miot, dans les ambulances de Turnu-Magurele, nous avons pu pendant six semaines recueillir un certain nombre d'observations que nous croyons devoir intéresser le public chirurgical. Nous les publions donc, ainsi qu'un aperçu des méthodes de pansements que nous avons employées, suivant en cela l'exemple de nos prédécesseurs dans la guerre Russo-Turque. Nous ne sommes peut-être pas aussi riches qu'eux en « *grandes opérations* »; car, pendant le siége de Plevna les rencontres étaient rares et les quelques blessés quotidiens étaient gardés dans les ambulances de première ligne. Toutefois nos salles étaient occupées par les blessés des batailles qui ont précédé le siége, et avec le petit contingent apporté par la prise de Rachowa, les complications secondaires nous ont fourni un ample sujet de travail.

Notre intention n'est pas d'insister longuement ici sur l'état matériel des ambulances roumaines ; cependant deux lettres de M. le Docteur Henriet, publiées dans les nº 479 et 483 *de la Tribune médicale* ayant fait connaître l'état de ces ambulances au début de leur installation, nous devons rappeler, en quelques mots, ce qu'elles étaient lors de notre arrivée, ne fût-ce que pour rendre justice à l'énergie et au patriotisme de la nation Roumaine.

Pris à l'improviste, sans organisation militaire, presque sans ressources matérielles, les Roumains ont su installer en quelques semaines des hôpitaux, dont quelques-uns pourraient rivaliser avec ce que nous avons eu de mieux organisé dans notre guerre de 70. Quelques maisons (cafés, mairies) réquisitionnées, des dons matériels, du dévouement chez les médecins et les femmes de la plus haute société : avec cela, ils ont mené à bonne fin leur entreprise.

Disons, toutefois, que les divers comités français se sont montrés généreux comme toujours, et particulièrement le comité protestant, qui n'a cessé, pendant toute la durée de la guerre, de faire parvenir aux ambulances des deux nations ennemies des dons de toute nature, des médicaments, des vêtements, des instruments, etc. Le comité français de Bucarest, s'est aussi distingué par sa générosité, et la femme du consul français, président de ce comité, Mme Debains, a payé de sa personne, en soignant assidûment les blessés dans les hôpitaux de Bucarest.

A notre arrivée à Turnu-Magurele, le 28 octobre 1877, nous avons donc trouvé les services bien installés. — Les salles de l'ambulance de la «*primaria*» (mairie et école primaire), dont nous avions pris la direction après le départ de MM. les docteurs Henriet et Miot, contenaient environ cent quarante blessés. — Ces salles étaient vastes et aérées — les lits excellents — le matériel pour pansements abondant, grâce aux dons des comités. Quant au personnel, il y avait avec nous comme chefs de service deux chirurgiens Roumains (donc quatre chirurgiens pour cent

© BIU Santé

quarante blessés), une sœur de charité, Mme Ghika, dont le dévouement et les soins intelligents ne se sont pas démentis un instant, une dame de Bucarest, Mme B..., et un certain nombre de religieuses, d'infirmiers militaires et de barbiers remplissant les fonctions d'internes. — Les autres ambulances étaient installées sur le même pied ; mais les malades n'étaient pas aussi favorisés que les blessés ; — la plupart étaient soignés sous des tentes ou dans des baraques humides et difficiles à chauffer. A part trois médecins français, MM. Plateau, Mauvais et Golaz, qui ont quitté Turnu quelque temps avant nous, et un chirurgien prussien, tous les services, au nombre de vingt-deux étaient dirigés par des chirurgiens ou médecins roumains.

Il est résulté de cet état de choses que le nombre des insuccès, si grand au début de la campagne, alors que le matériel était plus qu'insuffisant et l'encombrement des blessés énorme, était de beaucoup diminué.

Mais si tout était parfait dans les ambulances, il n'en était malheureusement pas de même des moyens de transport. Tous les blessés des hôpitaux de Turnu-Magurele venaient de Plevna, et pour faire ce voyage de huit lieues environ, les ambulances n'avaient à leur disposition que de mauvais petits chariots à bœufs, non suspendus naturellement, et obligés de traverser un pays montagneux et marécageux où les routes sont chose inconnue. Les blessés, entassés dans ces véhicules primitifs, arrivaient après trois et quatre jours de transports, ayant subi des cahotements horribles et souvent sans avoir été pansés en route. Allez juger, après cela, la valeur d'un pansement appliqué sur une fracture comminutive du fémur, avec plaie des téguments ! Pour nous, nous restons persuadés qu'un grande partie d décès ont été causés par ce mode de transport barbare.

Les ambulances russes, dont les ressources étaient bien plus grandes, possédaient des voitures, des brancards, sur lesquels on pouvait pratiquer l'immobilisation ou la contre extension des membres aussitôt après la blessure; aussi n'ont-elles pas eu les mêmes résultats à déplorer. D'ailleurs nous avons trouvé une preuve de ce que nous venons d'avancer dans une courte visite que nous fîmes aux ambulances de première ligne à Grivitza. Là, à douze cents mètres des tranchées, le docteur Davila, inspecteur général du service sanitaire de l'armée roumaine, avait installé deux ambulances, magnifiquement approvisionnées.

Les blessés étaient couchés sous des tentes chauffées par de petits poêles en terre ; opérés immédiatement après la blessure reçue, n'ayant eu à supporter qu'un transport de quelques centaines de mètres sur une civière portée par des brancardiers exercés, les malades ont presque tous guéri, même ceux qui avaient subi les opérations les plus graves.

M. le docteur Stéphanesco, chef d'ambulance du docteur Davila, nous a affirmé n'avoir eu un seul cas ni d'infection purulente, ni de tétanos.

A Metchka, à huit kilomètres de Plevna, était installée une autre ambulance, sous la direction du docteur Fotino, pour les blessés qui pouvaient supporter un transport de quelques heures. Là encore nous avons trouvé des résultats admirables ; pendant toute la campagne il n'y avait eu qu'un seul cas d'infection purulente et deux cas de tétanos.

Les blessés recueillis à Turnu-Magurele avaient donc eu à supporter ce terrible voyage, et il est évident que leur état général a dû s'en ressentir ; nous ne parlons pas des complications locales, qu'il est facile de s'imaginer. Malgré cela, nos décès n'ont pas été considérables, car sur un total de 82 blessés, nous n'avons eu que cinq morts, quatre par infection purulente, et un par tétanos aigu.

Imbus des idées de conservation qui gouvernent la chirurgie actuelle, nous n'avons pratiqué que les opérations jugées absolument nécessaires, et nous n'avons pas eu à nous en repentir. Car bien des blessés sont partis en convalescence avec leurs bras et leurs jambes, qui auraient probablement grossi le nombre des insuccès si nous les avions amputés. Cette conduite n'a pas toujours été celle des chirurgiens qui nous entouraient, et leurs statistiques ont donné gain de cause aux idées modernes.

Quant aux modes de pansement, nous avons surtout mis en usage la méthode de Lister, grâce aux généreux envois des comités. Nous avions, en effet, vu réussir ce pansement dans les hôpitaux de Paris et nous espérions que les résultats seraient aussi satisfaisants en temps de guerre. Sauf quelques restrictions, nous en avons été très-satisfaits. Voici, en peu de mots, comment nous l'appliquions : pour les opérations (amputations, résections, grandes incisions) nous faisions le Lister complet avec pulvérisation, lavages avec les solutions titrées, gaze phéniquée, mackintosh, etc., pour les pansements ordinaires des blessures, nous appliquions sur la plaie quelques morceaux de tarlatane trempée dans la solution faible (2 p. 0/0), puis six à huit doubles de gaze phéniquée recouverts de taffetas ou de mackintosh.

Par ce moyen, nous avons obtenu des cicatrisations rapides de plaies déjà anciennes, et sur celles faites par le bistouri nous avons eu souvent des réunions par première intention.

Nous avons vu employer par un chirurgien prussien, ce que les Allemands appellent le Lister modifié. C'est d'une simplicité extrême comme méthode, mais les résultats ne nous ont pas paru aussi merveilleux qu'ils veulent bien le dire. Quelle que soit la plaie, contuse ou non, ancienne ou de fraîche date, avec ou sans suppuration, ils appliquent dessus un carré de plusieurs doubles de gaze Lister, ou plus souvent un gâteau de ouate végétale, appelée *jute*, et qui a séjourné vingt-quatre heures dans l'acide phénique. Et tout est dit ! pas de mackintosh ni de taffetas gommé : à peine quelquefois une bande de gaze pour maintenir le pansement. Seulement les mains du chirurgien et tous les instruments sont trempés dans l'acide phénique. Ce pansement reste appliqué jusqu'à la guérison complète.

En somme, c'est un pansement antiseptique, mais ce n'est plus le Lister.

Dans nos salles, nous n'avons jamais vu réussir le pansement Lister appliqué sur une partie enflammée. Malgré l'exemple des Allemands qui ont rayé le cataplasme de leur arsenal thérapeutique, nous avons eu recours à ce précieux épithème toutes les fois que nous avions affaire à un phlegmon, et bien nous en a pris. Le Lister essayé dans de telles circonstances ne nous a pas donné de bons résultats.

Il est encore deux indications pour lesquelles le pansement Lister ne nous paraît pas très-recommandable : 1° dans le cas d'opérations sur les extrémités des membres, et nous consacrons tout un chapitre à cette étude ; 2° dans les plaies avec gangrène ou attrition excessive des téguments devant se sphacéler plus tard. On trouvera, dans nos observations, des faits à l'appui de cette opinion ; les résultats obtenus par les autres chirurgiens de Turnu-Magurèle viennent également la confirmer.

Enfin, le Lister est-il capable d'empêcher l'infection purulente ? Il est évident que les statistiques des chirurgiens de tous pays indiquent une mortalité moindre depuis l'emploi de ce pansement dans les hôpitaux ; mais ne pourrait-on pas aussi expliquer ces résultats satisfaisants par les soins plus minutieux apportés dans le traitement ultérieur des opérés ? A Grivitza, on faisait les pansements avec des morceaux de tarlatane trempés dans une solution de 1 p. 0/0 d'acide phénique, pas de pulvérisation, pas de mackintosh, de protective, etc. Est-ce là le vrai Lister ? Eh bien, comme résultat, pas un seul cas d'infection purulente, et la plupart des plaies d'amputation réunies par première intention.

A Metchka, où les ressources étaient moindres, les pansements se faisaient avec la charpie qui servait souvent plusieurs fois, et il n'y a eu qu'un cas d'infection purulente. A Turnu-Magurèle, où le pansement antiseptique était admis dans presque tous les services, nombreux cas d'infection et de gangrène.

On trouvera plus loin (Obs. 1 et 2) les observations de deux

© BIU Santé

blessés qui ont succombé à l'infection purulente, bien qu'ils eussent été pansés d'après la méthode Lister, avec la plus stricte exactitude.

Pour nous résumer, nous dirons donc que le pansement Lister nous a donné, d'une façon générale, d'excellents résultats, et nous croyons qu'il doit être préféré à tout autre pansement s'il s'agit d'une plaie faite par le chirurgien ou d'une blessure récente et non enflammée (à l'exception toutefois des plaies des extrémités).

Mais nous croyons aussi, contrairement aux Allemands, que son application est au moins inutile toutes les fois qu'il y a menace de phlegmon, ou que la plaie est déjà gangrenée.

Quant à ce qui regarde notre situation personnelle à Turnu-Magurèle, nous n'avons que des remerciements à adresser aux docteurs Kalendero et Félix, chefs du service sanitaire; eux et leurs collègues roumains ont tout fait pour nous faciliter notre tâche, et nous avons trouvé chez eux une hospitalité tout à fait généreuse, due sans doute à l'amitié inaltérable qu'ils ont conservée pour la France.

Nous regrettons seulement que l'administration du comité français de Bucarest n'ait pas cru devoir nous envoyer, dès notre arrivée, aux ambulances de première ligne, sous la direction du docteur Davila. Là, en effet, nous aurions trouvé un plus vaste champ d'études et aussi de plus fréquentes occasions d'être utiles à nos semblables. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Opération de Battey. — Extirpation des ovaires.

Depuis quelque temps, les journaux étrangers appellent l'attention sur une opération pratiquée en 1872 par un chirurgien américain, le Dr Battey, de Rome, en Géorgie: cette opération n'est autre que l'extirpation des ovaires faite dans le but d'obtenir la guérison de certaines affections rebelles jusque-là à tous les autres modes de traitement. Les faits s'accumulent et les écrits se succèdent: le Dr Battey (1) envoya en 1876 un mémoire sur ce sujet à la *Société américaine de Gynécologie*, l'*American Journal of Obstetrics* (2) nous a donné dans son numéro d'octobre dernier la discussion qui a eu lieu sur cette opération à Boston en 1877; Hégar (3) a rapporté plusieurs observations d'extirpations des ovaires faites dans un but particulier, la guérison des tumeurs fibreuses de l'utérus; enfin, le *British medical Journal* (4) vient de publier sur cette question une série d'articles importants dus à la plume de Marion Sims (5). Nous nous proposons de donner un résumé de ces travaux. N'ayant aucune expérience personnelle, ne pouvant donc formuler aucune appréciation, nous nous bornerons au rôle de narrateur.

En 1865, le Dr Battey observa une jeune fille de 21 ans qui chaque mois souffrait horriblement pendant plusieurs jours: l'écoulement sanguin n'existait pas chez elle, car elle n'avait pas d'utérus. Les douleurs à chaque retour étaient telles qu'elle endurait une véritable agonie; elle finit par succomber et Battey pensa que sa mort était la conséquence de ce molimen menstruel. Il fit alors, rapporte M. Sims, le raisonnement suivant : Jamais je n'ai observé de semblable cas après la ménopause; c'est qu'à cette époque de la vie il n'y a plus de règles, car il n'y a plus d'ovulation. S'il était possible de produire artificiellement la ménopause, ne serait-ce pas la meilleure manière d'obtenir la guérison? Or, pour obtenir la ménopause anticipée, il faudrait enlever les ovaires.

A quelque temps de là, Battey vit une dame âgée de 30 ans qui était souffrante depuis 16 années : pendant ce long intervalle, elle n'avait eu ses règles que deux fois. Néanmoins, le molimen menstruel était très-grave, il s'accompagnait de migraines, de convulsions épileptiformes qui laissaient la malade dans le coma. Pendant ces paroxysmes, elle avait des attaques répétées de congestion pulmonaire : tous ces phénomènes disparaissaient lorsque survenaient des hémorrhagies déviées qui se produisaient par l'estomac, le rectum, les fosses nasales, etc. Elle avait eu, en outre, de nombreuses inflammations péri-utérines et des hématocèles. Après l'avoir observée pendant six années et après avoir épuisé tous les moyens de traitement, Battey se décida à provoquer chez elle la ménopause. Mais il n'existait aucun précédent ; il hésita. Il écrivit à un certain nombre de gynécologistes américains, leur exposa les faits et annonça son intention d'enlever les ovaires. Pas un de ses confrères ne l'encouragea. Néanmoins, sur les instances de la malade dont l'état empirait, il résolut d'opérer. En août 1872, il fit une incision à la paroi abdominale et enleva les deux ovaires qui présentaient l'un et l'autre une vésicule de de Graaf récemment rompue. Les suites de l'opération furent pénibles, mais bientôt la guérison fut complète. Tous les symptômes si graves qu'éprouvait la malade disparurent, et son état général devint excellent. En somme, le résultat de l'opération avait été aussi favorable que possible.

Depuis cette époque, le Dr Battey a répété la même opération un certain nombre de fois et il a été imité par d'autres chirurgiens, mais à la section des parois abdominales, il a substitué l'incision vaginale à travers laquelle il passe pour aller chercher les ovaires. Voici comment il procède. Il fait coucher la malade sur le côté gauche, les membres inférieurs à demi fléchis sur le tronc : il ouvre le vagin et refoule le périnée avec un spéculum de Sims ; il attire le col en bas et en avant derrière la symphyse pubienne et sectionne avec des ciseaux le cul-de-sac postérieur du vagin. Si du sang s'écoule, il fait une injection d'eau glacée ou pratique la torsion des vaisseaux; puis, il incise le péritoine. Un assistant mettant alors la main sur l'hypogastre repousse en bas les organes génitaux internes ; l'opérateur introduit un doigt dans le cul-de-sac de Douglas et avec une pince attire un ovaire sur lequel il jette un fil. Il va ensuite à la recherche du second et il les enlève tous deux avec l'écraseur : il prend soin d'agir lentement avec cet instrument afin d'éviter les hémorrhagies. L'extirpation terminée il fait une injection dans le vagin, ne pratique aucune ligature, aucune suture et remet la malade sur le dos. Le tableau qui suit donne un résumé des opérations pratiquées par Battey, Marion Sims, Trenholme, Hégar, etc., etc.

(1) *Transactions of the American Gynecological Society*. Vol. 1, p. 101.
(2) *American Journal of Obstetrics*. Octobre 1877.
(3) Hegar. *Zur Extirpation normales Eierstocke*, etc. *Centralblatt für Gynæcologie*, 1877, p. 73, 106, 297 et 1878 p. 25, n° du 19 janvier.
(4) *Battey's operation* in *The british medical Journal*, 1877. Nos du 8, 15, 22 et 29 décembre.
(5) Voyez aussi Trenholme, *Canada's Lancet*, juillet 1876, et *American Journal of Obstetrics*, 1876, p. 703.

© BIU Santé

Numéro	NOM de L'OPÉRATEUR	PROCÉDÉ	NOMBRE des OVAIRES enlevés	GUÉRISON	MORT	RÉSULTAT pour l'affection traitée
1	Battey.	Section abdominale.	2	1		Guérison complète.
2	Id.	Incision vaginale.	1	1		Nul.
3	Id.	I. v.	2	1		Guérison complète.
4	Id.	I. v.	1	1		Nul.
5	Id.	I. v.	1	1		Nul.
6	Id	I. v.	2		1	
7	Id.	I. v.	2	1		Guérison complète.
8	Id.	I. v.	2	1		Nul.
9	Id.	I. v.	1 (2e ov. du cas n° 5)	1		Nul.
10	Id.	I. v.	2		1	
11	Id.	Sect. abd.	2	1		Guérison complète.
12	Id.	I. v.	1	1		Nul.
13	Marion Sims	Sect. abd.	1	1		Guérison complète.
14	Id.	S. a.	1	1		Nul.
15	Id.	I. v.	1	1		Nul.
16	Id.	I.v.	1	1		Nul.
17	Id.	S. a.	2		1	
18	Id.	I. v.	1	1		Nul.
19	Id.	I. v.	On ne peut les enlever	1		Nul.
20	Trenholme.			1		
21	Id.	S. a.	2	1		Guérison.
22	Hégar.	S. a.	2		1	
23	Id.	S. a.	2	1		Guérison.
24	Id.	S. a.	2	1		Guérison.
25	Id.	S. a.	2	1		Guérison.
26	Id.	S. a.	2	1		Trop récent.
27	G. Thomas.	I. v. et s. a.	2		1	
28	Id.			1		
29	Peaslee.				1	
30	Sabine.			1		
31	Gilmore.			1		
32	Kœberle.	S. a.	1	1		Guérison.

En résumé, l'extirpation d'un ou de deux ovaires a été pratiquée 32 fois. Dans 6 cas les femmes ont succombé; souvent les suites de l'opération ont été graves et 11 fois au moins le résultat obtenu a été absolument nul. La guérison complète de l'affection pour laquelle on avait fait cette opération a été observée 4 fois par Battey, 1 fois par Sims, 1 fois par Trenholme, 3 fois par Hégar, 1fois par Kœberlé. Nous manquons de détails sur les opérations pratiquées par Sabine, Gilmore, Thomas, etc.

Une opération de Trenholme et quatre opérations de Hégar, cela est important à noter, ont été faites dans des circonstances toutes particulières. Il s'agissait de femmes ayant des tumeurs fibreuses énormes de l'utérus; elles étaient sujettes à des hémorrhagies graves qui mettaient leur existence en péril, et on ne voyait pour elles d'autre moyen de guérison que l'hystérotomie. L'extirpation des ovaires a paru devoir être une opération beaucoup plus simple que l'ablation totale de l'utérus; elle a été pratiquée avec un plein succès : les hémorrhagies ont cessé, la ménopause anticipée s'est établie et l'état général des femmes est devenu excellent.

Toutefois, considérant l'ensemble des résultats obtenus principalement par Battey et par lui-même, Marion Sims avoue qu'ils sont peu favorables au premier abord. Mais loin de se décourager, il pense que les incertitudes, les tâtonnements du début et certaines fautes qui ont été commises, sont les causes principales des insuccès. En voici deux qu'il signale.

1° Battey est parti de cette idée qu'il fallait provoquer la ménopause anticipée; Sims a opéré également dans ce ce but, et cependant l'un et l'autre ont bien souvent enlevé non pas les deux ovaires, mais un seul. Aussi est-ce principalement dans ces cas où un seul ovaire a été extirpé, que les résultats de l'opération ont été nuls. Dans ceux où les deux ovaires avaient été enlevés, le succès en général a été complet; c'est alors, seulement, ils ont eu le tort de l'oublier l'un et l'autre, que le molimen menstruel et ses fâcheuses conséquences peuvent être supprimés.

2° Battey a recommandé au début l'incision du vagin et l'extirpation par le cul-de-sac de Douglas, mais on s'expose à trouver l'ovaire adhérent, enfoui au milieu des fausses membranes, à tel point qu'il est très-difficile de le reconnaître. Il vaut donc mieux, dit Sims, pratiquer dans la plupart des cas l'incision abdominale, aller chercher les ovaires, les enlever et fixer le pédicule dans la plaie. Battey lui-même dans une lettre récente (octobre 1877), adressée à Marion Sims semble accepter maintenant la section de la paroi abdominale. Aussi Marion Sims conclut-il : 1° Il faut enlever les deux ovaires dans tous les cas.— 2° Comme règle, il faut opérer en ouvrant la paroi abdominale antérieure. Si les ovaires sont fixés par des adhérences, il est alors possible de les enlever complétement, tandis que par l'incision vaginale c'est impossible. — 3° Si on est certain qu'il n'y a eu aucune inflammation des organes pelviens, aucune hématocèle, qu'il n'existe aucune adhérence des ovaires avec les parties voisines, on peut alors, mais dans ce cas seulement, pratiquer l'opération par le vagin.

Dans quels cas doit-on faire l'extirpation des ovaires, dans quelles circonstances cette opération est-elle légitime? Battey et Marion Sims posent les indications suivantes : 1° Dans les cas d'aménorrhée avec absence de l'utérus ou avec utérus rudimentaire, ou quand il y a une atrésie incurable de l'utérus et que le molimen menstruel produit des troubles si violents que la vie est mise en danger.—2° Dans les cas de souffrances physiques ou de troubles de l'intelligence produits par le molimen menstruel, ou bien quand les règles sont peu abondantes ou manquent. Cette opération est alors justifiable quand tous les autres remèdes ont échoué. — 3° Dans les cas de folie au début ou d'épilepsie; si ces affections sont sous la dépendance d'une altération de l'ovaire, l'opération peut être faite alors que tout autre mode de traitement n'aura pas été suivi de succès. — 4° Lorsqu'il existe des tumeurs fibreuses énormes de l'utérus donnant lieu à des hémorrhagies qui menacent d'être mortelles.

Enfin,—et Battey revient avec une insistance particulière sur ce point,—c'est seulement dans les cas désespérés, dans les circonstances graves qu'on aura recours à l'extirpation des ovaires. Pour lui, on ne doit enlever ces organes que si une maladie sérieuse existe, maladie qui met la vie de la femme en danger, ou lui rend l'existence absolument insupportable: il faut, de plus, que cette affection n'ait pu être améliorée par aucun moyen, et qu'il y ait tout lieu d'espérer que la suppression des ovaires et la production de la ménopause amèneront la guérison complète. Cette opération ne doit être en somme qu'un traitement tenté « *en dernier ressort.* »

Tels sont les faits : les lecteurs jugeront, et les chirurgiens français apprécieront s'ils doivent, dans certains cas

© BIU Santé

exceptionnels, suivre la voie qui a été ouverte par les chirurgiens américains. P. Budin.

Sur l'éther iodhydrique.

Quel siècle fut jamais plus fertile en..... médicaments nouveaux, et, osons l'espérer, en soulagement pour les malades ? Aujourd'hui, c'est l'*éther iodhydrique*, ou plus savamment l'*iodure d'éthyle*, qui demande, je ne dirai pas à prendre, mais à reprendre rang parmi les médicaments qui guérissent.

L'*éther iodhydrique* n'est point un *mélange*, mais bien une combinaison d'*iode* et d'*alcool*, ou plutôt un produit de substitution de l'*alcool*. Son autre nom, *iodure d'éthyle*, l'indique suffisamment. En partant, en effet, de la formule de l'*alcool*, $C^4 H^6 O^2$, si on peut admettre que dans ce corps existe un radical, l'éthyle $C^4 H^5$, l'*alcool* devient alors de l'*hydrate d'oxyde d'éthyle*, $C^4 H^5 O, H O$ Dans cette dernière hypothèse, on peut dans l'oxyde d'éthyle, $C^4 H^5 O$, remplacer l'équivalent d'*oxygène* par un autre d'iode et l'on obtient ainsi l'*iodure d'éthyle*, $C^4 H^5 I$.

Ce corps a été découvert par Gay-Lussac qui l'a obtenu en distillant un mélange d'*alcool* et d'*acide iodhydrique* : on étend d'eau le produit distillé et l'éther se sépare. Serullas fit ensuite connaître un procédé, qui consistait à introduire dans une petite cornue un mélange de 40 parties d'iode et de 100 parties d'alcool à 90°, on y projette peu à peu 2 parties 1/2 d'alcool et on distille.

On peut aussi employer un procédé de préparation général des éthers haloïdes, qui consiste à faire réagir l'hydrogène sulfuré sur une solution alcoolique d'iode. Il se forme d'abord de l'*acide iodhydrique*.

$$HS + I, = HI + S.$$

Ce dernier réagit sur l'alcool pour former l'éther.

$$C^4 H^6 O^2 + HI = C^4 H^5 I + 2 H O.$$

Mais le véritable procédé classique est une modification du procédé de Serullas ; cette modification consiste dans la substitution du *phosphore rouge* au phosphore ordinaire, la réaction se fait avec toute la lenteur et régularité désirable (Personne):

On prend :

Phosphore rouge.....	10 grammes.
Iode.....	80 grammes.
Alcool à 95.....	120 grammes.

On met l'alcool et le phosphore dans une cornue tubulée communiquant directement avec un ballon à long col; cette cornue est placée dans un bain de sable ; on ajoute d'abord la moitié de l'iode ; puis, au bout d'un instant et quand la chaleur dégagée par cette addition s'est dissipée, on ajoute la seconde moitié de l'iode, on chauffe très-légèrement et l'éther formé distille et va se condenser dans le récipient. Il se fait dans cette opération de l'*Iodure de phosphore*, qui est décomposé par l'eau et, en présence de l'alcool, il se fait de l'éther iodhydrique. L'éther ainsi obtenu est très-souvent un peu coloré en jaune ; on le rectifie en le soumettant à une seconde distillation. On obtient ainsi un liquide incolore, à densité considérable 1,97 et peu volatil. Il bout en effet vers 65 degrés ; il est difficilement inflammable ; par ces trois propriétés il s'éloigne beaucoup de l'éther ordinaire.

Cet éther est peu stable ; il est décomposé et se colore sous l'influence de l'air, de la lumière et d'une grande quantité de substance ; il a donc beaucoup d'*incompatibles* et les médecins devront bien veiller au choix des substances avec lesquelles ils l'associeront.

L'éther délivré en nature devra toujours être incolore : on peut du reste le rectifier en l'agitant avec un peu de feuille d'argent (Iva), avec un carbonate alcalin qui s'emparent de l'iode mis en liberté par suite de cette décomposition de l'éther.

L'éther iodhydrique, est très-riche en iode : un gramme en contient environ 0, 80 centigrammes : il est très-peu soluble dans l'eau et soluble dans l'alcool ; on peut donc l'administrer dans un véhicule hydro-alcoolique ou en capsules. — On l'a jadis préconisé en inhalation, contre la phthisie.

La désarticulation coxo-fémorale à l'Académie de médecine.

Dans notre premier article, nous avons passé en revue les opinions émises sur le premier point de la discussion, sur le meilleur moyen d'économiser le sang. Nous avons vu que tous les orateurs sont d'accord sur ce principe qu'il faut être avare du sang de ses opérés ; mais tandis que M. Verneuil veut qu'on enlève la cuisse comme une tumeur en liant les vaisseaux à mesure, M. Perrin pense qu'il suffit de comprimer la masse des chairs, et M. Richet préfère la compression directe des artères ouvertes, ce qui permet d'aller plus vite. M Legouest ne s'élève pas non plus contre le principe posé par M. Verneuil, mais il croit que sa méthode complique et prolonge outre mesure l'opération qu'il y a avantage à terminer rapidement ; on peut, dit-il, se mettre à l'abri des pertes de sang par des moyens plus simples, la ligature préventive de la fémorale, par exemple, combinée avec la compression des lambeaux.

Aujourd'hui, nous allons examiner le second point : *le meilleur mode de pansement pour éviter la septicémie*. Dans cette partie de la discussion, plusieurs orateurs ont laissé de côté le point de vue spécial de la désarticulation coxo-fémorale et ont pris pour objectif le pansement des plaies d'amputation en général.

M. Rochard déclare que dans la communication de M. Verneuil il ne s'agit pas seulement d'un procédé opératoire et d'un mode de pansement appliqué à la désarticulation coxo-fémorale, mais que la doctrine de la septicémie est mise en cause et le principe de la réunion immédiate condamné. Il est partisan de la réunion immédiate ; combinée avec le drainage, elle a donné des succès à J. Roux ; la méthode de M. Azam basée sur l'emploi du drainage profond et de la suture profonde et superficielle, a donné de bons résultats ; M. A. Guérin qui procédait d'abord comme M. Verneuil, réussit mieux maintenant en faisant précisément le contraire. Le procédé de M. Verneuil lui paraît défavorable à la cicatrisation et à la bonne conformation des moignons, il donne des cicatrices étendues et irrégulières peu propices à l'application des appareils prothétiques. En laissant une large surface exposée, il favorise peut-être la septicémie qu'on voudrait éviter.

M. Perrin partage l'opinion de M. Rochard, il préfère la méthode mixte : réunion et drainage avec injection d'alcool.

© BIU Santé

Trois modes de pansement, dit M. Richet, ont été proposés pour les plaies d'amputation : 1° la réunion par première intention, le pansement fermé peut réussir quand le sujet est sain et dans un milieu pur ; mais s'il est épuisé par le traumatisme ou la suppuration, s'il est placé dans un milieu miasmatique, ce procédé ne laissera que peu d'espoir. Dans ces dernières conditions, les divers pansements par occlusion, même celui de M. A. Guérin, n'ont pas donné à M. Richet de résultats favorables ; il a observé la rétention du pus, le phlegmon des moignons, l'infiltration purulente interstitielle. 2° Le pansement à plat, à ciel ouvert, prévient ces derniers accidents ; mais M. Richet ne pense pas qu'il préserve des ostéo-myélites, des érysipèles, des infections purulentes; il retarde la cicatrisation, expose plus longtemps les opérés aux accidents des plaies, donne des cicatrices irrégulières et des moignons difformes ou douloureux. Cependant il préfère le pansement ouvert avec des liquides antiseptiques au pansement fermé, dans la pratique hospitalière. 3° Dans cet ordre de faits, c'est la réaction inflammatoire qui cause le plus souvent la mort, et elle est d'autant plus marquée que les surfaces exposées sont plus larges ; le pansement à plat ne lui paraît pas de nature à supprimer la fièvre traumatique, il lui préfère le pansement mixte : réunion partielle et drainage, qui diminue l'étendue des surfaces traumatiques, assure le libre écoulement des liquides, et permet les lavages antiseptiques.

M. Trélat défend aussi énergiquement la réunion primitive dans les amputations et les désarticulations. M. Verneuil, dit-il, pense que son succès dans la dernière opération est dû aux modifications apportées au manuel opératoire et au pansement; mais Roux et M. Arlaud, M. Sédillot, M. Chassaignac, M. Guyon, M. Richet, ont aussi guéri des malades par d'autres procédés : on ne peut rien prouver avec des chiffres aussi peu considérables. Si la réunion immédiate n'a pas donné de succès à M. Verneuil dans ses premières opérations, c'est qu'à cette époque cette méthode était pratiquée d'une manière défectueuse par tous les chirurgiens; on avait des sutures médiocres, on laissait de nombreux fils à ligature dans la plaie, on n'avait que des moyens insuffisants pour assurer l'écoulement des liquides, on ne pratiquait pas l'affrontement des parties profondes, les surfaces restaient mobiles; dans ces conditions, la réunion immédiate était impossible. Mais aujourd'hui, la torsion des grosses artères, la forcipressure des petites, les ligatures perdues au catgut, supprimant les corps étrangers qui provoquent un travail éliminatoire, le drainage, l'affrontement exact par les sutures profondes et superficielles, la compression élastique par l'ouate qui assure l'immobilité et une température constante, permettent une organisation prompte sur une étendue considérable de la plaie, diminuent, par conséquent, la sécrétion et les chances de rétention, et assurent une guérison plus prompte. La méthode antiseptique peut, du reste, se concilier avec la réunion immédiate et donner des résultats excellents, comme le montrent les faits de M. Letiévant; la statistique de M. Azam vient encore à l'appui de la réunion immédiate. Comme M. Rochard, M. Trélat pense que les résultats obtenus par la méthode de M. Verneuil sont défavorables à l'application d'appareils prothétiques.

M. Trélat a envisagé la réunion immédiate au point de vue général plutôt qu'au point de vue spécial de la désarticulation coxo-fémorale, aussi ses critiques ne s'appliquent pas complétement à la méthode de M. Verneuil, qui n'est pas un adversaire de la réunion primitive en général, mais qui s'est seulement demandé si elle était applicable à tous les cas.

Tandis que MM. Rochard, Perrin, Richet, Trélat sont partisans, plus ou moins décidés, de la réunion immédiate avec des modifications diverses, M. Legouest admet bien que la réunion médiate paraît tout d'abord exposer davantage aux dangers de la septicémie, mais dans le cas particulier des désarticulations, l'autre mode de pansement y prédispose au moins autant, puisqu'on n'obtient jamais la réunion désirée et que la cicatrisation ne s'effectue jamais qu'après une suppuration prolongée. Les différents perfectionnements qu'on a apportés à la méthode de la réunion immédiate, basés sur des idées théoriques, qu'on n'a pas encore pu mettre d'accord avec l'observation clinique, lui paraissent insuffisants pour assurer le succès.

M. Gosselin pense que l'hygiène générale, l'assainissement de l'atmosphère, l'alimentation doivent jouer un grand rôle dans le traitement des opérés. Mais à cela, il faut joindre l'hygiène du pansement, les soins de propreté ont une très-grande importance ; il a obtenu de bons résultats du pansement à l'alcool ou à l'eau-de-vie camphrée qu'il considère comme un excellent antiphlogistique et un excellent antiputride, parce qu'il est antiphlogistique; M. Guyon recommande aussi ce pansement, qui a donné des succès à M. Delens, dans les plaies d'amputation du sein. On peut se servir avec avantage des autres antiseptiques, de l'acide phénique, etc. — Mais au point de vue spécial de la désarticulation coxo-fémorale, il est difficile d'avoir une opinion précise, parce que les observations sont trop peu nombreuses et qu'on pourrait en citer à l'appui de tous les modes de pansement. Comme les orateurs qui l'ont précédé, M. Gosselin, est partisan du pansement mixte qui peut être rendu plus efficace si on y joint les avantages fournis par les procédés nouveaux.

CH. FÉRÉ.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Appendice à la séance du 9 février 1878.

M. BENECH étudie l'action de l'acide sulfurique sur les matières colorantes des urines, s'occupe surtout des précipités obtenus. Les urines normales fournissent un précipité, qui abandonne à l'alcool une matière colorante rouge, — uropittine, urohématine de quelques auteurs, — il reste une matière colorante noire, l'uromélanine, soluble dans la soude caustique. Lorsque l'urine contient de l'*indican*, le liquide aqueux, après un certain temps de contact, contient du bleu d'indigo et de l'indirubine, — que l'on met facilement en évidence à l'aide des procédés connus ; — le bleu d'indigo se précipite peu à peu, puis, mais bien plus tardivement, se précipite aussi l'indirubine, le liquide ne contient plus trace des dérivés de l'indican.

Le précipité contient alors, en dehors des substances colorantes citées plus haut, du rouge d'indigo, qui se dissout dans l'alcool en même temps que la matière colorante de l'urine normale. M. Benech sépare le rouge d'indigo à l'aide de la benzine éthérée ; — le chloroforme permet quelquefois le précipité de petites quantités d'une matière pulvérulente

© BIU Santé

noire, qui paraît être du noir d'indigo.—Après dissolution de l'uromélanine par la soude caustique, il reste sur le filtre du bleu d'indigo ; — traité par l'alcool bouillant, il se dissout en donnant au liquide une coloration bleu foncé. — Au bout d'un certain temps, il se dépose du bleu d'indigo, et il reste en dissolution alcoolique du rouge d'indigo. M. Benech insiste sur les différences de solubilité, dans les divers véhicules de ces matières colorantes, selon qu'elles sont à l'état naissant ou formées depuis un certain temps. Il dit avoir rencontré dans quelques cas particuliers, — dans les urines pâles, — des matières colorantes rouges différentes des précédentes, et qui pourraient bien être les analogues de celles qui apparaissent dans les urines après les injections d'oxindol. M. Benech conclut de cette étude qu'il est bien difficile d'apprécier, du moins quantitativement, les matières colorantes des urines et leur relation, et que, jusqu'à nouvel ordre, on ne doit accepter qu'avec la plus grande réserve les conséquences cliniques que quelques auteurs ont voulu tirer de la coloration des urines au contact des acides.

M. Morat fait au nom de M. Dastre et en son nom une communication sur les résultats de recherches exécutées par eux dans le laboratoire de M. Chauveau, sur les vaso-moteurs des extrémités. Depuis qu'on a démontré la coexistence de deux ordres de nerfs vaso-moteurs antagonistes dans certains organes (glande sous-maxillaire, langue), on s'est posé la question de savoir si ces deux ordres de nerfs existent dans tous les organes, ou si les dilatateurs sont particuliers à certains d'entre eux. Le nerf sciatique, par exemple, qui innerve les vaisseaux du membre postérieur contient-il les deux ordres de nerfs?

Cette question a reçu des solutions très-différentes. Les opinions soutenues peuvent se ramener à trois. Le sciatique est avant tout un vaso-dilatateur (Goltz). Le sciatique est un vaso-constricteur (Putzeys et Tarchanoff). Enfin, le sciatique est constricteur ou dilatateur suivant les circonstances, selon qu'il a subi un commencement de dégénération (Ostroumoff), qu'il est soumis à des excitations d'une fréquence ou une direction d'une intensité déterminée (Ostroumoff, Kendall et Luchsaiger), que le milieu extérieur est échauffé ou refroidi (Onimus et Lépine). Ce désaccord, entre physiologistes expérimentant sur le même objet, doit tenir à des vices dans les méthodes employées.

Le plus souvent, les effets de l'excitation ont été appréciés d'un façon indirecte, en mesurant la température ; de plus, cette mesure est lente, elle laissera facilement passer inaperçus des phénomènes de peu de durée. Le choix du nerf (sciatique) et de la région (membre postérieur) est défectueux, parce que l'excitation d'un tel nerf détermine des phénomènes complexes (contractions musculaires), qui modifient d'une façon indirecte la température et la pression. On a, il est vrai, la ressource de paralyser l'animal à l'aide du curare, mais cet agent a l'inconvénient de n'être pas sans effet sur la circulation.

Pour ces raisons, MM. Dastre et Morat ont expérimenté sur les grands animaux (âne, cheval, mulet). L'extrémité du membre postérieur (doigt) des solipèdes est une région extrêmement vasculaire, entièrement dépourvue de muscles, innervée par les nerfs plantaires, dont les ramifications terminales se distribuent exclusivement à la peau et aux vaisseaux, de sorte que les seuls éléments centrifuges de ces nerfs sont des filets vaso-moteurs. La dissociation anatomique des nerfs vasculaires est donc ici complète. Le seul problème qui reste à résoudre, c'est de savoir s'il y a, dans ces éléments, à la fois des vaso-constricteurs et des vaso-dilatateurs (des nerfs analogues au sympathique et d'autres analogues à la corde du tympan). C'est dans ces mêmes termes que le problème avait été posé par les auteurs précédents ; mais, ils n'avaient pas réussi à en éliminer un troisième facteur qui pouvait fausser la solution.

Les effets de la section et de l'excitation sont appréciés d'une façon directe et rigoureuse, par l'étude de pression artérielle et veineuse du département vasculaire correspondant au nerf excité.—Deux sphygmoscopes introduits, l'un dans l'artère et l'autre dans la veine digitale internes et reliés chacun à un tambour à levier inscrivaient les modifications de la pression sur le cylindre d'un enregistreur. Le tronc commun du nerf plantaire avait été mis à nu et isolé un peu plus haut au niveau du tendon d'Achille.

Effets de la ligature et de la section. — Ces deux opérations pratiquées presque en même temps ont pour effet une élévation, de la pression artérielle et veineuse de peu de durée ; après quoi la pression étant revenue à son niveau antérieur continue de baisser dans l'artère, mais s'élève de nouveau et graduellement dans la veine. Au bout d'un certain temps, la pression vasculaire a pris un nouvel équilibre. Elle reste notablement abaissée dans l'artère et élevée dans la veine. — Le premier de ces deux effets s'explique par une excitation des fibres sensitives du sciatique réfléchie par les centres sur le cœur. — Le second par la suppression de l'activité tonique des vaso-constricteurs qui laisse au sang une voie d'écoulement plus largement ouverte de l'artère à la veine. On sait, en effet, que toute action centrale (cardiaque) produit, par une modification simultanée et de même sens de la pression artérielle et veineuse, l'abaissement ou l'élévation suivant que l'impulsion cardiaque est plus faible ou plus forte) ; toute action périphérique (capillaire) se traduit au contraire par une modification simultanée et de sens contraire dans les deux vaisseaux ; l'abaissement de la pression veineuse combinée avec l'élévation de la pression artérielle indique une constriction, l'élévation de la pression veineuse coïncidant avec l'abaissement de la pression artérielle indique une dilatation de capillaires.

Effets de l'excitation. — L'excitation électrique du bout périphérique du sciatique coupé (nerfs plantaires), a pour effet immédiat et constant un abaissement de la pression veineuse coïncidant avec une élévation de la pression artérielle : cet effet reconnaît évidemmment pour cause une *constriction* des vaisseaux périphériques. Cet effet, immédiat, peut être suivi d'un autre exactement inverse, abaissement de la pression artérielle, au-dessous du niveau qu'elle avait avant l'excitation, élévation correspondante de la pression veineuse. L'équilibre normal est longtemps avant de se rétablir. Cet effet consécutif de l'excitation est d'autant plus accusé que celle-ci a été plus intense, plus prolongée et plus souvent répétée.

Quelles que soient la nature des courants (induits, continus), leur intensité (forts, faibles), leur fréquence (tétanisants, rhythmiques), leur direction (ascendants, descendants), les effets de l'excitation sont les mêmes: ou cet effet est nul, ou il consiste en une constriction qui peut être suivie de dilatation ; les seules différences observées sont des différences dans le degré, jamais dans le sens du phénomène. Il en est de même lorsque l'excitation est pratiquée sur des nerfs ayant subi un commencement de dégénération ; les effets de cette excitation sont beaucoup atténués et plus lents à se produire après 2 jours, sensiblement nuls 7 jours après la section du nerf, mais toujours de même sens lorsqu'ils existent.

Le sciatique est donc, au point de vue vaso-moteur, avant tout un constricteur. Comment interpréter la dilatation qui dans certaines conditions déterminées suit la constriction? Pour avoir tous les éléments de la solution du problème, MM. Dastre et Morat ont jugé nécessaire d'étudier sur des nerfs vaso-moteurs anatomiques (grand sympathique), d'une façon détaillée et complète les effets de l'excitation. Les résultats de cette seconde partie de leurs recherches seront communiqués prochainement à la Société.

Séance du 16 février. — Présidence de M. Houel.

M. Houel retrace en quelques mots les débuts de la Société de biologie, fondée par MM. Follin, Robin et Houël, en 1844.

M. Dumontpallier donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société, sur la tombe de M. Cl. Bernard.

M. Vidal propose que la Société prenne l'initiative d'une souscription, pour élever un monument à la mémoire de son illustre président.

M. Laborde demande que les bustes des deux présidents, Rayer et Cl. Bernard soient mis dans la salle des séances de la Société.

La discussion de ces propositions est renvoyée à la prochaine réunion, et la séance est levée en signe de deuil. L. D.

© BIU Santé

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 février 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER

M. JACCOUD, à propos du procès-verbal, prend la parole pour compléter l'historique du traitement de l'asthme par l'iodure de potassium et l'iodure d'éthyle. Ce dernier médicament était resté, d'après M. G. Sée, jusqu'en 1863 entre les mains des empiriques. C'est à Trousseau que revient l'honneur d'une pareille méthode, ainsi que le confirment certains écrits datant de 1864; cette priorité ne saurait être discutée. Quant à la question soulevée par M. G. Sée, celle de l'application de l'iodure au traitement de l'asthme, non-seulement de l'accès, comme le pratiquait Trousseau, mais à la curation de la maladie elle-même, M. Jaccoud, s'élève contre les assertions de son collègue et renversant les termes de sa phrase, déclare que Trousseau ne limitait pas exclusivement le traitement à l'accès, mais l'employait au contraire pour la curation de l'affection.

M. MOREAU fait la lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de Claude Bernard.

M. PANAS lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie sur la tombe de Voillemier.

Suite de la discussion sur le travail de M. Verneuil intitulé : Faits pour servir à l'histoire de la désarticulation de la hanche. Remarques sur les procédés opératoires.

M. LÉON LE FORT n'a jamais eu l'occasion de pratiquer la désarticulation de la cuisse ; mais le hasard lui a permis d'assister à trois désarticulations de la hanche. Le procédé opératoire que voudrait préconiser M. Verneuil ne lui paraît pas acceptable dans tous ses temps : dans une opération qui dure vingt minutes, tout chirurgien serait-il, en effet, assez habile pour agir et prévenir les hémorrhagies ? La question de l'hémorrhagie doit assurément préoccuper le chirurgien, mais non à un point de vue absolu ; il est probable qu'elle est la cause de la mortalité rapide des opérés, mais de là à dire qu'elle en est la cause unique, il y a loin. — Analysant la dernière observation présentée par M. Verneuil, M. Le Fort fait remarquer que son distingué confrère s'est servi, dans le but de parer aux hémorrhagies, de la bande d'Essmarch et que s'il avait un jour à pratiquer la désarticulation coxo-fémorale il n'hésiterait pas à recourir à cette même bande d'Essmarch pour refouler et expulser tout le sang compris dans les vaisseaux de la cuisse. — Abordant le problème relatif au meilleur mode de pansement, M. le Fort se déclare partisan de la réunion immédiate dont M. Verneuil est un des rares adversaires ; il rappelle les avantages de cette réunion primitive dont le but est de diminuer la durée de la suppuration, soit en établissant un rapprochement interne entre les deux lambeaux soit en empêchant la stagnation du pus en introduisant un tube à drainage entre les deux lambeaux.

En chirurgie, il faut considérer les indications et les moyens de répondre à ces indications; le pansement est un de ces moyens, rien de plus. Aussi, importe-t-il de voir quelles sont les indications qu'implique toute opération, c'est-à-dire les moyens d'empêcher l'infection purulente en obtenant la cicatrisation au niveau de l'os. M. Le Fort, examinant les divers pansements qui se disputent aujourd'hui la suprématie chirurgicale, passe successivement en revue chacun de ces pansements dont il s'efforce de révéler les avantages et les inconvénients. La septicémie, grâce aux prodigieuses expériences de M. Pasteur, passionne aujourd'hui les esprits ; et, si tout le monde accepte les expériences et les démonstrations de ce savant, aucun chirurgien ne les interprète d'une façon identique. Il existe, nous le savons, dans l'atmosphère des germes qui ont la propriété de déterminer dans les tissus organiques des fermentations; pas de germes, pas de fermentations. Pour combattre ces germes, les uns, comme M. A. Guérin, ont imaginé un obstacle de ouate, les autres, comme M. Lister, ont employé l'acide phénique. Puisque les germes existent partout, pourquoi, se demande M. Le Fort, épargnent-ils l'enfant et non le vieillard ; pour quelle raison les résultats sont-ils aussi divers dans les petits et les grands hôpitaux, à la ville et à la campagne. Aussi ne croit-il pas que l'infection purulente doive être attribuée à la présence des vibrions dans le pus ; ceux-ci sont une cause permanente d'irritation à la surface des plaies.

Insistant sur les avantages et les défectuosités du pansement de M. A. Guérin et attaquant l'idée et les applications du pansement de Lister, M. L. Le Fort déclare ne pas accepter la théorie médicale des germes ou plutôt la théorie des germes appliquée à la chirurgie. Aucun pansement ne peut avoir la prétention d'empêcher toujours l'infection purulente ; il faut tenir compte, en effet, de facteurs multiples dans ce problème des plaies. Aussi M. L. le Fort repousse-t-il la théorie de l'extériorité constante de l'infection purulente.

M. PASTEUR prie l'Académie de ne pas accepter les conclusions du travail de M. L. Le Fort, avant d'avoir entendu une communication qu'il se propose de faire dans une séance ultérieure et de laquelle il ne dira que quelques mots aujourd'hui. La théorie des germes doit être très-respectée en médecine ; cette théorie trouvera dans les faits avancés par M. L. Le Fort lui-même un puissant appui. — M. Pasteur présentera à l'Académie un organisme microscopique qui jouit de la propriété de provoquer le pus dès qu'il a été introduit dans l'organisme. L'eau renferme non-seulement cet organisme, mais même d'autres organismes plus dangereux encore, d'où le danger de laver les plaies avec une éponge imbibée d'eau. Si, malgré l'emploi de l'eau, toute amputation n'amène pas la mort, il faut compter avec la résistance vitale plus forte chez l'enfant, plus faible chez le vieillard. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 7 décembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

7. Atrophie cérébrale et cérébelleuse croisée. Asymétrie de la moelle ; atrophie du pied de la frontale et de la pariétale ascendantes, chez un sujet atteint depuis son enfance d'atrophie des membres et de contracture à forme hémiplégique ; par Henry C. de BOYER, interne des hôpitaux (1).

Le nommé Ch.... (Adolphe), âgé de 45 ans, entré le 15 juillet 1877 à l'infirmerie de Bicêtre, salle Saint-André, n° 5 (service de M. Bouchard), est atteint de tuberculose pulmonaire et d'une atrophie des membres supérieur et inférieur du côté droit. M. Legroux, alors chargé du service, constate des lésions cavitaires étendues aux deux sommets, avec leurs signes classiques ; il y a un peu d'albumine dans les urines du malade ; rien au cœur, au foie, à l'intestin. L'intelligence est bien conservée.

Le malade raconte être infirme depuis son enfance ; il ne sait préciser à quel moment il a été frappé d'hémiplégie, ni s'il eut, à cette époque, des convulsions. Tout ce qu'il affirme c'est avoir été bien conformé pendant les premières années qui suivirent sa naissance, être tombé malade en bas âge, avoir été hémiplégique peu de temps, et ensuite, devenu infirme, avoir peu à peu vu ses membres droits s'atrophier.

Le bras droit, fort amaigri, est plus petit que le gauche, comme le démontrent les mesures ci-dessous : il est encore un peu mobile, mais moins que la jambe correspondante. La sensibilité tactile, celle à la douleur et celle à la température sont conservées ; il n'y a pas d'incoordination motrice. La main est dans la demi-flexion, le doigt indicateur est étendu, la forme du carpe est arrondie, mais il n'y a pas cette régularité et cette rondeur de courbe qu'on remarque d'ordinaire dans la main bot.

La jambe droite, également atrophiée, flasque dans ses muscles, est déformée dans ses articulations du cou-de-pied, qui a pris la forme d'un pied bot équin un peu varus : elle est également pourvue de toutes ses sensibilités ; il n'y a pas d'exagération des mouvements réflexes, pas de troubles des sphincters, pas de douleurs spontanées ni provoquées.

La face ne semble pas asymétrique au premier abord, cependant en regardant attentivement, elle est visiblement plus petite à droite qu'à gauche ; il n'y a jamais de troubles cérébraux ou bulbaires, ni épilepsie complète, ni épilepsie partielle.

(1) Dessins dans l'Album de la Société.

© BIU Santé

	COTÉ G. (atrophié)	COTÉ D. (normal)
Humérus	32	31
Radius	24	25
Cubitus	25	27
Main (longueur)	17	19
Pied (longueur)	17	22
Tour du bras (1/3 supérieur)	14	16 1/2
— (1/3 moyen)	13	15
— (1/3 supérieur)	16	16
Tour avant-bras (à la moitié)	14	15
Tour du poignet	14 1/2	15
Ep. il. ant. supér. au talon	80	82
Tour de cuisse (grand trochanter)	37	38
— (à la moitié)	24	26
— (sus-rotulienne)	22	24
Tour de jambe (à la moitié)	17	20
Tour du cou-de-pied	20	21
De l'acromion à l'épicondyle	27 1/2	28
De l'acromion à l'épitrochlée	27	30
Ep. il. ant. sup. à tête péronéale	47	46 1/2
Ep. il. ant. sup. à malléole externe	77	76 1/2
Rotule au 2e orteil	52	53

On voit, par ces chiffres, que les dimensions des os en longueur étaient notablement réduites à droite, et que l'atrophie musculaire était aussi fort prononcée; les trois dernières mesures ont été prises sur le cadavre, la cuisse du côté sain se trouvait un peu fléchie, c'est ce qui explique que deux des mesures partant de l'épine iliaque aient paru moins considérables du côté sain que du côté malade. — Le malade succomba aux progrès de sa phthisie le 30 août.

Autopsie. — Nous n'insisterons pas sur les lésions pulmonaires (tuberculose troisième degré) et rénales (reins gras).

Cerveau. Le crâne est asymétrique, son volume est plus considérable à droite qu'à gauche, ce qui correspond à une atrophie cérébrale croisée. L'hémisphère cérébral droit est de beaucoup plus considérable que le gauche, et pour le cervelet, c'est le contraire, le lobe latéral gauche de cet organe étant plus considérable que celui du côté droit; cette disposition correspond à une asymétrie de la moelle, dont la moitié gauche est beaucoup plus prononcée que la droite. Il n'y a pas de lésions des noyaux gris ni de la masse cérébrale en aucun point, sauf une plaque blanche laiteuse, adhérente à la substance cérébrale, située sur la *face externe du lobe gauche du cerveau, au niveau de la 2e frontale externe, près de son pied, et sur l'origine des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante, de chaque côté de la naissance du sillon de Rolando et un peu au-dessus de la branche horizontale de la scissure sylvienne.* Le foyer de désintégration s'étend jusque vers le ventricule latéral de ce côté, mais cependant ne l'atteint pas. Une adhérence assez intime siége sur le lobule lingual. On peut suivre dans le bulbe et la moelle la trace de la lésion scléreuse descendante qui a envahi les cordons antéro-latéraux.

Réflexions. — Ce cas nous a semblé fort intéressant comme exemple d'arrêt de développement causé par une lésion cérébrale survenue dans les premiers âges de la vie, sans qu'on puisse préciser de quelle nature était la lésion : elle était toute corticale, bien limitée, et a déterminé évidemment une dégénération médullaire et une myélite secondaire, d'où l'arrêt de développement du système osseux et l'impuissance musculaire ; il est donc probable que c'est cette lésion qui a causé l'atrophie de la moelle et non la lésion de la moelle qui a déterminé la cicatrice cérébrale que nous constatons. Le ramollissement ou l'hémorrhagie étant assez rares dans les premiers âges de la vie, il nous semble possible de supposer l'existence d'une petite tumeur, comme un gliome au sein duquel se serait produite une hémorrhagie, on aurait ainsi, peut-être, l'explication du siége insolite de la lésion et de sa parfaite délimitation.

On se rend aussi fort bien compte des atrophies cérébrales successives qui se sont produites : la destruction du territoire cortical de la base de A et B a causé la perte de fonctions des membres du côté droit par paralysie d'abord, par dégénération secondaire ensuite : le défaut de fonctionnement de tout le côté droit du corps a causé à son tour le défaut d'activité suffisante de l'hémisphère cérébral gauche qui a diminué de volume, tandis que l'hémisphère droit ne s'atrophiait pas, si même il ne s'hypertrophiait un peu, puis, comme dans tous les cas d'atrophie en masse d'un hémisphère cérébral, la partie correspondante du cervelet, c'est-à-dire le lobe opposé, s'est atrophié à son tour. (V. Turner. Cotard). Le siége tout spécial de notre lésion était aussi intéressant, car on peut observer des destructions plus étendues de la substance corticale sans atrophie des membres, c'est le cas de l'observation suivante dont nous devons les éléments à l'obligeance d'un de nos collègues de Bicêtre, M. Ulliac.

8. Epilepsie, mort en état de mal; vaste plaque jaune occupant toute la face inférieure du lobe sphéno-occipital gauche (1); **pas de paralysie ni d'atrophie;** par C. de Boyer, interne.

Il s'agit d'un enfant de 14 ans, épileptique, dans la section du Dr Falret, à Bicêtre. Il allait et venait, jouissait de ses facultés intellectuelles et en tous cas sensorielles ; n'était pas paralysé, et quoique l'observation ne le porte pas, il est probable qu'il jouissait aussi de la sensibilité tactile, car il eût sans doute de lui-même appelé l'attention sur un défaut complet de sensibilité. Les membres mesurés après la mort étaient sensiblement pareils : le 10 novembre 1877, l'enfant est pris tout à coup de nouveaux accidents subintrants et meurt en état de mal, la température n'a malheureusement pas été prise; peut-être eût-elle montré qu'on avait affaire à de l'urémie comme permettent de le supposer les lésions rénales ?

Les *reins* sont en effet le siége d'une néphrite intense, caractérisée par une congestion glomérulaire excessive, une hypertrophie de la substance corticale ; en quelques points il y a déjà de l'altération graisseuse ; les bassinets contiennent une certaine quantité de pus : on en retrouve également dans la vessie, où on ne trouve pas de calcul. Le *foie* est extrêmement congestionné; il présente quelques taches ecchymotiques sous la capsule de Glisson. Les *poumons* montrent en quelques points de petits noyaux d'hémorrhagies pulmonaires, de la congestion lobulaire en d'autres et même çà et là de véritables hémorrhagies sous-pleurales.

Le *cœur* est dur, contient quelques caillots noirs; on y remarque de l'athérome de l'origine de l'aorte et un état rugueux de la mitrale, sans que cependant les végétations semblent assez récentes et friables pour avoir pu donner lieu à un embolus.

Cerveau. Un peu de rougeur des méninges à la connexité, œdème cérébral et de la pie-mère ; le cerveau est asymétrique. Quoique les pyramides et les deux lobes du cervelet soient semblables, l'hémisphère droit est plus volumineux que le gauche, et pourtant c'est celui qui porte une vaste lésion ancienne. Le crâne est déformé, avec une légère saillie de la bosse frontale droite.

Tout le lobe sphéno-occipital de la base est occupé par un large kyste, situé entre la pie-mère et la pulpe cérébrale qu'il occupe dans une certaine épaisseur ; le contenu limpide et séreux du kyste, une fois vidé, on reste en présence d'une large plaque jaune de ramollissement cortical ancien, n'allant pas tout à fait jusqu'à l'extrémité postérieure du lobe occipital, mais couvrant assez le lobe sphénoïdal pour pénétrer dans la scissure sylvienne et remonter sur la face externe de l'hémisphère droit, le long de la branche horizontale de la scissure, dont il a atteint les bords : *toute la région qui comprend les points moteurs des membres et le pied de la troisième frontale est intacte* et se trouve située au-dessus de la cicatrice précitée.

Remarque. — Voici donc un cas négatif qui acquiert une valeur positive, par suite de l'absence de phénomènes de paralysie localisée et d'atrophie soit des membres, soit du cervelet. Cette lésion ne devait pas être sans rapport avec les accidents d'épilepsie, et son étendue, ainsi que sa distribu-

(1) Dessin dans l'album de la Société.

© BIU Santé

tion, permettent de l'attribuer à une ancienne oblitération de l'artère cérébrale postérieure. Au point de vue de l'influence des lobes postérieurs sur la sensibilité, nous ne pouvons rien préciser ; il résulterait cependant, des dires des gens de service, que l'enfant sentait également bien des deux côtés ; le corps ne présentait pas trace de chocs ou de blessures plus prononcées d'un côté que de l'autre.

9. Arrêts de développement. Amputations congénitales ; par Paul Boncour, interne.

Mony Marie, âgée de 20 ans, est entrée le 10 décembre 1877 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Agathe, n° 8. Cette femme, qui a toujours été bien réglée depuis l'âge de 17 ans, est accouchée le 9 décembre 1877, à 11 heures du matin. L'accouchement se fit dans un hôtel, avec l'aide d'une sage-femme ; nous ne vîmes ni le placenta, ni les membranes de l'œuf, mais l'accouchée nous raconta qu'elle perdit une grande quantité de liquide.

L'enfant, qui est du sexe masculin, nous présente sur toute la surface de son corps, sur la peau et sur les muqueuses, une teinte violacée intense. Cette coloration devient absolument noirâtre sous l'influence des cris. La mort survient le 10 décembre à 4 heures. Si on examine cet enfant de la tête aux pieds, on constate d'abord que la teinte violacée ne s'est conservée qu'aux mains et aux pieds ; puis un certain nombre de particularités intéressantes que nous allons décrire.

A la face, bec-de-lièvre complexe du côté gauche ; la lèvre, le bord alvéolaire de la mâchoire, la voûte palatine et le voile du palais n'existent pas ; la fosse nasale communique directement avec la cavité buccale.

A la main droite le pouce, l'index, l'annulaire et le petit doigt sont intacts ; la partie terminale du médius est sur le point de se détacher du reste du doigt, séparée par un étranglement très-serré. Cet étranglement paraît être produit par une bride, qui part de l'index à l'union de la 2e et de la 3e phalange ; elle est filiforme et longue de 2 centimètres. Une autre bride qui a à peine un demi-centimètre de longueur et également filiforme réunit ces deux doigts à leur origine.

A la main gauche, le pouce est intact. Examinée par sa face dorsale, cette main nous présente deux espaces interdigitaux, séparant trois appendices qui représenteraient les quatre derniers doigts. A la face palmaire, on trouve aussi les trois appendices, mais de ce côté, on peut voir qu'ils sont terminés chacun par un tubercule arrondi, séparé de la portion principale par un étranglement assez serré.

Les espaces interdigitaux sont incomplets : un stylet, promené de la partie postérieure vers la partie antérieure, est arrêté avant d'arriver à l'extrémité par un pédicule court et grêle, réunissant chacun des appendices latéraux à l'appendice médian.

Les pieds présentent la déformation connue sous le nom de pied-bot varus ; le pied gauche nous offre une lésion fort intéressante : les trois derniers orteils sont bien développés, mais le gros orteil et le deuxième paraissent avoir été amputés entre la première et la deuxième phalange ; en effet, on trouve dans l'épaisseur du moignon unique pour les deux doigts les deux premières phalanges ; de plus, on constate à l'extrémité de ce moignon un point noirâtre qui semble bien être le dernier vestige de la cicatrice.

Le cœur offre un volume normal. Le canal artériel est complétement perméable et présente un calibre égal à chacune des divisions de l'artère pulmonaire. Le trou de Botal semble plus développé qu'il ne l'est habituellement sur les enfants de cet âge.

Cette observation soulève un certain nombre de problèmes. Avons-nous affaire de part et d'autre à des arrêts de développement ? Ou bien, d'un côté, sommes-nous en présence d'arrêts de développement et de l'autre d'amputations congénitales ?

Les étranglements que l'on trouve aux mains, le moignon et la cicatrice du pied gauche nous permettent de croire à des amputations congénitales. Quel est le mécanisme de ces amputations ? Peut-on penser qu'elles aient été produites par les brides que nous avons signalées et qui nous semblent être les derniers vestiges des palmures ? Telle est la dernière question qu'on peut se poser.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 février. — Présidence de M. Félix Guyon.

La mort de M. Voillemier a inspiré à M. le président un petit discours d'enterrement, remarquable par sa simplicité. Voillemier était depuis dix ans membre honoraire de la Société de chirurgie. De 1857 à 1864, il avait pris part à des discussions importantes : c'est ainsi qu'il fit diverses communications, en 1857, sur l'uréthrotomie ; en 1858, sur les blessures par des grenades fulminantes ; en 1863, sur les résections sous-périostées ; en 1864, sur la thérapeutique des kystes du foie et sur l'hygiène hospitalière.

« Nous sommes tous profondément affectés, dit en terminant M. Guyon, de la perte d'un collègue dont nous avons pu apprécier la haute compétence chirurgicale. »

M. Verneuil offre en hommage à la Société, de la part de M. le dr Vétu, sa thèse inaugurale sur le *pronostic des fractures compliquées, traitées par les pansements antiseptiques.* M. Verneuil fait valoir en quelques mots les bons résultats qu'il a obtenus dans son service, en employant ce mode de traitement pour les fractures de jambe avec plaie communicante.

M. Boinet s'étonne qu'on attribue maintenant à l'acide phénique la guérison des fractures compliquées, qu'il a lui-même plusieurs fois traitées avec succès à l'aide de la teinture d'iode.

M. Desprès répond que les statistiques les plus récentes sur les fractures donnent des résultats bien supérieurs aux anciennes statistiques. Cela provient de ce que les chirurgiens savent mieux immobiliser le membre fracturé. Ainsi, M. Desprès, depuis sept ans qu'il a pris son service à l'hôpital Cochin, n'a jamais amputé pour une fracture compliquée de plaie ; dans l'immense majorité des cas, les blessés ont guéri à l'aide d'une simple gouttière plâtrée et de bandes de diachylum. Il ne faut donc pas invoquer la supériorité mirifique des pansements anseptiques, qui revêtent dans la forme quelque chose de mystérieux, et auxquels, dit M. Desprès, il ne manque que la cérémonie de l'exorcisme pour en faire des phénomènes d'un autre temps. On obtient les mêmes résultats avec la simple immobilisation, et le lavage régulier de la plaie, si elle est à découvert.

M. Périer présente de nouveau à la Société les pièces qu'il avait apportées à la dernière séance, d'une luxation sous-acromiale de l'épaule avec réduction instable pendant la vie. Il y a désaccord entre M. Périer et M. Houël, au sujet de l'origine de cette luxation. M. Houël croit à l'existence d'une fracture ancienne de la cavité cotyloïde ; M. Périer soutient, au contraire, que la coupe de cette cavité démontre l'absence de fracture.

Mécanisme des fractures du crâne. — M. Maurice Perrin communique à la Société les résultats d'expériences, déjà anciennes, qu'il avait entreprises pour étudier le mécanisme des fractures du crâne. M. Perrin avait trouvé que les conditions dans lesquelles Aran avait expérimenté pour établir sa théorie, qui est devenue classique, différaient des conditions ordinaires que l'on rencontre dans la clinique. Aran faisait des percussions directes sur le crâne, sans interposition d'aucun corps élastique pouvant remplacer les cheveux, la coiffure, etc ; ou bien il précipitait les têtes sur des dalles de pierre nue ; en agissant ainsi, il ne produisait que des fractures directes. C'est grâce aux expériences d'Aran que la plupart des chirurgiens en étaient venus à nier absolument les fractures par contre-coup. Malgré tout, la conviction était loin d'être faite dans les esprits.

Ayant eu l'occasion d'observer chez un vieillard une fracture, qui paraissait indirecte, M. Maurice Perrin voulut renouveler les expériences faites par Aran ; mais il modifia les conditions d'expérimentation. Pour se rapprocher davantage de ce qui se passe sur le vivant, M. Perrin interposa entre la puissance et la résistance, c'est-à-dire entre le crâne et le

© BIU Santé

corps contondant, un corps élastique, comme un coussinet assez épais, ou une lame de caoutchouc.

Les percussions directes sur le crâne furent pratiquées à l'aide d'un marteau matelassé. Jamais en frappant aussi directement sur le crâne, M. Perrin ne réussit à produire une fracture indirecte. Toutes les fractures prenaient naissance à l'endroit même du choc.

Il n'en fut pas de même dans les précipitations faites à diverses hauteurs sur des dalles de pierre recouvertes d'un matelas très-mince. En laissant tomber de 2 mètres à 2 mètres 60 de hauteur des têtes détachées ou non du reste du corps, M. Perrin vit se produire quelques fractures indirectes.

Les pièces résultant de ces expérimentations cadavériques ont été soigneusement conservées ; et M. Perrin montre aujourd'hui à ses collègues six échantillons de fractures indirectes du crâne.

La région sur laquelle a porté le choc est soigneusement marquée sur chacun de ses crânes : et les traits de fracture commencent tous, soit à la région opposée, soit à une certaine distance du choc. Avec les fractures, il existe aussi sur tous ces crânes des disjonctions plus ou moins complètes d'une ou de plusieurs sutures.

Les conclusions auxquelles est arrivé M. Perrin renversent plusieurs idées généralement admises sur le mécanisme des fractures du crâne. Nous citerons les principales :

On peut produire artificiellement deux espèces distinctes de fractures du crâne : des *fractures directes* et des *fractures indirectes*, ou *par contre-coup*. Ces dernières ont pour siége, tantôt le point opposé au choc, tantôt une région voisine.

Toutes les chutes sur le sommet de la tête ne déterminent pas des fractures indirectes ; au contraire, dans les chutes sur l'occiput les fractures par contre-coup sont les plus communes.

Pour qu'une fracture indirecte se produise, il faut que la surface percutée possède une force de résistance supérieure à celle d'autres points de la boîte crânienne.

Les effets des chutes sont essentiellemect variables.

Les fractures de la base du crâne intéressent souvent plusieurs étages, contrairement à ce qu'écrivait Aran.

Les sutures représentent des points faibles qui se disjoignent très-facilement, en même temps que les os se fracturent.

La soudure des sutures augmente considérablement la résistance du crâne ; ainsi, il est bien plus difficile de produire expérimentalement une fracture sur un crâne de vieillard que sur un crâne de jeune sujet ou d'adulte.

En résumé, pour M. Perrin, le crâne représente une vaste paroi osseuse susceptible d'être mise en vibration. Cette paroi se compose de points faibles et de points résistants. Ce sont les points faibles qui cèdent dans les chutes sur la tête.

M. *Duplay* est convaincu que les fractures par contre-coup existent réellement. Néanmoins, il se demande si, dans les pièces présentées par M. Perrin, il n'y en a pas une ou deux pour lesquelles on pourrait invoquer un mécanisme depuis longtemps admis, l'enfoncement par la colonne vertébrale.

M. Houel rappelle que M. Félizet a aussi rapporté dans sa thèse un grand nombre d'expériences qui offrent beaucoup de valeur. M. Félizet établissait nettement la grande fréquence relative des fractures directes ; mais il admettait aussi l'existence de fractures par contre-coup. « Il y a, dit M. Félizet, des fractures par contre-coup dont le mécanisme nous échappe complétement. »

M. Houel croit que la communication de M. Perrin ne fera pas disparaître les incertitudes qui subsistent encore. Il parle ensuite longuement des pièces du Musée Dupuytren, qu'il appelle fort modestement, à plusieurs reprises « *mon musée.* » A entendre M. Houel on dirait qu'il a fondé le Musée Dupuytren, et qu'il l'entretient de ses propres deniers : nous n'essayerons pas de lui persuader le contraire, ce serait peine perdue.

M. Tillaux se déclare fort surpris des résultats obtenus par M. Perrin sur la résistance des crânes des vieillards. Il avait cru jusqu'ici, et ses expériences faites à Clamart le confirmaient dans cette idée, que la soudure des sutures du crâne chez le vieillard facilitait la production des fractures. En présence de l'affirmation contraire, M. Tillaux recommencera ses expériences.

M. Perrin répond qu'il a été tout aussi étonné que M. Tillaux d'un pareil résultat ; mais il ne l'a consigné qu'après avoir inutilement tenté de produire des fractures sur trente crânes de vieillards en les précipitant d'une hauteur de 2^{m} 60.

M. Cras, chirurgien de marine à Brest, membre correspondant de la Société de chirurgie, communique trois observations de plaies de l'urèthre, avec fistules urinaires, produites par diverses causes, et traitées avec un égal succès.

Le sujet de la dernière observation était un jeune paysan bas-breton, âgé de 14 ans, élève de l'école des frères, masturbateur acharné, qui, dans un but de polissonnerie, s'était lié la verge par sa base avec une ficelle. Le gonflement qui s'en suivit ne permit pas au garçon de retirer le lien, qui resta en place pendant un mois sectionnant la verge à sa base, et produisant une vaste plaie avec fistule urinaire.

Lorsque M. Cras vit le malade pour la première fois, la partie antérieure de la verge avait un volume énorme, et le bout postérieur de l'urèthre était presque complétement oblitéré. Après la disparition des accidents inflammatoires, M. Cras, dilata le canal ; plus tard, il opéra la fistule, comme s'il s'était agi d'un épispadias.

De la gingivite saturnine. M. Cras donne ensuite lecture d'un intéressant travail sur le liséré plombique des gencives. Il résulte des recherches qu'il a faites à l'aide du microscope sur des rondelles de gencive, traitées d'abord par l'acide chromique, puis par le sulfhydrate d'ammoniaque, que les particules de sulfure de plomb, constituant le liséré, se déposent dans les parties profondes de la gencive, au voisinage du périoste alvéolo-dentaire.

D'après M. Cras, il n'y a jamais de liséré plombique là où il n'y a pas de dents. Lorsque la gencive est adhérente à la dent, le liséré n'existe pas non plus. Mais si la gencive se décolle, les particules de sulfure de plomb s'accumulent dans l'espèce de nid d'hirondelle formé entre la gencive et la dent ; elles passent ensuite dans les capillaires de la gencive. La ligne noire du liséré plombique n'est jamais au voisinage de l'épiderme. Aussi M. Cras propose-t-il de remplacer l'expression de *liséré plombique*, par celle de *gingivite saturnine*, qui rend un compte plus exact de la maladie.

M. Magitot a toujours vu le liséré plombique siéger dans la couche profonde de l'épithélium, dans la couche de Malpigni. Il n'admet pas que les capillaires de la gencive soient infiltrées de granulations de sulfure de plomb.

Ch. Avezou.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 février 1878.— Présidence de M. Labric.

M. Potain rapporte trois exemples d'*artérite dans la fièvre typhoïde*. Dans les trois cas, les troubles circulatoires sont survenus vers la fin de la maladie (21e, 48e jour). Dans les trois cas, ils se sont manifestés d'abord par une douleur dans le membre inférieur, douleur occupant à la fois la cuisse et le mollet, et s'accompagnant d'une faiblesse parétique de ce membre. La pression sur le trajet des vaisseaux augmentait la douleur, mais ne faisait constater aucun cordon, comme cela a lieu dans les cas de coagulation intra-vasculaires ; les battements de la fémorale et de la pédieuse étaient beaucoup plus faibles que de l'autre côté, presque imperceptibles, mais cependant pouvaient être retrouvés. Le lendemain on trouvait le membre plus volumineux que celui du côté opposé, sans qu'il y eût d'œdème à proprement parler, et la température était aussi un peu plus élevée (0°,2 de différence). Enfin, au bout de quatre ou cinq jours, tous ces phénomènes disparaissaient. Les trois malades sont sortis guéris.

Il est impossible, dit M. Potain, de ne pas voir dans ces phénomènes la manifestation de troubles vasculaires, et l'on se demande comment on pourrait les interpréter autrement qu'en admettant une artérite. L'artérite, dans la fièvre typhoïde, a déjà été observée, et en comptant le fait rapporté récemment par M. Lereboullet, on peut en réunir quinze cas assez probants ;

© BIU Santé

mais dans tous ces cas, l'artérite a amené une gangrène. Les observations de M. Potain, au contraire, tendent à prouver que l'artérite peut se terminer sans gangrène, par résolution, et peut-être même faut-il rapporter à ces formes légères de l'artérite certaines des douleurs observées chez les convalescents de fièvre typhoïde, et que l'on rattache ordinairement à des lésions musculaires.

M. Lereboullet signale un fait analogue à ceux de M. Potain, et publié dans l'un des derniers numéros de la *Gazette hebdomadaire*.

M. Gouguenheim fait voir un exemple de *rupture du cœur* avec hémorrhagie dans le péricarde. Le malade présentait au moment de son entrée tous les signes d'une affection cardiaque arrivée à sa dernière période ; l'impulsion du cœur était très-faible, et l'auscultation n'avait pas révélé de bruit anormal. Le diagnostic n'avait pu être précisé, mais il paraissait probable que l'on avait affaire à une lésion mitrale. La mort survint brusquement, après un cri poussé par le malade. A l'autopsie, on constata que le cœur et les artères présentaient des lésions athéromateuses. Les artères *coronaires* étaient elles-mêmes athéromateuses, et la branche qui se dirigeait vers le point ramolli et déchiré était *oblitérée par un caillot*.

M. Rendu, après avoir fait allusion aux cas de M. Vallin, relatifs au rhumatisme spinal, dit que, par contre, on peut observer des *arthropathies simulant le rhumatisme dans les maladies de la moelle*. Il rapporte à l'appui de cette opinion une observation dont voici le résumé succinct. Une femme de 36 ans entra le 26 novembre dernier à l'Hôpital temporaire, se disant malade depuis 5 semaines. Après avoir reçu la pluie, elle avait ressenti des douleurs vagues, des fourmillements dans les jambes, puis des douleurs sourdes dans les articulations tibio-tarsiennes et avait remarqué du gonflement au niveau de ces articulations. Huit jours après, les genoux avaient été atteints à leur tour, et lorsque la malade entra à l'hôpital, il paraissait difficile de ne pas croire à des arthrites rhumatismales. Cependant M. Rendu aperçut sur la région du sacrum une assez large eschare qui attira son attention sur la possibilité d'une affection médullaire. Il put alors constater que, en dehors même des lésions articulaires, les membres inférieurs étaient lourds, inertes ; la malade ne pouvait les soulever au-dessus du plan du lit. La sensibilité était, du reste, intacte dans tous ses modes ; il n'y avait jamais eu non plus ni douleurs fulgurantes, ni douleurs en ceintures, ni troubles de la vessie. La malade devint bientôt complétement paraplégique ; des eschares se développèrent aux talons, au niveau des épines de l'omoplate, et la mort survint rapidement. On avait remarqué dans les derniers jours un écart notable entre le pouls et la température : celle-ci ne dépassait pas 36°,5 à 37°, tandis que le pouls oscillait de 140 à 180.

A l'autopsie, on trouva dans les articulations un liquide louche, et de l'injection de la synoviale; la moelle et ses enveloppes présentaient aussi des lésions manifestes ; il existait 4 foyers purulents sous l'arachnoïde spinale. La moelle paraissait saine à l'œil nu, mais l'examen histologique a montré des lésions qui seront l'objet d'une autre communication.

Pour le moment, M. Rendu veut seulement attirer l'attention sur la relation que l'on peut établir entre la lésion de la moelle et les manifestations articulaires. Il repousse l'idée d'une méningo-myélite consécutive à l'eschare du sacrum ; en effet, il n'y avait pas eu de douleurs constrictives, et les lésions au lieu de présenter leur maximum d'intensité au voisinage de l'eschare, étaient au contraire beaucoup plus marquées à la région supérieure de la moelle. Il paraît bien plus rationnel d'admettre comme lésion primitive une myélite, se caractérisant d'ailleurs par la prédominance des troubles trophiques et des manifestations articulaires.

M. Vallin a observé un fait absolument analogue, qu'il communiquera dans la prochaine séance.

M. Ollivier pense que l'injection de la synoviale, l'existence de liquide dans les articulations peuvent très-bien être le fait du rhumatisme, et dit que pour repousser le rhumatisme, il faudrait trouver d'autres caractères, tels que ceux qui pourraient être fournis par l'examen histologique des cartilages.

M. E. Besnier est aussi d'avis que l'on ne peut, dans ce cas laisser complétement de côté l'affection rhumatismale. Ne se pourrait-il pas que les deux manifestations (articulaire et spinale) eussent la même origine ? — En tout cas, il ne faut conclure qu'avec une grande réserve ; car la solution de telles questions est toujours très-délicate.

M. Laveran fait remarquer que la suppuration est extrêmement rare dans les arthrites rhumatismales, et commune au contraire dans les arthopathies d'origine médullaire.

M. Rendu dit que dans le fait qu'il a rapporté, le liquide était, en effet, louche et un peu purulent, et d'un autre côté, l'examen de la moelle a révélé des lésions très-nettes, absolument caractéristiques.

M. Raynaud a, en ce moment dans son service, un malade paraplégique depuis un mois, et qui, peu de jours après le début de cet accident, présenta un relâchement des articulations du pied extrêmement marqué. Le nom de jambe de Polichinelle caractériserait parfaitement l'apparence des pieds de ce malade. A. S.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

I. Des blessures de l'œil au point de vue pratique et médico-légal; par le Dr Arlt, professeur à l'Université de Vienne; traduit par Haltenhoff. Paris, Germer-Baillière, 1877.

II. De l'extraction de la cataracte sénile par la méthode à lambeau périphérique de de Wecker; par V. Cuisnier. Thèse de Paris, n° 120, 1877.

III. De l'enclavement de la capsule du cristallin après l'opération de la cataracte par les nouveaux procédés, et des moyens propres à y remédier; par Fortris. Thèse de Paris, n° 103, 1877.

IV. Contribution à l'étude des complications consécutives à l'obstruction des voies lacrymales; par S. Pasquet. Thèse de Paris, n° 194, 1877.

V. Etude sur la choroïdite antérieure; par H. Courserant. Coccoz. Paris, 1877.

I. Voilà certainement un titre qui n'est pas nouveau, et nous avons signalé dans une de nos dernières séries d'analyses, plusieurs travaux sur le même sujet. Le mémoire du Dr Piechaud, entre autres, a de grandes analogies pour la division du sujet avec le petit livre du professeur Arlt. Petit livre, dirons-nous ici, mais grand esprit ; car, sous ce titre modeste, Arlt a exposé magistralement, c'est-à-dire avec la lucidité et la concision d'un grand praticien, d'un écrivain scientifique, le fruit de sa longue expérience et de ses profondes études sur la physiologie et la pathologie générales de l'œil. Au milieu de toutes les productions stériles, de toutes les thèses si souvent insignifiantes de nos Facultés, de tous les traités classiques, copies plus ou moins impartiales des recueils périodiques étrangers, l'esprit se repose en rencontrant un livre, si petit qu'il soit, émanant d'une plume originale, érudite et droite.

L'auteur a divisé son sujet en quatre chapitres, dont les deux premiers surtout sont importants :

1° La compression subite et la commotion du globe ; — 2° Les plaies du globe avec ou sans complication de corps étrangers ; — 3° Les brûlures de l'œil ; — 4° Les affections simulées.

Chaque ligne de ces deux premiers chapitres renferme une idée neuve : jamais le mécanisme des ruptures des membranes n'a été mieux élucidé : les expériences si connues de Berlin sur la déchirure de la choroïde y sont appréciées et rectifiées. Toutes les lésions du cristallin, commotions, luxation partielle ou totale appartiennent encore au chapitre de la contusion sans plaie. Le second chapitre contient l'étude des corps étrangers depuis leur pénétration dans la cornée jusqu'à leur arrivée contre la sclérotique en traversant les humeurs et les membranes.

Quelques considérations pratiques, assurément trop courtes, sur les maladies simulées terminent brièvement ce léger livre, gros d'enseignement, dont nous devons l'élégante traduction au Dr Haltenhoff (de Genève).

II. Cette thèse est l'exposé des motifs et des considérations

© BIU Santé

qui ont conduit successivement de Wecker au retour à une opération qui est aujourd'hui celle que presque tous les ophthalmologistes tendent à rétablir : l'opération de Daviel, *profondément modifiée*. Nous avons lu ce résumé des leçons cliniques de la rue du Cherche-Midi, avec d'autant plus d'intérêt qu'elles ont donné lieu, dans les *Annales d'Oculistique* belges, à une charge humoristique et à fond de train, de leur vénérable directeur.

Pour tous les observateurs désintéressés, avides de cet enseignement précieux qui résulte de la pratique des autres, où le jugement s'exerce à froid sur les fautes commises, comme sur les qualités de l'opérateur ; pour tous ces observateurs, et ils sont nombreux autour de de Wecker, il est un fait certain, c'est que nul praticien n'a conduit avec plus de prudence, d'habileté opératoire, de sens clinique, et pendant dix ans cette longue étude de la méthode à employer pour l'extraction du cristallin. La société de chirurgie a discuté la question : de Wecker l'a jugée pratiquement, cliniquement : et pour nous qui pouvons résumer de longues séries opératoires, toutes miraculeusement heureuses, dirait-on, nous croyons qu'entre des mains expérimentées, sûres, *loin de l'hôpital*, tous les procédés donneront ces séries extraordinaires, inacceptables seulement pour les inhabiles ou les passionnés. Quant à la dernière manière de de Wecker, oui, elle touche de très-près à la méthode de Daviel, mais elle en diffère cependant par la hauteur du lambeau, par la façon dont il est taillé, par l'ésérine, par le pansement ouaté, par l'hygiène des opérés.

Et après tout, ne sait-on pas que les idées les plus simples sont toujours les plus longues à se produire, et n'est-ce pas un véritable progrès que de supprimer l'ophthalmostat, cause si fréquente d'issue du corps vitré, l'iridectomie (pour laquelle cependant nous faisons de formelles réserves) et surtout *la petite bête noire*, entre les lèvres de la plaie ?

Si donc, de Wecker, après dix ans de travaux quotidiens revient par un long détour à la méthode française, *mais modifiée*, s'il trace un nouveau procédé, plus simple en apparence mais assurément plus difficile d'exécution et plus dangereux pour quiconque n'a pas la plus grande habitude de cette opération, procédé qui reste, par tout cela même, son bien propre, il n'y a là rien que de très-légitime. L'attitude scientifique est des plus correctes : et quand ces recherches cliniques ont été suivies en présence d'un public nombreux, attentif, impartial, elles défient toute critique, elles méritent au contraire l'approbation de ceux qui veulent la vérité dans la science.

III. Cette thèse, née dans la clinique d'un des jeunes professeurs libres les plus distingués de Paris, soulève une intéressante question sur les suites de l'opération de cataracte. M. Abadie avait remarqué que dans certaines opérations faites sans accidents, simplement, alors que pendant huit jours tout annonçait la guérison, tout à coup, des douleurs se déclaraient qui augmentaient, malgré toute médication antiphlogistique et finalement amenaient la perte de l'œil opéré.

En examinant avec soin ces cas fâcheux, M. Abadie crut devoir rattacher ces symptômes à l'enclavement de la cataracte : de fait, après ponction de la cornée au couteau lancéolaire, il coupa les masses corticales rapprochées de la section cornéenne et les sépara par un coup de ciseau (celui de Wecker), d'avec les bords de la cicatrice.

Trois fois le succès a couronné cette opération et les douleurs ont cessé comme par enchantement : la guérison entravée reprit rapidement son cours. L'opération est amplement justifiée par le succès : mais l'interprétation, croyons-nous, est susceptible de discussion. Les yeux énucléés pour insuccès dans l'opération de cataracte sont nombreux : pourquoi n'avoir pas étudié les cicatrices de sections de la cornée ? M. Fortris aurait vu que cet enclavement de la cristalloïde est d'une fréquence qui constitue la règle. Enclavement de portions minimes d'iris, enclavement de cristalloïde, de la membrane de Descemet recoquevillée : voilà ce que montrent presque toujours les cicatrices d'iridectomie, de cataractes avec iridectomie, les mieux faites : le microscope reconnaît avec aisance ces portions pigmentées, ces filets anhystes au milieu de la cicatrice.

Aussi pensons-nous que peut-être n'est-ce pas seulement à l'enclavement de la cristalloïde qu'il faut attribuer les accidents incontestables signalés et guéris par M. Abadie ; pour nous, il faut songer aussi à l'exsudation qui, dans ces traumatismes opératoires, occupe toute la région ciliaire au voisinage de la cristalloïde postérieure ; le débridement curatif a, à n'en pas douter, établi une libre communication entre les deux chambres de l'œil.

Remarquons du reste, que tous ces accidents attribués par M. Abadie, à l'enclavement, ne se produiront pas si la cataracte est opérée sans iridectomie ; le voile de l'œil empêchant la cristalloïde de se porter dans la plaie de la cornée. La théorie de M. Abadie serait alors une contre-indication à l'opération de Græfe.

IV. L'auteur a recueilli à la Clinique des Quinze-Vingts, sous la direction de M. Fieuzal, plusieurs observations qui démontrent l'influence de l'obstruction des voies lacrymales sur les maladies de la cornée, de la conjonctive et même des paupières. C'est à la méthode de Bowmann, incision des points et passage des sondes, que le Dr Fieuzal a dû des succès constants.

V. Chef de Clinique de Sichel (jeune), M. Coursserant a été frappé de la symptomatologie que présentaient certaines choroïdites localisées à la partie antérieure de l'œil, il a cherché à bien établir les signes qui peuvent faire reconnaître cette maladie. Après un résumé comprenant l'anatomie et la physiologie de la partie ciliaire de la choroïde, l'auteur montre que si cette lésion qu'il essaye de décrire, a été signalée ; personne ne l'a classée séparément.

Voici quels en sont les symptômes : Eblouissements, étincelles, douleurs à l'accommodation, douleurs provoquées par la pression près de la cornée — *intégrité presque absolue du corps vitré* (ce que Cusco et Dubarry avaient aussi reconnu), myosis, crainte de la lumière.

Eh bien, il n'y a là rien qui soit véritablement caractéristique d'une lésion antérieure de la zone ciliaire choroïdienne. L'ophthalmoscope, avec une dilatation maxima de la pupille, pourrait alors faire reconnaître des plaques atrophiques, dans la région malade, ou même des exsudats ??

La syphilis ne paraît pas devoir être mise en cause, seulement, les vaisseaux choroïdiens semblent devoir être plutôt accusés.

Quelques observations et quelques remarques sur le traitement terminent cette thèse à laquelle il serait aisé de faire de nombreuses objections. Nous ne désirons en poser qu'une seule ; non, il n'est pas démontré que les lésions antérieures de la choroïde s'accompagnent moins que les autres de troubles du corps vitré, et toutes les recherches modernes sur l'anatomie du corps ciliaire, sur le décollement du corps vitré, l'organisation de cette tumeur prouvent, au contraire que la migration des leucocytes de la choroïde se fait surtout près du cristallin. — C'est aussi dans cette région ciliaire, si riche en pigments, en éléments rétiniens spéciaux, qu'on rencontre souvent des proliférations abondantes, des altérations séniles, des exsudations purulentes.

Si M. Coursserant avait l'heureuse occasion de faire l'anatomie pathologique d'un cas bien net de cette choroïdite antérieure qu'il a si bien décrite cliniquement, nul doute qu'il n'eût trouvé des altérations du corps vitré, des lésions anatomiques des trois membranes : hyaloïde, rétine, et choroïde — comme on les rencontre en cette région pour beaucoup d'autres affections du fond de l'œil.

F. Poncet (de Cluny.)

INSTRUMENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX

I. Irrigateur gradué à pression d'air et à jet continu ; par J. Leard.

Dans cet irrigateur, il n'y a ni piston, ni soupape. Il se compose d'un récipient en verre, d'une contenance de 500 à 1,000 grammes, gradué par 50 grammes. La partie supérieure

© BIU Santé

est entourée d'une bague A, dans lequel se visse le couvercle B, muni de deux tubulures C et D, dont l'une C se prolonge jusqu'au fond du récipient. Le tube F, qui porte la canule, doit toujours se placer sur cette tubulure. La pression d'air se fait au moyen d'une boule en caoutchouc H, qui peut également servir pour remplir l'appareil par aspiration, il suffit pour cela de placer le tube G de I en J (*Fig. 10*). Un petit appareil porte-huile K, en verre, muni d'une ouverture L pour l'introduction des médicaments, est joint à cet irrigateur et se place, lorsqu'on s'en sert, immédiatement avant la canule.

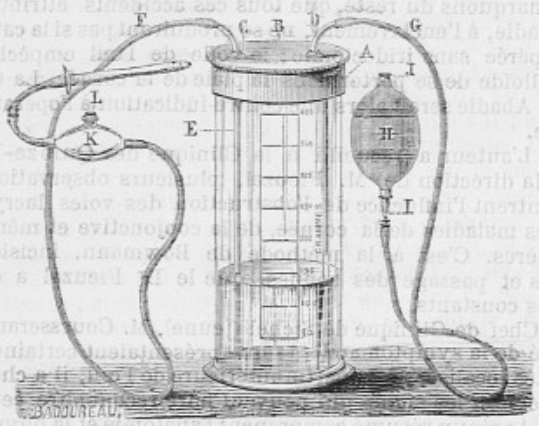


Fig. 10.

On peut graduer la force du jet à volonté et obtenir, au besoin, une force beaucoup plus grande qu'avec les irrigateurs ordinaires.

II. Aspirateur continu pour ponctions ; par J. LEARD.

Dans cet appareil, tous les robinets, excepté celui qui ferme la canule à la sortie du trocart, sont remplacés par une soupape en caoutchouc A, renfermée dans un petit cylindre en verre B, qui en laisse voir le fonctionnement. Ce petit appareil s'adapte à la canule C, et par son extrémité D, au tube E, qui met en communication la partie ponctionnée avec le liquide. Le tube G s'adapte sur la bouche H, en I pour l'aspiration, et en J pour l'insufflation et injection (*Fig. 11*).

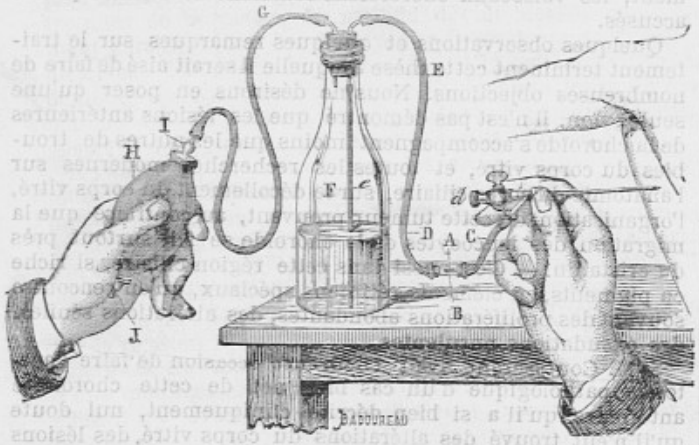


Fig. 11.

Le vide ne se fait pas à l'avance, mais au fur et à mesure du besoin, ce qui évite toute aspiration brusque et violente. L'aspiration se fait au moyen d'une boule en caoutchouc. Deux de ces boules sont attachées à l'appareil : l'une, d'une force moyenne, pour les liquides séreux ; l'autre, très-forte, pour les liquides purulents. Pendant l'aspiration, le liquide passe par la soupape A, pour se précipiter dans la bouteille. Quand cesse l'aspiration, la soupape se ferme hermétiquement et empêche la résorption de l'air dans la cavité ponctionnée.

Le même appareil peut servir pour injections, et si, dans une ponction, on vient de vider une collection purulente, on peut immédiatement, sans déranger la canule, laver la cavité ponctionnée ; il suffit pour cela d'introduire le liquide destiné au lavage dans une bouteille, d'ajouter un tube E, qui plonge au fond du liquide (ce tube est représenté en place dans la figure), et d'appliquer directement le tube E sur la canule, puis de changer la direction de la boule.

VARIA

Concours de l'Agrégation en Médecine.

Ce concours a commencé à la Faculté, samedi dernier, 16 février. — Les *Juges* sont : MM. Chauffard (président), G. Sée, Gubler, Potain, Jaccoud (professeur de Paris), Duprét (de Montpellier), Lépine (de Lyon), Moutard-Martin (de l'Académie de Médecine) et Bouchard (agrégé, secrétaire.)

Les *candidats pour Paris* (4 places) sont : MM. Bourceret, Débove, Ducastel, Hallopeau, Hanot, Homolle, Joffroy, Labadie-Lagrave, Pitres, Quinquaud, Rathery, Raymond, Rendu, Robin, Straus, Teissier, Troisier. — Les *candidats pour Montpellier* (3 places) sont : MM. Carrié, Mairet, Reginbaud. — Les *candidats pour Nancy* (3 places) sont : MM. Demange, Spillmann. — Les *candidats pour Lille* (2 places) sont : MM. Bourceret, Looten. — Les *candidats pour Lyon* (3 places) sont : MM. Laure, Teissier.

La première épreuve (composition écrite) a eu lieu lundi. Les candidats ont eu à traiter la question suivante : *Glandes de l'estomac, suc gastrique, peptones*. — Les autres questions étaient : Nerfs splanchniques ; innervation du cœur. — Les séances ont lieu tous les jours, à 3 heures. — La seconde épreuve (leçon de 3/4 d'heure, après 3 heures de préparation) commencera probablement mardi.

Prix de l'Académie des Sciences.

Voici les prix décernés pour l'année 1877, par l'Académie des Sciences de Paris. *Prix extraordinaire.* — Le grand prix des Sciences mathématiques (3,000 francs), n'est pas décerné. Le concours est prorogé à l'année 1878. — Le grand prix des sciences physiques (3,000 francs), n'est pas décerné. Le concours est prorogé à 1879. — *Mécanique.* Le prix Poncelet (2,000 francs), est décerné à M. Laguerre. Le prix Montyon, mécanique (727 francs), est décerné à M. Caspari. Le prix Plumey (2,500 francs), est décerné à M. Fréminville. Le prix Fourneyron (1,000 francs), est décerné à M. Mallet. — *Astronomie.* Le prix Lalande (542 francs), est décerné à M. Asaph Hall. Le prix Damoiseau n'est pas décerné. Le concours est prorogé à 1879. Le prix Vaillant (4,000 francs), est décerné à M. Scherlhof. Le prix Valz (1,000 francs), est décerné à MM. Paul et Prosper Henry. *Physique.* Le prix Lacaze (5,000 francs), est décerné à M. M. A. Cornu. — Statistique. Le prix Montyon, statistique (453 francs), pour 1877, est décerné à M. E. Yvernès ; le prix réservé de 1876, est décerné à M. T. Loua ; des mentions honorables sont accordées à MM. Dislère et Puech. — *Chimie.* Prix Jecker (10,000 francs). Un prix de 5,000 francs est décerné à M. A. Houzeau ; la seconde moitié du prix étant réservée à M. Cloez, depuis 1876. — Le prix Lacaze (5,000 francs), est décerné à M. L. Troost. *Botanique.* — Le prix Barbier (2,000 francs), n'est pas décerné. M. Galippe reçoit une récompense de 1,000 francs. MM. Lepage et Patrouillard, une récompense de 500 francs. Le prix Desmazières (2,000 francs), n'est pas décerné. La Commission accorde à M. Quélet un encouragement de 1,000 francs, et à M. Baguis un encouragement de 600 francs. — Le prix de la Fons Melicocq (900 francs), n'est pas décerné. Le 1er prix Bordin (3,000 francs), n'est pas décerné. Un encouragement de 1,000 francs, est accordé à M. Charles-Eugène Bertrand. — *Anatomie et zoologie.* Le prix Savigny (1,000 francs), n'est pas décerné. Le prix Thore (200 francs), est décerné à M. Jousset de Bellesme. — *Médecine et chirurgie.* Prix Montyon, médecine et chirurgie. La Commission décerne trois prix de 2,500 francs, à MM. Hannover, Parrot et Picot. Elle accorde trois mentions honorables : 1° à M. Topinard ; 2° à MM. Lasègue et Regnault, et à MM. Delpech et Hillairet ; 3° à M. F. Franck et à M. Oré, et cite honorablement dans le rapport MM. Armingaud, Brouardel, Burcq, Couty, Despiès, Lecomte, Méguin, Peyraud, Salathé, Sanné, Testut. Le prix Bréant (100,000 francs), n'est pas décerné. Un prix de 5,000 francs, représenté par l'intérêt du capital Bréant, est décerné à M. Joanny Rendu. Le prix Godard porté à la somme de 2,000 francs, est décerné à M. Cadiat. *Physiologie.* Le prix Montyon, physiologie expérimentale (764 francs), est partagé entre M. Ferrier et MM. Carville et Duret. La Commission accorde à MM. Joliet et Regnard une mention très-honorable et cite honorablement dans le rapport M. Charles Richet. Le prix Lacaze 5,000 francs, est décerné à M. Dareste. *Prix généraux.* Le prix Montyon, arts insalubres, n'est pas décerné. Un encouragement de 2,000 francs, est accordé à M. Hétet. Le prix Trémont 1,100 francs, est décerné à M. Sidot. Le prix Gegner (4,000 francs), est maintenu à M. Gaugain. Le prix Laplace est décerné à M. Dougados, sorti le premier, en 1877 de l'Ecole polytechnique et entré à l'Ecole des mines.

Ecoles d'infirmiers et d'infirmières.

L'utilité de la création de ces écoles devient de plus en plus évidente, à mesure que l'on examine mieux cette question très-intéressante. Nos lecteurs ont toujours été tenus régulièrement au courant de ses diverses phases. Dans quelques

© BIU Santé

jours nous aurons peut-être l'occasion de dire comment l'administration entend réaliser les vœux exprimés par le Conseil municipal. En attendant, nous détachons de notre *Rapport sur le budget de l'Assistance publique pour l'exercice* 1878, les passages suivants :

« Les « *serviteurs* » de l'administration de l'Assistance publique et les « *sous-employés* » forment un personnel considérable, dont la situation mérite toute notre sollicitude. Un projet de vœu, présenté par M. Talandier, et qui, nous le regrettons, n'a pas été rapporté, réclamait l'amélioration du sort des infirmiers et des sous-employés. L'administration, en face des nombreuses réclamations qui lui ont été adressées, a compris qu'elle devait faire quelque chose, et elle paraît disposée, mais dans une mesure bien trop faible, à donner satisfaction à des besoins réels.

« L'administration, écrit M. le directeur, qui ne cesse de se préoccuper de l'amélioration du sort de ses serviteurs, et qui a déjà, dans ce but, pris ces dernières années diverses mesures qui lui permettront, sans trop grever son budget, d'assurer un meilleur recrutement de cette partie de son personnel, demande l'inscription au budget, de la somme nécessaire pour assurer le paiement des hautes payes mensuelles qu'elle a déjà accordées ou qu'elle se propose d'allouer encore à divers agents qui, en raison de la nature plus pénible ou plus répugnante de leurs fonctions, méritent une rémunération spéciale. Les hautes payes déjà autorisées par arrêtés spéciaux sont celles qui suivent : Bicêtre, 5 fr. par mois aux surveillant, brigadier et garçon du quartier de la sûreté, ainsi qu'aux surveillant, brigadier et garçon de la 5e division, 1re section ; Saint-Louis, 15 fr. par mois aux deux filles attachées au service d'accouchement ; hospice des Enfants assistés, 3 fr. par mois à certaines filles attachées à la crèche et aux infirmeries. Il sera, en outre, alloué, à partir de 1878, une haute paye de 3 fr. par mois aux filles de service de la Salpêtrière qui donnent leurs soins aux aliénées agitées et aux gâteuses. Ces diverses hautes payes représentent une dépense totale, par année, de 3,880 fr. »

« Les qualités requises pour être un bon infirmier sont nombreuses : intelligence, douceur, complaisance, adresse, force physique, santé capable de résister aux causes morbides environnantes, tout cela est nécessaire. Les infirmiers actuels remplissent-ils ces conditions ? Nous avons le regret de répondre par la négative. A côté de quelques infirmiers qui font consciencieusement leur service, il en est, en trop grand nombre, qui négligent, exploitent et brutalisent les malades. Les actes d'improbité sont malheureusement très-fréquents. De là résulte que, souvent, on voit se succéder dans le courant d'une année quatre ou cinq infirmiers et davantage, dans la même salle. A quoi tient une si déplorable situation ? A l'insuffisance des salaires, qui éloigne de cette profession, déjà peu attrayante par elle-même, les hommes laborieux et intelligents. Le tableau suivant vous permettra, Messieurs, d'en juger vous-mêmes :

	MINIMUM	AUGMENTATION ANNUELLE	NOMBRE d'années nécessaires pour atteindre le maximum	MAXIMUM
Sous-employés :	fr.	fr.		fr.
1re Classe (surveillants)	380	24	5	500
2e Classe (sous-surveillants).....	320	12	5	380
Serviteurs (infirmiers) :				
1re Classe.....	252	12	4	300
2e Classe.....	180	36	2	252

« Quand on sait combien est minime le salaire des infirmiers et des infirmières, combien la nourriture qu'on leur donne est peu variée, à combien d'obligations ils sont assujettis, on conçoit les difficultés que l'administration éprouve à les recruter. Elle prend les gens qui se présentent, des hommes de tout métier qui n'ont aucune notion des fonctions dont ils se chargent, qui s'en vont dès qu'ils trouvent mieux, des ivrognes qui boivent le vin des malades, ou des gens infidèles, qu'elle est forcée de renvoyer.

« Pour remédier à un état de choses aussi fâcheux, il serait nécessaire de prendre les deux mesures suivantes : 1° augmenter le traitement des infirmiers et des infirmières ; 2° créer à Bicêtre pour les hommes, à la Salpêtrière pour les femmes, une sorte d'*Ecole professionnelle* qui pourrait servir à un bon recrutement des infirmiers et des infirmières des hôpitaux. Ce serait parmi eux que l'on prendrait ensuite les surveillants et les surveillantes, dont les salaires, ainsi que vous pouvez le constater, sont également insuffisants.

« Le programme d'une école d'infirmiers n'est pas difficile à élaborer : l'examen des écoles anglaises d'infirmières, celle surtout fondée à Westminster-Hospital par lady Stanley, la lecture des nombreux *Guides de l'infirmière* (car ce sont principalement des femmes qu'on emploie dans les hôpitaux anglais) en fourniraient tous les éléments (1). »

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 18 au 23 février. — 146. M. Vack : Etude critique sur l'étiologie et la pathogénie de l'atrophie papillaire. — 147. M. Urdy : Considérations sur le rhumatisme blennhorrhagique et plus particulièrement sur l'atrophie musculaire consécutive. — 148. M. Vétu : Du pronostic des fractures compliquées traitées par la méthode antiseptique. — 149. M. Audoucet : par une observation d'engouement herniaire. — 150. M. Hirtz : De l'emphysème pulmonaire. — 151. M. Duret : Etudes expérimentales sur les traumatismes cérébraux. — 152. M. Goutard : Du léontiasis syphilitique. — 153. M. Rémy : Recherches histologiques sur l'anatomie normale de la peau de l'homme. — 154. M. Poisson : De la gravité de la bronchite dans les déformations du thorax. — 155. M. Goubert : De l'étiologie des avortements à répétitions. — 156. M. Michaut (Armand) : De la rétention d'urine causée par l'hypertrophie de la prostate et de son traitement. — 157. M. Dehergne : Contribution à l'étude clinique des polypes et corps fibreux de l'utérus.

Assistance publique ; budget pour l'exercice 1878 ; recommandations et vœux du Conseil municipal.

De l'appréciation faite par la *Gazette Médicale* relativement à notre rapport sur l'assistance publique nous détachons le passage suivant :

Il n'est pas besoin de faire ressortir l'utilité et l'importance de ces différentes mesures. Il en est une sur laquelle M. Bourneville, dans le rapport qu'il a fait au nom de la quatrième commission, a insisté avec raison, d'une manière toute spéciale : nous voulons parler de celle qui a pour objet d'*isoler les hôpitaux des maisons ou des propriétés voisines* par des rues spacieuses. Cette question intéresse non-seulement l'hygiène des hôpitaux, mais encore la salubrité des quartiers au milieu desquels ils sont situés.

Nous sommes heureux de l'approbation de notre excellent collègue, car elle nous aidera à faire entrer cette idée, éminemment utile, dans l'esprit des administrateurs.

Bibliothèque des internes en médecine de l'Hôtel-Dieu : Legs Chomel.

Nous apprenons avec plaisir que Mme veuve Chomel a, à l'instigation de M. Guéneau de Mussy, donné, aux internes de l'Hôtel-Dieu, une partie très-importante de la bibliothèque du regretté professeur Chomel. Déjà notablement accrue par le don de 2.000 fr. que lui a fait, l'an dernier, la libéralité du Conseil municipal, cette collection fort complète, pour les publications récentes, ne peut que largement profiter de l'adjonction d'ouvrages de fonds et soigneusement triés comme ceux de Chomel. La question des bibliothèques dans les hôpitaux, si souvent débattue dans ce journal, nous intéresse de trop près pour que nous ne joignions pas nos remerciements à ceux des internes de l'Hôtel-Dieu.

Exposition universelle : Congrès international de géologie.

Pendant le temps de l'Exposition universelle, il doit se tenir à Paris un congrès international de géologie. Nous trouvons ce congrès annoncé dans les journaux étrangers, d'après une communication du Président du comité d'organisation. Le congrès commencerait le 19 août et durerait quinze jours. L'administration de l'exposition a mis la disposition du congrès un local approprié à cette destination, et la Société géologique de France tiendra, à partir du 10 août jusqu'au 10 septembre, les salles de ses réunions et la bibliothèque, ouvertes aux membres du congrès. Durant la session du même congrès il y aura aussi des excursions géologiques. (*Journal officiel*).

Médecins de la marine.

Par décret du Président de la République en date du 9 février 1878, rendu sur le rapport du Ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine. *Au grade de médecin en chef* : M. Lucas (Jean-Marie-François-Etienne), médecin principal. *Au grade de*

(1) Voir l'analyse de deux de ces *Guides* dans le *Progrès médical* de 1877, p. 476, 595, et pour tous autres détails se reporter aux pages 137, 158, 297, 338, 396, 416, 769.

© BIU Santé

médecin principal : 1er tour (ancienneté), M. Poitou-Duplessy (Paul), médecin de 1re classe. — (*Journal officiel*).

Un inspecteur des enfants trouvés, à cheval.

L'assistance publique a trouvé ingénieux de gratifier du titre et des fonctions d'inspecteur des enfants trouvés, un ancien officier de cavalerie. La chose est si singulière qu'il est bien permis d'en rire.

M. le dr Brochard, dans le dernier numéro de la *Jeune Mère*, fait à ce sujet quelques réflexions aussi spirituelles que judicieuses : on dit dans les couloirs de l'assistance publique, que l'officier de cavalerie récemment nommé inspecteur des enfants trouvés, va faire ses inspections à cheval. On compte beaucoup sur l'effet que produira chez les nourrices, ce nouveau mode d'inspection qui sera, dit-on, plus fécond en résultats que la loi Roussel. Pour nous qui avons vu jadis ces inspecteurs visiter notre service de nourrissons en simples bureaucrates, ayant sous le bras un questionnaire énorme auquel ils ne comprenaient pas grand chose, nous reconnaissons que l'arrivée dans un village d'un inspecteur faisant caracoler un cheval, frappera de stupeur et d'admiration les nourrices, pourra même faire au besoin, faire passer le lait chez celles qui en ont. Heureusement que ce sont les plus rares. L'effet, ce nous semble, eût été plus considérable encore, si, au lieu de prendre pour inspecteur un officier de cavalerie, on eût pris..... un tambour-major. Et à ce sujet, nous demanderons aux personnes qui font ces nominations intelligentes, et qui choisissent pour remplir ces fonctions *essentiellement* médicales, des inspecteurs dans toutes les classes de la société *excepté parmi les médecins*, pourquoi elles oublient la classe des tambours-majors, si féconde en grands hommes. Si l'administration suivait le conseil paternel que nous lui donnons, elle serait certaine teurs, jours avoir, sinon de savants inspecteurs, du moins de grands inspecde tou ce qui dans les bureaux est exactement la même chose. (*Gazette Obstétricale*).

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 14 février 1878 on a déclaré 1,072 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 16 ; rougeole, 23 ; scarlatine, » ; variole, 1 ; croup, 33 ; angine couenneuse, 34 ; bronchite, 74 ; pneumonie, 86 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 6 ; choléra nostras » ; dysentérie, » ; affections puerpérales, 5 ; érysipèle, 6 ; autres affections aiguës, 286 ; affections chroniques, 445 dont 168 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 43 ; causes accidentelles, 14. — Les 1,072 décès ci-dessus donnent une proportion de 28,0 par 1,000 habitants et pour l'année.

Assistance publique. — M. de Nervaux vient d'être remplacé par M. Michel Moring qui a été installé dans ses fonctions le 9 février. On nous assure que ni M. le Préfet ni M. le secrétaire-général n'étaient présents à cette installation qui s'est faite tout modestement.

Société de médecine de Paris. — Par décret du Président de la République française, sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique, en date du 5 février 1878, la Société de Médecine de Paris est reconnue comme établissement d'utilité publique.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de physique végétale.* — M. Georges Ville, professeur, a commencé son cours, le samedi 16 février 1878, à deux heures, dans le grand amphithéâtre et le continuera le mardi et le samedi de chaque semaine à la même heure. — Le professeur traitera des conditions qui déterminent, favorisent et règlent la production des végétaux comme introduction à l'étude des principaux systèmes de culture. Il consacrera les dernières leçons du cours à l'histoire des dernières découvertes qui ont préparé, depuis le XVIIe siècle, les applications de la chimie à l'agriculture.

Prix des annales médico-psychologiques. Ce prix de la valeur de six cents francs, sera donné à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet de pathologie mentale au choix des concurrents. Le but de ce concours étant essentiellement clinique, chaque mémoire devra avoir, pour base au moins dix observations détaillées, précédées chacune d'un sommaire. Le prix sera décerné par une Commission de cinq membres, choisis parmi les chefs de service des cinq asiles de la Seine, auxquels s'adjoindront les rédacteurs des Annales. Les mémoires, écrits en français et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs, devront être envoyés avant le 1er janvier 1879, à la rédaction des *Annales médico-psychologiques*, rue de l'Université, 6.

Ecole secondaire de Rennes. — Un concours s'ouvrira le 15 juillet 1878, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie et de pharmacie.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Société protectrice de l'Enfance. — Cette Société met au concours pour 1878 la question suivante : *Dans quelles limites l'Etat doit-il intervenir pour protéger l'enfant ? — Par quels moyens augmenterait-il la population ? — Quel avantage peut-il retirer des Sociétés protectrices de l'Enfance ?*

Le prix sera de 500 francs. — Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1878, au Secrétaire général de la Société, M. le docteur Léon Duchesne, rue des Saints-Pères, 85. Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs. Les membres du Conseil d'administration sont seuls exclus du concours. Les concurrents ne devront pas se faire connaître ; ils joindront à leur envoi un pli *cacheté*, contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

Médecins de l'Opéra-Comique. — *Médecins titulaires :* MM. les docteurs Faivre, Desjardins de Morainville, Boutin, Dupierris, Proust, Prat, Raoul Le Roy, Jules Grange, Chevalier, Alfred Guillon, Vernet, Cadet de Gassicourt, Lagneau, Carpentier Méricourt fils, Moutard-Martin, Josat (président). *Médecins suppléants :* MM. les docteurs Naret, Linas, Adolphe Picard, Dureau, Veyssière, Paul Richard, Bourgeois, Dussaussay, Blavez, Chevalet. *Médecins consultants :* MM. les docteurs Fremy, Hérard, Daniel Serraud, Charles Fauvel, Guillon père, Léon Labbé, Magne, Moreau, Marmot, Grassi.

Incendie d'un asile. — On mande de Londres le 4 février : D'après une dépêche de Shanghaï, l'asile des femmes et des enfants à Tientsin aurait été détruit par un incendie et plus de 2,000 personnes auraient péri dans les flammes. — (*Journal officiel*). — On voit par ce fait combien il est indispensable de pourvoir largement les établissements de ce genre d'une grande quantité d'eau et de tous les appareils nécessaires.

Nous apprenons avec satisfaction que M. le dr Harmand, beau-frère de M. le docteur Le Duc, dont nous avons eu le regret d'enregistrer le décès prématuré, vient se fixer à Versailles, avec l'intention d'y prendre la suite de la clientèle de son regretté beau-frère. M. le docteur Harmand est bien connu de nos lecteurs par le voyage scientifique qu'il vient de faire dans l'Indo-Chine et aux frais duquel le Conseil municipal de Versailles avait voulu concourir. (*Le Libéral de Seine-et-Oise.*)

Nécrologie. — Un de nos confrères de l'armée vient de mourir bien malheureusement. M. le dr Mendeville, médecin aide-major au 22e bataillon de chasseurs à pied, désireux de contempler la tempête qui sévissait un des jours de la semaine dernière, s'était avancé non loin du port de Collo, près Philippeville, sur un massif de rochers, qui dominent la mer, lorsque tout-à-coup une lame, d'une hauteur considérable s'abattit sur lui et l'entraîna avec elle en se retirant. Le cadavre de notre regretté confrère n'a pu encore être retrouvé. — (*Courrier médical*).

On annonce la mort du Dr Meuvret, ex-interne des hôpitaux, décédé à Billy-sur-Oise (Nièvre).

Paris-Revue (2e année). — Sommaire du n° 2 : L'homœopathie devant le bon sens, Mario Sermet. — Au bord du Golfe, Adolphe Pelleport. — Programme de Sociologie, Pedro Rioux-Maillou. — Sonnets, Julien Sermet. — La Lauseta, Jean Destrem. — Scène parisienne, Georges Manus. — Nuit tombante, Hippolyte Devillers. — Causerie scientifique, C. V. — Les Théâtres, H. G. — Directeur : Mario Sermet, 7, rue Baillit. (Un an : 5 francs).

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

Moreau (Paul, de Tours). — De la démence dans ses rapports avec l'état normal des facultés intellectuelles et affectives. Paris 1878, in-8 de 60 pages.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, pl. de l'École-de-Médecine.

Coursserant (H.). — Réflexions sur l'opération de la cataracte chez les diabétiques. Paris, 1878, in-8 de 8 pages.

Philbert (E.) — Observation d'un cas de polysarcie, traité aux eaux de Brides (Savoie). Paris 1877, in-8 de 4 pages.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

Leblond (A.). — De l'amputation du col de l'utérus. Paris, 1877, in-8 de 39 pages.

Librairie G. MASSON, boulevard Saint-Germain, en face l'Ecole de médecine.

Cusset (J.). — Etude sur l'appareil branchial des vertébrés et quelques affections qui en dérivent chez l'homme, fistules branchiales, kystes branchiaux, kystes dermoïdes. Paris, 1877, grand in-8 de 241 pages avec deux planches.

Hebra (F.) Moriz Kaposi. — Traité des maladies de la peau comprenant les exanthèmes aigus. Traduit et annoté par le docteur A. Doyon. Edition revue par l'auteur. Tome II, fascicule III. Paris 1878. Grand in-8 de 334 pages. Prix : 7 francs. L'ouvrage complet en deux volumes, prix : 32 francs.

Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.

Bardet (G.). Etude physiologique et clinique sur les alcaloïdes soporifiques de l'opium codéine, morphine, narcéine. Paris, 1878. In-8 de 41 pages. Prix : 2 fr.

Collignon (R.). De l'alcool allylique et de la transpirabilité de quelques alcools monostomiques. Paris, 1878. In-8 de 68 pages. Prix : 3 fr.

Esbach (G.). Des procédés de dosage de l'acide urique, procédé gazométrique. Paris, 1877. In-8 de 29 pages avec 9 figures. Prix : 1 fr. 50.

Galeb (O.). De l'œuf dans la série animale. Paris, 1878. In-8 de 106 pages. Prix : 3 fr.

Gibard (M.). Etude sur un nouveau moyen d'aspirer les fluides pathologiques. Paris, 1878. In-8 de 48 pages, avec la figure du nouvel aspirateur. Prix : 2 fr.

© BIU Santé

CAISSE DE PENSIONS DU CORPS MÉDICAL BELGE. (Médecins, pharmaciens et médecins-vétérinaires). 8e année (1876-1877). Bilan, listes nominatives, assemblée générale du 25 septembre 1877. Bruxelles, 1877. Imp. F. Callewaert père. In-8 de 30 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Lariboisière. — *Médecine :* Service de M. JACCOUD. Consultation le mercredi. Salle Saint-Gérôme: 1, épanchement pleurétique cloisonné; 3, carcinôme de l'estomac; 24, paralysie générale; 34, pleurésie avec épanchement. — Salle Sainte-Claire : 20, insuffisance mitrale; 21, sclérose latérale amyotrophique.

Service de M. SIREDEY. Consultation externe le lundi. Spéculum le mercredi et le samedi. Salle Sainte-Anne : accouchements. — Salle Sainte-Marthe *bis* (Nourrices) : 1, rhumatisme post-puerpuéral; 3, phlébite interne. — Salle Sainte-Geneviève : 2, pelvi-péritonite; 9, rétrécissement mitral; 12, fièvre typhoïde; 19 *bis*, épithélioma pédiculé du col de l'utérus; 29, phlegmon péri-utérin; 34, paralysie faciale. — Salle Saint-Augustin *bis* : 11, paralysie des extenseurs; 20, carcinôme de l'estomac; 21 *bis*, néphrite interstitielle, rétinite albuminurique, athérome généralisé, rétrécissement aortique; 22, rhumatisme articulaire aigu; 29, pleurésie tuberculeuse.

Service de M. M. RAYNAUD. Consultation externe le mardi. — Consultation externe des maladies du larynx tous les matins, sauf le mercredi. — Salle Saint-Landry : 1 *bis*, 35. paralysie d'une corde vocale chez des tuberculeux; 12, cancer du foie; 18, paralysie saturnine des extenseurs; 23, insuffisance aortique; 15, 20, aphasie. — Salle Sainte-Mathilde : 16, paralysie agitante; 17, manie aiguë chez une tuberculeuse; 18, gangrène pulmonaire.

Service de M. FÉRÉOL. Consultation externe le vendredi. Spéculum le mardi. Salle Sainte-Joséphine : 7, ictère catarrhal; 8, oligurie hystérique, urémie; 10, vomissements hystériques; 13, abcès du sein; 14, rétrécissement et insuffisance mitrale; 18, érysipèle de la face, adénite suppurée; 19, pelvi-péritonite. — Salle Saint-Vincent-de-Paul : 2, phthisie, néphrite parenchymateuse; 4, rhumatisme aigu, endocardite mitrale; 12, insuffisance aortique; 14, pleurésie aiguë avec épanchement; 16, carcinôme de la 5e courbure de l'estomac; 21, pleurésie double; 26, leucocythémie.

Service de M. PROUST. — Consultation externe le jeudi. — Salle Saint-Charles : 1 *bis*, zona cervical ; 4, néphrite interstitielle saturnine; 13, tumeur cérébrale ; 16, dysenterie ; 26, fièvre typhoïde ; 30, anévrysme de l'aorte. — Salle Sainte-Marie : 1, kyste, sarcôme de l'ovaire; 2, insuffisance mitrale, apoplexie pulmonaire ; 16, métrite hémorrhagique; 20, ataxie locomotrice ; 31 *bis*, tremblement mercuriel.

Service de M. OLLIVIER. — Consultation externe le samedi. — Salle Saint-Henri : 34, carcinôme de l'estomac; 30, nevromes généralisés; 21, pleurésie; 19, 18. variole. — Salle Sainte-Elisabeth : 2, hémianesthésie hystérique ; 7, péritonite tuberculeuse ; 19 *bis*, diabète ; 20, néphrite parenchymateuse.

Chirurgie. — Service de M. PANAS. Consultation externe lundi, mercredi, vendredi. Leçons sur les maladies des yeux et opérations lundi et jeudi. Salle Helmholtz. Leçon clinique et opération le samedi à l'amphithéâtre. — Salle Saint-Ferdinand : 2, fracture de cuisse compliquée ; 6, fracture du larynx, trachéotomie ; 7, mal de Pott ; 32, fracture en V du tibia ; 34, épanchement séreux traumatique. — Salle Saint-Honoré : 1, rétrécisement de l'urèthre ; 5, fracture de jambe avec déplacement des fragments ; 11, tubercules du testicule ; 16, paralysie du cubital ; 17, nécrose syphilitique du tibia, évidement. — Salle Sainte-Marthe : 2, cancer du sein, 3 récidives ; 14, hydarthrose du genou ; 10, 15, 21, 23, 25, coxalgies, extension parallèle ; 26, mal sous-occipital de Pott.

Service de M. LABBÉ. Consultations les mardis, jeudis, samedis. Spéculum le vendredi, Opération le mardi. — Salle Sainte-Jeanne ; 2, kyste sebacé de la paupière ; 15, fistule vésico-vaginale ; 16, chute de l'utérus ; 19, kyste sébacé du cuir chevelu ; 26, amputation de l'avant-bras. — Salle Saint-Augustin : 2, fracture de l'humérus ; 14, hématocèle, décortication ; ½ 13, plaie thoraco-abdominale, pleurésie purulente, empyème ; 20, périostite phlegmoneuse du fémur ; 34, fracture de cuisse appareil Hennequin.

Hôpital Cochin. — *Médecine.* Service de M. BUCQUOY. M. Bucquoy commencera ses leçons cliniques le vendredi 8 mars, à 9 h. 1/2. — Salle Saint-Jean (F.) : 8, fièvre typhoïde ; 9, insuffisance mitrale et tricuspide ; 14, pleurésie ; 16, périty phlite ; 19, mal de Bright ; 21, péritonite tuberculeuse ; 22, gastralgie ; 24, insuffisance mitrale, palpitations ; 25, syphilis contractée au septième mois de la grossesse. — Salle Saint-Philippe (H.) : 2, accidents nerveux, suite de scarlatine ; 3, congestion pulmonaire ; 4, pleuro-pneumonie rhumatismale ; 5, mal de Bright ; 6, péritonite tuberculeuse ; 7, pleurésie ; 9, rechute de fièvre typhoïde ; 10, cirrhose ; 11, fièvre typhoïde; 13 *bis*, ictère, lithiase biliaire ; 14, cancer de l'estomac ; 19, insuffisance aortique ; 20, zona. — Salle Sainte-Marie (H.) : 2, laryngite tuberculeuse ; 3, ictère ; 8, pneumonie.

Chirurgie. Service de M. DESPRÉS. Visite et consultation tous les jours. Clinique les mercredis et samedis. — Baraque I (H.) : 2, fracture des deux os de l'avant-bras ; 10, rétrécissement de l'urèthre. — Baraque III : 8, tumeur blanche du tarse. — Salle Saint-Jacques : 1, fracture de jambe compliquée de plaie : 6, plaie contuse du pied avec déchirements profonds ; 12, fracture double du maxillaire inférieur ; 17, amputation sous-astragalienne. — Salle Cochin : 5, polype utérin ; 15, brûlure de la tête au 5e degré ; 22, chute du rectum.

Hôpital Saint-Eugénie. — Service de M. BERGERON. Visite à 8 h. — Salle Saint-Benjamin (G.) : 2, 25, 27, fièvre typhoïde ; 6, pleurésie droite ; 7, empyème ; 13, pneumonie gauche, rougeole ; 15, méningite tuberculeuse ; 16, paralysie diphthérique ; 17, pneumonie droite ; 18, broncho-pneumonie ; 26, arthrite cervicale, pachyméningite ; 27, vomique pleurale, dilatation des bronches ; 28, rhumatisme articulaire ; 29, leucémie splénique et hépatique ; 30, péritonite traumatique. — Salle Sainte-Mathilde (F.) 8, 5, 21, fièvre typhoïde ; 2, insuffisance mitrale ; 9, gangrène des orteils, nécrose de la cloison des fosses nasales ; 15, coqueluche ; 16, bronchite, scrofule ; 17, rougeole, bronchite capillaire ; 18, broncho-pneumonie ; 19, pleuro-pneumonie double ; 26, chorée, endocardite.

Service de M. TRIBOULET. Visite à 8 h. 1/2. Salle Sainte-Marguerite (F.) : 3, fièvre catarrhale ; 6, coqueluche ; 10, mal de Bright ; 13, eczéma impétigineux ; 14, psoriasis ; 16, rhumatisme articulaire ; 16, fièvre typhoïde ; 20, tubercules, albuminurie ; 22, sclérodermie ; 23, paralysie faciale. — Salle Sainte-Rosalie (salle d'isolement), 1, 6, 8, 10, angine diphthérique ; 3 croup-trachéotomie-guérison ; 9, angine et croup.

Service de M. CADET DE GASSICOURT. Visite à 8 h. 1/2. — Salle Saint-Joseph (G.) : 3, 6, 10, bronchite ; 2, varicelle ; 5, tubercules des méninges ; 17, carie du rocher, trépanation ; 19, 22, 23, chorée, endocardite ; 20, rhumatisme articulaire ; 22, eczéma de la face ; 24, érysipèle de la face ; 29, 30, 38, croup ; 33, angine diphthérique.

Service de M. B. ANGER. Salle Saint-Barnabé (H.) : 1, fracture de la rotule ; 5, fracture de jambe compliquée ; 14, fracture de jambe simple ; 32, épithélioma de la langue ; 35, hernies inguinale et crurale ; 50, carie du grand trochanter ; 56, plaie du rectum ; 64, rectite chronique.

Service de M. LE DENTU. Salle Sainte-Marguerite (F.) : 3, plaie de l'œil (cataracte traumatique). — Salle Saint-Christophe (H.) : 1, fracture du fémur (guérie sans raccourcissement) ; 9, pneumonie traumatique ; 22, ostéite

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du **Dr Clin** renferme 0,20 Bromure de Camphre pur.
Chaque **Dragée** du **Dr Clin** renferme 0,10

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence de Santal**, associée au Copahu et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

NOTA. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

GROS : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

© BIU Santé

centrale de la tête de l'humérus; 25, mal de Pott, albuminurie; 39, gangrène sénile.

Service de M. Mesnet, Salle Sainte-Cécile (F.): 3, hémiplégie; 5, hémiplégie, aphasie; 11, affection cardiaque; 22, démence; 23, cancer de l'utérus. — Salle Saint-Hilaire : 5, ataxie locomotrice; 12, paralysie générale; 13, tuberculose pulmonaire; 25, alcoolisme, hallucinations; 30, affection cardiaque; 36, démence.

Service de M. Fernet. Salle Saint-Etienne : 1, paralysie diphthéritique; 3, pneumonie franche; 8, gangrène des extrémités bronchiques; 10, cirrhose; 20, pleurésie; 21, méningo-myélite. — Pavillons : 1, pneumonie; 5, pelvi-péritonite; 10, hémiplégie, troubles trophiques; 25, fièvre typhoïde.

Service de M. Broca (del. Salle Sainte-Geneviève : 1, pachyméningite cervicale hypertrophique; 5, carcinôme vagino-rectal, adénopathie bronchique; 18, goitre exophthalmique; 24, ramollissement cérébral, aphasie. — Salle Saint-Augustin : ataxie locomotrice progressive compliquée d'atrophie musculaire, deutéropathique; 14, phlébite de la jambe gauche à la suite d'une fièvre typhoïde; 22, fièvre typhoïde; 16, carcinôme stomacal; 22, fièvre typhoïde; 44, pneumothorax; 56, phénomènes congestifs chez un malade présentant une atrophie musculaire de l'enfance.

Hôpital St-Antoine. Service de M. Beaumetz. Salle St-Lazare : 5, fièvre typhoïde. *abcès du foie*; 20, insuffisance aortique. — Salle Sainte-Marie (nourrices) : 5, kyste de l'ovaire avec battements; 11, pleuro-pneumonie. — Salle Sainte-Agathe : 20, catalepsie.

Service de M. Constantin Paul. Salle Sainte-Jeanne : 1, eczéma; 3, morphinisme chronique; 8, fièvre gastrique; 12, 13, diabète; 17, pneumonie du sommet droit. — Salle Saint-Eloi : 23, cirrhose hépatique; 25, saturnisme, goutte saturnine; 26, insuffisance aortique; 28, rhumatisme subaigu, affection cardiaque, tuberculose pulmonaire; 32, hémianesthésie saturnine; 35, mal de Pott, sclérose descendante; 37, albuminurie, lésions cardiaques; 39, atrophie musculaire progressive; 42, adénie, phlegmatia alba dolens; 44, fièvre typhoïde, rechute; 49, sacro-coxalgie.

Hôpital de Lourcine. Service de M. Cornil. Consultations le jeudi, à 9 h. Salle Saint-Ferdinand : 3, plaques muqueuses vulvaires; 4, iritis-syphilitique aigu; 6, vaginite; 11, hystérie, scléro-anémie; 12, stomatite mercurielle grave. — Salle Saint-Clément : 3, 5, plaques muqueuses de la gorge, fissures de la langue; 6, syphilis, grossesse, ictère; 8, vaginite, métrite du col; 9, plaques muqueuses confluentes, œdème des grandes lèvres; 12, syphilide papuleuse; 13, syphilis, épithélioma du col ? 14, pelvi-péritonite chronique, eczéma de l'anus; 15, roséole confluente, céphalée; 18, gommes syphilitiques du dos et de la face; 20, hypertrophie considérable des mamelles, syphilis; 21, éruption psorique généralisée, syphilis; 23, laryngite syphilitique; 24, adénite inguinale aiguë double; 36, chancre mou, bubon chancreux; 37, onyxis syphilitique; 43, onyxis syphilitique; 46, pelvi-péritonite.

Hôpitel de Lourcine. — Service de M. Martineau. Clinique du mercredi. — Salle Saint-Alexis : 4, pelvi-péritonite, abcès ouvert dans le rectum; 6, pelvi-péritonite, abcès ouvert dans le vagin, troubles nerveux, hystérie cataleptiforme; 10, pelvi-péritonite, ovarite; 21, rhumatisme blennorrhagique; 22, eczéma du vagin et du col; 31, eczéma de la vulve; 34, impétigo et herpès de la vulve, pelvi-péritonite ancienne; 40, kyste de la glande vulvo-vaginale par excès de coït. — Clinique du samedi. — Salle Saint-Louis : 4, plaques muqueuses hypertrophiques de la partie interne des cuisses; 16, roséole syphilitique confluente; 19, chancre serpigineux de la grande lèvre gauche; 21, vaginite blennorrhagique, lymphangite péri-utérine droite, ovarite; 24, plaque syphilitique de l'ombilic, roséole exanthématique; 26, herpès du vagin, endométrite herpétique; 27, chancre induré de la grande lèvre gauche; 34, pelvi-péritonite.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et MOURGET (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

BROMURE de ZINC

SIROP — 50 centigr. par cuillerée à soupe.
PILULES — contenant 20 centigrammes.
PILULES ARSENICALES — contenant 5 centigr. Br. de Zinc et 1 mill. Br. d'arsen.

Très-utile dans les cas de *Saturation* ou d'*Anémie bromurique*, le Br. de Zinc est beaucoup plus actif que le Br. de Potassium.—Doses de 0,20 à 4 gr. par jour.— FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — PARIS.

PAPIER LARDY

A L'EXTRAIT DE PIMENT

Puissant révulsif bien supérieur au Thapsia, à l'huile de Croton, etc., dont il n'a pas les inconvénients.

Intermédiaire entre le Sinapisme, dont l'action est rapide, mais fugace, et le Vésicatoire, dont l'énergie ne convient qu'à certains cas. — Action **IMMÉDIATE** et **CONTINUE**, n'occasionnant ni **DOULEURS** ni **DEMANGEAISONS**, mais seulement de la chaleur, une cuisson légère et une vive rougeur.

Indiqué dans tous les cas où une dérivation énergique est nécessaire. — Inflammations de la poitrine, de la gorge, congestions, douleurs diverses, etc.

1 FR. 50 LA BOITE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

VIANDE, FER et QUINA

VIN FERRUGINEUX AROUD

Au **QUINA** *et à tous les Principes nutritifs solubles de la* **VIANDE**

Ce **médicament-aliment**, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparation. — Prix : 5 francs.

Pharmacie AROUD, 4, rue Lanterne, à Lyon, et toutes les pharmacies de France et de l'Etranger.

SIROP DE CATILLON A L'IODURE DE FER

QUINQUINA et GLYCÉRINE

En outre du quinquina et de l'iodure de fer cette association peut remplacer l'huile de foie de morue, si difficile à supporter et dont la glycérine pure est un succédané : scrofule, rachitisme, syphilis, phthisie, etc. — V. notre Mémoire sur l'*Emploi de la Glycérine à l'intérieur*.—Paris, rue Fontaine-St-Georges, 1.

DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Clientèle à céder de suite à Paris. — S'adresser, 46, rue Richer, à M. Jourdain, avant midi.

Maison de santé à vendre à la porte de Paris.— S'adresser aux bureaux du *Progrès médical*.

GLACE NUTRITIVE IMODA

TONIQUE, ALIMENTAIRE.—1 FR. ET 1 FR. 50

Contient la moitié de son poids de viande crue de choix. Nouveau mode d'alimentation convenant à tous malades, convalescents et affaiblis; saveur exquise et variée neutralisant tout goût de viande pour les plus difficiles.

IMODA, *glacier, rue Royale, 5*

Pullna (Bohême). La plus ancienne et la meilleure Eau minérale naturelle purgative et altérante connue. (*Apéritive, Dérivative, Digestive, Tempérante, Antiphlogistique, Antiapoplectique*). — Douce et bienfaisante par excellence et presque insipide. Vente et détail partout. Chauffer la valeur d'un verre à vin ordinaire. — Aux enfants une cuillerée coupée de lait. — Prendre à jeûn et aussi avant le coucher. — Exempte des coliques et des Troubles intestinaux — Diète peu scrupuleuse. — Contrôle originaire : Chaque crachon de provenance unique porte exclusivement la marque régistrée : **Pullnaer Bitterwasser. Gemeinde Pullna**, et sa capsule conformement : **Pullnaer-Gemeinde-Bitterwasser.** — Le directeur général des Eaux minérales naturelles amères de Pullna, Antoine ULBRICH, fils du fondateur.

VIN PACOTTE

Au QUINQUINA, au CAFÉ

Et à l'écorce d'oranges amères

Médaille de bronze. Paris 1875

Ce vin doit à sa composition d'être essentiellement digestible et agréable à prendre. Préparé au malaga, il contient la dose de quinquina exigée par le *Codex*, il se recommande donc à l'attention des médecins.

VENTE EN GROS : pharmacie centrale, 7, rue de Jouy, et chez l'inventeur, H. PACOTTE fils, pharmacien à Pont-de-Vaux (Ain).

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 9. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 2 MARS 1878

Le Progrès Médical

MALADIES DES OREILLES

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan ;

Par le Dr C. MIOT.

AVANT-PROPOS. — La ténotomie du *tensor tympani*, bien que pratiquée depuis plusieurs années en Allemagne et dans quelques autres pays par un certain nombre de chirurgiens, est encore aujourd'hui une opération discutée. Les uns, trop convaincus, ont peut-être le tort de recourir à elle plus souvent qu'il ne convient. D'autres, en la rejetant systématiquement, tombent dans une exagération plus grande encore.

En France, j'ai admis, un des premiers, la ténotomie du *tensor tympani* dans ma pratique, à titre d'essai d'abord, d'opération courante ensuite. Le travail que je publie, aujourd'hui, ayant pour but principal de faire connaître les résultats que j'ai obtenus, je crois devoir le faire suivre d'un certain nombre d'observations personnelles choisies parmi les plus intéressantes.

Avant d'entrer en matière, je tiens à remercier ici mon confrère en otiatrique, le Dr Lichtember, envoyé en France par le gouvernement hongrois, et qui a bien voulu me donner son concours pour la traduction des langues allemandes et hongroises.

HISTORIQUE. — La ténotomie du *tensor tympani* a été indiquée par Hyrtl en 1847 (1), mais ce savant anatomiste, malgré l'assertion de quelques auteurs, était loin d'être convaincu de l'efficacité de cette opération dans les cas de vertiges, étourdissements, bourdonnements. Il ne la conseillait au contraire, comme le prouve un passage de son livre, que dans la forme de surdité causée par un spasme du muscle *tensor tympani* ou par une trop grande tension du tympan, et dans le seul but de permettre au malade d'entendre les tons bas au lieu des tons hauts.

Malgré le conseil donné par Hyrtl, personne, de 1847 à 1868, n'osa tenter cette opération, dans la crainte de disjoindre la chaîne des osselets et de produire des lésions dangereuses. C'est Weber-Liel, de Berlin, qui la fit le premier en 1868. Depuis cette époque, il a opéré un grand nombre de malades et constaté que la ténotomie du *tensor tympani*, dans un grand nombre de cas, rendait le jeu des osselets plus facile, diminuait par conséquent la pression intra-labyrinthique, cause de vertiges, étourdissements et bourdonnements intolérables. Outre les résultats publiés par lui-même (2), Weber-Liel en a fait publier d'autres par le docteur White (3), maintenant professeur à Baltimore, et par le docteur Calhoun (4), professeur à Atlanta (Géorgie).

Grüber suivit bientôt l'exemple hardi donné par Weber-Liel et rendit compte de deux cas de ténotomie du *tensor tympani* à la Société de médecine de Vienne, le 16 février 1872. Après lui, le docteur Franck (5) publia 12 observations de ténotomie, puis les docteurs Turnbull, de Philadelphie (6), Voltolini (7) de Breslau, les professeurs White et Calhoun, adoptèrent cette pratique. Enfin, en 1874, le docteur Lichtember (8) a rendu compte des diverses opérations qu'on peut faire subir au tympan et des ténotomies pratiquées par Weber-Liel. Lui-même a fait plusieurs fois cette dernière opération.

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE. — La caisse du tympan, située à la base du rocher, est une cavité irrégulière, aplatie de dedans en dehors, surtout à sa partie moyenne ; les anciens anatomistes l'ont comparée, avec juste raison, à une caisse de tambour. Elle présente 4 parois : une externe, une supérieure, une interne, une inférieure, et deux extrémités qui correspondent : l'antérieure à l'orifice tympanique de la trompe d'Eustache, la postérieure à l'antre des cellules mastoïdiennes.

Le tympan, qui constitue la plus grande partie de la paroi externe, vu à travers le méat auditif externe, se présente sous la forme d'une membrane concave extérieurement. Il est situé au fond du conduit, tendu obliquement de haut en bas, d'arrière en avant, de dehors en dedans et forme avec la paroi supérieure du conduit, un angle de 140° environ. Il offre deux faces importantes à connaître : l'une externe, l'autre interne, et une circonférence.

Face externe. Elle a une surface lisse, polie, demi-brillante, et une coloration d'un gris-tendre souvent mélangé de tons blanchâtres produits par le promontoire. On remarque à sa partie supérieure, près du cadre osseux, l'apophyse externe, 1, *Fig. 12*, dont l'aspect est celui d'une saillie arrondie ou conique, opaque et d'un blanc jaune pâle. Cette saillie est continuée, à sa partie inférieure, par le manche du marteau, 2, qui, sous la forme d'une longue apophyse, légèrement sinueuse, de coloration identique, se dirige de haut en bas, d'avant en arrière, de dehors en dedans, et se termine un peu au-dessous du centre de la membrane, dans une partie appelée *umbo* ou ombilic. Cette apophyse divise la moitié supérieure de cette face en deux parties, l'une antérieure, l'autre postérieure un peu plus grande que la première. A son extrémité inféro-antérieure, fréquemment recourbée ou élargie en forme de spatule et distante de 2 millimètres de la partie correspondante de la paroi interne de la caisse (promontoire), commence le triangle lumineux, 3, dont la forme ordinaire est celle d'un triangle isocèle qui se dirige obliquement en bas et en avant.



Fig. 1.

A la partie supérieure de cette face, derrière l'apophyse externe, on distingue parfois la poche postérieure, 4, et la corde du tympan. La poche antérieure correspond à sa partie supéro-antérieure. La membrane du tympan est formée de trois couches distinctes qui sont, de dehors en dedans : la couche cutanée, les couches fibreuses, la couche muqueuse.

La couche externe ou cutanée, la plus vasculaire de toutes, reçoit des vaisseaux fournis par l'artère auriculaire postérieure et les artères parotidiennes. Parmi ces vaisseaux, on remarque, à la partie supérieure du tympan, l'artère tympanique qui longe le manche du marteau, contourne son extrémité inférieure, et envoie plusieurs branches à la membrane.

Elle renferme, en outre, un grand nombre de rameaux nerveux provenant principalement de la branche auriculo-temporale (rameau sensitif de la troisième branche du trijumeau). Le plus important y pénètre au niveau de l'apophyse externe, côtoie le manche du marteau, et donne à la membrane une sensibilité qu'on doit toujours émousser, pendant les quelques jours qui précèdent l'opération, au moyen d'un stylet garni à son extrémité d'une mince couche de coton fortement tassé. Les couches fibreuses sont

(1) *Handbuch topografischen Anatomie*, t. I.
(2) *Monatschrift für ohrenheilkunde*, 1868, n° 4. M.F.O., 1868, n° 12. — 1870, n° 10. — 1871, nos 2, 12. — 1872, nos 1, 3. — 1873, n° 20, 1874, n° 6. *Virchow's Archiv* : vol. 62.
(3) *Baltimore medical journal*, 1871, septembre.
(4) *Deutsche Klinik*, 1872, n° 19.
(5) M.F.O., 1872, nos 7 et 9.
(6) *Médical Times Philadelphia.*
(7) M.F.O. 1876, n° 11.
(8) *Mütétek a dobhürthàn és a dobürben*, broch. in-8°. Bude-Pesth, 1876.

© BIU Santé

résistantes, élastiques, et paraissent dépourvues de nerfs. La couche muqueuse renferme des artères provenant de l'artère stylo-mastoïdienne et de la maxillaire interne. Les veines, dans ces couches, suivent à peu près le même trajet que les artères

La disposition des vaisseaux et des rameaux nerveux montre que, pour ne pas léser une branche artérielle trop grosse ou un rameau nerveux de quelque importance, il faut commencer l'incision du tympan un peu en avant du bord antérieur ou un peu en arrière du bord postérieur du manche du marteau, et la prolonger en s'éloignant de cette apophyse, comme l'indique la ligne 2, *Fig. 13*. On évite ainsi une hémorrhagie qui, en masquant les lèvres de la plaie, rend l'introduction du ténotome plus difficile et peut fournir une quantité de sang assez considérable pour que celui-ci s'accumule dans la caisse et s'écoule dans le pharynx, par la trompe d'Eustache.

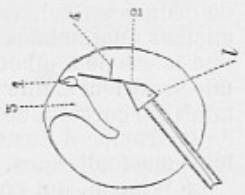


Fig. 13.

Cette face externe a deux diamètres principaux, l'un à peu près vertical, ayant de 10 à 11 millimètres de longueur, croise le manche du marteau un peu au-dessus de son extrémité inférieure et passe derrière l'apophyse externe; l'autre, transversal, croise le manche du marteau à peu près au même point et a 9 ou 10 millimètres de longueur. Elle est rarement visible dans toute son étendue, à cause de l'étroitesse du conduit ou de l'incurvation de ses parois. La paroi antéro-inférieure est ordinairement incurvée dans sa partie moyenne. Il en résulte qu'on ne voit pas toute la partie antérieure du tympan et qu'on peut éprouver une assez grande difficulté à introduire le ténotome dans l'incision. Toutefois, chez la plupart des malades affectés d'otite sèche de la caisse, le conduit auditif externe étant remarquable par sa largeur, sa sécheresse, sa direction rectiligne, permet de voir cette membrane presque complètement. Cependant, il y a des cas où le rétrécissement de la portion osseuse est assez prononcé pour obliger l'opérateur à inciser la membrane du tympan en arrière du bord postérieur du manche du marteau.

La face interne du tympan, comme sa face externe, est divisée en deux parties inégales par le manche du marteau et présente des rapports importants à connaître. Derrière le col du marteau, on remarque la poche postérieure, qui est formée par les couches fibreuses du tympan, et se dessine souvent à la surface externe de cette membrane sous la forme d'une ligne blanchâtre à légère concavité inférieure Elle est séparée de la longue branche de l'enclume par une distance de 1 millimètre et demi environ.

Cette face interne est en rapport avec la corde du tympan qui pénètre dans la caisse par un orifice situé à la partie supérieure de l'extrémité postérieure de la caisse, immédiatement au-dessus de la pyramide. Elle se dirige en avant, de niveau avec la poche postérieure dont elle longe le bord libre sur une petite étendue, passe entre l'enclume et le marteau, et sort de la caisse en pénétrant dans une ouverture située près de la scissure de Glaser.

A la partie supéro-antérieure de cette face interne, en avant du col du marteau, se trouvent la poche antérieure et les organes qui s'insinuent dans la scissure de Glaser (longue branche du marteau chez les enfants, artère tympanique inférieure, corde du tympan) organes qu'on pourrait léser si on incisait le tympan au-dessus de l'apophyse externe et si on pénétrait trop avant dans la cavité de la caisse. La paroi interne de la caisse est située en face du tympan. On y remarque une saillie allongée, appelée promontoire, qui correspond aux parties centrales et antéro-moyennes du tympan.

Tels sont les rapports de cette saillie avec le tympan vu de face, mais lorsqu'on examine cette membrane en se plaçant vis-à-vis du méat auditif externe, on la voit obliquement de sorte que si on perforait le tympan en arrière du manche du marteau par exemple, on rencontrerait la paroi interne de la caisse dans un point situé en avant de l'incision. La direction oblique que suit l'instrument explique donc pourquoi, en incisant le tympan dans sa moitié antérieure, on ne risque réellement de léser que les parties situées en avant du promontoire; mais celles-ci sont résistantes, et assez éloignées de la membrane, et il est facile de les éviter.

On remarque à la partie supéro-postérieure du promontoire la fenêtre ovale fermée par la base de l'étrier, tandis que la niche au fond de laquelle se trouve la fenêtre ronde est située à sa partie inféro-postérieure.

La cavité du tympan est traversée par une chaîne d'osselets qui sont, du tympan à la fenêtre ovale, le marteau, 1, *Fig. 14*, l'enclume, 2, et l'étrier, 3, 4. Le marteau, le plus long d'entre eux, est composé d'une tête, d'un col et de deux apophyses. La tête est située dans l'arrière-cavité de la caisse, en avant du corps de l'enclume avec lequel elle s'articule par énarthrose au moyen d'une facette située à sa face postérieure. Le col, long d'un millimètre environ, est en rapport par son côté interne avec la corde du tympanqui le croise à angle droit. Des deux apophyses, l'une, l'apophyse grêle de Rau, se dirige vers la scissure de Glaser et sert d'attache au muscle externe du tympan, l'autre, l'apophyse externe située au-dessous du col, pourrait être considérée comme l'extrémité supérieure du manche du marteau; elle forme à la surface du tympan une saillie qui a été décrite.

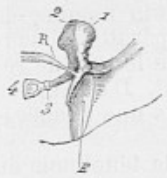


Fig. 14.

Le manche du marteau, situé dans l'épaisseur du tympan, est placé plus en dehors que la tête, 1, de cet osselet, et forme avec cette dernière un angle obtus de 130° à 135° dont l'ouverture regarde la paroi interne de la caisse. Cet angle explique pourquoi l'extrémité de la lame du ténotome rencontre la tête du marteau. si, dans le mouvement de rotation exécuté pour couper le tendon, elle se trouve placée trop au-dessus de l'apophyse externe.

Le corps de l'enclume présente, à sa partie moyenne, une facette qui s'articule avec la facette correspondante de la tête du marteau. Des deux apophyses, l'une, à peu près horizontale, est fixée à une saillie de la paroi supérieure de la cavité tympanique, l'autre, située en arrière et en dedans du marteau, se dirige en bas, à peu près verticalement. Son extrémité inférieure descend moins bas que celle du manche du marteau et se recourbe de façon à regarder directement la paroi interne de la caisse et à s'articuler avec le sommet de l'étrier. Elle est située à 2 millimètres environ de la partie correspondante du tympan et à près de 3 millimètres et demi de la partie moyenne du bord antérieur du manche du marteau.

L'étrier, placé entre l'extrémité inférieure de la longue branche de l'enclume et la fenêtre ovale, se dirige de dedans en dehors, d'avant en arrière et de haut en bas ; sa branche antéro-postérieure est située à 2 millimètres environ de la partie moyenne du tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan. On voit, par cette faible distance, combien il est facile de rencontrer la chaîne des osselets pendant le mouvement de rotation du ténotome.

Le muscle interne, ou tensor tympani, R, *Fig. 14*, allongé, fusiforme, s'insère à la portion fibro-cartilagineuse de la trompe, M, *Fig. 14*, près du sphénoïde, derrière le trou sphéno-épineux, s'engage dans le conduit qui lui est propre, et, passant au-dessus et en dedans de la portion osseuse de la trompe, se dirige vers le bec de cuiller (situé un peu en avant et au-dessus de la fenêtre ovale), où il se réfléchit à angle droit en, r, *Fig. 14*, pour aller s'insérer au bord interne et à la face antérieure du manche du marteau, un peu au-dessous de l'apophyse externe. Le glissement de ce muscle, au niveau du bec de cuiller, est facilité par une synoviale.

Il mesure, du bec de cuiller au point d'insertion, une longueur de 2 millimètres et demi à 3 millimètres. Il est complètement entouré d'une membrane fibreuse qui se

© BIU Santé

continue jusqu'à son insertion au manche du marteau, et est destinée, d'après Toynbee (1), à maintenir constante la concavité du tympan, afin que l'action du muscle ne soit pas continue (*Fig. 15*).

L'insertion du tendon qui nous occupe, située environ à 1 millimètre au-dessous de l'apophyse externe, a une grande importance dans la ténotomie de ce tendon, parce qu'elle donne au chirurgien la longueur de la lame de bistouri dont il doit se servir. Cette lame, introduite dans la caisse en avant du manche du marteau, doit avoir pendant le mouvement de rotation son extrémité très-peu au-dessus de l'apophyse externe.

Les insertions de ce muscle indiquent qu'il est destiné à donner au tympan un certain degré de tension. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point; mais il n'en est pas de même sur la manière dont la membrane est tendue. Rien ne me paraît plus net cependant. Toutes les fois que le muscle tenseur se contracte, il accomplit deux actions bien différentes. Il attire en dedans le manche du marteau, la grande branche de l'enclume et fait pénétrer l'étrier plus profondément dans la fenêtre ovale, tandis que la tête du marteau et le corps de l'enclume se portent en dehors. De plus, comme son tendon réfléchi est inséré au bord interne du manche du marteau et à une partie de sa face antérieure, il fait exécuter à cet osselet un mouvement de rotation pendant lequel cette face antérieure tend à se tourner vers la paroi interne de la caisse et la face postérieure vers le conduit. Pendant ce double mouvement de bascule et de rotation, le tympan est attiré en masse vers l'intérieur de la caisse, surtout dans sa moitié antérieure, d'où il résulte que, dans la rétraction du tensor tympani, cette partie de membrane doit être beaucoup plus tendue que l'autre ; c'est ce que les faits cliniques prouvent surabondamment.

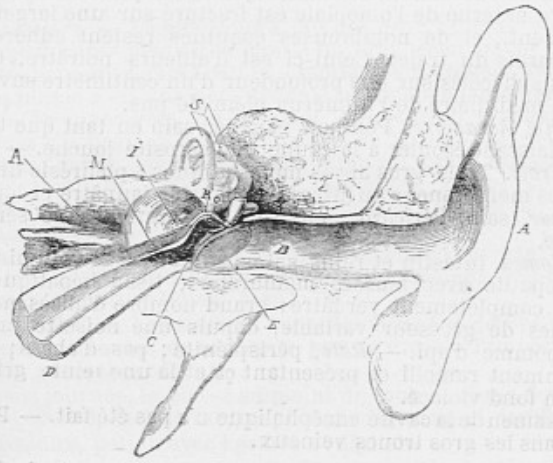


Fig. 15.

Anatomie pathologique. — La rétraction du tendon du muscle tenseur du tympan est consécutive à l'obstruction prolongée ou à l'oblitération de la trompe, ou est produite par la sclérose partielle ou générale de la caisse.

La ténotomie, dans l'obstruction de la trompe, ne serait indiquée que si, la trompe étant redevenue libre, le tendon restait raccourci, cas que je n'ai pas encore rencontré. Dans l'oblitération incurable on comprend qu'elle ne pourrait être suivie d'aucun bon résultat. Je ne m'occuperai donc que de la sclérose partielle ou générale de la caisse.

La séro-muqueuse qui tapisse les parois de la caisse du tympan est très-mince à l'état normal, et est si intimement unie au périoste que ces deux membranes paraissent n'en former qu'une. Elle est susceptible de subir des modifications lentes, insidieuses et dont, d'après Toynbee, on ne peut définir la cause (Toynbee). Quelquefois, cet état pathologique survient à la suite d'une inflammation aiguë ou chronique, simple ou suppurative. Dans ce cas, la résorption étant incomplète, on voit persister des néoplasmes sous la forme de membranes, de brides, unissant entre elles des parties différentes (Wendt). Ces produits pathologiques, généralement minces, blanchâtres, ont une structure semblable à celle de la fibro-muqueuse. Leur stroma est fibreux, entouré de quelques fibres élastiques et recouvert d'épithélium pavimenteux (1). Ils peuvent être frappés de dégénérescence graisseuse, prendre une consistance plus solide et devenir le siége de dépôts calcaires et osseux. (Valsalva, Itard, Deleau, Triquet, Toynbee, de Troeltsch.)

La muqueuse de la caisse est atteinte d'une rétraction lente et progressive. Les vaisseaux qui la parcourent s'atrophient peu à peu et bientôt membranes et osselets deviennent immobiles. (Tillaux.) (2)

Le manchon fibreux qui entoure le tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan subit les mêmes modifications que la muqueuse et attire le manche du marteau vers l'intérieur de la caisse. Ces modifications pathologiques envahissent parfois les parois de la caisse, la chaîne des osselets, les muscles et les fenêtres, mais le plus souvent elles sont circonscrites; quelquefois même le tendon et son manchon sont seuls affectés à des degrés variables, comme le prouvent les nécropsies faites dans ces derniers temps. Ainsi, sur 51 sujets affectés de bourdonnements et de surdité, M. Weber-Liel a trouvé 23 fois la longueur du tendon de 1 mm. 1/2, 1 mm., 1/2 mm., la muqueuse de la caisse et de la fenêtre ovale hypertrophiée, du liquide dans la caisse et des adhérences dans différents points ; 19 fois, le tendon était partiellement atteint de dégénérescence graisseuse ou atrophié ; neuf fois la caisse ne présentait d'autres altérations que celles du tendon. La synoviale qui facilite le glissement du tendon sur le bec de cuiller est ordinairement desséchée. (*A suivre.*)

(1) *Anatomie du temporal appliquée à l'étude des maladies de l'oreille. Gazette médicale de Vienne*, 1867, nos 53, 54, 55.

(1) Bouchain, thèse de Paris, 1877, in-8. Parent.
(2) *Anatomie topographique*, 1er fascicule, p. 124. Paris, Asselin, 1875.

CHIRURGIE DES ARMÉES

Les ambulances roumaines (3);

Par **BOUDET DE PARIS** et **E. MONOD**, internes des hôpitaux.

Dans les deux observations suivantes, on verra que le pansement de Lister a été appliqué, en observant minutieusement toutes les prescriptions de l'auteur (à l'exception des sutures, qui ont été faites avec des fils métalliques, le catgut faisant défaut à ce moment). Les deux opérés sont morts d'infection purulente, l'un dix jours, l'autre quatorze jours après l'opération. Loin de nous l'intention de tirer de ces deux faits la conclusion que le pansement Lister ne peut rien contre la pyohémie.

Deux cas ne suffisent pas pour asseoir une opinion ; seulement, si nous les rapprochons des nombreux cas semblables observés dans les autres services, si nous rappelons que chez le deuxième blessé, le pansement a été appliqué sur une plaie fraîche, faite par le bistouri, et que cette plaie a marché rapidement vers la guérison pendant les premiers jours, si enfin nous ajoutons qu'à ce moment, il n'existait dans nos salles aucun autre cas d'infection purulente; nous nous croyons autorisés à penser qu'ici l'infection purulente a été la conséquence d'un mauvais état général, causé lui-même par la misère physiologique du soldat et le transport; nous croyons enfin que, dans de telles circonstances, le pansement Lister, pas plus qu'un autre pansement, n'est capable d'empêcher la terminaison fatale.

Observation I. — *Plaie par arme à feu de l'épaule gauche. — Résection de l'épaule. — Infection purulente.*

Polisoreanu, sergent de ligne, âgé de 26 ans, blessé à Plewna le 19 octobre, entré à l'ambulance de la Primaria le 23 octobre.

La première partie de l'observation a été remise par M. le Dr Henriet.

(3) Voir le n° 8.

© BIU Santé

Balle entrée au niveau de l'épaule gauche. Au niveau du sixième espace intercostal, en arrière, escharre superficielle, noire, large comme une pièce de 50 centimes, très-adhérente.

Tuméfaction presque phlegmoneuse de toute la région correspondante du thorax.

Je détache l'escharre ; il s'écoule un peu de pus sanieux ; le doigt introduit sent un corps dur et rugueux : ce sont des débris de balle, que j'extrais à l'aide de débridements.

Décollement remontant à 10 cent. au moins, en haut. Je prolonge la plaie de 5 à 6 cent. pour assurer l'écoulement du pus, et j'applique un drain en double. La poitrine est-elle traversée ?

Par la plaie de l'épaule on sent l'acromion, mais non absolument à nu. Décollement s'étendant de quelques centimètres en dehors. L'articulation de l'épaule ne paraît pas ouverte. Pas de fracture apparente de l'humérus. Pansement simple. Bandage de corps.

24 *octobre*. Tuméfaction considérable de la région thoracique, surtout en arrière, et tendant à se propager en avant. Peut-être n'est-ce que de l'œdème inflammatoire ? Peut-être est-ce un phlegmon et sera-t-il nécessaire de pratiquer une contre-ouverture.

Le blessé tousse et présente de l'opression, ce qui est en rapport avec la possibilité d'une plaie pénétrante de la poitrine. On ne sent pas actuellement de fracture de côte.

25 *octobre*, soir. Etat fébrile. Un purgatif au sulfate de magnésie.

(Observation personnelle). — 29 *octobre*. Nous trouvons le blessé dans l'état suivant : La plaie de la région thoracique, large comme la paume de la main, présente à sa partie supérieure un trajet dans lequel la sonde pénètre verticalement, dans une étendue de 10 à 12 cent. Le doigt introduit dans ce trajet sent quelques petites esquilles que l'on retire avec une pince. Ces esquilles proviennent probablement de l'angle inférieur de l'omoplate. Suppuration abondante ; pas de tuméfaction autour de la plaie ; les côtes ne sont pas à nu ; on peut affirmer aujourd'hui qu'il n'y a pas pénétration de la poitrine.

La plaie de l'épaule, située exactement au niveau de l'acromion, est large comme une pièce de deux francs, profonde, et le doigt introduit sent l'acromion dénudé et fracturé. La sonde pénètre dans deux trajets : l'un postérieur et inférieur, qui semble se continuer avec le trajet de la plaie du dos ; l'autre inférieur et externe, qui se perd au milieu des masses musculaires du bras. Il y a un énorme gonflement de la partie supérieure du bras, gonflement qui empêche l'examen exact de l'articulation ; mais autant qu'il est possible d'en juger, l'articulation et l'humérus lui-même paraissent atteints. Tout mouvement spontané est impossible, et les mouvements provoqués font jeter des cris au blessé. Lavages avec la solution phéniquée (2/100), cataplasme sur le bras, gaze phéniquée sur la plaie du thorax.

31 *octobre*. — Douleurs très-vives de l'épaule ; gonflement phlegmoneux de tout le membre, y compris la main ; pas de fièvre. Contre-ouverture au bras ; drainage ; injections phéniquées ; cataplasmes.

3 *novembre*. — Le pus qui s'écoule par le drain est légèrement sanieux, dans l'après-midi, un peu de fièvre, sans frisson. Même traitement.

4 *novembre*. — Gonflement du membre diminué. La région de l'épaule est plus facile à explorer. Le doigt introduit dans la plaie rencontre plusieurs esquilles adhérentes aux tissus voisins ; on pénètre dans l'articulation largement ouverte, et on sent la tête de l'humérus complètement fracturée ; le col de l'omoplate paraît également atteint. Lavages phéniqués, cataplasmes.

5 *novembre*. — Le blessé est chloroformé. Ouverture de l'articulation de l'épaule par une incision verticale de 10 cent. qui se continue avec la plaie de la balle. La tête humérale est complètement broyée, la capsule largement ouverte, le tendon de la longue portion du biceps coupé. Section de l'humérus avec la scie à chaîne, à 2 cent. au-dessous du col chirurgical ; nous trouvons le canal médullaire plein de pus. Du côté de l'omoplate, grand délabrement ; nous retirons le col et la surface articulaire entièrement détachés. L'acromion est divisé en deux longitudinalement. De nombreuses esquilles sont adhérentes à la capsule.

Lavage avec eau phéniquée (2/100) ; un point de suture au niveau de l'acromion, deux drains dans la plaie, un point de suture à la partie moyenne. Immobilisation du membre. Pansement Lister complet ; pulvérisation pendant l'opération. Le soir, T. 39°,5. 6 grammes de chloral, sulfate de quinine.

Le lendemain et les jours suivants, on fait tous les matins des lavages avec la solution phéniquée et l'on applique le pansement de Lister.

7 *novembre*. — Blessé très-affaibli ; pas d'appétit ; suppuration abondante et légèrement fétide ; température peu élevée : sulfate de quinine, alcool, etc.

8 *novembre*. Les points de suture ont lâché. Suppuration moins abondante, plus séreuse, plus fétide. Lavage avec la solution à 5/100 d'acide phénique.

10 *novembre*. Grand frisson dans la nuit ; pas de toux, pas de douleurs ; suppuration sans fétidité ; pus bien lié, peu abondant. T. 37°,8.

11 *novembre*. Nouveau frisson dans la nuit ; plaie en bon état ; peu de douleurs.

12 *novembre*. Frisson à 6 h. du matin. Aspect grisâtre de la plaie ; la suppuration, peu abondante, est de nouveau fétide ; pas de phénomènes thoraciques ; léger délirium ; facies un peu terreux.

13 *novembre*. On retire de la plaie cinq grosses esquilles situées très-profondément et provenant sans doute de l'omoplate. On établit ensuite un drain qui va ressortir par la plaie du dos, en passant sous le bord externe de l'omoplate. Le trajet existe déjà et le drain est passé avec facilité.

Délire dans la journée ; pas de frisson.

14 *novembre*. Délire ; facies subictérique. La plaie a mauvais aspect, sèche, grisâtre, fétide. Pas de douleurs ; le malade ne sent rien quand on introduit le doigt dans la plaie. Frisson dans la soirée.

15 *novembre*. Faiblesse extrême ; souffle et matité au côté droit de la poitrine ; plaie noirâtre, sèche, très-fétide. Le soir, pouls filiforme ; dyspnée intense, pas de crachats, délire. — Mort à minuit et demi.

Autopsie, 36 heures après la mort. — La dissection de la région blessée montre un long trajet partant de l'épaule, au niveau de l'acromion, et allant rejoindre la plaie du dos. Tout le bord externe de l'omoplate est fracturé sur une largeur de 2 à 3 cent., et de nombreuses esquilles restent adhérentes aux parois du trajet. Celui-ci est d'ailleurs noirâtre, et les tissus sphacélés sur une profondeur d'un centimètre environ. Canal médullaire de l'humérus plein de pus.

Cavité thoracique. Poumon gauche, sain en tant que tissu, mais laissant écouler à la coupe une sérosité louche. — *Poumon droit*. Trois gros abcès métastatiques ; pleurésie droite ; fausses membranes ; un litre d'un liquide jaunâtre et louche. — *Cœur*, sain. Péricarde, environ 100 grammes de sérosité citrine.

Abdomen. Intestin et reins sains. — *Foie*, très-volumineux. Périhépatite avec fausses membranes ; tissu hépatique ramolli, complètement verdâtre ; grand nombre d'abcès métastatiques de grosseur variable, depuis une noisette jusqu'à une pomme d'api. — *Rate*, périsplénite ; pas d'abcès ; tissu absolument ramolli et présentant çà et là une teinte grisâtre sur un fond violacé.

L'examen de la cavité encéphalique n'a pas été fait. — Pas de pus dans les gros troncs veineux.

Observation. II. — *Plaie par arme à feu de la main droite. — Amputation des deux derniers doigts et des métacarpiens correspondants. — Phlegmon gangréneux de l'avant-bras. — Amputation du bras. — Infection purulente. — Mort.*

X..., soldat de ligne, âgé de 28 ans, blessé à Plevna, le 19 octobre, entré le 23 octobre.

Plaie d'entrée à la région dorsale, large, bords décollés sur une grande étendue, plaie de sortie à la paume, sans grand délabrement des téguments. — 25 *octobre*. — La plaie laisse voir à nu les 4e et 5e métacarpiens ; — le quatrième est fracturé en plusieurs endroits, ou plutôt il ne reste plus de lui que quelques esquilles adhérentes ; — le cinquième est fracturé en un seul endroit, près de son extrémité articulaire inférieure, toute sa partie inférieure est déjà nécrosée, la suppuration est peu abondante, les tissus qui forment le fond de la plaie sont déchiquetés et grisâtres, les bords décollés, en voie de sphacèle. — Pansement avec la gaze Lister, lavage avec la solution phéniquée à 2/100.

4 *novembre*. — Le sphacèle des bords de la plaie fait des progrès, coloration grisâtre, fétidité, on retire quelques esquilles. — Lavage avec la solution à 5/100, pansement avec la gaze phéniquée.

7 *novembre*. — Le mauvais état de la plaie continue, élévation de la température. — On retire des lambeaux de tissus sphacélés, la plaie semble s'agrandir tous les jours, fétidité, peu de suppuration, pas de frissons ; appétit conservé. — Suppression du pansement Lister, on recouvre la plaie d'un mélange de poudre de charbon, de camphre et de quinquina. — Cataplasmes, *abaissement de la température à partir de ce moment*.

© BIU Santé

13 *novembre*. — Le sphacèle, faisant toujours des progrès, on chloroformise le malade. — Désarticulation des 4e et 5e métacarpiens que l'on enlève avec leurs doigts correspondants; les tendons de ces deux doigts sont tous détruits, les tendons extenseurs du troisième doigt sont dénudés et en partie exfoliés. — Pansement de Lister complet (avec pulvérisation pendant l'opération), réunion des lambeaux par quelques points de suture.

14 *novembre*. — Peu de douleurs, suintement de sérosité sanguinolente, température 38°, pansement Lister.

16 *novembre*. — Suppuration, fièvre sans frisson; on continue le pansement Lister, sulfate de quinine tous les soirs.

18 *novembre*. — Suppuration abondante et louable, gonflement de tout l'avant-bras remontant sur la moitié inférieure du bras avec rougeur et œdème de la peau, élancements dans toutes ces parties, fièvre très-forte. T. 40°,2. — Cataplasme sur l'avant-bras et le bras, la plaie de la main est recouverte de gaze Lister (8 doubles) sur le cataplasme.

20 *novembre*. — Fusées purulentes dans les gaînes des tendons, incision à la partie supérieure et interne de l'avant-bras, autre incision à la partie inférieure et postérieure et pénétrant jusqu'aux tendons extenseurs; ceux-ci sont déjà noirâtres et sphacélés, il s'écoule un pus séreux abondant, la plaie de la main a pris un aspect grisâtre et son pus est séreux. — Cataplasme par dessus la gaze Lister. Dans la journée: frisson violent; le soir: peau très-brûlante, sèche, température 40° 5. — Sulfate de quinine, morphine.

21 *novembre*. — Nouvelles contre-ouvertures à la région antérieure du poignet, drainage; il s'écoule beaucoup de pus fétide et des gaz en abondance. — Bain de bras de deux heures dans eau tiède phéniquée, pansement Lister, température 40° 2.

22 *novembre*. — La gangrène a fait des progrès, tous les tissus sont infiltrés jusqu'à la moitié du bras, écoulement d'une sérosité roussâtre, très-fétide, crépitation gazeuse. Dans la nuit le blessé a eu une hémorrhagie assez abondante par une des contre-ouvertures du poignet. Après avoir pris avis de plusieurs chirurgiens des ambulances de Turnu-Magurele, je pratique, dans la journée, l'amputation du bras, au tiers supérieur circulaire, deux sutures profondes, drain, sutures superficielles. — Pansement Lister complet, sulfate de quinine, thé au rhum, morphine.

24 *novembre*. — Plaie très-belle, écoulement par le drain d'une très-petite quantité de séro-pus, gonflement très-faible du moignon, suture tenant bien.

25 *novembre*. — Les sutures superficielles sont déjà réunies, il s'écoule très-peu de séro-pus par le drain. Température 38°. Etat général excellent.

Dans la journée, le blessé se plaint de toux et d'une douleur au côté droit de la poitrine, respiration légèrement soufflante. Vésicatoire, potion avec kermès et digitale.

26 *novembre*. — Il y a un peu de suppuration sur un coin de la plaie, mais la réunion est déjà faite presque partout, pas de gonflement, pas de douleur. — Continuation de la douleur de côté et de la toux.

27 *novembre*. — On enlève les sutures superficielles; deux seulement n'ont pas pris; très-légère suppuration par le drain; on continue toujours le pansement Lister avec quelques lavages dans le drain, avec la solution à 2/100. — Disparition de la douleur du côté.

28 *novembre*. — On enlève les sutures profondes qui ont bien pris. Dans la journée, frisson très-violent (6e jour après l'opération).

29 *novembre*. — Encore un frisson dans la journée. — Quinine à hautes doses.

1er *décembre*. — Blessé très-affaibli, faciès jaunâtre, toutes les sutures ont lâché, suppuration peu abondante, sanieuse, légèrement fétide, douleur au côté gauche de la poitrine, toux, crachats seulement muqueux; à l'auscultation, râles sous-crépitants localisés à la base du poumon gauche, respiration soufflante dans toute la hauteur de la poitrine. — Lavage avec la solution à 5/100.

2 *décembre*. — Le blessé est tellement faible, qu'il ne peut être assis sur son lit pour le pansement, frisson dans la journée, mêmes signes à l'auscultation du thorax.

3 *décembre*. — Plaie grisâtre, remplie de caillots couleur chocolat, peu de pus très-sanieux.

5 *décembre*. — Les lambeaux sont flétris, recroquevillés, pus fétide et brunâtre. — Mort le 6 décembre. — L'*autopsie* n'a pu être pratiquée.

(A suivre).

OPHTHALMOLOGIE

D'un ophthalmozoaire occupant l'humeur vitrée; — Opération et guérison;

Par **VIGNES**

La présence de *cysticerques* dans le *corps vitré* est chose assez rare, du moins en France et, c'est à peine, si dans notre pays, on l'a observé *sept à huit fois*. Dans le nord de l'Allemagne, cette affection est beaucoup plus fréquente, probablement en raison du genre de nourriture des habitants de ces contrées. De Græfe qui, le premier, a diagnostiqué la présence de cet entozoaire dans l'œil, l'a observé près de 80 fois sur 80,000 malades. M. Landolt m'a dit l'avoir rencontré chez les nombreux malades qu'il a eu l'occasion d'observer, deux fois seulement.

Observation. Le malade qui fait le sujet de cette observation, est un jeune homme de 23 ans, de robuste et solide constitution. Il n'a jamais été gravement malade. A trois ans, il eut des convulsions qui cédèrent à un traitement anthelmintique. A la suite de ces convulsions, l'œil gauche conserva un certain degré de strabisme convergent.

26 *janvier* 1878. — Depuis huit mois environ la déviation de l'œil gauche s'est fortement accentuée et depuis trois mois, le malade ressent de la gêne dans les mouvements de l'œil en même temps qu'il a la sensation de papillons se mouvant dans un nuage opaque dans le lointain. Cet état a toujours été croissant et l'œil, quoique sans avoir changé d'aspect, semble plus mou au toucher et légèrement douloureux à la pression. La pupille est un peu plus dilatée qu'à droite et le malade distingue à peine les mouvements de la main qu'on agite au-devant de son œil gauche.

A l'éclairage oblique, on aperçoit, en suspension dans le corps vitré et adjacente à la partie postérieure du cristallin, une membrane bleuâtre, à peu près transparente, portant un grand nombre de petites taches circulaires et blanchâtres. A l'examen ophthalmoscopique, il est impossible de distinguer le fond de l'œil, les rayons lumineux étant interceptés par la membrane. Celle-ci est surtout visible du côté interne de l'œil et semble flotter si le malade imprime à l'œil un mouvement brusque. Après cet examen le diagnostic n'est plus douteux pour M. Landolt et il affirme la présence d'un cysticerque. Interrogé par nous, ce malade nous dit avoir remarqué plusieurs fois dans les fèces des cucurbitins.

28. — Le cestoïde semble s'être déplacé vers le côté externe de l'œil, il est plus visible au moins. Vers le centre de la membrane, on remarque un point plus brillant qui semble être la tête de l'entozoaire sortant de sa vésicule.

1er *février*. — Aujourd'hui, le malade a ressenti des douleurs assez vives s'irradiant dans tout le côté droit de la tête, douleurs symptomatiques d'irritation du corps ciliaire.

Dans cette affection, on a généralement coutume de procéder à l'énucléation du globe oculaire. Mais le cysticerque étant situé dans la partie antérieure du corps vitré, on pouvait espérer de l'extraire en conservant le squelette du globe oculaire du malade.

Voici en deux mots le procédé opératoire tenté par M. Landolt, procédé que nous croyons sans précédent dans l'oculistique: M. Landolt incise horizontalement la cornée en ménageant un lambeau dont le sommet atteint la réunion des trois quarts supérieurs et du quart inférieur de la cornée. Après une iridectomie aussi étendue que possible, il pratique l'extraction du cristallin avec sa capsule, mettant ainsi à découvert la partie antérieure du corps vitré où, armé d'une pince à iridectomie, il saisit la vésicule de l'entozoaire et l'attire au dehors.

La vésicule était très-développée et les taches pigmentaires régulièrement distribuées prouvaient qu'elle avait été en grand partie adhérente aux procès ciliaires. La perte de corps vitré qui devait fatalement suivre l'opération a été très-minime et à peine appréciable.

Aujourd'hui, au 20e jour de l'opération, le malade n'a pas eu les moindres symptômes d'inflammation. La plaie est fermée, la cornée transparente et l'iris conserve son aspect normal.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Budget et personnel des hospices et hôpitaux de Paris.

La question de l'utilité de l'administration centrale de l'Assistance publique s'étant posée dans ces derniers temps, il nous a paru bon de soumettre à nos lecteurs des documents indispensables à la solution du problème. Toutes les fois, en effet, qu'il s'est agi de centralisation, en quelque matière que ce soit, les partisans de ce système invoquent toujours, avec quelques autres, deux arguments principaux qui ont bien leur valeur, quand ils sont appuyés sur les faits : la centralisation uniformise les dépenses des services analogues et réduit les frais généraux. Dans l'espèce, on soutient que si les hôpitaux et hospices avaient chacun leur autonomie, il en résulterait d'une part des écarts considérables et sans raison d'être entre les budgets des divers établissements analogues, de l'autre un surcroît de dépenses amené par la concurrence que se feraient les hospices et hôpitaux, et par le personnel spécial qui deviendrait nécessaire à chacun d'eux. On ne peut douter que tel ait été le but poursuivi par le législateur, quand il a créé l'administration centrale ; reste à savoir si les résultats répondent à ses intentions.

Sur le premier point, on pourra se faire une opinion en consultant le tableau des dépenses. Quelques explications sont nécessaires sur la manière dont nous avons dressé nos tableaux. Comme nous avions en vue de rendre possible une comparaison entre les établissements similaires, nous avons dû, du relevé des dépenses ordinaires fourni par le budget de l'Assistance publique, éliminer les dépenses spéciales à certains établissements, et ne figurant guère que pour ordre dans ce relevé. Nous voulons parler des frais des exploitations diverses : cultures, vacheries, ateliers et cantines. Ce sont des industries qui s'exercent dans une maison et ne s'exercent pas dans une autre, mais dont les frais, que le produit en soit positif ou négatif, ne sauraient entrer en ligne de compte dans la dépense afférente aux malades. De même pour le personnel, nous avons omis d'une part les personnes attachées aux diverses exploitations et à la buanderie, ne trouvant pas d'indications nous permettant de répartir par exemple, les 83 buandiers ou buandières de la Salpêtrière, entre les cinq hôpitaux qui envoient tout ou partie de leur linge à cet établissement concurremment avec l'Amphithéâtre de Clamart et l'Administration centrale.

C'est aussi à la préoccupation de rendre la comparaison possible, que nous avons obéi en adoptant, au risque de manquer aux règles de la comptabilité, pour nombre de lits des hôpitaux, le nombre de lits d'adultes, et en négligeant les berceaux. Il est certain que les 44 berceaux de Cochin entraînent des dépenses de différents genres, mais nous n'avons dans le budget de l'Assistance aucun élément pour fixer cette dépense, et la déduire du budget de l'hôpital. D'autre part, ajouter ces 44 berceaux aux 157 lits d'adultes et calculer d'après le total le prix de revient de chaque lit, eût été manifestement erroné, car si les 44 berceaux constituent environ le cinquième de l'ensemble des lits, ils sont très-loin de causer des frais égaux au cinquième de la dépense générale. Ne pouvant établir la dépense des berceaux, et n'ayant dès lors que le choix entre deux erreurs, nous avons donc été obligé de les omettre pour tous les hôpitaux, et nous l'avons fait avec d'autant moins de scrupule que cette dépense doit être relativement insignifiante, et qu'en outre, cette omission étant générale, ne peut avoir de conséquence importante pour la comparaison qui nous tenait surtout à cœur. Nous n'avons fait d'exception à cette règle que pour les 35 berceaux de l'hospice des Enfants-assistés, en raison de la nature de l'établissement: à l'inverse de ce qui se passe dans les autres établissements où le berceau n'est qu'un accessoire du lit d'adulte, le berceau aux Enfants-assistés a pour conséquence le lit d'adulte. Si chaque enfant avait sa nourrice, ce seraient 35 lits d'adultes à ajouter aux lits d'enfants. Il n'en est pas ainsi, mais aussi les lits de l'hospice ne sont pas des lits d'adulte.

Nous laisserons à nos lecteurs le soin de tirer la conclusion des chiffres donnés dans nos tableaux, nous contentant de signaler les chiffres maximum et minimum des hôpitaux d'adultes : 847,77 pour le Midi et 174,014 pour Cochin; chiffres dont l'écart est d'autant plus frappant que les malades du Midi ont en général besoin d'une alimentation plus abondante que ceux des autres hôpitaux.

Nous aurions également désiré épargner à nos lecteurs le travail fastidieux d'établir la dépense comparative de chaque établissement pour chaque service ; mais cela eût doublé l'étendue de nos tableaux ; il nous a donc fallu y renoncer. Cette lacune sera facile à combler pour ceux qui voudront le faire. Ils devront toutefois se rappeler que si pour certains services, tels que la boucherie et la boulangerie, la dépense peut être regardée comme rigoureusement proportionnelle au nombre des lits, il n'en est plus de même pour d'autres services tels que l'éclairage et le chauffage. Pour ceux là, la dépense est grandement influencée par la disposition des bâtiments, la nature des appareils, etc. Pour d'autres (service médical, service religieux), ce sont d'autres considérations, étrangères au nombre des lits qui font varier la dépense et le personnel attaché au service.

En tenant compte de ces observations, on pourra facilement voir jusqu'à quel point la centralisation assure l'uniformité des dépenses. Quant aux économies réalisées par le fonctionnement des services généraux, les chiffres de nos tableaux ne peuvent les indiquer ; un troisième tableau eût été nécessaire. Disons pour suppléer à son absence que les dépenses effectuées directement par les services s'élèvent à 5,020,258 fr. et celles faites par l'intermédiaire des magasins généraux à 9,798, 450 fr., c'est-à-dire que les établissements, dans tous les genres de service, effectuent eux-mêmes environ le tiers de la dépense totale, et que le personnel des services généraux ne dispense pas d'un autre personnel spécial à chaque établissement. L'institution des services généraux perd ainsi sa meilleure et même sa seule raison d'être. Est-ce là le résultat d'abus ou la conséquence forcée de la nature des choses ; c'est ce que nous ne prendrons pas sur nous de décider.

Rappelons pour terminer que la subvention municipale, accordée annuellement à l'Assistance publique, s'élève pour 1878 à 11,870,000 fr. C'est, à 2,948,708 fr. près, la somme des dépenses des services hospitaliers de l'Assistance.

E. T.

© BIU Santé

Tableau comparatif des dépenses d'entretien des hospices et hôpitaux de Paris pour l'année 1878.

	Personnel administratif et frais de bureau.	Personnel médical et dépenses accessoires.	Aumôniers et sacristains.	Instituteurs.	Salles et services généraux. Religieuses et surveillantes.	Sous-surveillants et infirmiers.	Dépenses accessoires.	Réparations et frais de loyers.	Pharmacie.	Bandages et pansements.	Boulangerie.	Boucherie.	Cave.	Comestibles.	Chauffage.	Eclairage.	Blanchissage.	Coucher, linges, habillements.	Mobilier.	Frais de transport.	Culte.	Inhumations.	Eaux, salubrité, divers.	TOTAL.	Nombre de lits.	Dépense annuelle par l.t.
																										fr. c.
Hôtel-Dieu	20.270	28.800	2.276	»	3.852	22.638	»	21.100	44.800	12.475	26.700	81.400	50.010	54.900	48.800	18.700	16.100	30.125	8.900	1.000	300	350	18.700	342.196	410	1.249 26
Pitié	17.287	21.500	4.100	»	5.252	23.816	»	42.700	62.700	12.300	37.300	117.800	75.060	71.900	36.000	14.900	21.200	35.560	13.140	3.200	500	450	8.700	628.265	693	906 59
Charité	15.403	23.400	4.064	»	3.980	18.300	»	29.900	45.400	10.400	27.300	90.300	55.960	57.600	30.000	13.200	14.600	29.150	12.500	2.600	500	500	8.300	459.357	472	936 84
Saint-Antoine	16.994	28.200	4.100	»	4.652	17.008	»	41.300	56.900	10.900	42.300	135.600	86.150	99.500	38.600	13.100	26.800	38.000	16.000	3.500	650	450	7.300	688.004	564	1.219 86
Necker	13.230	20.700	2.276	»	3.800	12.276	»	25.400	47.100	8.400	22.200	71.800	50.650	46.900	27.400	8.600	9.200	26.850	8.150	2.350	650	350	5.900	413.182	400	1.032 95
Cochin	9.012	12.600	1.800	»	3.500	9.340	»	27.400	14.200	6.525	15.360	45.200	26.300	32.300	19.000	4.900	14.600	14.275	8.750	500	650	250	6.700	273.202	157	1.740 14
Beaujon	13.260	20.400	2.252	»	3.800	16.140	»	27.300	40.800	10.750	24.300	77.100	49.050	55.100	25.100	12.200	11.500	22.450	10.900	2.850	750	300	6.400	432.602	400	1.081 52
Lariboisière	19.260	28.100	4.100	»	5.652	24.636	»	42.500	73.400	13.600	38.900	123.700	80.300	100.300	69.000	14.900	29.900	37.700	16.800	5.100	650	450	20.600	749.398	634	1.182 01
Ménilmontant	14.940	24.000	4.052	»	4.580	20.228	»	36.000	51.400	14.000	39.600	127.400	72.750	93.700	62.600	20.200	18.800	25.000	17.000	4.800	500	300	16 100	667.730	584	1.143 37
Saint-Louis	26.410	26.800	4.100	»	5.752	31.456	1.010	70.300	82.400	17.000	57.000	174.100	100.800	110.000	81.100	22.100	19.500	58.465	16.685	6.200	600	250	22.500	935.228	793	1.179 35
Midi	10.150	11.500	2.000	»	2.428	8.276	»	22.500	19.900	900	22.000	61.200	36.720	35.600	16.200	5.100	5.200	13.975	5.125	50	1.200	100	5.100	284.854	336	847 77
Lourcine	7.455	11.200	2.000	»	2.600	6.244	»	13.100	18.100	2.450	11.900	34.900	17.700	22.700	12.400	3.700	4.800	11.950	5.800	50	1.450	100	6.000	206.099	219	934 90
Accouchement	17.880	16.900	2.000	»	4.640	18.820	»	31.100	13.100	2.900	16.900	46.500	22.650	39.000	26.450	10.800	16.300	26.100	9.400	600	950	150	10.400	334.140	250	1.392 25
Cliniques	7.140	6.400	»	»	1.404	9.944	»	12.800	10.800	4.300	8.300	24.700	12.750	14.200	13.100	6.900	5.100	9.500	3.700	150	1.950	100	2.100	154.538	115	1.343 81
Enfants malades	14.568	25.250	2.288	2.400	6.600	24.444	600	27.900	35.100	4.700	28.500	88.100	39.450	54.200	26.800	9.200	8.100	23.050	8.750	6.500	1.150	200	8.700	456.600	518	882 10
Sainte-Eugénie	12.848	15.450	2.000	2.400	4.000	17.888	»	23.200	26.400	5.500	16.700	53.000	30.150	49.300	27.300	8.300	12.100	28.900	7.300	3.900	500	200	6.100	359.136	346	1.037 90
Berck-sur-Mer	8.975	6.900	2.000	»	14.460	1.816	»	6.000	6.100	2.550	33.200	80.000	7.600	73.200	22.300	4.600	2.400	40.200	7.850	13.800	1.200	250	3.300	398.301	600	713 88
La Roche-Guyon	2.950	1.000	600	380	»	600	»	3.000	»	»	»	»	»	54.000	»	»	»	4.200	500	2.800	»	100	400	70.530	100	705 30
Maison de santé	15.112	21.000	2.064	»	5.356	18.024	»	41.000	29.400	7.400	17.400	81.000	44.100	81.800	36.300	18.100	12.400	24.500	18.600	2.750	»	»	7.100	473.506	351	1.349 02
Enfants assistés	26.050	5.400	2.000	1.500	6.332	17.492	540	32.800	8.600	4.100	25.200	55.300	22.950	53.400	24.200	9.300	10.100	75.500	11.500	8.570	2.300	200	8.170	408.444	320	1.276 38
Vieillesse hommes	30.086	23.950	4.364	3.600	8.880	66.508	2.400	108.000	21.600	8.200	174.200	323.200	157.100	296.400	74.500	30.900	26.000	171.200	19.500	16.100	1.200	400	28.700	1.596.888	1.794	890 12
Vieillesse femmes	35.760	24.350	8.288	300	11.328	122.412	2.580	128.900	83.600	5.100	210.000	401.700	256.200	421.100	137.200	39.500	68.300	157.000	52.600	20.150	2.300	300	45.200	2.233.268	3.069	727 68
Incurables	17.662	7.100	4.076	»	12.000	20.372	»	71.000	10.200	3.500	106.600	219.900	110.550	215.700	57.900	23.300	38.400	79.500	21.300	8.830	2.450	250	23.100	1.063.699	2.029	519 30
Ménages	13.212	4.600	4.100	»	6.200	6.532	»	34.100	5.600	1.600	77.800	92.100	30.600	151.800	60.500	11.100	8.300	17.200	7.300	5.850	300	150	13.800	552.744	1.387	398 59
La Rochefoucauld	8.030	1.500	1.800	»	2.000	3.836	»	16.60	1.700	150	11.800	27.400	22.300	38.700	8.000	3.600	3.400	9.850	4.100	100	1.450	100	5.400	171.816	246	698 44
Sainte-Périne	11.236	4.200	1.800	»	2.220	4.684	»	18.700	2.700	650	15.600	47.600	27.750	73.400	11.150	6.100	10.700	16.450	8.400	3.550	300	100	13.700	280 990	289	972 28
	405.170	424.200	74.500	10.580	135.288	543.790	7.130	1.017.700	812.000	167.350	1.106.300	2.681.000	1.485.600	2.395.400	991.500	333.300	413.800	1.026.750	320.150	125.850	26.000	6.350	309.000	14.818.708	17.066	868 32

Tableau comparatif du personnel permanent des hospices et hôpitaux de Paris, pour l'année 1878.

	Administrateurs.	Médecins et chirurgiens.	Pharmaciens.	Internes.	Sages-femmes.	Aumôniers.	Sacristains.	Instituteurs.	Religieuses surveillantes.	Infirmiers.	Cuisiniers et épluchoirs.	Réparations.	Mécaniciens et chauffeurs.	Tapissiers, tailleurs, lingerie.	Charretiers, bourreliers.	Jardiniers, barbiers, divers.	TOTAL.	Nombre de lits.
Hôtel-Dieu	8	9	1	23	»	1	1	»	18	95	3	3	4	4	»	1	171	410
Pitié	7	8	1	19	»	2	1	»	25	101	1	2	3	5	1	1	177	698
Charité	7	8	1	18	»	2	1	»	19	76	2	»		3	1	»	139	472
Saint-Antoine	8	9	1	20	»	2	1	»	22	88	1	1		6	1	1	163	564
Necker	6	6	1	15	»	1	1	»	19	51	1	»		1	1	1	107	400
Cochin	4	4	»	7	2	1	»	»	18	36	»	»	»	3	»	1	76	157
Beaujeu	6	6	1	15	»	1	1	»	19	66	1	»	2	»	1	»	119	400
Lariboisière	8	8	1	21	»	2	1	»	27	100	1	2	8	4	2	1	186	634
Ménilmontant	8	8	1	18	»	2	1	»	22	111	2	1	2	2	2	6	186	584
Saint-Louis	9	8	1	20	»	2	1	»	26	128	4	7	6	8	3	6	229	793
Midi	4	3	1	6	»	1	»	»	5	34	1	1	1	1	»	»	58	336
Lourcine	3	3	1	6	»	1	»	»	13	16	»	»	1	1	»	»	53	219
Accouchement	5	3	»	2	4	1	»	»	10	20	1	1	»	»	»	»	93	240
A reporter	83	83	11	190	6	19	9	»	243	982	18	18	33	38	12	19	1764	5902

	Administrateurs.	Médecins et chirurgiens.	Pharmaciens.	Internes.	Sages-femmes.	Aumôniers.	Sacristains.	Instituteurs.	Religieuses surveillantes.	Infirmiers.	Cuisiniers et épluchoirs.	Réparations.	Mécaniciens et chauffeurs.	Tapissiers, tailleurs, lingerie.	Charretiers, bourreliers.	Jardiniers, barbiers, divers.	TOTAL.	Nombre de lits.
Report	83	83	11	190	6	19	9	»	243	982	18	18	33	38	12	19	1764	5902
Cliniques	3	1	1	1	2	»	»	»	3	37	1	»	»	1	»	»	50	115
Enfants malades	5	7	1	13	»	1	1	1	33	99	»	2	1	1	1	»	166	518
Sainte-Eugénie	6	4	1	9	»	1	»	1	20	73	1	1	2	2	1	»	123	346
Berck-sur-Mer	2	2	»	2	»	1	»	»	77	8	»	6	4	11	1	2	116	600
La Roche-Guyon	1	1	»	»	»	1	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	6	100
Maison de santé	6	4	1	10	»	1	1	»	11	73	2	»	2	4	1	»	116	351
Enfants assistés	10	2	»	2	»	1	»	2	29	71	»	1	1	4	3	»	126	320
Vieillesse hommes	11	4	1	13	»	2	2	2	18	261	2	10	8	4	6	10	354	1794
Vieillesse femmes	13	6	1	13	»	4	3	1	24	471	2	19	4	13	9	18	601	3069
Incurables	7	1	»	3	»	2	1	»	60	86	2	15	7	8	3	9	205	2029
Ménages	5	1	»	2	»	1	»	»	28	27	1	7	3	11	2	7	97	1387
La Rochefoucauld	3	1	»	»	»	1	»	»	10	16	»	1	»	1	»	2	35	246
Sainte-Périne	5	1	»	2	»	1	»	»	4	18	2	»	2	1	1	2	39	289
	160	118	17	260	8	37	18	8	560	2224	31	80	67	100	40	69	3797	17066

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 février 1878. — PRÉSIDENCE DE M. HOUËL.

M. CHARCOT a étudié avec l'aide de M. *Vigouroux* les effets des aimants sur les hystériques hémianesthésiques. Lorsqu'on approche un aimant du bras insensible, la malade dit au bout de quelques instants que la main s'engourdit, puis accuse une sensation de froid ou de chaud: enfin, la sensibilité revient sur une surface de diamètre à peu près égal à celui de l'aimant. En même temps, on constate du côté sain, en un point symétrique de celui où la sensibilité est revenue, une anesthésie complète.

Les sensibilités spéciales, l'achromatopsie, subissent une influence analogue. Les détails des expériences, toutes très-démonstratives, sont fournis par une note de M. Vigouroux, que M. Charcot dépose sur le bureau.

M. *Vigouroux* a eu aussi l'idée d'essayer l'électricité statique, en se servant d'une machine très puissante.. Si on place une malade achromatopsique sur un tabouret isolant, et qu'on fasse passer l'aigrette électrique sur la tempe, on voit revenir progressivement la notion des couleurs.

C'est là, du reste, un phénomène passager, l'achromatopsie se reproduit dès que l'on suspend l'action électrique.

M. RABUTEAU a constaté que l'iodure d'éthyle, comme le chloroforme, l'éther, et en général tous les anesthésiques (Cl. Bernard) enraie la germination des plantes.

M. MALASSEZ dépose sur le bureau une note rédigée par M. PICARD et lui, relatant des expériences sur des animaux dératés. Les observateurs ont remarqué que les jeunes animaux guérissent d'ordinaire tandis que les plus âgés succombent. L'énervement de la rate produit des effets analogues. La mort survient à la suite d'accidents comateux qui rappellent tout à fait certains accès pernicieux.

Après une courte discussion, la Société décide de prendre l'initiative d'une souscription destinée à élever un monument à la mémoire de son illustre président, Cl. Bernard. Elle nomme au scrutin une commission exécutive composée de MM. Houel, Dumontpallier, Vidal, P. Bert et Ranvier. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 février 1878. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. PETER présente un nouvel appareil laryngoscopique, dû à M. le docteur Cadré. Cet instrument est mobile, ce qui permet de l'adapter à toutes les lampes et à toutes les tables; il donne, en outre, un éclairage plus intense que celui fourni par les autres laryngoscopes.

M. PIDOUX, à propos du procès-verbal de la dernière séance, prend la parole pour s'élever contre les idées émises dans le travail de M. G. Sée, intitulé : *Du traitement de l'asthme par l'iodure de potassium et l'iodure d'éthyle*. Rappelant qu'il a été le collaborateur de Trousseau, il se croit autorisé à déclarer que cet illustre maître avait employé ce médicament pour la curation de l'asthme, bien avant l'époque précisée par M. G. Sée.

M. G. SÉE n'a jamais eu l'intention de méconnaître la part qui revient à Trousseau dans la médication qu'il voudrait préconiser, en raison des faits multiples et heureux qu'il a révélés, soit en ville, soit à l'hôpital. Esquissant rapidement les divers travaux qui sont relatifs au traitement de l'asthme par l'iodure de potassium, il termine sa communication en montrant que l'iodure d'éthyle, inventé par Gay-Lussac, était resté dans l'oubli depuis 1825.

M. PERSONNE fait la lecture de son rapport officiel sur les remèdes secrets.

A quatre heures trente, l'Académie se constitue en comité secret, afin d'entendre la lecture des rapports sur les prix de l'année 1877.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 7 décembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

10. Ictère chronique. — Kystes hydatiques du foie comprimant les voies biliaires ; par Hipp. MARTIN, interne des hôpitaux.

Le nommé Camille C...., âgé de 10 ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades (service de M. LABRIC), le 16 novembre 1877. Cet enfant, qui est bien constitué, appartient à une famille très-aisée, et a joui d'une très-bonne santé pendant sa première enfance. Il est fils unique ; son père et sa mère sont bien portants.

Sa maladie actuelle remonte à dix mois environ. A cette époque, et sans cause connue, il fut pris de jaunisse qui augmenta progressivement au point de lui donner une teinte générale jaune-foncé, presque olivâtre, et c'est avec cet aspect qu'il se présente aujourd'hui à l'hôpital, sans qu'il soit survenu le moindre changement sous l'influence des traitements multiples auxquels on l'a soumis à diverses reprises. Il vient même de passer dans ces derniers temps, et sans résultats, plusieurs semaines à la campagne. Sa santé générale ne paraît pas, du reste, profondément atteinte. L'appétit est assez bon, les selles assez régulières, parfois demi-fluides : il ne peut nous dire si elles sont décolorées.

Il n'a jamais eu d'*épistaxis*, pas de vomissements, n'a jamais souffert dans la région hépatique, il a toujours eu enfin le caractère enjoué comme il convient à un enfant, et s'amusait d'autant plus que ses parents ne l'envoyaient plus à l'école, depuis le début de sa maladie.

Etat à l'entrée. Ictère des plus intenses ; teint jaune olivâtre ; pas de troubles de la vision, ou des autres sens. Langue très-sale ; il a peu mangé dans la journée. Il n'accuse aucune douleur spontanée, son embonpoint est, du reste bien conservé On ne trouve rien dans les *poumons*, rien au *cœur*.

Foie. Son volume est énorme ; il remonte à peu près jusqu'au mamelon, et descend de plus de quatre travers de doigts au-dessous des fausses côtes, ayant ainsi dans la ligne mammaire une épaisseur de 16 centimètres. Il n'est nullement douloureux à la pression, sa surface paraît lisse unie, pas trace de fluctuation. On sent une dépression profonde, une véritable encoche, au point où siége habituellement la vésicule biliaire. Les selles ont une couleur cendrée, mais sans être cependant absolument décolorées.

Le malade n'a jamais eu d'accès fébriles ; il est sans fièvre à son entrée ; les intestins ne sont que médiocrement météorisés ; la *rate* ne paraît pas augmentée de volume. En présence de ces symptômes, on hésite entre le diagnostic de lithiase biliaire avec obstruction des conduits de la bile, et celui de cirrhose hypertrophique ; mais comme le malade n'a jamais souffert dans la région hépatique, on penche plutôt vers la seconde hypothèse. Du 18 au 25 novembre, rien de nouveau ; état stationnaire, apyrétique. Il mange d'assez bon appétit ; selles toujours décolorées.

Décembre. Le 2, il saigne un peu du nez et pour la première fois depuis le début de sa maladie.

Le 3, nouvelle épistaxis, il y a eu, du reste, depuis hier, un suintement sanguinolent, presque continuel par la narine droite.

Le 4, il garde toute la journée un tampon de charpie dans la narine droite, mais l'écoulement sanguin continue par l'orifice postérieur des fosses nasales, et il vomit dans la journée, deux crachoirs de sang coagulé provenant évidemment de la muqueuse nasale, de sorte que le soir, à la visite, je tamponne la fosse nasale droite. L'écoulement sanguin paraît alors s'arrêter, et le malade considérablement affaibli s'endort sans accidents.

Le 5. A six heures du matin, l'enfant vomit encore un crachat de sang coagulé, et on constata que du sang venu de la narine gauche coule encore dans l'arrière-gorge : tamponnement de la fosse nasale de ce côté. L'affaiblissement est très-considérable, le pouls presque imperceptible, le teint jaune très-pâle. Nous ajouterons que dès le 8 décembre M. Labric avait fait donner à notre malade une potion avec quarante gouttes de perchlorure de fer ; mais comme l'enfant la vomissait sans cesse, elle est remplacée aujourd'hui par deux grammes de seigle ergoté.

© BIU Santé

Le 6. Il n'a plus perdu de sang, il a même reposé dans la nuit ; mais la faiblesse est extrême. Le sang a si peu de tendance à se coaguler, que l'on aperçoit ce matin une goutte de sang suinter par les points lacrymaux du côté gauche et rendre les narines sanguinolentes. — *Mort* dans la journée, sans présenter d'autres accidents, sans convulsions.

Autopsie.—Rien dans les organes de la poitrine. A l'ouverture de l'abdomen, le foie apparaît immédiatement, uni à sa surface, mais comme granité et d'un volume énorme, d'une teinte vert-olivâtre. En le détachant du diaphragme, on aperçoit sur sa face convexe une poche tout à fait superficielle, à paroi blanchâtre et fluctuante. On peut alors constater, du reste, que l'organe en entier est fluctuant presque partout. Ainsi pesé avant l'ouverture d'un ou des kystes, il pèse 2,500 grammes. Sur sa face inférieure, la vésicule biliaire est vide de bile ; elle est absolument atrophiée, réduite à l'état de cordon creux à paroi blanchâtre. L'incision de l'organe donne alors issue à un liquide d'une transparence parfaite et qui s'écoule de trois poches, dont l'une est située sur la face convexe, l'autre au centre et la troisième prédomine à la face inférieure de l'organe. Cette dernière comprimait à peu près entièrement l'origine des voies biliaires, et ne permettait le passage dans l'intestin, que d'une quantité presque insignifiante de bile. Chaque cavité kystique n'est tapissée que par une poche d'hydatide-mère, sans hydatides-filles. La *rate* n'est pas augmentée de volume. Rien dans les autres organes.

Examen microscopique du foie. Voici d'abord ce que l'on aperçoit sur des coupes fines et à un très-faible grossissement (15 à 20 diamètres tout au plus), après durcissement par l'acide picrique, la gomme et l'alcool et la coloration par le picro-carminate d'ammoniaque. — Sur le fond jaunâtre du tissu hépatique à proprement parler, on voit des bandes fortement colorées par le carmin et qui tranchent de la sorte par leur coloration rouge-vif. Ces bandes ont presque partout une forme vaguement triangulaire qui rappelle les espaces interlobulaires où elles siégent. Dans leur intervalle, les lobules hépatiques sont sains pour la plupart, ou du moins n'ont pas été envahis par la sclérose qui paraît être *tout entière* périlobulaire. Un certain nombre de lobules sont, cependant, considérablement atrophiés par suite de la compression périphérique, et on peut trouver tous les degrés intermédiaires entre le lobule absolument sain avec sa veine centrale bien nette et les lobules, en petit nombre, il est vrai, presque entièrement détruits et réduits à quelques cellules plus ou moins dégénérées.

Ces bandes de sclérose sont loin d'être isolées les unes des autres et confinées séparément dans les espaces périlobulaires, elles se rejoignent au contraire en grand nombre formant ainsi de larges et longues traînées de tissu colorées, irrégulières, souvent plus ou moins circulaires, mais toujours extralobulaires. On aperçoit déjà à ce faible grossissement un pigmenté verdâtre irrégulièrement disséminé et dû certainement à un dépôt biliaire dans les canaux de la bile, ou dans l'intérieur même des cellules.

A un plus fort grossissement, au niveau des bandes de sclérose, et au milieu des éléments conjonctifs, les canaux biliaires coupés selon un diamètre d'obliquité variable, montrent à leur intérieur, des cellules sur lesquelles le carmin a agi bien différemment selon les points que l'on considère : sur certains canaux, ces cellules sont bien colorées et paraissent tout à fait saines ; sur d'autres, au contraire, elles sont pâles, mal colorées et fortement granuleuses. Toutefois, on ne voit nulle part cette dilatation ou même cette néo-formation de canaux biliaires, telle qu'on l'observe dans la cirrhose hypertrophique vraie, primitive ou expérimentale par ligature des canaux biliaires. A ce grossissement aussi, les cellules hépatiques paraissent saines et les veines intra-lobulaires quoique ne pouvant être vues dans tous les lobules, ne présentent pas trace de cirrhose à leur périphérie. Les vaisseaux sanguins ne sont pas altérés.

En un mot et pour nous résumer, cette observation nous semble des plus intéressantes. En effet, les lésions présentées par le foie de notre malade sont tout à fait comparables à celles que l'on produit expérimentalement par la ligature du canal cholédoque. Toutefois, nous ne retrouvons ici que les lésions du début, celles qui se produisent dans les premiers temps de l'expérience. MM. Charcot et Gombault, M. Chambard, ont décrit, en effet, des lésions souvent plus étendues dans leurs expériences soit sur le cochon d'Inde, soit sur le lapin. Dans ces cas, la cirrhose était plus qu'extra lobulaire ; les bords des bandes de sclérose, au lieu d'être unis, tranchés comme dans notre observation, étaient, au contraire, irréguliers, festonnés et dénotaient un début de sclérose intralobulaire avec dissociation des cellules de la périphérie du lobule. Les vaisseaux biliaires étaient, en outre, dilatés et en plus grand nombre qu'à l'état normal. — On pourrait être étonné de se trouver en présence de lésions relativement si peu avancées, alors que le début de l'affection remontait à dix mois. Mais nous ferons remarquer que la compression, outre qu'elle avait dû être progressive, fort lente, n'était pas d'ailleurs complète comme on pouvait, du reste, s'en assurer pendant la vie par l'état des selles, qui, quoique grisâtres, n'étaient cependant pas entièrement décolorées. Nous ajouterons enfin que la lésion était en voie de production et le malade aurait pu vivre plus longtemps et la voir progresser davantage, s'il n'eût été emporté rapidement par des épistaxis presque foudroyantes.

M. Charcot fait observer que la rate n'étant pas hypertrophiée, on aurait peut-être pu, si l'attention avait été éveillée de ce côté, trouver dans ce fait un élément de diagnostic suffisant pour écarter l'idée d'une cirrhose hypertrophique vraie.

M. Remy (Ch.) présente des pièces relatives à un cas de pleurésie purulente survenue chez un enfant à la suite d'une fièvre éruptive.

11. Fracture de la voûte du crâne avec enfoncement ; irradiations à la base. Lésion de la première circonvolution frontale gauche et du lobule orbitaire de la même région ; par A. Mossé, interne.

C... 40 ans, charretier, a été brusquement atteint, le 6 décembre, dans la région frontale, pendant qu'il déchargeait un tonneau, par l'aile du moulin de son haquet, animée en ce moment d'une grande force de rotation. Transporté immédiatement chez un pharmacien, puis de là à l'Hôtel-Dieu, trois heures environ après l'accident, nous constatons avec mon collègue de garde l'état suivant :

Plaie à lambeau à la région frontale gauche, la peau a été détachée par la violence du traumatisme, qui a porté directement sur la bosse frontale à 3 ou 4 cent. environ au-dessus du sourcil gauche, et à peu près à la même distance de la ligne médiane ; en ce point qui correspond presque à la partie centrale du lambeau, la peau offre une petite déchirure comprenant toute son épaisseur et qui marque pour ainsi dire exactement l'endroit où a porté le choc ; au-dessous de ce lambeau cutané, fracture avec enfoncement de la portion correspondante du frontal. Le fragment un peu plus large qu'une pièce de cinq francs, comprend toute l'épaisseur de l'os ; par son bord interne, près de l'angle inférieur, il pénètre un peu au-dessous de l'autre fragment. Esquilles incomplétement détachées à la partie supérieure. Entre les fragments d'os au niveau du chevauchement signalé, issue d'une petite quantité de matière cérébrale faisant hernie, et à laquelle se transmettent les battements du cerveau. On essaie, à deux reprises, mais vainement, de soulever le fragment enfoncé, d'abord au moyen du tenaculum, puis d'une aiguille de Deschamps. Pendant le pansement le malade a vomi et les efforts augmentent le petit écoulement sanguin qui a lieu par la plaie, et font paraître des bulles d'air qui viennent crever dans la plaie, et cela à deux reprises. Il est donc probable d'après ce signe que outre la solution de continuité, visible sur la partie de la voûte mise à nu, il existe par propagation une fracture de la base intéressant la lame de l'ethmoïde et communiquant avec les fosses nasales : actuellement il n'y a pas d'hémorrhagie par les narines, ces deux orifices sont obstrués par des caillots, mais ce fait ne peut être d'une grande utilité pour le diagnostic de la fracture de la base, car il existe, sur le nez, une première plaie en V, au niveau des os propres, et, plus bas le lobule est fendu. Il n'y a pas non plus d'écoulement caractéristique par l'oreille.

© BIU Santé

Point de paralysie de la face, ni des membres. Les yeux conservent leurs mouvements dans tous les sens ; la paupière du côté correspondant à la fracture s'ouvre difficilement; sa teinte d'abord livide, devient progressivement violacée, ecchymotique.

Malgré la gravité de ces lésions, le blessé a gardé toute sa connaissance, il peut rendre compte de l'accident et répond bien aux questions qu'on lui adresse. *Il n'y a ni paralysie, ni convulsions, ni contractures*, mais le malade se plaint souvent d'une sensation de froid.

Traitement. — Devant l'impossibilité de relever les fragments, après avoir soigneusement nettoyé la plaie avec une solution phéniquée, on rabat le lambeau cutané sur l'os, et les bords étant juxtaposés, on fait l'occlusion au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre pour mettre la fracture à l'abri du contact de l'air : vessie de glace à demeure sur la région traumatisée, la tête ayant été préalablement fixée dans la rotation du côté opposé. Extrait thébaïque 0,10. Potion de Todd. Le pansement terminé, la température axillaire, 40°,1; pouls faible, 117. A ce moment, il ne s'était pas écoulé plus de quatre à cinq heures depuis l'accident.

7 *décembre*. Pendant la nuit, délire, agitation. Ce matin, le malade a perdu connaissance, il est impossible d'en obtenir la moindre réponse; il répond aux excitations par un gémissement sourd; il n'y a pas de paralysie, à proprement parler, mais la sensibilité et le mouvement paraissent diminués du côté droit, c'est-à-dire du côté opposé à la lésion, surtout dans le bras qui, cependant, possède encore des mouvements; pas de contracture; déviation conjuguée des yeux, à gauche, avec rotation de la tête à droite; ecchymose palpébrale augmentée depuis hier, paupières tuméfiées et ne permettant qu'avec peine d'écarter leurs bords; il ne s'est pas fait encore d'ecchymose conjonctivale ou bulbaire.

Pendant la nuit, suintement sanguinolent par l'angle inférieur et interne de la plaie; en appuyant légèrement avec le doigt on expulse une petite quantité de matière cérébrale qui a dû être chassée, pendant la nuit, entre l'os et le lambeau cutané, pendant l'agitation du malade. T. 37°,4 ; pouls 90. Même traitement.

Soir. Le malade, que j'ai vu plusieurs fois, offre sensiblement le même aspect que le matin: vers trois heures, contractures dans l'avant-bras droit, inconstantes et n'offrant pas toujours le même caractère ; une première fois, la main était dans l'extension sur l'avant-bras, puis elle s'est placée dans la flexion, les doigts, les deux derniers surtout, étant fléchis dans la paume de la main ; quelques instants après, la main était fléchie plus fortement sur le poignet, l'avant-bras sur le bras, et celui-ci ramené dans l'adduction, mais faiblement; un quart d'heure plus tard, cet état n'existait plus; une parésie analogue à celle qui a été constatée ce matin lui a succédé. Le bras, en effet, retombe presque inerte, il ne réagit pas ou réagit mal quand on le pince, contrairement à ce qui a lieu du côté opposé; cependant, par instants, le malade fait entendre une sorte de grognement qui indique qu'il n'y a pas perte complète de la sensibilité. De plus, quand on le découvre, le malade cherche machinalement à ramener sur lui ses vêtements ou sa couverture ; la tête et les yeux conservent toujours la même position ; il n'y a pas eu d'agitation dans la journée; gémissements plaintifs souvent répétés ; miction inconsciente; pas d'incontinence des matières fécales, T. 38°,3, pouls petit à 132.

Mort à 3 heures du matin : D'après les renseignements aussi précis qu'il nous a été possible de les obtenir, le malade est resté dans l'état décrit plus haut jusque vers minuit. A partir de ce moment, contractions soulevant comme par soubresauts le thorax et les membres, mais la tête demeure toujours immobile dans la position où elle a été placée au moment du pansement. Plaintes inarticulées fréquentes. Cet état s'est prolongé jusqu'au moment de la mort, c'est-à-dire pendant TROIS heures environ.

AUTOPSIE le 10 décembre, 56 heures après la mort.

Le lambeau cutané est encore maintenu en place, et ne présente rien de particulier : au-dessous de lui, vers son extrémité interne et inférieure entre l'os et la peau, commencement de suppuration ; là aussi se voit un peu de matière cérébrale. Le fragment de l'os frontal, directement enfoncé est arrondi à son extrémité supérieure et couvre une surface un peu plus grande que celle d'une pièce de cinq francs : il est situé au-dessus du sinus frontal à quelques centimètres en dehors et à gauche de la ligne médiane.

C'est au niveau de l'angle interne et inférieur de ce fragment que l'enfoncement est le plus marqué. Pendant la vie, nous avions déjà signalé un léger chevauchement, et c'est en ce point que le cerveau ayant été atteint, il y a eu issue de la matière cérébrale : de la partie du frontal qui est en rapport avec le bord inférieur du fragment part un trait de fracture qui descend perpendiculairement jusqu'au rebord orbitaire qu'elle atteint au point d'émergence du nerf frontal externe.

La voûte du crâne enlevée et les méninges détachées des parois osseuses, on peut suivre les irradiations de la fracture qui s'est propagée à la base, suivant deux lignes principales : l'une, plus courte, atteint l'apophyse clinoïde antérieure après avoir parcouru la voûte orbitaire ; l'autre, plus longue, descend d'abord sur la lame criblée de l'ethmoïde, puis sur la face interne de l'orbite et arrive jusque sur le rocher, après avoir sillonné la grande aile du sphénoïde en suivant un trajet parallèle à son bord postéro-interne.

Méninges. — Déchirure de la dure-mère au point correspondant à la fracture, léger exsudat gris-blanchâtre, visible surtout autour des vaisseaux de la pie-mère dans la région qui avoisine ce point. Epanchement sanguin à la surface de l'hémisphère droit, dans la région diamétralement opposée à celle-ci, sans lésions apparentes des circonvolutions à l'œil nu.

Cerveau. — Lésion de la première circonvolution frontale gauche consistant en une perte de substance du volume environ d'une noisette, située à peu près au milieu de la longueur de cette circonvolution et atteignant son bord supérieur. Déchirure de la circonvolution du lobule orbitaire située en dehors du sillon olfactif : au-dessus de cette déchirure, on trouve à la coupe un petit caillot dû à la rupture d'un petit vaisseau ; il ne dépasse guère le volume de la tête d'une grosse épingle. Les autres parties de l'encéphale n'ont rien présenté de particulier.

RÉFLEXIONS. — Bien que le fait qui précède soit complexe, puisqu'il s'agit d'un traumatisme chirurgical assez grave, nous avons pensé néanmoins devoir le produire devant la Société, encouragé par l'intérêt que son président, M. le professeur Charcot apporte à tout ce qui touche à la pathologie des centres nerveux.

L'observation peut être divisée en deux périodes : dans la première, la plus courte, nous voyons un homme, dont la première circonvolution frontale est sérieusement lésée vers son milieu, et dont accessoirement est déchirée une circonvolution du lobule orbitaire, ne présenter aucun trouble, ni de la sensibilité, ni de la motilité, ni du langage, ni des facultés intellectuelles. Jusque-là, ces phénomènes négatifs offrent un grand intérêt, et sont un témoignage en faveur de la doctrine des localisations cérébrales. Mais le lendemain, la scène change, le malade est dans le coma, déviation conjuguée des yeux du côté de la lésion avec une rotation de la tête du côté opposé ; parésie des membres du côté droit (c'est la première frontale gauche qui a été atteinte), parésie plus marquée au bras qu'à la jambe, contracture passagère et variable. Enfin, le malade meurt avec des convulsions des membres et du tronc : la tête demeure toujours remarquablement immobile. On peut objecter qu'elle a été placée dans cette position au moment du pansement. Cela est vrai, mais cette fixité malgré l'agitation et les convulsions du malade méritait d'être notée. Je signalerai, en outre à l'attention, la marche de la température. Elle atteint 40°, quatre heures et demie ou cinq heures environ après l'accident, et coïncide avec une sensation de froid accusée par le malade, ce qui nous faisait présumer, au contraire, un abaissement de température : le lendemain elle tombe à 37.4 pour s'élever le soir à 38.3.

13. Kyste hydatique du foie ; par J. JASIEWICZ.

M. JASIEWICZ, externe à l'hôpital Saint-Louis, présente, à la

© BIU Santé

Société le *foie* d'un homme entré dans le service de M. le Dr Hillairet, le mardi 4 décembre, pour un *kyste hydatique* du foie. Aux symptômes locaux de l'affection hydatide (fluctuation, tumeur, etc.) se joignaient d'autres troubles : le malade avait des frissons, de la fièvre, le ventre était douloureux à la pression ; des vomissements étaient survenus et le malade présentait un état ictérique assez prononcé. Il y avait donc une péritonite, localisée à la région hépatique.

Le vendredi, 7 décembre, on fit la ponction de la poche du kyste avec l'appareil de Potain. On retira environ un demi-litre d'un liquide rougeâtre, épais, fétide. Mais au milieu de l'opération, tout à coup, le malade poussa un grand cri. On retira l'aiguille capillaire. L'après-midi, des symptômes graves de péritonite généralisée se déclarèrent et, dans la nuit du 7 au 8, il expirait.

On fit l'autopsie le dimanche, 9 décembre. La poche du kyste du bord antérieur du foie était adhérente à la paroi abdominale. On retrouva l'orifice de la canule à travers les parois du kyste, mais on remarqua que, en plusieurs points, la poche s'était rompue et que le liquide du kyste, s'étant épanché dans le péritoine, y avait déterminé une péritonite aiguë. Enfin, sur le bord postérieur du foie on trouva un second kyste, qui proéminait vers la région thoracique, menaçant de rompre le diaphragme. Ce kyste fut ouvert. Il contenait un liquide épais, purulent, très-infect, dans lequel se trouvaient des débris d'hydatides flétris et morts.

M. Duret présente un cas de contusion cérébrale et explique les conditions de la production de la commotion et de la contusion du cerveau.

12. Végétations sur les valvules aortiques et sur l'endocarde. Petit anévrysme de l'artère sous-clavière gauche ayant coïncidé avec la disparition subite du pouls; par M. Edouard Rondot, interne des hôpitaux.

Velut, Françoise, 22 ans, domestique, était entrée dans un service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, pour une tuméfaction de l'articulation du genou gauche ; elle était enceinte de 4 mois. A la suite d'une phlegmatia alba dolens de la jambe gauche, elle passe dans le service de M. Fauvel (salle Sainte-Monique, numéro 24). L'articulation tibio-tarsienne gauche et celle du genou sont très-douloureuses, il existe un léger souffle au premier temps à la base. Absence de mouvement fébrile.

Son état reste stationnaire jusqu'au 5e mois de sa grossesse, où elle fait une fausse couche qui ne provoque pas grande réaction du côté des organes de l'abdomen. Il lui restait cependant une fièvre modérée qui n'avait pas cédé au sulfate de quinine et qu'on pouvait attribuer autant au rhumatisme qu'à l'état puerpéral, lorsqu'elle fut prise, le 14 novembre, d'accidents subits. Une douleur vive du côté gauche s'était développée dans la nuit ; en même temps il s'était déclaré des vomissements ; la malade se plaignait d'une céphalalgie intense. Rien du côté du ventre ; la jambe œdématiée n'était pas plus douloureuse, la fluxion articulaire avait notablement diminué.

A la région précordiale se trouvait une matité exagérée et l'auscultation révélait l'existence d'un souffle rude au premier temps, avec maximum à la base et à la pointe, coïncidant avec un bruit de va-et-vient péricardique ; le diagnostic fut : endo-péricardite, rétrécissement aortique et légère insuffisance mitrale ; le bruit de la base étant beaucoup plus marqué.

15. — On ne trouve pas de pouls à la radiale et à la cubitale ; absence de battements à l'humérale, à l'axillaire, à la sous-clavière et à la carotide du côté gauche. Les pulsations étaient parfaitement senties les jours précédents : le membre supérieur gauche n'a pas changé de couleur, la sensibilité est normale ; la malade n'éprouve ni douleur, ni fourmillements, ni refroidissement et se sert également bien des deux mains. Mêmes signes cardiaques ; frottement, double souffle aortique et mitral au premier temps. Les jours suivants, douleurs dans le bras gauche s'irradiant du cou jusqu'à la main. La malade se rappelle avoir ressenti des engourdissements ces jours derniers, parce que, dit-elle, sa tête reposa sur le bras gauche pendant la nuit.

21. — Le pouls, presque imperceptible, se sent à la radiale par instants, on croit le trouver à l'humérale. Amélioration ; mêmes bruits au cœur, frottement moins accentué. Léger épanchement pleural à la base gauche. Joues bouffies ; l'urine contient des traces d'albumine.

26. — Le pouls est revenu et peut se compter facilement à la radiale gauche ; le double souffle est moins intense.

27. — Œdème des membres inférieurs ; vomissements ; fièvre. Dédoublement du second bruit cardiaque. Albumine en grande quantité. Recrudescence des douleurs articulaires dans le membre inférieur gauche. Le pouls est presque insensible à la radiale gauche.

L'enflure fait des progrès, le ventre se ballonne ; une diarrhée abondante se déclare ; l'état général décline rapidement. La malade conserve son intelligence.

4-5 décembre, le pouls radial est plus développé (116) et se sent très-nettement à partir du 6. — *Mort* le soir du 9 sans phénomènes particuliers.

Autopsie. — On trouve de la sérosité en petite quantité dans le péricarde et des fausses membranes peu épaisses à l'origine des gros vaisseaux. Le cœur gauche est hypertrophié et contient quelques caillots mous et d'un rose pâle. Les valvules aortiques sont recouvertes de végétations qui rétrécissent notablement le calibre du vaisseau ; on constate une légère insuffisance, la valvule gauche est saine sur sa face artérielle, celle qui regarde vers le ventricule est recouverte dans une moitié d'un dépôt blanchâtre, formant une saillie de un millimètre environ. La valvule antérieure a changé complétement d'aspect ; ses deux faces sont complétement incrustées et elle s'est allongée de manière à présenter une longueur de 2 centimètres ; son épaisseur est de 3 millimètres sur presque toute son étendue ; sa forme générale est bien conservée. La valvule gauche est normale, mais immédiatement sous son bord inférieur existe une dépression large comme une pièce de cinquante centimes, et qui recouvre un dépôt blanchâtre, à surface irrégulière, analogue au dépôt qui revêt les valvules. Les orifices des artères coronaires sont intacts.

Un peu au-dessous de la zone artérielle, sur l'endocarde, on remarque deux petites élevures blanchâtres, arrondies, l'une de la grosseur d'une tête d'épingle, l'autre plus grosse et dont le centre est légèrement évidé. C'est la seule altération de l'endocarde : la valvule mitrale est absolument saine.

L'aorte est pâle et offre très-disséminées, au niveau de la partie ascendante de la crosse, quelques plaques blanches, très-peu saillantes. Ces plaques se retrouvent dans l'artère carotide primitive gauche. — La sous-clavière gauche présente, à deux centimètres de son origine, une tumeur anévrysmale du volume d'une grosse noisette. L'orifice, presque circulaire, de un centimètre de diamètre est bordé de quelques rugosités blanchâtres ; la paroi interne du sac est tapissée de caillots décolorés très-friables. On reconnaît facilement que le calibre du vaisseau quoique diminué à ce niveau, n'était pas oblitéré. Les caillots qui proéminaient à l'orifice du sac laissaient une ouverture admettant l'extrémité d'une sonde cannelée.

A 4 centimètres environ en dehors, on aperçoit une petite dépression qu'on prend d'abord pour l'orifice d'une collatérale, mais qui n'est autre qu'un cul-de-sac au milieu duquel existe une fine végétation dont le sommet ne dépasse pas le plan de la paroi interne du vaisseau. A partir de ce point les artères du membre supérieur ne présentent aucune altération : elles ont seulement diminué sensiblement de volume.

Les poumons sont exangues ; quelques plaques molles sur la face antérieure, au sommet gauche et en arrière à la base du même côté. Pas de tubercules, aucun infarctus. — Foie hypertrophié, dégénérescence graisseuse commençante. — Rate volumineuse : 510 grammes, infarctus en voie de ramollissement à l'extrémité inférieure du diamètre longitudinal de l'organe. — Estomac, intestins, rien à noter.

Reins gros : la capsule se détache à la plus légère traction et n'adhère en aucun point. — Surface décolorée, sans dépressions, mais présentant des îlots blanchâtres très-nombreux : à la coupe, lésions de la néphrite interstitielle. Pas d'infarctus. — Artères rénales normales.

Les organes génito-urinaires ne présentent aucune altéra-

© BIU Santé

tion. Les veines crurales contiennent du sang demi-fluide : pas de thrombus dans les veines de la cuisse. — L'articulation du genou gauche ne contient qu'une petite quantité de sérosité ; pas de pus. Rien à noter du côté du cerveau.

14. Endocardite végétante, infarctus de la rate et des reins. Embolie dans la radiale droite ; par L. CARRIÉ, interne des hôpitaux.

Eugénie M. âgée de 14 ans, entre à l'hôpital Sainte Eugénie le 10 août 1877, salle Sainte-Mathilde, n° 28 (service de M. BERGERON).

Cette enfant, toujours bien portante jusqu'à présent, sans antécédents rhumatismaux, présente, au moment de son entrée à l'hôpital, des symptômes typhoïdes assez nets (fièvre intense), prostration, céphalalgie, diarrhée, sécheresse de la langue, dont le début remonterait à cinq ou six jours environ. On constate en outre un léger bruit de souffle à la pointe du cœur et au premier temps.

Les symptômes accusés, l'âge de la malade, firent tout d'abord penser à une fièvre continue, toutefois on ne constatait rien du côté de la poitrine. La température s'élevait, le soir de l'entrée, à 41°.

11 août. — Éméto-cathartique. — Temp. 39°,6.
12 — matin. Temp. 38°6. — Soir. Temp. 40°,8.
13 — matin. Temp. 38°. — Soir, Temp. 39°,8.
14 — matin. Temp. 38°. L'enfant se plaint d'être oppressée, l'examen de la poitrine est négatif ; mais des palpitations cardiaques sont survenues : légère cyanose de la face. A l'auscultation du cœur, le bruit du souffle de la pointe est devenu très-intense et très-rude, siégeant au premier temps, se propageant du côté de l'aisselle.

Diarrhée persistante. Application d'un vésicatoire sur la région cardiaque. Les jours suivants, l'état reste sensiblement le même ; toutefois l'oppression diminue un peu. La température reste très-élevée, aussi bien le soir que le matin, oscillant entre 39°6 et 40°.

A partir du 17 août, l'oppression avait disparu, les oscillations entre les températures du soir et du matin étaient devenues régulières (39°6. — 40°9.) ; la diarrhée diminuait ; l'aspect typhoïde disparaissait et tout semblait promettre une convalescence prochaine, quand, le 29 août, en cherchant le pouls de la radiale droite, on s'aperçut qu'il faisait complétement défaut, l'enfant se plaignait en outre d'une douleur siégeant au-dessous du pli du coude ; en effet, à ce niveau on sentait sur le trajet de la radiale un petit point induré, douloureux à la pression : au-dessus les pulsations étaient perceptibles, au-dessous, elles manquaient complétement. Aucun trouble appréciable n'était survenu du côté de la main, la malade n'y accusait ni fourmillement ni engourdissement ; cependant, au toucher, cette main semblait plus fraîche que celle du côté opposé. A l'auscultation du cœur, le bruit de souffle avait presque complétement disparu.

30 août. — Rougeur et empâtement des téguments au niveau de l'embolie. Pendant la nuit, l'enfant a été prise d'une douleur très-vive dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant de ballonnement du ventre et de quelques vomissements verdâtres. Réapparition de la diarrhée.

Pendant tout le mois de septembre, les symptômes restèrent sensiblement les mêmes ; diarrhée et vomissements de temps à autre. Du côté du cœur, l'intensité du souffle était fort variable, assez fort, mais sans rudesse quand on auscultait la malade dans la position assise ; il s'atténuait beaucoup dans la position horizontale et encore ne l'entendait-on pas à chaque pulsation cardiaque.

Le 4 octobre, l'enfant se plaint de douleur dans le poignet gauche ; on constate, en effet, sur sa face dorsale, de petits îlots rouges, tuméfiés, très-douloureux à la pression, résultant très-vraisemblablement de petites embolies dans les capillaires de la peau.

Le pouls est redevenu appréciable depuis quelque temps dans la radiale droite. Les urines contiennent une grande quantité d'albumine.

Diarrhée incoercible ; œdème cachectique de tout le membre inférieur gauche. Œdème de la face.

Dans les derniers jours d'octobre, à peine si on percevait à la palpation les battements cardiaques, et ce n'était qu'avec beaucoup d'attention qu'on parvenait à entendre un très-léger bruit de souffle à la pointe. Mort le 31 octobre.

AUTOPSIE. — Cavité thoracique. Poumons pâles, décolorés, complétement sains, un peu de liquide séreux dans les deux plèvres. Le péricarde contient une assez grande quantité de sérosité claire et limpide ; les deux feuillets en sont complétement lisses, sans traces d'inflammation ancienne ou récente. Le cœur hypertrophié, sans consistance, présente une coloration jaunâtre dans toute son étendue ; le ventricule droit ne présente rien à noter ; les valvules sont normales. A gauche les valvules sigmoïdes sont saines, ainsi que la valve antérieure de la valvule mitrale ; mais la valve postérieure au niveau de son attache à la zone fibreuse de l'orifice auriculo-ventriculaire, sur la partie moyenne, du côté de l'oreillette, présente une série de végétations irrégulières, se laissant facilement écraser sous le doigt, formant, par leur réunion, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, s'implantant par toute sa base sur la valvule. — On peut en outre lui faire exécuter quelques mouvements de latéralité, soit de haut en bas, soit transversalement. Cette mobilité semble expliquer l'intermittence des bruits de souffle observée pendant la vie et la différence que l'on observait dans les résultats de l'auscultation, la malade étant assise ou couchée.

Cavité abdominale. Sérosité en assez grande quantité dans la cavité péritonéale. Le foie est volumineux, décoloré, graisseux, mais ne présente rien de particulier à la coupe. Par son extrémité gauche il adhère complétement à la rate, au niveau de leur point d'adhérence. Tout à fait à la superficie de la rate existe un infarctus, jaunâtre, complétement caséeux, à forme triangulaire, à base très-allongée, à sommet tourné vers le centre de la rate. A la partie médiane, vaste infarctus, caséeux aussi, occupant toute la largeur de l'organe, présentant à la périphérie une largeur de deux centimètres ; le sommet arrive presque jusqu'au hile.

Le rein gauche est augmenté de volume, sa consistance est molle, la capsule se détache facilement, sa surface est lisse. Les substances corticale et médullaire sont complétement décolorées. On observe à la surface une série de petits îlots tranchant par leur coloration jaune sur la coloration grise du reste de l'organe. A la coupe, ces îlots présentent la forme des infarctus. Vers l'extrémité supérieure, on en trouve un assez volumineux dont la base a un centimètre de largeur. — A droite le rein est moins volumineux, il présente sur sa face antérieure le même aspect que le rein gauche, la même consistance ; la capsule étant enlevée, on trouve la face postérieure entièrement recouverte par une couche de matière caséeuse, jaunâtre, bosselée à sa surface, présentant des prolongements dans l'intérieur du rein et formée probablement par la réunion d'un grand nombre d'infarctus. Dans le reste de l'organe on en trouve quelques-uns disséminés ; un d'entre eux est ramolli, purulent.

La muqueuse de l'intestin est rouge, couverte d'arborisations vasculaires, pas de traces d'ulcération.

La rate droite est oblitérée par un petit caillot d'une couleur brune, se laissant désagréger facilement : à ce niveau les parois artérielles sont épaissies, rétractées ; il en résulte une sorte d'étranglement.

L'examen microscopique des infarctus de la rate et des reins a été fait au laboratoire de Clamart, par M. Balzer, interne des hôpitaux, qui m'a remis la note suivante :

Les infarctus du rein sont arrivés à un état de dégénérescence graisseuse très-avancée, mais se présentant à des degrés divers, suivant les points.

Les vaisseaux ont des parois très-épaissies et dont l'augmentation de volume porte surtout sur la couche adventice ; quelques-unes sont oblitérées par des végétations de tissu conjonctif. L'artère semble alors revenue sur elle-même, rétractée dans le sens de la longueur aussi bien que de la largeur, et la tunique élastique est remarquable par ses flexuosités. Les glomérules ont subi la transformation fibreuse et se présentent sous l'aspect de petites masses arrondies, faiblement colorées en jaune par l'acide picrique. Dans quelques-uns, on

© BIU Santé

distingue quelques éléments cellulaires, quelquefois du pigment sanguin, très-souvent la masse semble amorphe ou légèrement granuleuse. L'enveloppe du glomérule est souvent épaissie et formée par une couche de cellules fusiformes.

D'autres glomérules, au contraire, sont encore sains, et, dans leur voisinage, les tubulis ont conservé leurs caractères normaux. Au contraire, dans la zone des glomérules fibreux, les tubes ont beaucoup perdu de leur calibre normal, les cellules épithéliales sont atrophiées, granuleuses, le plus souvent à peine reconnaissables. Dans la zone des tubes droits, on trouve la même destruction des tubes et des épithéliums dont on ne voit plus que des vestiges au milieu d'une substance granuleuse. Les foyers sanguins sont disséminés, mais peu étendus et relativement peu nombreux.

Çà et là, principalement dans la substance corticale, on aperçoit des tubes remplis de matière colloïde, très-réfringente, colorée en rouge par le carmin. Dans les parties fibreuses de l'infarctus, on distingue encore les tubes collecteurs dans une assez grande étendue de leur parcours ; mais ils sont atrophiés, et leurs épithéliums dégénérés, adhérents, forment deux bandes continues le long de la paroi.

Dans toute l'étendue des infarctus, le tissu conjonctif est atrophié autour des vaisseaux et des fibres. Mais de plus, à un faible grossissement, on aperçoit des îlots plus ou moins volumineux, formés par une matière grisâtre qui forme des traînées le long des vaisseaux. Avec un plus fort grossissement, cette matière paraît formée par des cristaux incolores, de forme irrégulière. Ces cristaux sont quelquefois isolés, mais le plus souvent, on les voit en groupes autour des vaisseaux. On les voit même dans l'intérieur de ceux-ci, tantôt obturant toute leur cavité, tantôt développés contre les éléments de la paroi vasculaire. Ils occupent de même fréquemment la cavité du glomérule. Ces cristaux existent surtout dans les parties en voie de transformation fibreuse, c'est-à-dire dans la zone des glomérules, tandis que la substance médullaire est encore à l'état de dégénérescence granulo-graisseuse.

En résumé, on peut distinguer dans ces infarctus les phases successives d'une dégénérescence fibro-graisseuse très-avancée. Dans certains points, la lésion n'en est encore qu'à l'état granulo-graisseux des épithéliums avec resserrement des tubes encore reconnaissables. Ailleurs, on ne retrouve plus que des masses granuleuses et opaques. Enfin, dans d'autres points, le tissu conjonctif, de nouvelle formation, vient remplacer les masses graisseuses résorbées ou transformées en cristaux d'acides gras.

Dans ces zones rétractées, on ne distingue plus que quelques rares tubes collecteurs et les vaisseaux le long desquels sont disposés les cristaux, et qui sont eux-mêmes oblitérés et en voie de transformation fibreuse.

Les infarctus de la rate présentent les mêmes lésions des vaisseaux. De plus, à leur périphérie, on trouve de nombreux amas de pigment sanguin, au milieu d'un tissu conjonctif renfermant des vaisseaux oblitérés. Au niveau des adhérences, entre le foie et la rate, à la limite d'un des infarctus, on trouve un épaississement considérable des deux capsules unies par un tissu fibreux rempli de petits foyers sanguins. Le centre des infarctus est constitué par des masses granuleuses remplies de gouttelettes graisseuses et de cristaux étoilés, et dans lesquelles on distingue des tractus fibreux plus ou moins ténus.

Séance du 21 décembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

16. Corps étranger de l'œil; par A. RÉMY.

Madame X... éprouve à l'œil droit des douleurs assez vives depuis un mois. Mais depuis 8 jours environ, ces douleurs sont devenues beaucoup plus vives. L'œil est injecté et présente en un point de la conjonctive bulbaire, près du bord externe de la cornée une vascularisation très-prononcée. Les vaisseaux groupés en ce point convergent tous vers une petite saillie arrondie située très-exactement à la jonction de la cornée et de la sclérotique et rappelant tout à fait par sa forme l'aspect d'une grosse phlyctène ; mais la coloration est bien plus foncée. Elle est d'un brun noirâtre et se rapproche de celle que présentent certaines tumeurs mélaniques de la conjonctive.

Madame X... ayant les iris foncés, cette petite tumeur ressemblait aussi à une hernie de l'iris à travers la cornée ulcérée, celle-ci étant légèrement déprimée et formant une rainure autour de la tumeur.

Le médecin de cette dame ayant cru avoir affaire à une phlyctène du pourtour de la cornée avec commencement de ptérygion avait prescrit des collyres astringents. Mais la coloration foncée de cette saillie était incompatible avec l'idée d'une phlyctène ; d'un autre côté, la tumeur étant trop régulièrement arrondie ne ressemblait point à une tumeur mélanique à son début. Enfin, une hernie de l'iris aurait apporté quelques modifications de forme et de couleur dans le reste de cette membrane qui présentait au contraire une intégrité parfaite.

Ces trois hypothèses rejetées, la présence d'un corps étranger d'une nature spéciale devait avoir produit ces accidents. Deux cas analogues que j'avais observés à la clinique de M. Galezowski m'avaient mis sur la voie du diagnostic. Comme dans les cas précédents, le corps étranger en question n'était autre chose qu'une moitié de la cosse d'un grain de millet. L'extraction en fut faite avec des pinces à griffes. Le seul fait à noter dans cette petite opération fut l'adhérence insolite du corps étranger avec la cornée.

M. Galezowski a déjà fait remarquer qu'une cosse de millet ainsi appliquée par sa concavité sur la face convexe de la cornée agit à la manière d'une ventouse, ce qui explique sa fixité. Dans ce cas particulier les bords coupants de la petite cupule avaient fini par ulcérer circulairement la cornée et produire la rainure dont j'ai parlé, ce qui augmentait encore l'adhérence.

Le fait sur lequel j'appelle l'attention, c'est que cette coque une fois enlevée perdit sa coloration noire et redevint jaune, couleur ordinaire des grains de millet.

Il est facile de se rendre compte de ce phénomène. Que l'on prenne le corps étranger lui-même comme je l'ai fait ou une autre coque semblable et que l'on applique sur un œil de verre juste à la limite de l'iris, la teinte reste la même ; mais que l'on humecte l'œil de verre de façon que le corps étranger imbibe et baigne dans le liquide, immédiatement la coloration foncée apparaît, il semblerait que l'humidité lui donne une transparence qui laisse apercevoir l'iris ou bien encore que la teinte de celle-ci se réfléchit sur les bords du corps étranger.

17. Epithélioma de la nuque et du dos (1) ; par L. CAPITAN, externe des hôpitaux.

Hug..., Isidore, âgé de 54 ans, entre le 15 août 1877, à l'hôpital Cochin (service de M. DESPRÈS), pour un vaste épithélioma du dos et de la nuque. Bonne santé ordinaire. Pas d'antécédents héréditaires. Mère et frère morts d'affections du cœur. De naissance il portait à la partie supérieure de la région dorsale, sur la ligne médiane, une petite tumeur érectile grosse comme une petite fraise. En 1862, sans qu'il ait souffert de cette petite tumeur, du pus et du sang commencèrent à sourdre tout autour.

Peu à peu la tumeur s'ulcéra, tantôt se recouvrant de croûtes, tantôt saignant et suppurant. Alors commencèrent à apparaître quelques douleurs lancinantes localisées dans la région et survenant par crises. Malgré l'envahissement progressif des parties voisines par la tumeur, le malade put continuer son métier de vigneron. L'état général resta assez satisfaisant.

Dès l'année 1868, la tumeur aurait eu la même étendue en surface qu'actuellement. Pas d'aggravation de l'état général. Vers l'année 1874, les forces du malade commencèrent à diminuer ; la tumeur avait creusé les tissus sous-jacents surtout sur la ligne médiane.

A la fin de 1875, le malade fut forcé de s'aliter et en 1876 il arrivait à Paris. Il eut alors des alternatives de haut et de bas. Les douleurs étaient plus violentes et malgré cela le malade put encore faire le métier de balayeur non sans être obligé de s'aliter de temps à autre.

(1) Voir une aquarelle dans l'album de la Société.

© BIU Santé

Au commencement de 1877, il fut forcé d'entrer à l'hôpital. Après avoir été dans différents services, il finit par venir à l'hôpital Cochin le 15 août. L'état général est à ce moment fort mauvais; l'amaigrissement notable; teinte jaune paille. Les douleurs depuis quelque temps sont sourdes et continuelles avec périodes d'exacerbation. Elles sont localisées autour de la tumeur : pas d'irradiations.

La tumeur (voir l'aquarelle déposée dans l'album de la Société) occupe presque toute la partie postérieure du cou et une partie de la région dorsale, affectant une forme losangique comme le muscle trapèze. Elle s'étend en hauteur de la troisième cervicale à la septième dorsale : soit 23 centimètres; au niveau de sa partie moyenne, où elle présente sa plus grande largeur, elle occupe tout l'espace compris entre les deux omoplates. Elle est directement en contact avec les masses musculaires sous-jacentes qu'elle a partiellement détruites. Sur les bords, elle semble reposer sur le trapèze ; tandis qu'elle s'enfonce sur la ligne médiane à 4 centimètres environ de profondeur; il n'y a plus trace d'apophyse épineuse. La tumeur est couverte de bourgeons produisant un ichor abondant. Pansement au tannin.

Peu à peu le malade s'affaiblit, la cachexie fait des progrès et le 17 décembre, le malade expire au moment où on l'asseoit pour le panser. Pendant les quelques jours qui précédèrent sa mort, on ne constata aucun symptôme indiquant que la moelle ait été atteinte malgré la profondeur à laquelle la tumeur semblait avoir pénétré, surtout au niveau des première et troisième vertèbres dorsales. Les douleurs étaient devenues plus aiguës avec quelques irradiations au pourtour de la tumeur seulement.

Depuis trois jours il aurait présenté une perte à peu près complète de la vue.

Autopsie 26 heures après la mort. — Adhérences anciennes du poumon droit; un peu de liquide dans les plèvres.

Poumons congestionnés. Cœur petit, mais sain. Foie, rate, intestins normaux. Reins pâles et décolorés. Pylore rétréci; on ne peut introduire qu'avec peine l'index. Ses parois sont épaissies.

La *tumeur* est directement en contact avec les masses musculaires sous-jacentes. Ses bords reposent sur l'aponévrose du trapèze ; mais à mesure qu'on approche de la ligne médiane, la tumeur se creuse ; successivement le trapèze, le rhomboïde en bas et le splénius en haut, puis la masse sacro-lombaire sont profondément atteints et plus ou moins détruits.

Enfin au centre les apophyses épineuses ont complétement disparu; on trouve même deux trajets anfractueux : l'un au niveau de la troisième dorsale et qui communique avec la cavité résultant de la disparition particlle des lames des deuxième ou troisième premières vertèbres dorsales (à ce niveau les méninges sont très-vascularisées), l'autre au niveau de la première dorsale ; celui-ci pénètre jusqu'aux méninges fortement enflammées et très-amincies en ce point. La moelle parait saine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 février. — Présidence de M. Marjolin.

En l'absence de M. Guyon et de M. Tarnier, le fauteuil de la présidence est occupé par M. Marjolin, doyen d'âge.

A propos du procès-verbal, M. Desprès, revient sur le traitement des fractures compliquées de plaie. M. Desprès n'admet pas qu'on puisse attribuer aux pansements antiseptiques seuls la guérison de ces fractures; il cite à l'appui de son opinion la statistique intégrale de l'hôpital Cochin de 1872 à 1878. Dans cette période, M. Desprès a constaté deux phases bien distinctes : dans la première, en 1872 et en 1873, il plaçait ses blessés dans des gouttières et pansait les plaies avec de l'alcool. Cette pratique a donné à M. Desprès une seule guérison sur huit fractures compliquées de plaie.

Devant ces résultats peu encourageants, M. Desprès changea de méthode; depuis 1874 il a toujours employé l'attelle plâtrée simple, avec une cuirasse de diachylum pour recouvrir la plaie, et sur 11 fractures traitées de cette manière il n'y a eu qu'un seul décès.

La proportion est donc entièrement renversée.

M. Desprès ne comprend pas dans cette statistique les cas dans lesquels il a été obligé de faire l'amputation de la cuisse pour gangrène de la jambe à la suite de fracture compliquée. « La conclusion à tirer de ces faits, dit en terminant M. Desprès, c'est qu'une immobilisation rigoureuse constitue le meilleur mode de traitement des fractures compliquées. »

M. Boinet fait observer que pendant la guerre de 1870-71 il a obtenu à l'ambulance du Palais de l'Industrie 66 pour 100 de guérisons, en plaçant les membres fracturés dans des gouttières, et en faisant des pansements réguliers à l'alcool.

M. Verneuil, spécialement visé par M. Desprès, reproche à son contracteur d'avoir attaqué, sans le connaître suffisamment, le travail de M. le Dr Vétu. M. Verneuil pense que la statistique d'un seul hôpital ne suffit pas pour établir une formule de traitement invariable: quand on veut faire de la science large et vraie, il faut comparer et analyser tout ce qui se fait en France et à l'étranger. Les anciens chirurgiens pratiquaient aussi bien l'immobilisation que les chirurgiens de nos jours ; et s'ils ne guérissaient pas les fractures compliquées, on doit attribuer ces insuccès à d'autres causes qu'à une immobilisation défectueuse. Les divers procédés de la méthode antiseptique rendent donc des services réels.

M. Guéniot donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Mandillon, de Bordeaux, qui avait présenté à la Société deux observations des plus intéressantes. Dans la première, il s'agit d'un cas de dystocie par allongement œdémateux des lèvres du col avec prolapsus utérin. Deux tumeurs obstruaient presque le vagin, et faisaient saillie hors de la vulve, l'une en avant, l'autre en arrière : elles étaient bien constituées par les lèvres du col démesurément gonflées. Le travail fut très-long, et M. Mandillon dut terminer l'accouchement avec le forceps.

La seconde observation de M. Mandillon a trait à un sarcôme congénital opéré avec succès par le thermo-cautère, chez un enfant de quatre jours.

Inflammation des apophyses des os pendant la croissance ; ostéïte apophysaire pendant la croissance. — M. Lannelongue communique une note sur une affection de l'adolescence mal décrite, bien qu'elle soit relativement assez fréquente. A l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Lannelongue a eu l'occasion d'observer chez des enfants de dix à quinze ans des ostéïtes limitées à une apophyse; et la marche de ces ostéïtes a présenté chez quelques malades des caractères frappants.

On sait que les apophyses se développent, pour la plupart, comme les diaphyses, dans du tissu cartilagineux préexistant. Dans une première période, jusqu'à l'âge de 10 à 12 ans, les apophyses sont uniquement constituées par du cartilage ; dans une seconde période l'ossification commence par le centre des apophyses, et le noyau osseux est entouré d'une coque qui sert de barrière, et qui, en cas d'ostéïte apophysaire, préserve dans bien des cas les parties voisines de la propagation de l'inflammation.

Après avoir donné le résumé de ses observations, dans lesquelles l'ostéïte occupe la tubérosité antérieure du tibia, l'ischion, le grand trochanter, l'apophyse épineuse d'une vertèbre dorsale, l'apophyse du calcanéum, M. Lannelongue croit pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° Du jour où le premier point d'ossification les a envahies, les apophyses osseuses sont exposées aux mêmes inflammations que le reste de l'os.

2° Les ostéïtes apophysaires subissent les influences générales qui frappent les autres points du squelette ; mais elles ont en plus leur pathogénie propre.

3° Au rhumatisme, à la scrofule ou à la tuberculose héréditaire, il convient d'ajouter les influences émanant de l'exercice d'une profession nouvellement adoptée par les jeunes sujets, ou de la fatigue qui mettent en jeu d'une façon inaccoutumée l'action des muscles dont l'insertion se fait sur cette apophyse.

4° Sous une forme légère, subaiguë, l'ostéïte apophysaire n'a pour résultat qu'une augmentation de volume, une hyperostose désormais définitive, de l'apophyse atteinte. Quelques faits analogues au précédent, m'autorisent à penser que les

© BIU Santé

exostoses dites de *croissance* ont souvent la même origine que les hyperostoses précédentes.

5° L'ostéite suppurative est la forme la plus commune des ostéites apophysaires ; ses conséquences sont celles des suppurations osseuses en général, mais elles sont moins dangereuses que les suppurations épiphysaires proprement dites. L'inflammation, qui gagne l'épiphyse après avoir débuté par l'apophyse à la même gravité que l'ostéite épiphysaire primitive.

M. Perrin déclare qu'il a observé quelques faits de même ordre relatifs à l'âge adulte. Il a aussi noté la coïncidence de ces ostéites apophysaires avec diverses manifestations du rhumatisme ou de la goutte. Cette relation entre la goutte et les maladies des os n'avait pas d'ailleurs échappé à Garrod, qui donne dans son ouvrage une trentaine d'observations pour prouver le fait.

Drainage abdomino-vaginal dans un cas de phlegmon du ligament large. — M. Gillette raconte l'histoire d'une de ses malades qu'il a traitée à l'hôpital Beaujon, pour un phlegmon du ligament large. Il s'agit d'une négresse de 25 ans, qui eut, après sa première couche, un phlegmon du ligament large du côté gauche, avec tous les symptômes classiques de cette affection. Lorsque M. Gillette vit la malade, le phlegmon s'était étendu au petit bassin, avait contourné la partie antérieure de la vessie, et s'était ouvert dans la vessie. La paroi abdominale était amincie, et l'on sentait manifestement la fluctuation. M. Gillette pratiqua une première ouverture sur la paroi abdominale, et une contre-ouverture au niveau du cul-de-sac antérieur du vagin ; puis il passa un gros drain par les deux orifices. Des lavages réguliers détergèrent rapidement le foyer et facilitèrent l'écoulement du pus ; en quelques semaines, la malade était complétement guérie.

Cette observation prouve, d'après M. Gillette, l'efficacité réelle du drainage abdomino-vaginal dans les phlegmons du ligament large.

A la fin de la séance, M. Marc Sée présente un malade syphilitique, atteint d'une tumeur de la parotide qu'on aurait pu prendre pour une tumeur maligne. L'usage du sirop de Gibert a fait diminuer graduellement la tumeur.

Ch. Avezou.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 27 février 1878. — Présidence de M. L. Collin, Vice-Président.

M. le Dr Hurel, lit un travail détaillé et fort intéressant sur la fabrication des brosses à la maison centrale de Gaillon.

Deux cents détenus sont occupés à cette industrie. Le tampico ou soie végétale qui ressemble à du crin, le chiendent, les fibres de coco, etc., sont mis en usage pour cette fabrication. Quelques-unes de ces substances produisent une poussière irritante : il arrive parfois que des ouvriers après une journée de travail ne peuvent plus parler le soir ; aussi les angines, les bronchites, sont-elles beaucoup plus fréquentes chez eux : quant à la phthisie, elle n'est pas plus souvent constatée chez ces détenus que chez les autres. M. le Dr Hurel conseille un certain nombre de précautions hygiéniques : donner aux ouvriers un masque de soie métallique qui sera mis devant la bouche : leur faire interrompre ce genre de travail aussitôt que des accidents apparaissent, etc.

MM. Lunier et Bertillon montrent qu'une statistique sur la mortalité des détenus par la phthisie et portant sur un certain nombre d'années viendrait confirmer les opinions du Dr Hurel.

M. Hurel a fait cette statistique, il lui sera facile de l'ajouter à son travail. M. Hillairet met en doute que les poussières puissent être une cause de la phthisie chez les boulangers, les fondeurs en cuivre, les rémouleurs, etc. : il ne les croit pas capables de produire la phthisie aussi souvent qu'on le dit généralement.

M. Vallin, au nom d'une commission, lit un rapport très-concis et très-clair sur la désinfection par la chaleur dans les établissements sanitaires et hospitaliers. La désinfection est illusoire, dit-il, si on ne désinfecte pas également le matériel qui a servi aux malades qui s'en vont. La chaleur est le moyen le plus efficace et le moins dispendieux : une température de 105° dans des étuves à vapeur suffit. Des recherches récentes montrent que l'application intermittente et répétée d'une température de cent et quelques degrés est le moyen le plus efficace. Enfin, pour certaines affections particulières ou en cas d'épidémie, les matelas, les oreillers devraient être remplis de balle d'avoine; cette substance est brûlée après le départ des malades. L'expérience faite par M. Tarnier, au pavillon de la Maternité, est pleinement confirmative.

M. G. Bergeron lit un travail sur l'irrigation par les eaux d'égout dans la presqu'île de Gennevilliers, et sur la cause réelle des cas de fièvre intermittente qui y ont été observés. Il montre que la fièvre est apparue au voisinage de mares dont l'eau se retirait pendant l'été. On a supprimé ces mares et il n'y a plus actuellement un seul cas de fièvre intermittente à Gennevilliers.

M. Fieuzal répond aux objections qui ont été faites dans la précédente séance par MM. Javal et Napias, à sa communication sur l'emploi des verres colorés. M. Javal lui réplique fort spirituellement.

La Société se forme en comité secret pour entendre leurs rapports sur les élections, faits par MM. Pinard et Napias.

P. B.

REVUE CHIRURGICALE.

I. Etude rationnelle et expérimentale sur le rôle de la pression atmosphérique dans le mécanisme de l'articulation coxo-fémorale ; par J. Girin, thèse de Paris, 1877, Delahaye, etc.

II. Clinique chirurgicale ; appendice contenant dix-huit mémoires de chirurgie ; par le professeur Rizzoli, de Bologne. (Trad. R. Andreini, Paris, Delahaye, 1877.)

III. — Du phlegmon de la cavité péritonéale de Retzius ou phlegmon péri-vésical, par J.-M. Castaneda y Campos, th. Paris, 1888 ; Henry Rey, édit.

IV. — Compression et immobilisation méthodiques par l'air ou par l'eau ; par Chassagny (de Lyon). Paris, Masson, éd., 1877.

V. — On the dressing of stumps ; by Louis Bauer (reprinted from the *St-Louis Clinical Record*. — Nov. and Déc. 1877).

VI. — De l'anthrax des lèvres ; ses complications, son traitement ; par L. Chabbert, Thèse, 1878 ; aux bureaux du *Progrès médical*.

I. Dans la première partie de son travail, l'auteur s'efforce de détruire les objections de MM. B. Anger, Giraud-Teulon et Hermann à la théorie de Weber. Il étudie ensuite certaines particularités anatomiques des surfaces articulaires et notamment la direction de la cavité cotyloïde dont le diamètre perpendiculaire au plan d'ouverture présente une inclinaison de 39°. Le plan vertical qui contient l'axe de la cavité cotyloïde, fait, avec le plan vertical et transversal passant par les centres des deux articulations coxo-fémorales, un angle de 20° ouvert en avant. Les indications données pour l'axe de la cavité cotyloïde ne s'appliquent pas à l'axe du col fémoral dont la position varie avec les mouvements du membre. La présence de l'arrière-fond aurait pour effet de permettre à la pression atmosphérique de s'exercer sur toute la portion intra-cavitaire de la tête fémorale en contact avec cet arrière-fond. Dans son action sur l'articulation coxo-fémorale, la pression atmosphérique a une intensité de 95 gr. par cent. carré, et une intensité totale de 13 kil. 500. Cette pression devrait être plus considérable, mais elle est diminuée par la tension de vapeur de la synovie ; elle agit dans une direction située dans le même plan vertical que l'axe de la cavité cotyloïde et comprise entre l'axe de la cavité cotyloïde et la verticale indiquant la direction de la pesanteur. L'intensité de la pression atmosphérique suffit largement pour neutraliser la pesanteur du membre. Lorsque la pression barométrique diminue, l'équilibre tend à disparaître ; si elle descend à 352 mm. les surfaces articulaires tendent à s'écarter et l'intervention musculaire devient néces

© BIU Santé

saire. Il suit de là que les habitants des plateaux élevés se trouveraient dans de mauvaises conditions au point de vue du fonctionnement de leurs articulations coxo-fémorales.

II. Dans son introduction, le traducteur, après avoir rappelé que l'ostéoclaste de Burns a été inventé par Rizzoli, en 1847, se montre très-surpris de ce que les chirurgiens français n'ont pas accepté avec enthousiasme l'ostéoclasie orthopédique italienne qui consiste : étant donné par exemple un raccourcissement d'un membre inférieur produit par la consolidation vicieuse d'une fracture de cuisse, à briser l'autre fémur pour rétablir l'équilibre. Tout le monde ne partagera peut-être pas cet étonnement.

1° *Des anévrysmes intra-crâniens en général, et plus spécialement d'un anévrysme artérioso-veineux d'une branche de l'artère occipitale gauche perforant le crâne*. La malade, âgée de 8 ans, présentait dans la région occipitale une tumeur pulsatile avec souffle d'expansion ; il survint un hémiplégie gauche et des troubles sensoriels ; elle mourut à la suite d'accidents convulsifs. On trouva à l'autopsie un anévrysme d'une branche de l'artère occipitale gauche communiquant à travers une perforation du crâne avec le sinus latéral droit ; il existait en outre des lésions de la couche optique et de la corne d'Ammon à droite.

2° *Des différentes méthodes de compression dans la cure des anévrysmes* : Guérison d'un anévrysme spontané subclavio-axillaire par la compression mécanique intermittente et d'un anévrysme de l'interosseuse de l'avant-bras gauche par la compression digitale et mécanique.

3° *De l'hydrorachis en général et d'une tumeur congénitate hydroméningée crânienne*. Ce mémoire contient une observation d'hydrorachis congéniale guérie par l'application de l'entérotome écraseur de Rizzoli ; une observation de tumeur hydroméningée crânienne congéniale, guérie par la ponction et la compression à l'aide d'un appareil en plâtre.

4° Tumeurs éléphantiasiques volumineuses du nez, guéries par l'excision. — 5° De l'emploi du galvano-caustique dans l'amputation de la langue (1 cas de guérison).

6° *Résection du sternum et des cartilages costaux*. L'auteur passe en revue les opérations de ce genre pratiquées par les chirurgiens italiens. Les principaux dangers tiennent au voisinage des artères mammaires et du péricarde. Il a pratiqué l'ablation du sternum et de plusieurs cartilages costaux, les parties réséquées se sont régénérées et la guérison se maintient au bout de 16 ans.

7° Cancroïde de la région épigastrique, intéressant le péritoine, guéri par l'excision ; 8° papillôme de l'ombilic guéri par l'application de caustiques ; 9° nouvelle fracture artificielle du fémur droit en cas de claudication du côté gauche.

10° *Du traitement de quelques fausses articulations consécutives à des fractures traumatiques*. Quelquefois la consolidation des fractures se fait longtemps attendre même chez des sujets sains et robustes ; elle finit par s'effectuer sans le secours de procédés dangereux si la coaptation est maintenue assez longtemps. Il arrive que ce moyen est insuffisant ; l'auteur a guéri une pseudarthrose du fémur droit par la lacération des brides.

11° *De l'onychie ulcérée lurideuse* et de l'onychie maligne : dans l'onyxis ulcéreuse simple, on peut employer, avec avantage, le nitrate de plomb proposé par Vanzetti ; il produit une escharre dure qui protége contre les pressions de l'ongle et calme la douleur. Rizzoli préfère l'extirpation qu'il pratique avec une pince spéciale dont une des branches présente un bord tranchant.

12° Observations de fistules uréthropéniennes. — 13° De l'anus vulvaire. — 14° du traitement de quelques fistules recto-vulvaires et recto-vaginales.

15° *Des excroissances et tumeurs qui se développent à l'intérieur et à l'orifice de l'urèthre chez la femme et de leur traitement* : Ce chapitre contient des observations d'intumescence de la caroncule uréthrale, d'angiome de l'urèthre, du clitoris et de la grande lèvre, de prolapsus de l'urèthre, de polypes uréthraux, d'épithéliome, de kystes et de fibro-myomes périuréthraux. 16° Procédés opératoires d'amputation totale ou partielle du col de l'utérus. — 17° Prolapsus utérin.

18° *Des causes anatomo-physiologiques qui font cesser la circulation du cordon ombilical et rendent superflue la ligature*.

Les causes qui font cesser la circulation des vaisseaux sanguins du cordon ombilical plus ou moins tôt après la naissance consistent : dans la mort du cordon et du placenta, dans les changements de la circulation sanguine du cœur et des poumons qui accompagnent la respiration du nouveau-né, dans la contraction et le rétrécissement des artères intra-abdominales, dont les parois s'hypertrophient à proximité de l'anneau ombilical, et dans la constriction de ces mêmes vaisseaux par l'aponévrose ombilicale qu'ils traversent. Quand la circulation a cessé dans le cordon on peut le couper sans le lier et il n'y a pas ordinairement d'hémorrhagie : il est cependant plus prudent de faire une ligature. Le cordon peut s'éliminer seul ; la section avec les dents ou la dilacération avec les mains ne sont ordinairement pas suivies d'hémorrhagie.

III. Après avoir résumé les avis divers des auteurs sur la cavité de Retzius, M. Castaneda y Campos montre qu elle peut être le siége de phlegmons qui présentent des caractères spéciaux. Ces phlegmons, dont la cause échappe quelquefois, sont en général liés à des lésions inflammatoires des organes abdominaux ou pelviens. Leurs symptômes sont, au début, la rétention d'urine, plus rarement des accidents d'obstruction intestinale avec une douleur hypogastrique, avec irradiations sous forme de colique. Puis, on voit apparaître une tumeur hypogastrique médiane, appréciable à la vue, au palper abdominal, au toucher vaginal et rectal ; elle donne la sensation d'une vessie distendue, mais la miction reste normale. Ils peuvent se terminer par résolution, induration ou suppuration ; dans ce dernier cas, l'évacuation du pus se fait, soit du côté de la peau, soit dans un des organes pelviens, soit dans le péritoine. Le pronostic varie suivant la marche. Au début, on peut chercher la résolution, mais dès que la fluctuation est constatée, il faut se hâter d'ouvrir.

IV. La méthode de M. Chassagny consiste à recouvrir ou à entourer les parties que l'on veut comprimer ou immobiliser, avec des sachets de caoutchouc fixés par une pièce de toile assez large ; quand l'appareil est en place, on insuffle le sachet, on y injecte de l'eau : on obtient ainsi une compression douce et uniforme. Ces appareils présenteraient cet avantage, que lorsqu'on les applique sur la partie moyenne d'un membre, ils n'amènent pas l'œdème et l'engourdissement de l'extrémité laissée nue ; cette particularité serait due à ce que la compression ne se termine pas par un bord tranchant comme dans les appareils ordinaires, mais par un bord arrondi et mou, incapable de former étranglement. Cette méthode peut être appliquée à l'immobilisation des fractures et servir à l'occlusion hermétique des plaies.

V. Les plaies se réunissent par un travail particulier que le chirurgien ne peut pas activer ; s'il a éloigné toutes les causes qui peuvent retarder la cicatrisation, son but est atteint. Ce qu'il faut éviter avant tout, c'est la compression des lambeaux qui entrave l'organisation ; l'auteur proscrit absolument les bandelettes agglutinatives. Les pansements de Lister et d'Azam qui ont plus d'un point de ressemblance sont défectueux à plusieurs titres, mais principalement à cause de la présence des drains et des sutures profondes, qui agissent comme corps étrangers et augmentent la suppuration. Il reconnait bien les propriétés antiseptiques du pansement de Lister, mais on peut obtenir d'aussi bons résultats par d'autres méthodes ; les bactéries ne sont pas des monstres aussi redoutables qu'on veut bien le dire. Le pansement des plaies d'amputation de M. Bauer se rapproche beaucoup de celui qui a été préconisé par M. Burow, de Kœnisberg. Il préfère les procédés à lambeaux, parce que les lambeaux pourvus de vaisseaux peuvent être rapprochés avec plus de chances de réunion ; et parce qu'ils ne laissent entre eux qu'un espace conique, tandis que dans la méthode circulaire on laisse vide un espace cylindrique de même diamètre. Il lie tous les vaisseaux, même les veines et laisse la plaie ouverte jusqu'à ce qu'il ne s'écoule plus de sang. Il réunit lâchement les surfaces par des sutures sans rien interposer entre les lambeaux. Mais tandis que Burow préfère les bandelettes adhésives pour les moignons des extrémités supérieures, il les proscrit absolument. Il re-

© BIU Santé

couvre la plaie avec des compresses mouillées d'eau tiède et maintenue par une pièce de soie huilée. Le moignon est ainsi maintenu continuellement dans une atmosphère humide et à une température constante.

IV. La gravité de l'anthrax des lèvres est due à la présence d'un plexus veineux qui, d'après les recherches antérieures de l'auteur (1), serait surtout abondant au niveau du lobule médian et des commissures; ce plexus occupe le bord libre, il est sous-tégumentaire et a son origine dans la peau et dans la muqueuse. Le sang veineux qui sort des lèvres se rend dans la veine faciale, son courant va de haut en bas; on ne peut expliquer la propagation de la phlébite à la veine ophthalmique que par la lenteur de la circulation veineuse due à la disproportion du plexus veineux et du plexus artériel, ce dernier étant beaucoup moins considérable.

L'auteur pense que le traitement de l'anthrax des lèvres par l'incision cruciale, donne naissance aux complications au lieu de les prévenir; il ne conseille pas l'expectation qui a donné quelques succès. La cautérisation serait le seul traitement rationnel; il faut préférer le fer rouge ou le thermocautère.

Ch. FÉRÉ.

CORRESPONDANCE

Les femmes médecins.

Paris, 25 février 1878.

Monsieur le Rédacteur,

Le *Progrès médical* se montre si constamment l'ami de la liberté et de la justice, que je n'hésite pas à porter à votre connaissance un fait de la plus haute importance, pour l'instruction supérieure des femmes en Angleterre. Le 15 janvier 1878, l'Université de Londres a admis à ses examens, les femmes, au même titre que les hommes. Cette résolution a été prise par :

242 pour
132 contre

Majorité : 110 voix.

Le même jour, le "*Times*" publiait la lettre suivante, de M. le professeur Vulpian, doyen de la Faculté de Paris, en réponse à une lettre de M. Morton, doyen de l'école de médecine pour les femmes, à Londres. Cette lettre, dont les termes ont certainement contribué au vote favorable pour les femmes, est ainsi conçue :

Faculté de médecine de Paris.

Paris, 7 janvier 1878.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous donner les renseignements que nous me demandez. Le nombre des femmes qui se sont fait inscrire à la Faculté de médecine de Paris, depuis 1865, est de 32.

Sur ce nombre, 9 ont obtenu le diplôme de docteur, ce sont : mesdames Garrett, 1870; Putnam, 1871; Brés, 1875; Ribais, 1876; Barker, 1877; Bowell, 1877; Ocounkoff, 1877; Gortschakoff, 1877; Dahms, 1877. 23 sont encore en cours d'études. Sur ce nombre, on compte 6 anglaises, 12 russes, 5 françaises. La conduite et la tenue de ces femmes, leur assiduité aux cours, n'ont donné lieu à aucun blâme.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments très-distingués.

Le doyen de la Faculté,
A. VULPIAN.

Une erreur de chiffre s'étant glissée dans la lettre de M. le prof. Vulpian (attendu que le nombre de femmes anglaises, en cours d'études, est de 14 et non de 6), madame Chaplin-Ayrton, élève en médecine, a saisi cette occasion pour écrire une lettre au "*Daily News*", qui l'a publiée le 6 courant. La conclusion de cette lettre exprime si bien les résultats de ma propre expérience que je ne puis pas mieux faire que d'en reproduire les termes : « Le Docteur Vulpian parle, dans des termes bienveillants, des femmes élèves en médecine; mais ce sont seulement ces femmes elles-mêmes qui peuvent juger et reconnaître la courtoisie et la bonne camaraderie dont font preuve les étudiants en médecine dans toutes les circonstances, soit aux cours, soit dans les laboratoires ou dans les hôpitaux. »

Jeanne E. SCHMAHL,
Elève en médecine.

(1) Voir *Progrès médical*, 1877, p. 734.

VARIA

De la nutrition dans l'hystérie à propos de la théorie de M. Empereur.

Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reproduire le compte-rendu que la *Gazette hebdomadaire* a donné de cette thèse intéressante, en le modifiant seulement sur un point qui concerne l'*historique* de la question. Voici l'extrait de la *Gazette* (1877, n° 49, p. 786.)

M. Empereur, en choisissant comme sujet de thèse l'étude de la nutrition dans l'hystérie, a abordé une question qui, malgré son intérêt, avait été presque complètement passée sous silence par Landouzy et même par M. Briquet, à qui on doit un traité si consciencieux et si complet de cette affection : cette étude était difficile à faire, car elle exige non-seulement un assez grand nombre de faits, mais des connaissances chimiques et physiologiques, aussi ne faut-il pas s'étonner qu'elle ait demandé plusieurs années de recherches à son auteur qui a su faire un travail original, intéressant et rempli de documents importants.

On sait combien, chez les hystériques, les troubles digestifs sont variés: il y a chez elles une véritable perversion des fonctions digestives : tandis que les unes se nourrissent d'une manière exagérée, les autres, au contraire, mangent peu ou pas du tout; souvent même il y a alternance de ces deux états. Ce n'est pas un des phénomènes les moins bizarres de cette affection, que de voir des malades s'abstenir de toute nourriture pendant des semaines et même des mois et vivre de leur propre substance. Qu'on oblige le malade à prendre une nourriture quelconque, les aliments sont presque aussitôt rejetés par des vomissements qu'il est possible de classer de la manière suivante : vomissements sanguins, vomissements alimentaires, vomissements glaireux, vomissements bilieux et enfin vomissements fécaloïdes. M. Empereur étudie ces vomissements en particulier au point de vue physiologique et au point de vue clinique, et montre que dans l'hystérie l'urée provenant des vomissements est abondante et est un signe précieux pour le diagnostic. Le fait le plus important à signaler, car il fait comprendre la possibilité de l'entretien des fonctions vitales alors même que la malade ne mange pas ou qu'elle rejette tout ce qu'elle a ingéré, c'est que la désassimilation se fait si incomplètement que les urines ne contiennent que quelques centigrammes d'urée par 24 heures.

C'est là un point sur lequel M. Charcot paraît avoir appelé le premier l'attention dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux*, faites à la Salpétrière (21 mai 1872). Voici dans quels termes :

« Le chiffre presque insignifiant d'urée évacuée dans les 24 heures par notre malade (1), (Etchev...), soit par l'urine, soit par les vomissements a sans doute frappé votre attention. Durant une période de 12 jours, avons-nous dit, elle n'avait rendu quotidiennement que 5 grammes d'urée. Ce chiffre est bien inférieur, vous le voyez, à celui que Scherer a trouvé chez un aliéné qui jeûnait depuis trois semaines; 9 à 10 grammes d'urée en 24 heures, voilà quel était ce chiffre. Nous avons vu, d'ailleurs, qu'il n'y a pas lieu de faire intervenir dans notre cas une évacuation supplémentaire par les selles ou les sueurs. Or, dans toute intoxication, et l'urémie n'échapperait vraisemblablement pas à cette règle, il faut tenir compte de l'élément *dose*.

» Eh bien, n'est-il pas vraisemblable que cette diminution même du chiffre de l'urée, à laquelle correspondait sans doute une diminution corrélative des matières dites extractives, doit rendre compte, chez notre malade, de l'absence de tout symptôme d'intoxication urémique ?

» Nous sommes ainsi amené à admettre que, chez Etchev...., il a existé, pendant tout le temps qu'a duré l'ischurie un ralentissement dans les phénomènes de désassimilation, se traduisant par une diminution absolue du chiffre des matières excrémentitielles.

» Cette condition, d'ailleurs, est peut-être commune à tout un groupe d'hystériques. Il y a longtemps qu'on a remarqué, en effet, que certains de ces malades résistent admirablement, dans le cas de vomissements incoercibles, à une alimentation très-restreinte, insuffisante, sans perdre de leur embonpoint et sans qu'il en résulte des troubles notables de la santé. Il serait assurément intéressant, en pareille occurence, d'analyser comparativement, jour par jour, le sang et les urines afin d'y déterminer la portion de l'urée et des substances extractives. Il serait possible, qu'à l'aide de ce moyen, on obtint la solution du problème, que je ne puis qu'indiquer aujourd'hui. »

M. Bouchard et M. Brouardel sont revenus un peu plus tard

(1) Les analyses de l'urine et des matières vomies provenant de cette malade ont été faites par M. Gréhant.

© BIU Santé

sur ce point; enfin, M. Empereur l'a développé avec de nombreuses analyses à l'appui.

La thèse d'agrégation.

Mais la thèse? me dira-t-on; car cette suprême épreuve, la seule qui distingue les concours pour l'agrégation de nos concours du majorat, la thèse ne demande pas, à elle seule, moins de quinze jours pour être rédigée et imprimée. La réponse est toute simple. Un mois avant l'ouverture du concours, distribuer leurs sujets de thèse à tous les concurrents inscrits. Ils emploieront ce mois à la rédiger. Puis, ceux-là seuls auxquels les épreuves éliminatoires auront réussi, la feront imprimer (ce qui peut se faire en quatre jours); quant aux autres concurrents : eh bien! il n'y aura qu'un peu d'huile et d'encre de perdus, et ce n'est point là une plaie mortelle. — (*Lyon médical*).

La mesure à laquelle on a cru devoir s'arrêter consiste à donner les sujets de thèse, après la seconde épreuve; mais, comme autrefois, les sujets sont tirés au sort. Tantôt, un heureux hasard fait que quelques candidats tombent sur des sujets qu'ils ont, depuis longtemps, étudiés avec soin; tantôt, le sort paraît s'amuser et attribue un sujet qui relève de l'histologie à un infortuné qui ne la connaît pas et un sujet de thérapeutique à un histologiste.

Nous avons indiqué quel était selon nous le meilleur moyen, non-seulement d'avoir de bonnes thèses, qui feraient honneur à la Faculté, mais surtout d'encourager les jeunes gens laborieux et de les pousser dans la voie des recherches à partir du jour où, internes des hôpitaux, ils peuvent sérieusement étudier. Ce moyen consiste, nous le répétons, à laisser les candidats présenter comme thèse le résumé ou l'exposé complet de leurs travaux. Aujourd'hui, le candidat à l'agrégation qui a fait des découvertes personnelles, qui a publié des mémoires sérieusement élaborés, n'a pas plus d'avantages que le candidat qui n'a rien fait. Cela est injuste.

Souscription publique pour élever un monument à Claude Bernard.

La Société de biologie, dont Claude Bernard a été l'un des fondateurs, qui a vu naître tous ses travaux et qui, depuis onze ans, l'avait placé à sa tête, a considéré comme son devoir de prendre l'initiative d'une souscription publique destinée à élever un monument à la mémoire de l'homme dont la France porte le deuil.

Elle a choisi dans son sein une commission composée de :

MM. Houel, vice-président; Dumontpallier, secrétaire général, médecin des hôpitaux; Vidal, médecin des hôpitaux, Bert, professeur à la Faculté des sciences; Ranvier, professeur, au Collége de France; à laquelle elle espère que les grands corps savants (Conseil supérieur de l'Instruction publique, Académie des sciences, Académie française, Collége de France, Muséum, Faculté des sciences, Faculté de médecine, Académie de médecine), auxquels appartenait Claude Bernard, voudront bien y associer chacun un délégué.

C'est à cette commission générale, lorsque le chiffre de la souscription sera connu, que reviendra le soin de déterminer l'emploi des sommes qui lui auront été confiées.

Toute autre parole serait superflue.

La Société de biologie doit seulement faire savoir que M. le ministre de l'instruction publique a bien voulu l'autoriser à inscrire son nom en tête de la liste de souscription.

Les souscriptions seront reçues aux différents journaux qui auront inséré la présente note, et chez le secrétaire du Collége de France, M. Bouchou-Brandely. Elles seront ensuite centralisées entre les mains du trésorier de la Société de biologie, M. Joannes Chatin, et déposées au Crédit foncier en un compte courant spécial.

Pour la commission d'initiative :
Houel, *vice-président.*
Dumontpallier, *secrétaire-général.*

Circulaire de M. le directeur de l'Assistance publique de Paris.

M. le directeur de l'administration de l'Assistance publique a adressé, à MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux, la circulaire suivante :

« Monsieur le docteur,

» Un arrêté de M. le ministre de l'intérieur, rendu sur la proposition de M. le préfet de la Seine, vient de me confier la direction de l'administration de l'Assistance publique. J'aurais désiré vous faire part de ma nomination au lendemain même de mon installation, mais une indisposition subite m'a empêché, jusqu'à ce jour, de prendre définitivement possession de mon poste. En vous donnant le motif du retard involontaire que j'ai mis à entrer en relations avec vous, je tiens à vous faire connaître par avance mon profond désir d'inaugurer dès maintenant nos bons rapports et de les voir se perpétuer dans l'avenir.

» J'ai, monsieur le docteur, pour le grand Corps médical des hôpitaux de Paris, le respect absolu que ne peut manquer d'inspirer une réunion d'hommes aussi éminents. Ma ferme volonté est de lui réserver, dans l'étude des questions si diverses que comporte l'administration hospitalière, la plus large part. Je désire même qu'en ce qui touche au côté scientifique, son avis, toujours demandé, devienne prépondérant, Je ne veux pas que l'on puisse dire que l'administration se refuse à l'exécution des mesures jugées utiles aux malades par ceux-là mêmes dont la tâche est de les soigner et de les guérir.

» J'aurai donc constamment recours à vos lumières, je solliciterai vos conseils, et vous trouverez, je crois pouvoir le déclarer hautement, auprès du nouveau directeur de l'Assistance publique la résolution bien arrêtée de faire prévaloir, de concert avec vous, toutes les réformes utiles réclamées par l'intérêt de cette population souffrante que nous avons la mission commune de soulager et de secourir.

» Agréez, etc.

» *Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique,*
» Michel Möring. »

Concours d'agrégation

La deuxième série d'épreuves (leçon de 3/4 d'heure après 3 heures de réflexion) commence aujourd'hui 1er mars et continuera tous les jours à 5 heures, sauf le dimanche et sans interruption, même durant les jours gras. 1er *mars* (Lundi) : MM. Robin et Regimbaud; — 2 *mars* : Carrieu et Looten; — 4 *mars* : MM. Pitres et Laure; — 5 *mars* : Straus et Maigret; — 6 *mars* (Mercredi) : Benech et Demange; — 7 *mars* (Jeudi) : MM. Homolle et Hallopeau; — 8 *mars* (Vendredi) : MM. Raymond et Spillmann; — 9 *mars* (Samedi) : MM. Labadie-Lagrave et Du Castel; — 11 *mars* (Lundi) : MM. Joffroy et Debove; — 19 *mars* (Mardi) : MM. Rathery et Teissier; — 20 *mars* (Mercredi) : MM. Quinquaud et Rendu; — 21 *mars* (Jeudi) : M. Bourceret.

6. Traitement de l'asthme (*Aubrée*).

Prenez : Racine de polygala.....	2 grammes.
Faites bouillir dans : Eau.....	125 —

Pour réduire par la décoction à 60 grammes. Passez la décoction à travers une étamine, et ajoutez :

Iodure de potassium.....	15 grammes.
Sirop d'opium.....	120 —
Eau-de-vie.....	60 —

Colorez la liqueur avec :

Teinture de cochenille.....	q. s.

Filtrez.

Le malade prendra chaque jour trois cuillerées à bouche de cet élixir, le matin à jeun, dans le milieu de la journée et le soir, jusqu'à cessation de l'asthme. C'est à peu près, comme le fait remarquer M. Trousseau, 3 grammes d'iodure de potassium par jour.

7. Traitement de l'asthme (*H. Green*).

Prenez : Iodure de potassium.....	8 grammes.
Décoction de polygala.....	100 —
Teinture de lobelie.....	ana 25 grammes.
Teinture d'opium camphré.....	

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Pinard commenceront le vendredi 15 mars, à 4 h. 1/2, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et sera divisé en quatre parties : 1° Anatomie, grossesse normale et pathologique; 2° Eutocie; 3° Opérations et dystocie; 4° Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

M. le Dr Alph. Thévenot recommencera son cours public d'accouchements le lundi 4 mars 1878, à 5 h. du soir, 17, rue Séguier, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 21 février 1878, on a déclaré 1150 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 12; rougeole, 34 scarlatine, 1; variole, »; croup, 27; angine couenneuse, 32; bronchite, 59; pneumonie, 111; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3; choléra nostras »; affections puerpérales, 9; érysipèle, 10; autres affections aiguës, 276; affections chroniques, 498, dont 183 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 51; causes accidentelles, 27. — Les 1,150 décès ci-dessus donnent une proportion de 30,1 par 1,000 habitants et pour l'année.

Concours. — Le concours pour une place de pharmacien en chef des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. Villejean, interne en pharmacie à l'hôpital de la Pitié. — (*Union médicale*).

Concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ou-

© BIU Santé

vert le samedi 30 mars 1878, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, n° 47. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le vendredi 1er mars jusqu'au samedi 16 mars inclusivement, de onze heures à trois heures.

Banquet de l'Internat. — La commission du banquet de l'internat a décidé que le banquet de l'internat aurait lieu, cette année le samedi 18 mai, c'est-à-dire la veille de la réunion générale de l'Association des médecins de France. (*France médicale.*)

Nominations. — Par arrêté ministériel en date du 3 janvier, M. Viallet, docteur en médecine et docteur ès-sciences, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé professeur suppléant à la Faculté des sciences de Dijon. — M. Griffon du Bellay, médecin en chef de la marine, vient d'être nommé par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, aux fonctions de directeur de la santé à Saint-Nazaire. Cet officier supérieur est placé hors cadres.

Nominations. — Par décret du Président de la République en date du 23 février 1878, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine : *Au grade de médecin en chef.* M. Briou (Jean-Baptiste-Marie-Toussaint), médecin principal. *Au grade de médecin principal:* 2e tour, (choix). M. Allanic (Adolphe-Gustave-Marie), médecin de 1re classe.

Prix. L'association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques, réunie jeudi 21 février en assemblée générale annuelle, dans l'hôtel de la Société d'encouragement, a entendu un très-remarquable rapport de M. Frédéric Passy, membre de l'Institut, sur les récompenses décernées cette année par l'Association. M. Germond de Lavigne, secrétaire général, a présenté un intéressant résumé de la situation et des travaux de l'œuvre. Le compte rendu de la situation financière a démontré que la marche et la prospérité matérielle de l'Association n'ont pas subi de temps d'arrêt.

Au bureau siégeaient, comme membres du Conseil d'administration, M. L. Kœnigswarter, correspondant de l'Institut, président; MM. Crivelli, Chaix, Richard (du Cantal), vice-présidents; Collaux, Léon Fontaine, Gindre Malherbe, marquis de Ginestous, Sextius Michel, maire du XVe arrondissement, et Petitbon.

Nécrologie. — Le *Lyon médical* nous apporte la triste nouvelle de la mort de notre ancien collègue, Jules-Aimé Michaud, qui vient de mourir à Alger. Michaud avait été reçu interne des hôpitaux en 1866. Il termina son internat dans le service de M. Charcot et fit, sous la direction de notre maître, une remarquable thèse intitulée : *Sur la méningite et la myélite dans le mal vertébral* (1871). Il quitta Paris après le siége, pour se fixer à Saint-Etienne. Peu après il fut nommé, à la suite d'un concours, chirurgien de l'hôpital de cette ville et l'an dernier après un nouveau concours, il avait été nommé chirurgien-major de la Charité de Lyon. — Tous ceux qui ont connu Michaud s'associeront à nos regrets.

— La *Gazette médicale de Bordeaux*, dans son numéro du 21 février, nous annonce la mort du Dr Eugène Bermond, ancien chef interne et chirurgien de l'hôpital Saint-André. Il était âgé de 68 ans.

— M. de Rochas, auteur d'une thèse intitulée : *Essai sur la topographie hygiénique et médicale de la Nouvelle-Calédonie* (1860), et d'un ouvrage ayant pour titre : *Les Parias de France et d'Espagne*, vient de mourir à Paris. Il n'avait que 45 ans. (*Union médicale.*)

—M. le Dr Loustalot, médecin à Dax, vient de mourir dans cette ville. — M. le Dr Edgard Magnaud, de Villeneuve-sur-Lot, vient de mourir à l'âge de 33 ans.

En vente **aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL,**
De midi à cinq heures.

Diagrammes pour reporter, au moment de l'autopsie, les *lésions cérébro-spinales*, par E. C. Séguin. Prix, la feuille: 0 fr. 10 c. — On trouve également aux bureaux du journal des feuilles reproduisant les principales figures insérées dans les leçons de M. Charcot sur les *Localisations cérébrales.*

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, pl. de l'École-de-Médecine.

Dreyfus-Brisac. — De l'ictère hémaphéique, principalement au point de vue clinique. Paris, 1878, in-8 de 103 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. Service de M. Frémy. Salle Sainte-Martine : 1, tuberculose; 2, néphrite; 3, hystérie; 9, pleurésie gauche; 10, 11, 12, tuberculose; 13, diabète; 14, 15, 17, 19, 24, tuberculose; 16, chlorose; 17, langue noire; 21, 23, rhumatisme chronique. — Salle Saint-Denis : 1, hémiplégie; 2, 10, hépatite; 3, 5, 7, tuberculose; 10, tubercules cérébraux; 13, 14, 15, 16, tuberculose (formes et traitements divers); 12, fièvre typhoïde; 22, pleurésie; 23, ascite; 4, 24, atrophie musculaire progressive.

Service de M. Guéneau de Mussy. Salle Saint-Charles (H.): 3, hémiplégie gauche avec contracture et atrophie musculaire, tremblement réflexe (épilepsie spinale) dans les membres inférieurs; 4, paralysie et atrophie musculaire; 20, paralysie faciale périphérique, abolition du goût dans les 2/3 antérieurs de la langue, abolition de la contractilité faradique. — Salle Ste-Madeleine (F.) : 2, croup, diphthérie bronchique chez une adulte, *trachéotomie, guérison*; 6 *bis*, rétrécissement mitral.

Service de M. Richet. Salle Saint-Landry: 7, fracture du 3e métatarsie; 11, kyste du corps thyroïde, drainage; 13, irido-choroïdite, iridectomie; 23, fracture de jambe compliquée de plaies, esquilles. — Salle Notre-Dame : 5, fracture du col de l'omoplate; 9, kyste ovarique, fibrome utérin, arrêt de grossesse, issue par le vagin d'os fœtaux ; 12, ophthalmie purulente.

Chirurgie. Service de M. Cusco, suppléé par M. Terrillon. Consultation: mardi et samedi, à 10 heures. — Organes des sens et de la voix, jeudi à 9 heures. — Salle Saint-Côme : 2, corps étranger du pharynx; 3, sténose de l'urèthre récidivée après une uréthrotomie interne datant de 10 ans; 5, angioleucite superficielle tronculaire du membre supérieur; 8, ablation de tumeur mixte parotidienne, pansement Lister; 13, mal de Pott dorsal et lombaire;

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Gombault. Salle Sainte-Marthe : 1, ataxie locomotrice; 26, paralysie générale; 40, sclérose en plaques; 45, paraplégie; 48, paralysie radiale. — Salle Sainte-Geneviève : 7, pleurésie, anasarque sans albuminurie chez une nouvelle accouchée; 38, rhumatisme articulaire aigu, saturnisme, hystérie; 38, angine de poitrine. — Salle N.-Dame: 4, eczéma; 5, chorée hystérique; 23, péritonite cancéreuse; 31, hématémèse supplémentaire de la grossesse; 33, insuffisance mitrale, asystolie, grossesse; 36, pneumonie. — Salle St-Michel :, 2, insuffisance aortique; 3, insuffisance et rétrécissement aortique; 8, dilatation des bronches; 11, pleurésie avec épanchement; 25, pleurésie purulente; 34, sarcome de la fosse iliaque. — Salle Saint-Benjamin : 1, pleurésie ancienne; 14, mal de Bright; 19, atrophie papillaire; 20, atrophie musculaire progressive; 22, péri-typhlite. — Salle Sainte-Claire : 3, affection cardiaque; 5, ostéomalacie; 10, néphrite interstitielle; 11, insuffisance mitrale; 38, fièvre typhoïde; 47, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Eugénie : 3, ataxie locomotrice, crises gastralgiques; 5, phlegmon des ligaments larges, post-puerpéral; 16, polype muqueux du col utérin; 24, carcinome hépatique; 26, goître exophthalmique. — Salle St-Raphaël : 3, paralysie syphilitique; 5, insuffisance aortique; 11, pleurésie gauche aiguë, déplacement du cœur; 25, néphrite interstitielle. — Salle St-Louis : fracture sus-malléolaire; 26, mal de Pott; 34, hernie ombilicale; 52, rétrécissement de l'urèthre. — Salle Saint-Augustin : 8, adénôme du sein; 15, contracture du jambier postérieur; 19, fistule recto-vaginale. — Salle St-Jean (F.): 4, phlegmatia alba dolens double, suite de couches; 6, syphilis secondaire, plaques muqueuses vulvaires; 11, gomme périostique de la clavicule gauche, rétrécissement mitral; 13, contusion de la face, rétrécissement et insuffisance aortique; 15, fibrome utérin multiple sous-péritonéaux; 24, chancre induré du périnée.

Chirurgie. Salle Saint-Gabriel (H.) : 1, fracture de la rotule; 5, gangrène séuile du pied et de la partie inférieure de la jambe; 26, fracture de cuisse, appareil Hennequin; 29, fracture des vertèbres lombaires; 33, épididymite suppurée traumatique; 37, fracture de la rotule.

Vin de Catillon à la glycérine et au quinquina.

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans constipation et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, anémie, chlorose, diabète*, etc.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la glycérine de Catillon.

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de migraine venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer, quinquina et glycérine.

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue : *sujets lymphatiques, scrofule, syphilis, phthisie*, etc,

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

La glycérine, succédassé de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre de diluer la créosite, ce qui est une condition essentielle de ses succès dans la phthisie. Grâce à sa solubilité le titre de cette préparation a pu être élevé à 0 gr. 20 par cuillerée. Cette dose, délayée dans un verre d'eau rougie, lui donne la saveur d'un vin coupé d'eau de goudron un peu forte et se prend sans plus de difficulté.

Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

20, fistule périnéale; 21, 24, angioleucites superficielles du membre inférieur.

Hôpital Necker. Service de M. Chauffard. Salle Saint-Luc (H.) : 9, paralysie générale; 14, péritonite tuberculeuse; 18, tumeur cérébrale; 27, coliques saturnines, hémianesthésie; 28, symphyse cardiaque; 31, rétrécissement mitral; 32, insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Eulalie (F.) : 4, néphrite parenchymateuse; 9, insuffisance mitrale; 16, paralysie rhumatismale du deltoïde; 28, coliques hépatiques; 30, affection mitrale.

Service de M. Delpech. Salle Saint-Ferdinand (H.) : 6, hydrargyrique; 8, diabète insipide; 12, paralysie générale; 18, pneumonie; 23, pleurésie; 30, rhumatisme articulaire aigu; 36, insuffisance mitrale, congestion hépatique. — Salle Sainte-Anne (F.) : 3, pelvi-péritonite puerpérale; 4, hémorrhagie cérébrale; 5, cancer de l'intestin; 6, rhumatisme subaigu; 17, insuffisance et rétrécissement aortique; 21, phlegmon du ligament large; 23, fièvre typhoïde; 25, rétroflexion utérine.

Service de M. Blachez. Salle Saint-Louis (H.) : 5, emphysème; 10, hémorrhagie cérébrale; 11, insuffisance tricuspide; 13, cirrhose hépatique; 23, pleurésie gauche; 24, endo-péricardite; 25, insuffisance mitrale; 30, fièvre intermittente. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 2, rhumatisme noueux; 3, ulcère simple de l'estomac; 4, pleurésie gauche; 7, fièvre continue; 14, phthisie galopante; 20, insuffisance mitrale; 24, leucocythémie, pneumonie du sommet.

Service de M. Broca. Salle Ste-Marie. (F.) : 11, kyste hydatique de l'avant-bras; 23, perforation du voile du palais avec tumeur épithéliale du pharynx. — Salle St-Pierre. (H.) : 1, scapulalgie; 16, entorse sous-astragalienne; 24, arthrite sous-astragalienne; 25, phlegmon diffus du membre supérieur; 26, scapulalgie; 27, gommes; 28, fistules urinaires; 31, morsure de cheval, fractures du radius; 32, épithélioma du plancher de la bouche; 37, luxation du coude en dedans; 40, tubercules du testicule, de la prostate et des vésicules séminales; 43, abcès ossifluent de la fesse; 45, plaie de la bourse séreuse prérotulienne; 53, valgus pied plat douloureux.

Service de M. Guyon, Salle St-Vincent. (H.) : 1, cystite chronique; 3, rétrécissement, cystite; 4, fongus de la vessie; 5-10, cystite tuberculeuse; 8, infiltration d'urine; 9, pyélo-néphrite; 11, ataxie, rétention d'urine; 21, calcul de la vessie; 28, cystite tuberculeuse. — Salle St-André. (H.) : 1, coxalgie; 7, fracture comminutive du coude; 14, abcès froid du sternum; 18, tétanos subaigu; 19, fracture de la rotule; 30, fracture sus-malléolaire. — Salle Sainte-Cécile. (F.) : 1, rétention d'urine, hystérie; 2, onyxis; 3, tumeur du rectum; 5, arthrite du tarse; 10, anus contre nature; 11, fracture de l'humérus; 12, kyste de l'ovaire; 13, tumeur blanche du genou.

Hôpital de Lourcine. Service de M. Martineau. Clinique les mercredis. Salle Saint-Alexis : 14, métrite généralisée, herpétique; 21, syphilis, vaginite, abcès de la grande lèvre droite; 31, syphilis, eczéma de la vulve; 32, pelvi-péritonite; 34, impétigo, herpès de la vulve; 36, syphilis, ulcération ancienne du col résultat d'une endométrite scrofuleuse; 38, défloration incomplète. aménorrhée, chlorose. — Clinique du samedi. Salle Saint-Louis : 7, vaginite blennorrhagique, endométrite généralisée; 16, roséole confluente; 24, plaque syphilitique de l'ombilic; 33, vulvite traumatique, défloration incomplète.

Hôpital de Lourcine. Service de M. Cornil. Consultations le jeudi, à 10 heures. Examen des entrantes, le vendredi, à 9 heures. Spéculum les lundi, mercredi, vendredi, samedi, à 9 heures. — Salle Saint-Ferdinand : 3, plaques muqueuses vulvaires; 4, iritis syphilitique; 5, vaginite; 7, adénite inguinale suppurée double; 8, hystérie; chloro-anémie; 12, stomatite mercurielle grave. — Salle Saint-Clément : 3, 5, plaques muqueuses de la gorge, fissures de la langue; 8, syphilis, grossesse, ictère; 9, vaginite; métrite du col; 10, plaques muqueuses confluentes; œdème considérable des petites lèvres; 11, épithélioma du col; 12, syphilide papuleuse confluente, gommes des jambes; 15, roséole confluente, céphalée; 18, gommes syphilitiques du dos et de la face; 20, hypertrophie considérable des mamelles; syphilis; 23, laryngite syphilitique; 24, corps fibreux utérin; pelvi-péritonite chronique; 28, syphilide circinée; 33-35, onyxis syphilitique; 36, chancre mou; bubon chancreux; 38, plaques muqueuses vulvaires; métrite; 42, métrite.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles. Imp. Cerf et fils, 59, rue Duplessis

Dragées Meynet d'Extrait de foie de morue, au *metallum album*. **ASO** 3 milligrammes par pilule. Association de l'acide arsénieux à la propylamine.
Préparation très-efficace, mieux tolérée que les arsénicaux en général. Ne se délivre que sur ordonnance
Notice, échantillon, envoi gratis.
Paris, pharmacie MEYNET, 31, rue d'Amsterdam, et prine. pharm.

EPILEPSIE
Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)
Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.
LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

Pullna (Bohême). La plus ancienne et la meilleure Eau minérale naturelle purgative et altérante connue. (*Apéritive, Dérivative, Digestive, Tempérante, Antiphlogistique, Antiapoplectique*). — Douce et bienfaisante par excellence et presque insipide. Vente et détail partout. Chauffer la valeur d'un verre à vin ordinaire. — Aux enfants une cuillerée coupée de lait. — Prendre à jeûn et aussi avant le coucher. — Exempte des coliques et des Troubles intestinaux — Diète peu scrupuleuse. — Contrôle originaire : Chaque cruchon de provenance unique porte exclusivement la marque registrée : **Püllnaer Bitterwasser. Gemeinde Püllna**, et sa capsule conformément : **Püllnaer-Gemeinde-Bitterwasser**. — Le directeur général des Eaux minérales naturelles amères de Pullna, Antoine ULBRICH, fils du fondateur.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF
Breveté s. g. d. g. — de la marque
A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et MOURGET (de Limoges)
SEULS FABRICANTS
Se méfier des contrefaçons
Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE (GOUTTE, GRAVELLE) ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. PILULES 20 cent. p. pilule.
FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — Paris.
Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

CONSTIPATION
HÉMORRHOÏDES, COLIQUES HÉPATIQUES
Guérie sans purger par les pilules de
PODOPHYLE COIRRE. 3 fr.
Gros, 79, rue du Cherche-Midi; Détail : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.

GOUDRON VÉGÉTAL LE BEUF
Le **Goudron Le Beuf**, dit le savant professeur GUBLER, de la Faculté de médecine de Paris, possède l'avantage d'offrir, **SANS ALTÉRATION** et sans perte, **L'ENSEMBLE** des principes actifs du goudron et de représenter conséquemment **TOUTES LES QUALITÉS** de ce médicament complexe (*Com. Thérap. du Codex, 2e édition, pages 167 et 514*).
Cette liqueur concentrée est journellement prescrites par nos célébrités médicales dans les nombreuses affections qui réclament l'emploi du goudron, soit pour l'*usage interne*, soit pour l'*usage externe*. Doses : une cuillerée à café par demi verre et une cuillerée à bouche pour un litre d'eau. — Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur, et dans les principales pharmacies.

VÉSICATOIRE L. ROUVIÈRE
Argocystique et Indolore
(EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN)
1re Médaille Exposition Paris.
Attestations des médecins en chef des Hôpitaux
Employé dans les *Hôpitaux* et ordonné par tous les médecins après essai.—**Agit sûrement.**—Pas Camphré.—**Jamais de cystite.**
Trois formes : 1° **Vésicatoire indolore**, la boîte.... 1f 50
2° — **instantané**, la boîte.. 1f 50
3° **Toile Vésicante**, le mètre..... 2f »
Paris : **Pharmacie centrale**, 7, rue de Jouy et ses succursales. — **A. Hugot**, rue Vieille-du-Temple, 19 et principales droguerie.
Vente en gros : L. ROUVIÈRE, pharmacien, à Nîmes (Gard).

VIANDE CRUE ET ALCOOL
ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO
Prescrit tous les jours avec succès, dans les **Maladies consomptives, Phthisie, Diarrhée chronique**, le **Rachitisme**, l'**Anémie**, la **Scrofule**, l'**Albuminurie** ; très-utile dans les convalescences, l'épuisement. — Prix du flacon : 3 fr. 50. — Détail : Pharmacie, 82, rue de Rambuteau ; — Gros : 8, rue Neuve-Saint-Augustin, à Paris.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 10. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 9 MARS 1878

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. JULES SIMON.

Conférence recueillie par CHAMBARD, interne des hôpitaux.

Messieurs,

La thérapeutique infantile offre des difficultés particulières, inhérentes, en grande partie, à la susceptibilité des enfants à l'égard de certains médicaments, surtout pendant les premières années de leur existence. Ceux d'entre vous qui n'ont pas eu, dans le cours de leurs études, l'occasion d'observer suffisamment les affections du jeune âge, craindront d'outrepasser le but et resteront désarmés, en présence d'une indication majeure, alors qu'une intervention prudente, mais active, leur aurait permis de rendre de réels services aux petits malades confiés à leurs soins. Au début de votre carrière, vous serez surtout arrêtés par des questions de posologie. Eh bien ! Permettez-moi de vous affirmer que cette notion indispensable n'est pas aussi ardue, aussi épineuse qu'on veut bien le dire, et que vous pourrez donner, sans danger, tous les médicaments aux enfants, l'opium compris, à la condition de ne jamais vous départir de la ligne de conduite que je vais vous tracer. — Chez les enfants, il faut toujours fractionner et échelonner la dose des substances actives. Cette précaution élémentaire vous laisse en constater les effets physiologiques sans les dépasser, sans atteindre les effets toxiques.

Tel est le point capital de la thérapeutique infantile. — Vous me voyez tous les jours prescrire du laudanum à des enfants au-dessous d'un an, atteints de flux diarrhéiques qui résistent à la craie et au bismuth. — Nous en retirons d'excellents résultats et nous n'observons jamais les empoisonnements dont parlent les auteurs; vous en savez les raisons. — C'est que la seule goutte de laudanum de Sydenham que nous associons dans un julep gommeux de 120 grammes, est prise, en réalité, en l'espace de 24 à 36 heures. Son action, également partagée dans ce laps de temps, se manifeste d'une façon plus ou moins appréciable, et dès que l'effet utile est produit, nous ne manquons point d'en éloigner les doses, et au besoin d'en suspendre l'usage.

J'espère vous démontrer qu'en suivant ces règles générales vous pourrez faire, chez les enfants une thérapeutique utile et active, et que, dans ces conditions, il vous sera permis de beaucoup oser en osant prudemment.

Nous commençons, Messieurs, cette série de conférences par l'étude de la *méthode évacuante* en thérapeutique infantile, et je vous parlerai d'abord des vomitifs. Après vous avoir énuméré les principales substances et préparations employées dans le but de provoquer le vomissement, nous en étudierons rapidement l'action physiologique et nous en exposerons les indications et contre-indications. Cette méthode nous permettra de vous indiquer le traitement de la plupart des affections thoraciques de l'enfance.

Méthode évacuante : Vomitifs.

Les vomitifs, chez les enfants, doivent être administrés avec prudence; administrés mal à propos et sans ménagements, ils peuvent déprimer considérablement les forces encore si mal assises de ces petits êtres; aussi m'y verrez-vous renoncer presque absolument dans certains cas où leur indication vous eût paru le mieux établie.

A. MATIÈRE MÉDICALE. — Les vomitifs se divisent naturellement en végétaux et minéraux : ce sont les premiers que vous me verrez employer de préférence, et trois d'entre eux : l'*Ipécacuanha*, le *Narcisse des prés* et le *Polygala*, suffiront à toutes les indications.

1° *Ipécacuanha*. — L'Ipécacuanha est rarement de bonne qualité : il renferme des quantités d'émétine très-variables selon les espèces, et d'ailleurs on rencontre souvent, dans le commerce, de faux Ipéca, qui appartiennent à d'autres familles et qui n'en renferment pas. On le donne en poudre, en sirop et en préparations composées, telles que le sirop de *Desessart* et la poudre de *Dower*.

La dose de poudre nécessaire pour faire vomir un enfant doit varier nécessairement selon la qualité du médicament, les doses suivantes pourront cependant être généralement adoptées.

Pour un enfant nouveau-né	0 gr. 20
Jusqu'à 1 an	0 gr. 30
A partir de 1 an	0 gr. 50
A partir de 2 ans	1 gramme.

Habituellement on administre la poudre mêlée à du sirop d'Ipéca et on formule la mixture suivante :

Poudre d'Ipécacuanha.	0 gr. 20. — 0 gr. 30. — 0 gr. 50. — 1 gramme.
Sp. d'Ipécacuanha ...	30.

A donner par cuillerées à café de dix en dix minutes, jusqu'à effet vomitif.

A partir de deux ans vous pourrez donner la poudre d'Ipéca pure dans de l'eau ou dans un sirop quelconque.

Vous éprouverez quelquefois, Messieurs, une assez grande difficulté à faire avaler un vomitif par un enfant. L'enfant, instruit par une expérience antérieure qu'il n'aura pas oubliée, du mauvais goût du médicament et de ce qu'ont de pénible les efforts de vomissement, refusera absolument de boire la potion que vous lui aurez prescrite ; les parents ou trop faciles à fléchir ou bien usant d'une violence maladroite ne pourront en venir à bout et ne tarderont pas à y renoncer. Que faire alors? Rien n'est plus facile si l'on sait s'y prendre : lorsque la persuasion aura échoué, vous roulerez l'enfant dans une couverture et, le tenant debout entre vos jambes, vous lui introduirez doucement entre les dents la cuiller à café, chargée du médicament, ou, de préférence, une de ces cuillers à opercule que l'on fabrique à cet effet, l'inclinant alors, le liquide tombera tout naturellement dans la gorge, rencontrera le voile du palais : un mouvement réflexe de déglutition surviendra qui mettra l'enfant hors d'état de rejeter le médicament que vous l'aurez forcé à prendre sans employer la violence ni vous épuiser en vaines exhortations.

Pour faciliter l'action vomitive, vous vous trouverez bien aussi de faire suivre chaque cuiller à café de la potion d'une gorgée d'eau tiède à laquelle on pourra ajouter un peu d'eau de fleurs d'oranger et de titiller la luette avec les barbes d'une plume.

Si cependant l'enfant opposait, à l'administration du médicament, une résistance insurmontable et tombait, comme cela arrive aux enfants nerveux, dans des accès de rage qui fissent craindre des convulsions, vous pourriez rendre la mixture, que je vous ai recommandée, plus agréable au goût et à l'odorat en introduisant, dans sa formule, une légère modification :

Poudre d'ipéca, 0 gr. 30 à 1 gr.
Sirop de violettes, 30 gr.
Looch blanc du codex, n° 1, 120 gr.

Exceptionnellement, vous verrez des enfants en bas âge vomir plus facilement avec le sirop d'ipéca qu'avec le mélange de poudre et de sirop.

Les pastilles d'ipéca se donnent à la dose de 3 à 5 dans certaines bronchites spasmodiques.

Le sirop de Desessart est un composé assez compliqué, qui renferme, comme ingrédients principaux et actifs, de l'ipéca-

© BIU Santé

cuanha, des feuilles de séné, du sulfate de magnésie et le cinquième environ de son poids de vin blanc. Il a été fréquemment employé dans les toux spasmodiques, et notamment la coqueluche, à la dose de quelques cuillerées à café.

La poudre de Dower est un excellent médicament, très-employé, surtout dans la pratique de la ville, contre les rhumatismes et les affections gastro-intestinales. Il contient, comme principes actifs, de l'ipéca, du nitrate de potasse et de l'opium.

Poudre de Dower	Poudre de nitrate de potasse..	40
	Poudre de sulfate de potasse....	40
	Poudre d'ipécacuanha.....	10
	Poudre de réglisse.....	10
	Extrait d'opium sec.....	10

1 gramme de poudre contient 0 gr. 05 d'extrait d'opium et d'ipéca. Elle se donne aux enfants âgés de 4 à 6 ans, à la dose de 20 à 30 centigrammes.

Narcisse des prés. — Les fleurs du narcisse des prés, soumises à l'infusion possèdent une propriété vomitive qui peut être utilisée dans le cas où les enfants se refusent à prendre l'ipécacuanha.

Le *Polygala* ne se donne guère qu'en tisane dans les bronchites quinteuses où il est nécessaire d'avoir recours à des contre-stimulants.

2° *Tartre stibié.* — C'est avec la plus grande répugnance, Messieurs, que je donne aux enfants du tartre stibié, tant je crains, pour eux, la diarrhée qu'il amène et l'activité hyposthénisante qui lui est propre.

Il est, cependant, des cas où l'indication de faire vomir étant prescrite et l'ipéca seul n'y réussissant pas, je suis forcé de recourir à l'émétique, je le donne alors avec la plus grande circonspection et je le suspens dès que l'effet que je désirais est obtenu. Je vous recommande pour les enfants de moins de 2 ans, la formule suivante :

Emétique, 1/2 grain ou 0 gr. 025.
Eau de tilleul, 100 gr.

A prendre tiède, en 4 ou 5 fois, de dix en dix minutes ; à partir de 2 ans, je porte la dose à un grain. L'émétique se donnait autrefois à dose rasorienne dans la chorée ; cette pratique est aujourd'hui abandonnée.

Si je me laisse parfois entraîner à donner l'émétique aux enfants, et (en partageant les doses comme je viens de vous l'indiquer, on peut le faire sans amener trop de prostration) jamais je ne le prescris dans les cas d'affections inflammatoires profondes du poumon, tels que la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie. La prostration n'est déjà que trop grande dans cette affection et en donnant l'émétique à vos petits malades, vous ne pourriez que l'augmenter. C'est alors, surtout, que vous me verrez insister sur la médication tonique et sur les alcooliques.

3° *Sulfate de cuivre.* — Le sulfate de cuivre est un vomitif minéral peu employé dans la thérapeutique infantile. Vous le donnerez dans une potion, à la dose de 0 gr. 10 par cuillerées à café.

Action physiologique. La propriété vomitive de l'ipécacuanha n'est pas la seule par laquelle il agisse sur l'économie. Il agit encore comme hyposthénisant et excitant de la sécrétion glandulaire.

Suivant la dose, l'ipéca est un excitant plus ou moins actif de la muqueuse digestive. Absorbé, il donne lieu à la nausée, accompagnée de contraction des capillaires de la peau, de refroidissements et de pâleur, bientôt suivie de vomissements plus ou moins abondants. Toutes les glandes de l'abdomen (foie, pancréas, follicules muqueux) sont atteintes à ce moment d'hypersécrétion ; il en résulte souvent une diarrhée modérée qui n'a rien de comparable au choléra stibié. Succède à cette action vomitive, une hyposthénisation, un effet contre-stimulant, et une fluxion consécutive de la peau et des glandes sudorales.

Le tartre stibié, chez les enfants, est beaucoup plus énergique et par là vraiment redoutable dans ses effets exagérés. — Doué des mêmes propriétés, il est plus irritant pour la muqueuse gastrique. Si les doses sont trop élevées, trop répétées, on peut voir ses effets irritants à mener la pustulation de la muqueuse buccale pharyngienne et œsophagienne. En outre, même à dose modérée rationnelle, il détermine souvent chez les enfants des superpurgations terribles, et un état de résolution des forces qui dépasse toute prévision et qu'on a cherché à mettre à profit dans la chorée. (*A suivre*).

MALADIES DES OREILLES

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan (1) ;

Par le Dr **C. MIOT.**

Symptomes. — Les bourdonnements susceptibles de disparaître par la ténotomie du tensor tympani sont ceux qui dépendent d'une pression intra-labyrinthique. (Weber-Liel.) En effet, nous avons dit que, par suite de la rétraction du tendon, le manche du marteau est attiré vers l'intérieur de la caisse, et que la platine de l'étrier est poussée plus profondément dans la fenêtre ovale et comprime le liquide de l'oreille interne. Cette compression modifie la circulation dans le labyrinthe, donne naissance à des vertiges, à des bourdonnements, et plus tard à la paralysie du nerf auditif.

Symptômes subjectifs. — Les bourdonnements, primitivement faibles et intermittents, ensuite continus et plus forts, atteignent parfois une intensité telle qu'ils troublent le repos du malade, ne lui laissent pas de trêve, le plongent dans une tristesse profonde et le poussent parfois au suicide. Ces bourdonnements augmentent encore pendant la nuit, et, si le malade se réveille, il éprouve une grande difficulté à se rendormir. Ils siégent dans l'oreille même, dans tout le côté correspondant de la tête, parfois dans toute la tête. Les malades les comparent au bruissement de l'eau qui va bouillir, ou mieux encore au sifflement d'un gaz s'échappant avec force d'un robinet.

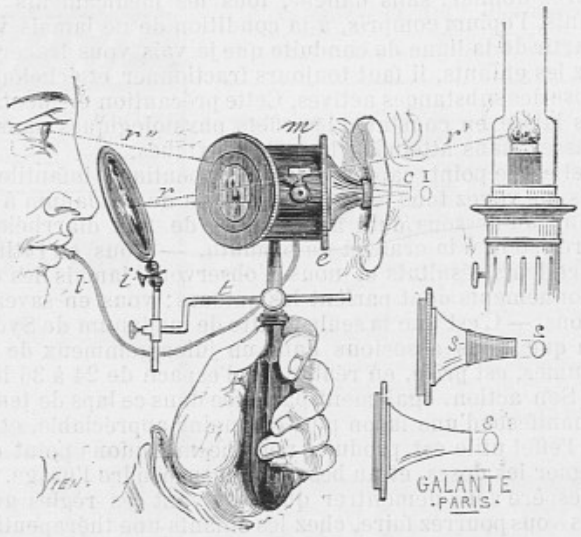


Fig. 16

Quelque temps après le début de ces bruits, les malades ressentent assez souvent des battements qui, par moment et pendant les temps humides principalement, deviennent très-forts. On fait disparaître ces sifflements ou on en modifie l'intensité pendant quelques secondes ou quelques minutes, en aspirant l'air renfermé dans le conduit au moyen du spéculum pneumatique (*Fig. 5.*), ou à l'aide d'un tube en caoutchouc dont une extrémité, munie d'une olive en ivoire ou en caoutchouc durci, est introduite dans le méat auditif pendant que l'autre est placée dans la bouche de l'observateur.

L'aspiration doit être répétée plusieurs fois de suite, ou

(1) Voir le n° 9.

© BIU Santé

continuée pendant une durée de cinq à vingt secondes. Elle produit une sensation d'allégement dans la tête, d'oreille dégagée, et diminue d'autant plus les bourdonnements qu'elle a été plus énergique et plus prolongée. Toutefois, il ne faut pas exagérer l'aspiration dans la crainte de donner inutilement naissance à des douleurs et des ecchymoses. Dans les cas les plus désavantageux, les bourdonnements réapparaissent immédiatement après l'aspiration. Pendant le cours de l'affection, et principalement durant la première période, le malade ressent, à des intervalles variables, des étourdissements et des vertiges faciles à expliquer par la compression du liquide labyrinthique.

Symptômes fonctionnels. — Au début de la maladie, l'audition du malade est encore assez bonne pour lui permettre d'entendre le tic-tac de la montre et la voix à une distance relativement considérable; mais, à mesure que la tension de la membrane augmente par suite de la rétraction du tendon réfléchi, l'acuité auditive diminue et devient enfin si faible que le tic-tac de la montre appliquée contre le méat n'est même plus entendu.

Symptômes objectifs. — Le conduit auditif externe est ordinairement large, sec, rectiligne. La moitié antérieure du tympan acquiert un degré de tension d'autant plus considérable que le muscle se rétracte davantage, et l'entrée de l'air dans la caisse ou l'emploi du spéculum pneumatique ne détermine, dans cette partie de la membrane, que des mouvements de plus en plus faibles. Sa moitié postérieure est tantôt concave, tantôt convexe du côté du conduit et plus mobile qu'à l'état physiologique ; mais cette convexité et cette mobilité sont dues aux insufflations d'air dans la caisse auxquelles les malades ont longtemps été soumis, ou à l'abus du procédé de Valsalva.

Les parties postéro-supérieures du tympan, qui doivent être libres d'adhérences, acquièrent parfois assez de transparence pour laisser apercevoir une partie de la grande branche de l'enclume, de la branche postéro-inférieure de l'étrier et de la poche postérieure. La membrane du tympan offre des aspects divers : tantôt grise, lisse, brillante, elle est très-sensible au contact du stylet; d'autres fois, d'un gris sale, comme couverte de buée, elle a une sensibilité moindre. Il arrive encore qu'elle est sclérosée, d'un gris blanchâtre, parsemée d'une fine poussière épithéliale. Dans ce dernier cas, elle est dure, rigide et crie sous le bistouri comme une lame de parchemin. Le manche du marteau, comme je l'ai dit, est attiré vers l'intérieur de la caisse en raison directe de la rétraction du tendon, et la saillie produite par l'apophyse externe est plus sensible à mesure que le manche devient plus oblique. La poche postérieure est souvent saillante et très-visible. Le triangle lumineux, modifié dans sa forme et son étendue, est d'autant plus brillant que la surface de la membrane reste plus lisse ; mais il n'existe plus ou est réduit à l'état de tache lorsqu'elle est sclérosée. La luette est souvent déviée du côté le moins malade, par suite de la paralysie partielle de ses fibres musculaires.

Symptômes acoustiques. — L'air insufflé dans la caisse, par le procédé de Valsalva, produit un bruit de souffle ou quelques craquements secs, dus à la projection du tympan vers le conduit. L'emploi de la sonde laisse entendre un bruit de souffle normal, rude ou râpeux, tubaire ou amphorique, accompagné parfois du claquement partiel du tympan.

L'insufflation d'air donne souvent au malade une sensation de bien-être local, d'oreille dégagée, augmente les bourdonnements pendant qu'on la fait, et n'améliore pas la surdité d'une manière sensible. Il peut arriver que l'air ne passe pas dans la caisse par les procédés de Valsalva, Politzer, Toynbee, et qu'on soit obligé d'employer la sonde.

Etiologie. — Le froid humide paraît être la cause occasionnelle la plus fréquente et l'herpétisme la cause prédisposante la mieux constatée de la rétraction du *tensor tympani*. Un grand nombre de mes malades ont été affectés de cette maladie après avoir habité longtemps un pays humide. Cette lésion survient aussi à la suite d'une inflammation suppurative de la caisse, peu de jours après la cessation de l'écoulement, ou même après un laps de temps plus long. Les individus qui ont la peau fine et blanche, des tissus flasques et un système nerveux très-développé, y sont particulièrement prédisposés. Jusqu'à présent, cette maladie m'a paru plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

En un mot, toutes les causes susceptibles de donner naissance à l'otite moyenne sèche peuvent produire la rétraction du *tensor tympani*.

Diagnostic. — La ténotomie du tensor tympani est particulièrement indiquée lorsqu'on trouve réunis les symptômes suivants.

La perception crânienne peut être bonne ou très-sensiblement diminuée. Les vibrations du diapason, appliqué contre le vertex au niveau de la ligne médiane, sont mieux perçus de l'oreille la plus sourde. La surdité venue lentement n'est pas assez prononcée pour que le malade n'entende plus la montre au contact du pavillon ou mieux à deux ou trois centimètres de distance. Elle est quelquefois accompagnée de vertiges et d'étourdissements, toujours de bourdonnements continuels (sifflements) qui ont augmenté progressivement et sont ordinairement plus forts la nuit que le jour.

L'aspiration de l'air renfermé dans le conduit, au moyen du tube ou du spéculum pneumatique, diminue ou fait disparaître les sifflements et donne au malade une sensation de bien-être local. Le tympan est très-tendu dans sa moitié antérieure, et le manche du marteau, plus oblique qu'à l'état physiologique, est peu mobile. L'insufflation d'air dans l'oreille moyenne, au moyen de la sonde, n'améliore pas l'audition d'une manière sensible, mais allége la tête du malade. Elle permet de constater que la trompe est libre et que ses parois fibro-cartilagineuses sont parfois relâchées, probablement par suite de la paralysie de ses muscles dilatateurs.

S'il y a des signes objectifs de catarrhe chronique de la caisse, un traitement de trois semaines au moins, précédant l'opération, est nécessaire. Ce traitement, que j'ai reconnu très-efficace, consiste en injections dans la caisse du tympan, calomel à l'intérieur, toniques, bains de vapeur (1).

Du pronostic. — Quelques praticiens, parmi lesquels se trouve le docteur Colladon (de Genève) rejetant systématiquement la ténotomie du tensor tympani, soutiennent qu'on n'obtient pas, à l'aide de cette opération, de succès durable, parce qu'il existe presque toujours des altérations pathologiques sur lesquelles la section n'a aucune influence. Pour le docteur Colladon, le résultat favorable obtenu dans quelques cas tient à la paracentèse du tympan ; de plus, les suites peuvent en être fâcheuses, puisqu'on cite un cas d'inflammation violente, consécutive à la ténotomie, qui s'étendit de l'oreille moyenne au labyrinthe et fut suivie d'aggravation très-marquée de la surdité et des bourdonnements (2). Ces assertions sont erronées et faciles à réfuter.

En premier lieu, l'anatomie pathologique nous prouve que, si des modifications coexistent avec un raccourcissement du tendon, il est loin d'en être toujours ainsi, puisque dans quelques cas même le tendon seul et sa membrane d'enveloppe sont affectés. La diminution ou la disparition des bourdonnements et de la surdité ne dépend pas de la paracentèse du tympan, car, si on se borne à pratiquer cette opération, l'amélioration obtenue est de courte durée. Les suites de l'opération peuvent être fâcheuses comme celles de toute opération chirurgicale, mais, le danger n'est pas assez sérieux pour proscrire une pratique offrant des chances de succès lorsque tous les traitements médicaux ont échoué. En envisageant les faits cliniques d'un œil impartial, on est forcé de reconnaître que, si la ténotomie est formellement indiquée, on améliore presque toujours l'état du malade. En ce qui me concerne, j'ai constaté,

(1) Bonchain, thèse citée.
(2) *Congrès médical de Genève*, septembre 1877.

© BIU Santé

comme Weber-Liel, que ce résultat est d'autant plus favorable qu'on opère à une période moins éloignée du début de la maladie. Le tendon est moins raccourci, la chaîne des osselets moins tendue, la compression du liquide labyrinthique trop faible encore pour produire un trouble sérieux dans la circulation locale ; de plus, la montre est encore entendue à quelques centimètres de distance de l'oreille, condition très-favorable, bien qu'il soit encore possible d'obtenir des résultats avantageux quand le tic-tac n'est plus perçu qu'au contact du pavillon. Plus tard, l'ankylose de l'étrier et la paralysie du nerf auditif rendent le succès incertain. Cependant, même dans certains cas de paralysie partielle, on peut diminuer les bourdonnements et quelquefois la surdité. Cette amélioration survient lorsque le tendon du tensor tympani étant coupé, l'étrier ressort un peu de la fenêtre ovale et exerce, par conséquent, une pression moindre sur le liquide labyrinthique. Si les modifications pathologiques du névrilème dépendant de la compression du liquide labyrinthique ne sont pas profondes, elles peuvent disparaître alors et le nerf auditif recouvrera sa sensibilité. C'est la cause de l'amélioration progressive de la perception crânienne qu'on remarque chez un certain nombre de malades après l'opération. Dans les cas contraires, ou lorsqu'il existe une ankylose de l'étrier, les résultats sont nuls.

TRAITEMENT. — La rétraction du tensor tympani au début peut être traitée comme l'otite moyenne scléreuse (1). Si elle augmente d'une manière continue, le seul traitement efficace est la ténotomie de ce muscle.

DE L'OPÉRATION PROPREMENT DITE. — *Soins préliminaires.* — La veille de l'opération, le malade aura soin de faire un léger repas le soir et de se coucher de bonne heure, afin d'être plus dispos le lendemain.

Eclairage. — Le tympan étant situé trop profondément pour être éclairé sans le secours d'instruments et d'appareils appropriés, on écarte et on redresse les parois de la portion fibro-cartilagineuse du conduit à l'aide du spéculum, afin de faire pénétrer sans difficulté les rayons lumineux jusqu'à la membrane.

On peut employer la lumière artificielle ou la lumière naturelle, directe, réfractée au moyen d'une lentille, ou réfléchie au moyen d'un miroir concave de 14 centimètres de foyer. Seulement la première est bien préférable à la seconde, parce qu'elle est plus intense et toujours égale. La lumière réfléchie est celle qu'on préfère généralement.

On la réfléchit dans le conduit auditif externe au moyen d'un miroir concave fixé à un bandage frontal (Kramer), à la bouche (Bruns), à une paire de lunettes (Semeleder, S. Duplay), au spéculum ou à la lampe (C. Miot) (2).

Une lampe à huile d'un fort calibre fournit ordinairement la lumière artificielle. On la place sur une table, ou mieux on la fait tenir par un aide. Weber-Liel préfère la lumière naturelle et la projette dans l'oreille externe au moyen d'un miroir concave assujetti à son fixateur de la tête.

Chloroforme. — L'opération étant presque toujours bien supportée, on n'a recours au chloroforme que dans les cas exceptionnels où le malade ne peut ressentir la moindre douleur sans tomber en syncope.

Lorsqu'on est forcé d'employer le chloroforme, on ne doit commencer l'opération que quand la résolution est complète, l'organe de l'ouïe étant un de ceux qui conserve le plus longtemps sa sensibilité.

De la position du malade. De la source lumineuse. Du chirurgien. Des aides. Des instruments. — Le malade doit être assis ou couché, la tête fortement élevée au moyen de coussins un peu durs. Les syncopes fréquentes qui surviennent lorsqu'on choisit la première position, doivent engager le chirurgien à préférer la seconde.

S'il est assis, la lampe doit être placée sur une petite table au-dessous de la tête du malade, légèrement en avant et à gauche lorsqu'on opère l'oreille droite, en arrière et à droite si on opère l'oreille gauche. S'il est couché sur un lit ordinaire, la lampe doit être placée derrière sa tête, de manière à ce que la flamme soit située un peu au-dessus.

Le chirurgien est assis auprès du malade, du côté de l'oreille qu'il doit opérer; pour opérer facilement, il doit être placé, dans tous les cas, à la hauteur du malade.

Si le malade est assis, un aide suffit pour le maintenir immobile ; s'il est couché, deux aides sont indispensables, l'un pour soutenir la tête du malade, l'autre pour tenir la lampe, à moins qu'il ne soit possible de la placer convenablement sur un meuble. Dans les cas exceptionnels où l'on emploie le chloroforme, trois aides sont nécessaires.

Weber-Liel maintient immobile la tête du malade, au

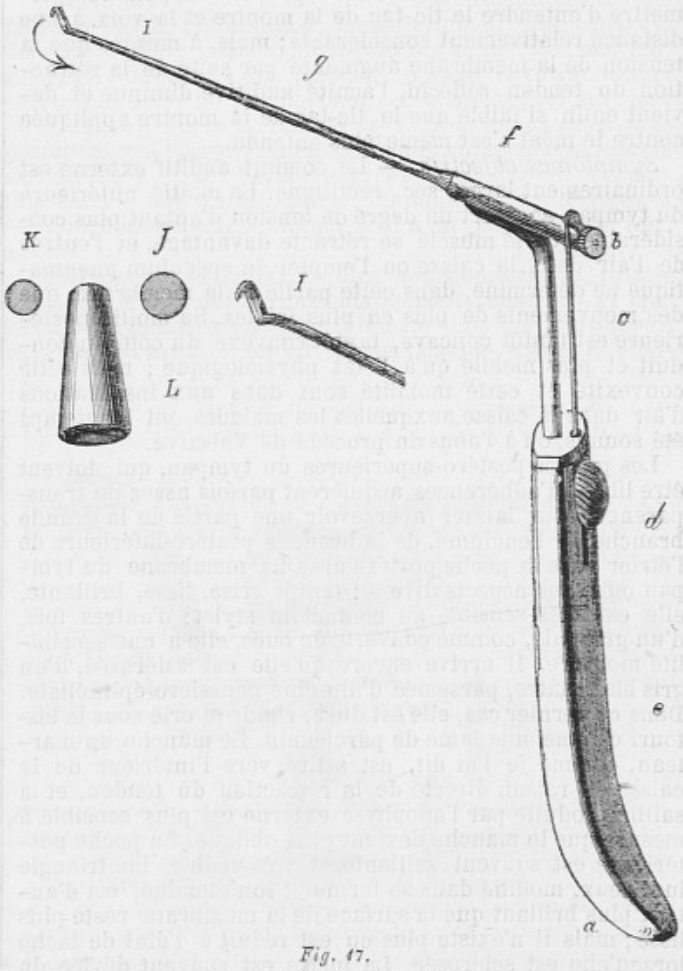


Fig. 17.

moyen d'un appareil spécial dont je n'ai jamais eu besoin dans toutes les opérations que j'ai faites à l'aide de mon procédé.

Des instruments. — Le chirurgien, suivant le procédé qu'il veut employer, doit avoir sous la main le ténotome de Weber, celui de Grüber, ou mes instruments.

Ténotome de Weber-Liel.— Il se compose d'une canule, f, *Fig. 17*, fixée à un manche, *e*. Dans cette canule passe à frottement doux la tige ; *g*, qui est munie, à l'une de ses extrémités, d'une lame I en forme de crochet, et à l'autre d'un appendice, *d*. A celui-ci est fixé une tige métallique, *c*, dont l'autre extrémité est attachée au bouton, *b*, qui glisse dans une rainure et permet de faire exécuter à la tige, *g*, un mouvement de rotation, suivant la flèche, lorsqu'on le fait glisser de haut en bas.

Couteau de Grüber. — Il se compose d'une lame à pointe effilée, courbée sur le plat, et fixée à un manche droit. La lame doit être courbée à droite pour l'oreille gauche et à gauche pour l'oreille droite. Si la lame était tranchante des deux côtés, le même bistouri pourrait servir pour les deux oreilles.

(1) Bouchain, Th. citée.

(2) *Description de quelques instruments du Dr C. Miot.* Broch. Paris, 1869. Galante.

© BIU Santé

Instruments de l'auteur. Tympanotome. — Il est composé d'une lame triangulaire, l, *Fig. 18*, de 5 mill. de longueur, et d'une tige, 1, longue de 5 centim., terminée par une partie cylindrique, *c*, qui a 1 centim. de longueur et est destinée à être assujettie dans le manche, 2, au moyen de la vis, *v*, qui pénètre dans la cupule, *u*, du tympanotome.

J'ai fait donner à la lame une forme triangulaire, afin que sa base fût bien distincte de la tige, et qu'on pût voir facilement à quelle profondeur elle pénétrait dans la caisse pendant l'incision.

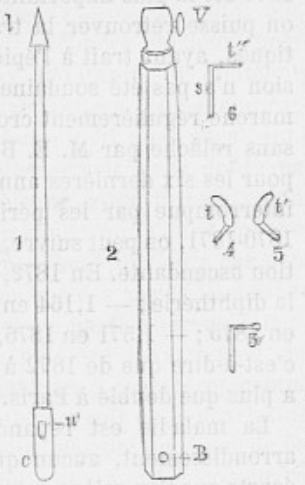


Fig. 18.

Ténotomes. — Il y a deux ténotomes : l'un a un tranchant, *t*, qui regarde à gauche et est destiné à couper le tenseur tympani droit; l'autre a son tranchant, *t'*, qui regarde à droite, et doit couper le tenseur tympani gauche.

Chacun de ces ténotomes est composé d'une lame, *t''*, de 4 mm. de longueur, et d'une tige, 6, coudée à angle droit. Le tranchant, *t*, *t'*, est recourbé en forme de serpette. La tige, 6, semblable à celle du tympanotome, est munie, du côté opposé à la lame, d'une petite saillie arrondie, *s*, située à 3 mm. du talon de la lame, et destinée à indiquer dans quel sens et à quelle profondeur l'instrument pénètre dans la caisse.

Le crochet, 3, en argent, de 4 mm. de longueur est très-mince, a une extrémité arrondie et est coudé à angle droit avec la tige; il est destiné à reconnaître la direction du tendon après la section du tympan lorsqu'on n'a pas l'habitude de pratiquer la ténotomie.

Le manche, 2, demi-grandeur nature, a une forme hexagonale. A l'une de ses extrémités, il y a une vis, V, et à l'autre, un disque blanc, B, qui sert à indiquer dans quel sens doit être dirigée la lame du ténotome pendant l'opération. Un seul manche peut suffire à tous les cas, mais il vaut mieux en avoir deux.

III. — Des procédés opératoires. — *Procédé de Weber-Liel.* — Il comprend 4 temps. — 1er *temps*. Introduction de la tige de l'instrument dans le conduit auditif externe et section du tympan.

2e *temps*. Introduction du ténotome dans la caisse.

3e *temps*. Rotation de la lame; section du tendon.

4e *temps*. Sortie de l'instrument.

Le malade étant assis et ayant la tête maintenue immobile, dans une position oblique, au moyen de l'appareil dont j'ai parlé précédemment, et les parois de la portion fibro-cartilagineuse étant redressées et écartées l'une de l'autre, on saisit à pleine main, de la main droite, le manche, *e*, de l'instrument, et on introduit dans le conduit la tige, *g*, jusqu'à ce que la lame, I, soit parvenue au tympan, puis on perfore cette membrane un peu au-dessous et en avant de l'apophyse externe avec la lame qu'on fait pénétrer dans la caisse de manière à la placer immédiatement en dedans du manche et du col du marteau. A ce moment, on fait glisser de haut en bas, le bouton, *b*, dans la rainure. La lame exécute alors ainsi que la tige, *g*, un mouvement de rotation, indiqué par la flèche, pendant lequel le tendon est coupé.

La section achevée, on fait glisser le bouton de bas en haut, et la tige, *g*, exécute un mouvement de rotation en sens inverse pendant lequel la lame, I, reprend sa position première. Alors, il ne reste plus qu'à tirer l'instrument à soi pour le faire sortir de l'oreille.

L'instrument de Weber-Liel offre l'avantage d'opérer assez vite, mais il a l'inconvénient de couper le tendon d'une manière automatique, et de laisser moins sentir la résistance des parties touchées que si on emploie le couteau de Grüber ou mon ténotome; de plus, il n'est pas très-facile de varier l'obliquité de la lame, I, introduite dans la caisse, et de la retirer de cette cavité.

Procédé de Grüber. — Il consiste à inciser le tympan à 1 mm en avant de l'apophyse externe et à faire pénétrer le bistouri obliquement dans la caisse, la concavité regardant le manche du marteau, de façon à atteindre le tendon réfléchi du tensor tympani.

Le tympan coupé, on enfonce l'instrument le plus obliquement possible de dehors en dedans et d'avant en arrière, afin que sa lame soit située en dedans du col du marteau. A ce moment, on abaisse la lame de l'instrument et on coupe le tendon réfléchi d'un seul coup, ou en faisant deux ou trois petits mouvements de scie. Il ne reste qu'à retirer l'instrument.

Ce procédé présente plusieurs inconvénients. D'abord, pour que la lame de l'instrument puisse rencontrer le tendon, il faut qu'elle soit très-courbée sur le plat et pénètre très-obliquement dans la caisse. On ne peut donc opérer avec facilité que dans un conduit large, dont la paroi antéro-inférieure est peu incurvée dans sa partie moyenne ; de plus, la lame de l'instrument rencontrant le tendon obliquement, il peut arriver que l'obliquité donnée à l'instrument ne soit pas assez grande et que la lame n'ait pas une courbure suffisante pour couper le tendon et les parties postérieures du manchon fibreux qui l'entourent.

Enfin, on ne peut éviter de couper ou tout au moins de léser la corde du tympan. (*A suivre*).

REVUE CLINIQUE

Hospice de la Salpêtrière. — **M. CHARCOT.**

De la chorée vulgaire chez les vieillards.

Après avoir décrit la *chorée rhythmique hystérique* dans une leçon que nous avons rapportée tout au long, M. Charcot a entretenu ses auditeurs de la *chorée vulgaire chez les vieillards*. Nous allons résumer ici les principaux traits de sa conférence.

La chorée chez le vieillard ne diffère pas essentiellement de la chorée vulgaire, la chorée de Sydenham ; c'est, en un mot, le pendant de celle qu'on observe si communément chez les enfants. En passant en revue tous les vieillards de la Salpêtrière, M. Charcot n'a pu réunir que deux malades : Alten... et Cour... Un premier fait paraît donc acquis : la rareté de la chorée dans la vieillesse. Rien, par conséquent, d'étonnant que les auteurs qui se sont occupés de pathologie sénile n'en parlent pas. Parmi les faits disséminés dans la science, M. Charcot cite celui d'une femme de 83 ans, consigné par M. Roger; celui d'un malade de M. G. Sée, âgé de 59 ans; enfin une observation de Graves, concernant un homme de 70 ans.

La chorée vulgaire est-elle modifiée en quelque façon dans sa forme lorsqu'elle est transplantée chez le vieillard? Non, du moins en rien d'essentiel. Tout ce qu'il est possible de relever, c'est la lenteur relative des mouvements, la variété peut-être moins grande des grimaces, la marche essentiellement chronique. Alten.... a 71 ans ; la chorée a débuté il y a 12 ans. — Cour... a le même âge ; la chorée a paru à 60 ans. — Ces deux exemples mettent hors de doute la longue durée de la chorée chez les personnes avancées en âge.

Le *pronostic*, en général, n'est pas grave, en ce sens que la vie n'est pas compromise ; mais il l'est en ce sens que la maladie est incurable. M. Charcot déclare n'avoir vu signalé aucun cas de guérison. Il ne faudrait pas croire non plus que toujours le pronostic soit relativement bénin. M. Charcot a vu une vieille femme, dont les mouvements étaient excessivement exagérés, succomber dans un état typhoïde avec une élévation notable de la température centrale. — Dans un autre cas, bien que les mouvements fussent circonscrits à une moitié du corps et comparativement modérés, la maladie a été grave dès le début. Elle s'est

© BIU Santé

compliquée d'un délire maniaque, et la mort a eu lieu également avec une élévation brusque de la température. La plupart des vieillards affectés de chorée ont paru, à M. Charcot, être dans un état de démence plus ou moins prononcé.

L'*étiologie* semble différer quelque peu de l'étiologie de la chorée des enfants. Chez les vieillards, il ne paraît pas y avoir de relation entre la chorée et le rhumatisme. On ne rencontre non plus chez les vieilles choréiques aucune des formes du rhumatisme articulaire chronique, qui s'observent si fréquemment dans les hospices. Enfin, dans les *autopsies* qu'il a pratiquées, M. Charcot n'a pas constaté de lésions du cœur.

La chorée, chez le vieillard, paraît être une maladie émotionnelle, comme le sont tant d'autres névroses du genre des chorées. Chez Cour.... la chorée est survenue « à la suite de choses dont je ne saurais parler, dit la malade, sans verser des larmes. » — Chez Alt.... la chorée est survenue dans les conditions suivantes : Son mari, aliéné, était à Bicêtre depuis plusieurs années ; elle avait l'habitude d'aller lui rendre visite toutes les semaines, parce qu'elle l'aimait beaucoup. Un dimanche, en arrivant à l'hospice, elle apprend que son mari a été transféré en province. Elle en éprouva un vif chagrin et quelques jours après la chorée débutait.

Tout récemment, M. Charcot a observé un cas de chorée chez un homme âgé. Elle s'est développée il y a dix ans, dans les circonstances suivantes : Cet homme, qui est propriétaire, eut une violente discussion avec un de ses locataire ; deux heures après, la chorée débutait par les membres supérieurs. Elle se généralisa en quelques jours. Pendant deux années, les mouvements ont été si violents que tout sommeil était impossible. Aujourd'hui, ils sont moins forts, mais on observe, en outre, une anesthésie avec parésie du côté droit. L'emploi, à dose élevée, du *bromure de potassium*, chez cet homme, n'a procuré qu'un peu d'amendement.

M. Charcot a insisté ensuite sur la nécessité de ne pas confondre la *chorée vulgaire chez les vieillards*, avec un autre état pathologique qu'on désigne quelquefois sous le nom de *chorée sénile* et qui n'est autre chose que le *tremblement sénile*. M. Charcot fait voir plusieurs malades atteintes de ce tremblement et signale les différences qu'il y a entre la *chorée* vulgaire et le tremblement sénile (1).

BOURNEVILLE.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le rapport de M. E. Besnier sur les maladies régnantes (*octobre, novembre, décembre 1877*).

Le dernier rapport de M. Besnier est consacré presque tout entier à la *diphthérie* qui a sévi avec une grande intensité dans le quatrième trimestre de 1877. La diphthérie est, en effet, essentiellement une maladie d'hiver, et c'est pendant cette saison que ses manifestations sont tout à la fois plus fréquentes et plus graves. C'est là un fait normal, habituel, régulier ; aussi, dit M. E. Besnier : « on comprend de quel intérêt il est de le préciser, pour apporter un peu de règle, de précision, de sécurité dans l'étude d'une épidémie permanente, dont la gravité s'accroît avec les années, et dans la marche de laquelle il y a infiniment moins d'imprévu que ne le peuvent penser les médecins qui n'observent que partiellement, et qui ont ainsi pu confondre les fluctuations observées dans un service nosocomial ou dans un seul établissement, avec la marche réelle de la maladie, considérée dans son ensemble complet. »

Dans ce but, M. E. Besnier a fait de l'épidémie diphthéritique de 1877 une étude détaillée fort intéressante, à laquelle nous ferons de nombreux emprunts. L'épidémie de 1877 est la plus importante par le nombre et la gravité dont on puisse retrouver la trace dans les documents authentiques, ayant trait à l'épidémiologie parisienne. Son invasion n'a pas été soudaine ; il y a plus de dix ans que la marche régulièrement croissante de la maladie est signalée sans relâche par M. E. Besnier. Si l'on calcule seulement pour les six dernières années, afin de ne pas avoir une série interrompue par les périodes anomales de la guerre de 1870-1871, on peut suivre, par l'énoncé suivant, cette gradation ascendante. En 1872, il y a eu à Paris, 1,135 décès par la diphthérie ; — 1,164 en 1873 ; — 1,008 en 1874 ; — 1,328 en 1875 ; — 1,571 en 1876, et pour cette année 1877, 2,393 ; c'est-à-dire que de 1872 à 1877, la mortalité diphthéritique a plus que doublé à Paris.

La maladie est répandue sur la ville entière ; aucun arrondissement, aucun quartier n'en est exempt, et les écarts que l'on relève entre la mortalité propre aux diverses circonscriptions, sont loin d'être aussi considérables que ceux qui appartiennent à d'autres affections. Ces écarts ne peuvent cependant être négligés, puisque l'arrondissement le plus frappé, le XVe (Vaugirard), a eu une mortalité diphthéritique de 2, 3, pour 1,000 habitants, tandis que le IXe arrondissement (Opéra), n'a eu que 0,51 pour le même nombre d'habitants. Il fallait donc rechercher si quelque raison de ces différences pouvait apparaître, soit dans l'altitude diverse, soit dans le nombre des habitants ou la densité de la population, ou encore dans le degré de richesse ou d'indigence.

Or, voici quels sont les résultats des recherches de M. Besnier : sous le rapport de l'*altitude*, on remarque que les arrondissements élevés ne jouissent pas de l'immunité relative qu'ils ont pour la fièvre typhoïde, et que, par exemple, Chaumont, Ménilmontant et Montmartre, qui, sur l'échelle de la mortalité typhoïde des vingt arrondissements, occupent les 17e, 19e et 15e rangs, prennent les 2e, 3e et 7e rangs sur l'échelle de la mortalité diphthéritique.

L'action du *nombre des habitants* et de la *densité de la population* n'apparaît nulle part manifeste, mais l'action de *l'indigence* est, comme toujours, plus accentuée ; les arrondissements les plus riches, Bourse, Opéra, Elysée, Temple, Louvre, Batignolles, qui sont placés au bas de l'échelle d'indigence (n°s 20, 19, 18, 17, 16, 15), occupent également au bas de l'échelle de mortalité diphthéritique les n°s 19, 20, 18, 17, 12, 16. — Cela existe pour toutes les maladies épidémiques, ainsi que M. Besnier l'a établi sur des données numériques précises, pour le choléra, la variole, etc. En ce qui concerne la diphthérie, la question se trouve encore plus nettement que pour d'autres maladies, éclaircie par ce fait qu'il s'agit d'un fléau essentiellement infantile, et que les quartiers les plus pauvres sont généralement aussi les plus chargés d'enfants. L'arrondissement le plus frappé, le XVe (Vaugirard), est un arrondissement pauvre, et contenant de nombreux établissements consacrés à l'enfance.

Ainsi donc, dit M. Besnier, *pour la diphthérie, comme pour toutes les autres épidémies, la* MISÈRE *apparaît au premier rang des conditions qui en favorisent le développement et qui en aggravent les manifesta-*

(1) Nos lecteurs trouveront une description du *tremblement sénile* dans le *Progrès médical*, 1876, p. 815.

© BIU Santé

tions; pour la diphthérie, comme pour toutes les autres épidémies, l'amélioration des conditions hygiéniques et sociales doit prendre place au premier rang des préoccupations des véritables philantropes.

Au travail de M. Besnier sont annexées plusieurs notes émanant de médecins d'hôpitaux d'enfants, et contenant la relation de quelques faits particuliers. Nous empruntons à l'une de ces notes une opinion qu'il nous paraît intéressant de signaler, bien qu'elle ne soit sans doute pas destinée à être admise d'emblée sans contestations. Ajoutons d'ailleurs que M. Archambault ne l'émet qu'avec quelques réserves. Après avoir rapporté plusieurs cas dans lesquels la diphthérie était associée à des accidents de scarlatine plus ou moins franche, et en particulier un fait où l'on voyait enchevêtrés d'une manière inextricable des symptômes que nous sommes habitués à considérer comme caractéristiques, soit de la diphthérie, soit de la scarlatine, M. Archambault ajoute : « Quelle instruction tirer de ces faits? Aucune, à moins qu'on ne soit amené à considérer que ces deux maladies ont des points de contact si étroits dans certains cas, qu'elles pourraient bien arriver à se confondre..... Je n'insisterai pas plus longtemps sur ces faits qui, avec un bon nombre d'autres analogues, me portent à croire que, dans bien des circonstances, la diphthérie peut être une déviation de la scarlatine, si ce n'est la scarlatine elle-même, modifiée et quelquefois presque méconnaissable, »

Le rapport de M. E. Besnier, avons-nous dit en commençant, est presque tout entier consacré à la diphthérie. Signalons seulement pour ce qui a trait aux autres maladies, une note de M. Siredey relative aux *affections puerpérales* observées dans son service de l'hôpital Laribroisière pendant le second semestre de 1877. En éliminant 7 cas de mort, ne pouvant être rattachés à l'influence nosocomiale (phthisie pulmonaire, hémorrhagie), on voit que la mortalité par maladies puerpérales a été seulement de 4 sur 427 accouchements, soit 1 sur 107. Encore faut il ajouter que, dans 3 cas suivis de mort, il y avait eu une intervention plus ou moins grave. En réunissant les deux semestres, on arrive, pour toute l'année 1877, au résultat général suivant : 893 accouchements, et 23 décès, sur lesquels il faut en défalquer 10 qui ne peuvent être rapportés à l'influence nosocomiale puisque la mort est arrivée presque aussitôt après l'entrée des malades à l'hôpital. Dès lors, pour 883 accouchements, il n'y a plus que 13 morts. Mais dans ces 13 décès, il s'en trouve 8 qui sont survenus après des interventions obstétricales plus ou moins graves ; par conséquent, en ne tenant compte que des accouchements naturels et de ceux dans lesquels l'intervention n'a pas eu de conséquences fâcheuses, il en resterait 875, avec 5 décès : ce qui donne une mortalité de 1 sur 175.

M. Siredey se félicite de ces résultats, et il dit avec beaucoup de raison : « On voit que si nous n'avions pas à tenir compte des cas de dystocie que les médecins ou les sages-femmes envoient journellement à l'hôpital alors que des manœuvres intempestives, souvent malhabiles, ajoutent encore au danger, notre statistique s'éloignerait peu de celle de la pratique de la ville. Et, à ce sujet, qu'il me soit permis de faire une remarque, c'est que si les résultats des accouchements opérés chez les sages-femmes sont si beaux sur les relevés de l'Administration, cela tient à ce que, d'une part, les accouchements difficiles sont renvoyés à l'hôpital, ainsi que les femmes qui sont prises après leur délivrance d'affections puerpérales graves. On comprend ainsi comment on évite les revers pour n'enregistrer que les succès. Notre résultat définitif nous paraît satisfaisant et plus favorable qu'aucun de ceux que nous avons obtenus jusqu'alors, depuis six ans que nous sommes chargé du service d'accouchements. Nous croyons que les précautions d'hygiène, chaque jour plus complètes que nous mettons en usage, y contribuent pour une large part ». Nous ne croyons pouvoir mieux terminer ce bulletin que par ces paroles qui mettent si bien en lumière le rôle du médecin dans l'hygiène hospitalière, et qui justifient amplement la place que le corps médical réclame à si juste titre dans les conseils des hôpitaux (1). A. SEVESTRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du samedi 2 mars 1878. — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

M. BARRIER fait la description d'un épithélioma pavimenteux lobulé de la face trouvé sur un vieux cheval de l'Ecole d'Alfort. Cette tumeur présentait un stroma fibreux parsemé d'îlots de cellules pavimenteuses avec du tissu osseux de nouvelle formation.

M. POUCHET dépose sur le bureau une note sur l'origine des hématoblastes. Ces corps auraient déjà été décrits par Donné et surtout Zimmermann. Ils proviendraient des leucocytes. Lorsqu'on examine les leucocytes arrêtés dans un gros vaisseau, on aperçoit à leur périphérie de petits prolongements, en forme de plumets, émanation du corps des leucocytes. Ces plumets oscillent sous l'influence du courant sanguin, mais les globules qui les portent ne présentent plus jamais de mouvements amiboïdes.

M. LABORDE a fait avec M. PETON des recherches sur l'action physiologique de l'ergot de seigle; il commence aujourd'hui l'exposé des résultats obtenus avec diverses préparations, extraits, eau distillée, etc., qui sont de puissance très-inégale. Sur un utérus grand, à la suite d'injections d'ergotine Bonjean (1 gramme pour 6 cc. d'eau), ces observateurs ont constaté une contraction très-nette des fibres musculaires, avec rétrécissement des artérioles et veinules. Lorsqu'on fait la même expérience sur l'oreille du lapin, après section du filet sympathique et du nerf auriculaire, on observe une anémiation complète avec abaissement notable de la température. L'ergot agit donc directement sur la fibre musculaire. M. Laborde est porté à croire que son action s'exerce à la fois sur le muscle et sur le nerf. L'ingestion stomacale produit des effets très-lents et peu accentués.

M CORNIL présente à la Société un énorme ganglion pris dans l'aine d'un individu atteint de coxalgie suppurée. On y trouve à la fois les lésions de la dégénérescence amyloïde et de l'inflammation chronique. Le réticulum périfolliculaire présente une prolifération cellulaire très-marquée, caractéristique de l'inflammation chronique. Dans le tissu réticulé, au contraire, les cellules et les vaisseaux donnent, sous l'action du violet de Paris, les réactions amyloïdes.

M. MALASSEZ dépose sur le bureau une note de M. PICARD, sur les effets physiologiques des injections sous-cutanées de morphine.

M. D ARSONVAL fait, sous les yeux des membres de la Société, une expérience qui montre que le téléphone est infiniment plus sensible à l'électricité que le nerf. Un courant qui est sans action sur la patte galvanoscopique, fait vibrer le téléphone. Celui-ci pourra donc servir aux recherches électro-physiologiques.

(1) Voir la séance du 22 février, de la *Société médicale des hôpitaux*, dans le numéro de ce jour du *Progrès médical*.

© BIU Santé

M. Morat fait au nom de M. Dastre et en son nom une communication sur *les modifications de la pression vasculaire, consécutive à la section et à l'excitation du grand sympathique.* Depuis l'expérience classique de Cl. Bernard, les phénomènes vasculaires et thermiques qui résultent de la section et de l'excitation du filet cervical du grand sympathique, sont bien connus. Pourtant en ce qui regarde spécialement les modifications parallèles de la pression et de la vitesse du sang dans les vaisseaux correspondants, les auteurs sont loin d'être d'accord. A la suite de la section du sympathique la pression artérielle a été trouvée par les uns plus élevée, par les autres plus faible ; de même après l'excitation.

L'étude de ces modifications de la pression vasculaire a été faite par MM. Dastre et Morat dans le laboratoire de M. Chauveau. Ces recherches, en dehors de l'intérêt direct qui s'y rattache, offriront un point de départ certain pour l'interprétation des résultats analogues obtenus à la suite de la section et de l'excitation des vaso-moteurs des extrémités (nerfs plantaires du membre postérieur) résultats exposés dans une des séances précédentes de la société.

De même que dans leurs recherches antérieures, MM. Dastre et Morat ont expérimenté sur les grands animaux (âne, cheval, mulet) ; ils ont enregistré les variations de pression qui se produisent dans les carotides et dans les vaisseaux de la face : dans la carotide, en introduisant dans cette artère un tube en T dont la branche moyenne porte un sphygmoscope relié à un tambour à levier inscripteur ; dans l'artère faciale en adaptant directement la canule de l'appareil manométrique soit au bout central (pression directe), soit au bout périphérique (pression rétrograde), la veine faciale était munie également d'un sphygmoscope convenablement sensibilisé, dirigé ou du côté de la périphérie ou du côté du cœur (les résultats sont dans les deux cas, peu différents ; il importe seulement de choisir un segment de veine dépourvu de valvules.

Effets de la ligature et de la section. — Aussitôt après cette double opération pratiquée coup sur coup on voit la pression s'élever simultanément dans l'artère et dans la veine ; mais cette élévation est de peu de durée (quelques secondes). Puis la pression artérielle s'abaisse graduellement pendant que la pression veineuse s'élève d'une façon correspondante ; au bout d'un certain temps, les deux pressions restent fixes chacune à un niveau différent de celui qui a été noté avant la section. — L'effet définitif est donc une dilatation des vaisseaux de la périphérie. L'effet immédiat doit s'interpréter par l'excitation passagère du nerf produite par la ligature et la section.

Effets de l'excitation. — L'excitation électrique (courants induits) provoque une élévation de la pression artérielle et un abaissement correspondant de la pression veineuse (cet abaissement est le plus souvent précédé d'une légère surélévation de la ligne du tracé). — Pendant ce temps la vitesse du sang mesurée dans la carotide est trouvée notablement abaissée.

Cet effet immédiat, constant de l'excitation, résultat de la constriction des vaisseaux de la périphérie, est souvent suivi d'un effet exactement inverse, quand l'excitation a été à la fois forte et prolongée. — La pression artérielle retombe au-dessous du niveau antérieur pendant que la pression veineuse s'élève d'une façon correspondante. Cette dilatation consécutive à la constriction est un effet de la fatigue, de l'épuisement du nerf par le fait même de son excitation. Ces modifications de la pression vasculaire sont, comme on voit, très-semblables à celles qu'on provoque par la section et l'excitation des nerfs des membres (nerfs plantaires). — La dilatation des vaisseaux de la périphérie ne se montre jamais que comme un effet consécutif à un état opposé à la constriction. Elle s'observe après l'excitation du sympathique comme après l'excitation du sciatique. — En un mot les effets de la section et de la section du sciatique sont les mêmes que ceux de la section et de l'excitation du sympathique. L'hypothèse de nerfs vaso-dilateurs contenus dans le sciatique est donc sans fondement.

M. Vigouroux lit une note sur l'action des aimants et de l'électricité statique sur l'anesthésie hystérique.

L. Dreyfus-Brisac.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 mars 1878. — Présidence de M. Baillarger.

M. Beclard, présente au nom de M. Beni-Barde un manuel médical d'hydrothérapie. Ce manuel sera très-prochainement analysé dans les colonnes du *Progrès médical*.

M. Poggiale fait la lecture de son rapport officiel sur les eaux minérales.

M. Colin, d'Alfort, lit un travail sur le *développement successif des foyers virulents pendant la période d'incubation des maladies charbonneuses.* L'auteur traite un point important de physiologie pathologique, celui de savoir ce qui se passe pendant l'incubation des maladies virulentes en général et des maladies charbonneuses en particulier. Il ressort du travail de M. Colin et des recherches sur lesquelles il se base : 1° que les ganglions lymphatiques sont les premiers organes à acquérir la virulence à la suite du dépôt ou de la pénétration du virus charbonneux dans un point de l'organisme. 2° Que ces organes deviennent virulents d'une manière successive, suivant l'ordre de leur situation sur le trajet des lymphatiques partant des points d'inoculation. 3° Qu'ils se transforment en foyers virulents à la fois par apport et par régénération du virus charbonneux dans leur tissu ou dans les liquides dont ils sont imprégnés ; 4° Qu'à un moment d'assez longue durée, ils sont avec la piqûre et son œdème environnant, les seules parties de l'économie douée de propriétés virulentes ; 5° qu'ils possèdent ces propriétés même un certain temps avant l'apparition des bactéries dans leur intérieur, alors que la virulence n'appartient à un degré quelconque ni au sang, ni aux organes très-vasculaires comme le foie, la rate et autres viscères ; 6° que ces ganglions réceptacles et régénérateurs du virus, sont des foyers en pleine activité pendant l'incubation et jusqu'aux dernières périodes de la maladie ; 7° que leur activité se décèle par la tuméfaction, l'œdème, la teinte rougeâtre, l'hémorrhagie interstitielle, en un mot par des propriétés nouvelles et le développement des bactéries ; 8° qu'ils sont, avec la piqûre et son infiltration périphérique, les foyers d'où procède principalement, peut-être exclusivement, l'infection générale de l'économie.

M. Pasteur ne trouve rien d'original dans le travail de M. Colin, ni les expériences, ni les idées, ni les conclusions. Si on dépose de la bactéridie en un point quelconque du corps, on constatera au niveau de l'inoculation, une tuméfaction plus ou moins manifeste et l'existence des bactéridies dans tout l'organisme. Le sang et les autres parties du corps ne sont pas toujours envahis si ce n'est six heures avant la mort ; les lymphatiques et leurs ganglions, au contraire, sont toujours pris. Bien plus, injectant de la bactéridie dans la veine jugulaire, l'examen du sang pratiqué deux heures après l'opération, ne révèle pas la présence des bactéridies. La bactéridie, d'après M. Pasteur, circule dans le courant sanguin et vient s'inoculer au point même de la piqûre cutanée. M. Colin nous dit que la bactéridie va se loger d'abord dans les ganglions lymphatiques, non loin du point d'inoculation et établit deux époques dans la virulence de ces foyers qui donneront naissance à la bactéridie. La virulence existerait donc à côté de la bactéridie, puisque le ganglion est d'abord virulent sans bactéridie. Tel n'est pas l'avis de M. Pasteur, qui oppose à son contradicteur toutes les expériences qu'il a faites depuis plusieurs années. Que M. Colin, muni d'une aiguille, pénètre dans l'intérieur du ganglion et qu'il inocule un fragment de cette pulpe sur un terrain favorable ou dans un milieu de culture, et il pourra réellement conclure s'il y a virulence avec ou sans bactéridies. D'ici là, M. Pasteur conteste formellement le travail de M. Colin et propose à l'Académie de constituer une commission chargée d'étudier et de trancher cette discussion.

M. Colin proteste contre les déclarations de M. Pasteur. Dans les travaux anciens, on ne parle que de l'état macroscopique des ganglions. Cet état ne saurait être comparé avec celui sur lequel il insiste aujourd'hui. En outre, les plus petites quantités de pulpe ganglionnaire, prises avec la pointe d'un scalpel, ont toujours produit le charbon avec la bactéri-

© BIU Santé

die. Il a cultivé sur l'animal vivant et le microscope lui a toujours révélé la présence de la bactéridie.

M. PASTEUR ne croit pas concluant l'examen fait à l'aide du microscope; mais ce qui est significatif, c'est la culture. Un séjour de quelques heures dans un liquide favorable, favorise le développement des bactéridies en nombre incalculable. Le mémoire de M. Colin accuse un progrès, rien de plus; ses considérations anatomo-physiologiques sont parfaitement connues et établies. Si cette proposition formulée par M. Colin était vraie : « le ganglion a deux époques de virulence, la première, sans bactéridies, la deuxième, avec bactéridies » il aurait démontré une question considérable, celle de la génération spontanée.

M. COLIN. Le microscope permet de constater la présence de la bactéridie plus sûrement et plus rapidement que ne paraît le croire M. Pasteur. L'examen du sang lui a donné des résultats aussi positifs que l'examen des ganglions : Le sang reste quelque temps, en effet, sans être envahi par les bactéridies.

M. PASTEUR. Rien n'est plus facile que d'obtenir un sang charbonneux, que le microscope est impuissant à révéler. Quelles que soient les expériences entreprises, les inoculations faites, vous n'observerez jamais, avec le microscope, le moment précis de l'apparition de la bactéridie. Si vous expérimentez, au contraire, dans un lieu de culture, dans un liquide favorable, vous pourrez d'autant plus facilement préciser ce débat, que vous serez immédiatement en présence d'une multitude de bactéridies. Dans l'état actuel de la science, la culture seule doit être employée; n'eussiez-vous qu'une seule bactéridie, l'expérience sera démonstrative.

M. BOULEY. La démonstration expérimentale de M. Colin est plus nouvelle que ne semble le dire M. Pasteur. Considéré au point de vue clinique, ce travail est intéressant, puisqu'il montre l'organisme infecté à un certain moment et dans un département limité, grâce à la présence d'un obstacle ganglionnaire.

M. COLIN. Les bactéridies se développent dans le sang et viennent peut-être des ganglions.

M. BAILLARGER annonce que la commission chargée d'étudier et de contrôler les faits avancés par M. Colin et contestés par M. Pasteur, sera composée de MM. Colin, Pasteur, Vulpian, Bouley et Davaine. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 14 décembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

18. Tumeur sarcomateuse de la moelle; par Alfred BULTEAU, interne.

Le nommé Tev... âgé de 41 ans, est entré le 17 septembre 1877, à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Jean n° 4, (service de M. Guyot). Il est malade depuis le mois d'avril 1875. Le début de la maladie a été caractérisé par des douleurs de tête très-violentes; limitées primitivement à la région sincipitale, elles envahirent plus tard l'occiput et la partie postérieure du cou.

Les douleurs ne disparurent que pour faire place à des phénomènes paralytiques. Ils se manifestèrent progressivement, et occupèrent d'abord le côté droit; le bras devint complétement immobile; la jambe pouvait encore remuer un peu et soutenir le poids du corps, et la marche était encore possible quand vint à se produire la paralysie du côté gauche. Elle aussi, apparut lentement, et n'est complète que depuis cinq mois. A mesure qu'elle s'accentua, les phénomènes paralytiques du côté droit s'amendèrent pendant quelque temps pour augmenter de nouveau peu après. Le malade ne peut plus marcher depuis cinq semaines. Il dit avoir éprouvé pendant quelque temps une certaine gêne de la mastication et de la déglutition; il aurait eu même un peu d'embarras de la parole. Il respire difficilement depuis quatre mois. Il a ressenti quelquefois des douleurs en ceinture avec sensation toute particulière d'étreinte dans un étau. Depuis six semaines, il a, de temps en temps, des mouvements convulsifs dans les membres.

Etat actuel. — Le malade est maigre, et d'apparence un peu cachectique. Les quatre membres sont contracturés dans l'extension; le bras droit l'est moins, et la contracture est facilement vaincue; elle disparaît même quelquefois complétement. Le côté gauche est entièrement paralysé; on observe à droite quelques légers mouvements de la jambe et des orteils. Le bras se remue plus librement et le malade peut encore s'en servir un peu. La sensibilité est intacte partout. Les mouvements réflexes sont exagérés et l'on détermine aisément l'épilepsie spinale par la flexion brusque du pied sur la jambe. Les membres inférieurs sont œdématiés, ainsi que la main gauche.

La tête est renversée en arrière par suite de la contracture des muscles de la nuque. Il n'y a pas de paralysie faciale, et les organes de la vue et de l'ouïe sont intacts. On ne constate aucune lésion de la colonne vertébrale. La respiration est manifestement gênée; l'inspiration est accrue et exige un effort musculaire considérable. Le diaphragme et les muscles intercostaux semblent se contracter très-faiblement; aussi, pour suppléer à leur défaut d'action, le malade est-il obligé de mettre énergiquement en jeu ses muscles inspirateurs accessoires, le sterno-mastoïdien et le trapèze.

On observe une contraction toute particulière du muscle peaucier dont les fibres musculaires, considérablement hypertrophiées, se dessinent très-nettement sous la peau. Le malade n'éprouve aucun embarras de la parole, mais en raison de la gêne de la respiration, ses phrases sont entrecoupées, et il est obligé de s'arrêter de temps en temps pour respirer.

L'examen du cœur, des poumons, du foie, ne fait reconnaître aucune lésion de ces organes.

Diagnostic. — L'état dans lequel se trouve le malade fait songer à une sclérose latérale; mais est-elle primitive, est-elle consécutive?

15 *octobre.* — Les quatre membres sont complétement paralysés; la contracture persiste. Le malade se plaint de crampes dans les membres; il éprouve assez souvent et d'une manière spontanée les convulsions cloniques de l'épilepsie spinale.

1er *novembre.* — La contracture a disparu, les membres sont immobiles et dans la résolution la plus complète; les pieds et les mains sont œdématiés. La gêne de la respiration est plus marquée. Il se développe une petite escharre au sacrum et au niveau du grand trochanter du côté droit; sensation de brûlure dans les membres.

20 *novembre.* — La gêne de la respiration augmente.

22 *novembre.* — L'asphyxie survient lentement; les muscles intercostaux et le diaphragme semblent être presque complétement paralysés; la mort arrive, après huit heures de grande dyspnée.

AUTOPSIE. — Les poumons sont congestionnés; le cœur, le foie, la rate, les reins, les intestins sont intacts. Ancien foyer de ramollissement, bien limité à la partie antérieure de la 3e circonvolution frontale droite. A l'ouverture du canal rachidien, on constate qu'il existe une tumeur de la moelle à sa partie supérieure. Elle est de forme olivaire, et à peu près du volume de la deuxième phalange du pouce; elle siége immédiatement au-dessous du collet du bulbe. Elle est légèrement adhérente à la face interne de la dure-mère rachidienne et intimement unie à la pie-mère, dont elle semble émaner. La tumeur est située à droite, sur les parties latérales de la moelle, et la compression ne s'exerce directement que sur les cordons latéraux. La moelle est comme étranglée à ce niveau, refoulée à gauche, et aplatie contre les parois osseuses du canal rachidien dans lequel elle se trouve trop à l'étroit. Il en résulte qu'à droite comme à gauche, les cordons latéraux sont plus spécialement soumis à la compression; elle est directe à droite et produite par la tumeur, elle est indirecte à gauche et n'est due qu'à l'aplatissement de la moelle contre les parois du canal rachidien. Cette tumeur est dure, élastique et de couleur chair musculaire.

L'examen histologique que nous devons entièrement à l'obligeance de M. le docteur Quinquand, a permis de constater les détails suivants qui sont relatifs à la nature de la tumeur et aux lésions de la moelle et du bulbe :

Examen de la tumeur. — Au microscope, on y voit des faisceaux de fibrilles circonscrivant des espaces irréguliers, rem-

© BIU Santé

plis de cellules fusiformes, allongées, quelques-unes ramifiées de 0,015 mm.; ce sont, en somme, de petites cellules, nulle part de grandes cellules. Ces éléments sont juxtaposés les uns près des autres, et forment une masse compacte à direction variée. Il s'agit donc d'un sarcome avec faisceaux fibrillaires.

Examen de la moelle et du bulbe. La lésion médullaire siége au niveau de la tumeur et consiste en une zone transverse où la moelle est ramollie, blanchâtre, et réduite en une pulpe semi-liquide. Au-dessus et au-dessous, deux zones congestionnées. Au microscope, les noyaux colorés par le carmin, ont augmenté de nombre. Les fibrilles connectives sont çà et là réunies aux vaisseaux dilatés et gorgés par places de globules rouges. Les gaines lymphatiques contiennent de nombreuses granulations graisseuses. Les tubes nerveux sont les uns variqueux, à peu près normaux, les autres réduits à leur cylindre-axe; la myéline, en outre, est très-fragmentée; les cellules multipolaires sont, les unes globuleuses, surtout dans les zones supérieures et inférieures; les autres fragmentées et à peu près intactes en apparence. On y trouve des corps amyloïdes, mais les corps granuleux ne sont pas très-nombreux.

Sur des coupes transversales, on rencontre quelques corps granuleux dans les faisceaux latéraux, dans une étendue de 0,08 centim., en descendant sur la région dorsale; les lésions sont plus accusées du côté droit que du côté gauche. Ainsi il existe une dégénération symétrique des cordons latéraux, avec maximum à droite, côté de la tumeur.

La lésion phlegmasique s'étend au dessus du collet du bulbe; en effet, sur des coupes fines et colorées au picro-carminate, on voit une multiplication des éléments nucléaires et des vaisseaux de la névroglie; par places, existe une infiltration de globules rouges, altérés et situés hors des vaisseaux. A l'état frais existent des corps granuleux en dehors des vaisseaux et dans leur gaine lymphatique.

Au niveau des noyaux d'origine des nerfs glosso-pharyngiens et pneumogastriques, les lésions sont les mêmes. Dans ce point, il y a de la congestion et de la tuméfaction des cellules nerveuses; certaines, au contraire, sont en voie d'atrophie simple. Ces altérations semblent ne plus exister dans la région qui avoisine la protubérance.

En résumé, au niveau de la tumeur qui est de nature fibro-sarcomateuse, on voit une zone où domine surtout le ramollissement; au-dessus et au-dessous, dans l'étendue d'un centimètre et demi, existent de la rougeur, de l'hyperémie et de la myélite transverse avec propagation au bulbe. De plus, les cordons latéraux sont le siége d'une sclérose descendante encore peu avancée dans son évolution.

Si nous analysons les faits contenus dans cette observation, nous dirons: 1° ce sont bien des symptômes de sclérose latérale qu'a présentés le malade, mais la sclérose était secondaire; 2° les phénomènes asphyxiques qui ont caractérisé la dernière phase de la maladie et qui ont amené la mort du malade en quelques heures, sont-ils dus principalement à l'altération des cellules nerveuses au niveau de l'origine des pneumogastriques? Ne reconnaîtraient-ils pas bien plutôt pour cause la paralysie progressive du diaphragme et des intercostaux, par compression de la partie supérieure de la moelle; c'est à cette dernière opinion que nous croyons devoir nous ranger? 3° Les douleurs violentes qui ont caractérisé le début de la maladie, ressenties spécialement sur tout le trajet du nerf occipital et de ses branches, auraient pu faire soupçonner la compression de la moelle par une tumeur. On sait quelle importance M. le professeur Charcot attache à ces douleurs névralgiques, dans les cas de diagnostic difficile entre la myélite primitive et la myélite secondaire.

19. Hémorrhagie rénale chez un enfant mort d'éclampsie; par E. Cottin, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un jeune enfant de trois ans et demi, mort d'éclampsie dans le service de M. Siredey, à Lariboisière. Les attaques ont duré cinq jours, très-violentes, presque continuelles, et nous avons assisté aux dernières, sans toutefois avoir trouvé aucune circonstance, qu'on ait pu regarder comme cause déterminante de la production de ces attaques.

Autopsie. — *Cavités crâniennes et médullaires.* Rien de particulier dans les méninges. Le cerveau présente une consistance normale. A la coupe on trouve les deux substances criblées de petites taches rouges, dans toute l'étendue du cerveau. — La protubérance et le bulbe n'offrent rien de particulier. — En ouvrant la cavité rachidienne, on observe en dehors de la dure-mère une turgescence énorme des plexus veineux dans la région dorsale. Cet état arrive à l'apoplexie dans la partie inférieure de cette région, et au niveau du segment lombaire, il existe une nappe de sang entre la dure-mère et la paroi osseuse. Cette nappe occupe surtout la paroi postérieure. Après le lavage, la cavité osseuse est fortement imprégnée de sang. — En ouvrant la dure-mère, on observe sur la face postérieure de la moelle, un réseau vasculaire extrêmement développé, que l'on ne retrouve pas à beaucoup près en avant.

Cavités thoracique et abdominale. — Les poumons sont le siége d'une congestion très-intense à leur partie postéro-inférieure. Des coupes multiples n'y montrent pas autre chose. — Le péricarde ouvert, on observe sur la face antérieure du ventricule droit, à sa partie supérieure, un état violacé, comme ecchymotique, ne disparaissant pas par le lavage, et que l'on ne retrouve pas sur le ventricule gauche.

Mais ce qu'il y a de plus intéressant dans cette autopsie, c'est la présence d'une hémorrhagie dans le rein droit, occupant son extrémité inférieure, et se présentant sous la forme d'un foyer apoplectique parfaitement bien limité. Ce foyer apoplectique a le volume d'une grosse noix, il occupe les deux substances, principalement la substance corticale. A son centre on voit la coupe d'un assez gros vaisseau, dont la lumière est complétement oblitérée par un bouchon fibrineux. La présence de ce vaisseau, siége de thrombose, exactement au centre du foyer apoplectique, indique nettement le point de départ et le mécanisme de cette hémorrhagie.

Dans le reste du même rein, nous n'observons rien de spécial, et celui du côté opposé est parfaitement normal.

M. de Boyer présente une fracture en V des os de la jambe.

M. Gauché présente une fracture du crâne avec contusion du cerveau.

22. Gastrite chronique; par G. Ballet, interne.

W..., capitaine d'infanterie, 59 ans, entre à l'hôpital à la fin février 1876. Habitudes alcooliques invétérées. Le malade buvait chaque jour plusieurs verres d'absinthe et une grande quantité d'alcool. Il a toujours été bien portant et n'a jamais fait de maladie grave. Il souffre depuis plusieurs mois, au niveau de la région épigastrique, et se plaint de difficultés dans les digestions; il a de fréquents vomissements de matières glaireuses et affirme même avoir eu des vomissements sanguins, et lorsqu'on lui demande s'il a rejeté des matières ressemblant « à de la suie, » il répond affirmativement.

Les artères sont athéromateuses, le facies variqueux et très-injecté. Tout dénote, chez le malade, une intoxication alcoolique chronique.

W... se plaint de souffrir lorsqu'on exerce une pression à la région épigastrique et dans les hypocondres, surtout le droit. Le volume du foie ne paraît pas modifié. On sent, à la palpation, dans la région épigastrique, une plaque dure, large, occupant une grande partie de l'épigastre. Le malade a maigri depuis quelque temps. Il ne présente pas la teinte jaune paille. Diagnostic: carcinome de l'estomac. L'état du malade ne se modifie pas sensiblement durant le mois de mars. Les douleurs persistent mais peu vives. Vomissement pituitaire, surtout, mais non exclusivement, le matin. De temps en temps, vomissements alimentaires. Perte complète de l'appétit, les aliments que prend le malade « ne passent pas. »

Cet état se prolonge, mais vers la fin de mars, on éprouve plus de difficulté à percevoir la plaque dure et saillante de la région épigastrique. De l'ascite se développe et la sensation de tumeur disparaît complétement. L'ascite augmente, les jambes s'œdématient. L'état général devient très-grave, le malade ne peut plus tolérer aucun aliment, la prostration sur-

© BIU Santé

vient, puis un léger subdélirium et le malade succombe le 5 avril.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une quantité assez considérable de sérosité. Ce liquide est coloré en rouge.

Le foie, dont le volume est un peu diminué, présente sur certains points des granulations peu saillantes. A la coupe, sa consistance est légèrement augmentée.

L'*estomac* rétracté sur lui-même est comme collé contre la colonne vertébrale et on ne peut le trouver qu'après une recherche attentive.

Les dimensions sont très-diminuées et ne dépassent pas, au niveau de la grosse tubérosité, celle du côlon transverse. L'estomac n'est pas adhérent aux organes voisins, sa surface est lisse et ne présente pas de nodosités.

A la coupe : la surface de la muqueuse offre une coloration légèrement bleuâtre ; pas traces d'ulcération. Dans le voisinage du pylore on trouve deux petites saillies polypiformes, à base sessile.

Les parois de l'estomac sont très-épaissies. Au niveau du pylore elles mesurent 3 centimètres environ. Elles crient à la coupe sous le scalpel. Le tissu qui les constituent est dur et comme lardacé. Il ne s'écoule pas de suc au raclage. L'épaississement paraît produit aux dépens de la tunique celluleuse et de la musculaire. Cette dernière mesure un centimètre à peu près d'épaisseur ; et les différentes couches de fibres musculaires qui la constituent sont très-apparentes et bien distinctes. La couche celluleuse, dont les dimensions sont très-augmentées, contribue, plus encore que la musculaire, à donner à la paroi la consistance lardacée. La muqueuse n'est pas notablement épaissie.

A mesure qu'on approche de la grosse tubérosité, l'épaisseur des tuniques diminue progressivement, mais au niveau de cette dernière l'épaississement est encore manifeste quoique moins prononcé. Il existe quelques traces de péritonite, quelques pseudo-membranes rares et disséminées.

Les reins sont volumineux et en dégénérescence graisseuse. Des circonstances spéciales n'ont pas permis de faire l'autopsie de la poitrine.

Examen microscopique : *A. Couche muqueuse.* — Les lésions de la membrane muqueuse sont différentes suivant qu'on examine cette dernière au niveau de la partie moyenne ou dans le voisinage du pylore. — Des coupes pratiquées, après le durcissement dans l'alcool absolu, dans la muqueuse qui tapisse la partie moyenne des faces de l'estomac nous ont montré les lésions suivantes : l'épithélium n'est plus reconnaissable. Les culs-de-sac glandulaires sont très-dilatés, pressés les uns contre les autres et déformés par pression réciproque, sur certains points. Ils renferment de grosses cellules en dégénérescence muqueuse, et de la matière muqueuse libre. Ces culs-de-sacs sont rompus sur quelques points. A ce niveau on trouve de véritables lacs renfermant de la matière muqueuse et des cellules dégénérées, circonscrites par des travées conjonctives.

Sur la muqueuse prise au voisinage du pylore, les lésions sont différentes : les kystes muqueux sont rares, les glandes peu altérées. En revanche le tissu conjonctif péri-glandulaire a proliféré ; il envoie à la surface de la muqueuse de petits prolongements qui lui donnent un aspect villeux. — La couche musculeuse de la muqueuse est épaissie sur certains points, amincie sur d'autres.

B. Couche celluleuse. — Epaissie dans toute son étendue, elle est formée par un tissu fibreux, dense sur quelques points. Il existe une véritable sclérose de cette tunique celluleuse. Les vaisseaux artériels, y sont dilatés, comme variqueux. — Il ne nous a pas été possible de trouver là de lésions inflammatoires bien nettes des parois vasculaires.

C. Couche musculaire. — Hypertrophie notable. Les fibres musculaires sont plus nombreuses. La tunique est parcourue par de nombreuses travées conjonctives.

D. Foie. — Sur quelques coupes nous avons constaté une cirrhose commençante, mais les lésions n'étaient nulle part très-prononcées.

Réflexions. — Cette observation est intéressante au point de vue clinique et anatomo-pathologique. — Au point de vue anatomo-pathologique, on retrouve, dans l'estomac que nous présentons, toutes les lésions du catarrhe gastrique chronique, telles qu'elles ont été décrites par Cornil et Ranvier. Ces lésions de la muqueuse se combinent ici avec une sclérose de la tunique celluleuse. C'est cette dernière altération, qui paraît avoir attiré surtout l'attention de Brinton, dans le tableau qu'il a tracé de la gastrite chronique, décrite par lui sous le nom de « linte scléreuse. » Peu de travaux ont été publiés sur l'histologie des inflammations chroniques de l'estomac. MM. Cornil et Ranvier se sont préoccupés surtout des lésions de la membrane muqueuse ; et la description donnée par Brinton des altérations de la tunique celluleuse est trop insuffisante au point de vue histologique pour n'être pas à refaire. — Peut-être y aurait-il lieu de demander si cette sclérose de la tunique moyenne, telle que nous croyons l'avoir constatée dans le cas que nous rapportons, ne présente pas au point de vue pathogénique, quelque analogie avec la cirrhose vulgaire du foie ? et si l'on ne trouverait pas dans des lésions vasculaires l'origine et l'explication de la transformation fibreuse de la tunique celluleuse ?

Rappelons, en dernier lieu, que la gastrite chronique s'est présentée ici sous un aspect et avec une marche telle qu'on a pu la confondre avec un cancer. Sans nous porter garant de la légitimité du diagnostic posé, nous devons reconnaître cependant qu'il y avait dans le tableau clinique, plus d'un trait expliquant et jusqu'à un certain point excusant la confusion.

23. Anatomie pathologique d'une luxation infra-coracoïdienne de l'épaule, trouvée sur un homme adulte disséqué à l'Ecole pratique ; par E. Kirmisson.

La luxation siége sur l'épaule gauche ; qu'elle ait été réduite pendant la vie, ou après la mort par suite des tractions pratiquées sur le bras du cadavre, toujours est-il que la tête est contenue dans la cavité glénoïde ; mais on l'en fait aisément sortir. Elle vient se placer tout entière en dedans de l'apophyse coracoïde. Elle sort à travers la partie inférieure du sous-scapulaire qui est largement déchirée ; le biceps et le coracobrachial se placent au-devant d'elle. Dans cette position, le sus-épineux, et surtout le sous-épineux et le petit rond sont très-distendus. Le petit rond est réduit à un cordon mince, aplati, complétement décoloré, d'apparence graisseuse. Les sus et sous-épineux paraissent sains, quand on les examine par leur face externe ; mais, vus par l'intérieur de l'articulation, ils présentent leurs insertions humérales en partie arrachées. Le deltoïde offre une teinte feuille-morte ; quelques-unes des fibres profondes et supérieures du sous-scapulaire sont en dégénérescence graisseuse. Le tendon de la longue portion du biceps est arraché à un demi centimètre environ de son insertion, et le bourrelet glénoïdien est séparé de son insertion osseuse dans le tiers supérieur environ du rebord de la cavité glénoïde. Les deux bouts du tendon sont adhérents dans sa gaîne synoviale. — La capsule est largement déchirée dans l'étendue correspondant aux insertions du sous-scapulaire. De plus, au niveau de la coulisse bicipitale, elle offre une seconde perforation, large comme une pièce de 50 centimes ; et, en ce point, la tête humérale a subi plusieurs pertes de substance ; deux petites esquilles sont trouvées en dehors de l'articulation ; plusieurs sont appliquées à la face interne de la capsule. Le cartilage articulaire présente à sa périphérie de petites érosions peu profondes, indiquant que la luxation remonte déjà à un certain temps. — Les vaisseaux et nerfs n'ont pu être examinés — Nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sur les faits cliniques concernant cette luxation.

Tout incomplète qu'elle est, cette observation présente cependant quelques particularités intéressantes à signaler. Au point de vue des déchirures de la capsule et des muscles, elle confirme les faits signalés dans les autopsies de ce genre. L'altération profonde du deltoïde, et surtout du petit rond, indique que le nerf circonflexe avait été atteint ; et cette lésion vient à l'appui de l'opinion émise par notre maître, M. Panas, qui pense que c'est toujours dans les luxations

© BIU Santé

intra-coracoïdiennes que s'observent les paralysies consécutives aux luxations de l'épaule. La dégénérescence des muscles s'est produite rapidement; car, d'après l'état de l'articulation, la lésion ne remontait certainement pas à plus d'un mois ou six semaines. De plus, comme l'a fait remarquer à la Société anatomique M. Budin, cette altération des muscles peut avoir de l'importance en médecine légale, dans le cas où l'on voudrait savoir, par exemple, si la luxation a bien été produite réellement pendant la vie. — Enfin, la perte de substance de la capsule au niveau de la coulisse bicipitale, et la fracture esquilleuse de la tête au même point, nous éclairent sur le mécanisme de la luxation qui a dû être évidemment produite par un choc direct sur le moignon de l'épaule.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mars. — PRÉSIDENCE DE M. GUYON.

M. DESPRÈS fait une observation à propos du malade présenté par M. Marc Sée à la dernière séance, chez lequel on avait diagnostiqué une tumeur parotidienne de nature syphilitique. D'après M. Desprès, les parotidites syphilitiques sont excessivement rares; il n'y en a que peu d'exemples dans la science. Le malade a été soumis au traitement mercuriel, et il a eu une salivation abondante; aussi M. Desprès est porté à croire qu'il s'agit d'une parotidite chronique par abus du traitement mercuriel.

M. le président GUYON annonce la mort de M. Martial Dupierrez (?), membre correspondant de la Société de chirurgie à la Havane, depuis le 21 mai 1856. M. Dupierrez est décédé, en France, le 17 février.

Calcul de cystine chez un homme de vingt-quatre ans.

M. GAUJOT présente un calcul de cystine assez volumineux, qui a été extrait par la taille chez un artilleur de vingt-quatre ans. Les calculs de cystine pure sont très-rares; sur 622 calculs analysés par Taylor, 2 seulement étaient composés de cystine. Civiale n'en a vu que 4 cas. Raoul Leroy-d'Etiolles a publié aussi 4 observations de calculs analogues, dont 2 chez deux frères. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que les calculs de cystine ne s'observent que chez les enfants ou les adolescents jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans.

Le calcul apporté par M. Gaujot est ovoïde, de couleur café au lait, à surface lisse et polie, d'un aspect complétement homogène à la coupe; sa substance est assez friable. L'analyse chimique a montré que ce calcul contient 87 pour 100 de cystine pure. Comme dimensions, il offre dans ses trois diamètres 44, 32 et 26 millimètres.

Le malade chez lequel M. Gaujot a extrait ce calcul était originaire du département du Nord. A 23 ans il eut une blennorrhagie, suivie d'arthrite localisée au genou droit. Plus tard survint une cystite purulente, pour laquelle le malade entra dans le service de M. Gaujot.

Plusieurs cathétérismes successifs, toujours suivis d'hémorrhagies, permirent de reconnaître la présence d'un calcul vésical. M. Gaujot se décida à pratiquer la taille prérectale, modifiée par le procédé de M. Sarrazin; le calcul fut facilement retiré. La guérison était complète au bout de trois semaines.

Désarticulation de la hanche : procédé opératoire.—La grande discussion, encore pendante à l'Académie de médecine, sur la désarticulation coxo-fémorale, et sur le meilleur mode de pansement des opérés a déjà provoqué plusieurs communications à la Société de chirurgie. Nous rappellerons, pour mémoire, l'observation de M. Tillaux, qui a pratiqué au mois de janvier une désarticulation de la cuisse à l'aide du thermocautère et de l'anse galvanique.

A son tour, M. FARABEUF vient faire part des résultats de ses recherches. L'Académie de médecine a volontairement laissé de côté les procédés opératoires, pour ne s'occuper que des pansements. M. Farabeuf a donc le champ libre pour l'appréciation des procédés opératoires, qui constituent peut-être le point le plus important de la question. Il est prouvé, en effet, que 70 pour 100 des opérés meurent par le fait même de l'opération. De là, cette conclusion naturelle que l'opérateur peut beaucoup pour diminuer la mortalité dans les désarticulations de la hanche.

Pendant près d'une heure, M. Farabeuf a tenu la Société de chirurgie sous le charme de sa parole. Personne, mieux que M. Farabeuf, ne possède l'art d'intéresser ses auditeurs aux descriptions les plus arides; et nous doutons fort que la Faculté de médecine ait jamais possédé un aussi brillant professeur d'anatomie ou de médecine opératoire.

Après avoir rappelé quelques notions anatomiques sur la distribution et les anastomoses, à la racine du membre inférieur, des artères honteuses externes, petite musculaire, fémorale profonde, circonflexes, obturatrice, ischiatique et fessière, qui se trouvent dans le champ opératoire, M. Farabeuf passe en revue les différents procédés qui ont été mis en pratique depuis plus d'un siècle pour la désarticulation de la hanche. Ces procédés sont nombreux; M. Farabeuf n'en a pas trouvé moins de 45, et encore, il a été obligé de se limiter dans ses recherches bibliographiques.

En 1739, deux élèves de Morand proposèrent la désarticulation de la hanche avec un lambeau postérieur.

Jaeger et Soupart pratiquèrent cette opération avec un lambeau externe.

Doublet, et après lui Delpech (1818), choisirent un lambeau interne; mais, après la ligature de l'artère fémorale, la plaie continuait à suigner en bavant.

Blasius conseilla de prendre un lambeau elliptique.

Au commencement de ce siècle, Plantade tailla un lambeau antérieur; et, en 1826, Bacodent inaugura le principe par transfixation.

Le procédé à deux lambeaux latéraux fut employé pour la première fois en 1795, par Alexandre Blandin, qui faisait des entailles de bas en haut. Plus tard, Dominique Larrey mit en pratique le procédé de Blandin légèrement modifié.

Béclard eut le premier l'idée de tailler un lambeau antérieur et un lambeau postérieur. Plus récemment, l'idée de Béclard a été reprise par M. Marcellin Duval.

Guthrie et Langenbeck ont essayé le procédé ovalaire.

En Angleterre, Fully Wey adopta le procédé en raquette.

La méthode circulaire remonte à Sanson. Benjamin Bell, Roser et Dominique Larrey ont ajouté à cette méthode la fente simple antérieure et la double fente antérieure et postérieure.

Ravaton est l'inventeur de la méthode circulaire à fente externe; ce chirurgien conseillait de raser l'os avec précaution en avant et en arrière. Welch, en Angleterre et Esmarch en Allemagne ont adopté le procédé de Ravaton.

Mais, de ces nombreux procédés, il n'en est aucun, dit M. Farabeuf, qui remplisse toutes les conditions que le chirurgien doit rechercher dans la désarticulation de la hanche. Tout le monde reconnaît, en effet, que dans cette opération, il faut envelopper l'ischion, faciliter l'accolement des surfaces et l'écoulement du pus, diminuer l'étendue des surfaces suppurentes coupées obliquement, prévenir l'hémorrhagie.

Or, pour remplir toutes ces conditions indispensables, M. Farabeuf, s'est arrêté au procédé suivant, qui est, dit-il, le résultat de ses méditations sur le cadavre, et qu'il appelle *procédé à raquette antérieure.*

M. Farabeuf fait une incision parallèle au col du fémur, commençant sur la paroi abdominale, se terminant au grand trochanter, et passant au niveau du point où l'artère fémorale arrive sous l'arcade crurale. Cette incision permet de faire la ligature de l'artère fémorale primitive, et aussi de la veine fémorale qui saigne par les deux bouts. Puis on détache le psoas à ses insertions, et l'on attaque par une incision verticale, la capsule de l'articulation mise à nu.

Le doigt étant alors introduit dans la plaie, l'opérateur désinsère avec le bistouri la capsule, au niveau de ses attaches au fémur. La désarticulation est ainsi rendue très-facile, car la pression atmosphérique qui agit sur la tête, ne représente pas une force supérieure à 13 k.— On dénude ensuite le grand trochanter en relevant le lambeau externe, et l'on termine la section au-dessous du domaine de l'artère obturatrice et de l'artère ischiatique, c'est-à-dire un peu au-dessus de la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen de la cuisse. Le procédé à raquette antérieure est le seul qui permette d'obtenir l'hé-

© BIU Santé

mostase en rasant les os et d'énucléer le fémur, qu'il soit entier ou brisé en plusieurs fragments.

M. VERNEUIL, tout en rendant justice à la brillante exposition et à l'habileté opératoire de M. Farabeuf, soutient que le procédé qu'il a employé lui-même avec ligature préalable des artères fémorale, obturatrice, ischiatique et fessière ne présente pas de difficulté d'exécution.

Il craint que dans le procédé de M. Farabeuf la capsule laissée intacte dans toute sa longueur ne serve de réservoir au pus.

M. GAUJOT fait observer que les esquilles entrées dans les chairs peuvent arrêter le couteau dans la désarticulation coxo-fémorale. Dans le cours d'une opération qu'il dut pratiquer sur un soldat qui avait eu le col du fémur brisé par un coup de feu, son couteau fut arrêté une dizaine de fois. Aussi M. Gaujot donne-t-il la préférence aux procédés qui coupent les parties molles du dehors en dedans.

A la fin de la séance M. BAUDON, membre correspondant à Avesnes, présente un malade atteint d'exostose diffuse du maxillaire inférieur, qui a été traité par plusieurs applications successives de pâte de Canquoin, et qui est incomplétement guéri.

Ch. AVEZOU.

REVUE D'HYDROLOGIE

IV. Médication sulfureuse. Baréges et ses eaux minérales, par le Dr GRIMAUD. 141 pages. Cazeaux, libraire-éditeur à Tarbes.

V. Etude statistique et medicale sur La Malou-les-Bains (Hérault), par M. le Dr PRIVAT, médecin-inspecteur. 1877, 120 pages, J.-B. Baillière et fils.

IV. C'est un bon petit livre, remarquable par sa concision et par l'exposé des divers traitements que suivent les malades dans cette station thermale. L'action physiologique des eaux de Baréges y est décrite clairement et avec méthode : selon l'auteur, elle embrasse tous les systèmes de l'économie. Ces eaux exercent leur influence sur les voies digestives, en provoquant de la constipation, sur la circulation artérielle en ralentissant le pouls, sur la circulation capillaire en congestionnant les petits vaisseaux. Cette action est souvent si forte, qu'il survient des hémorrhagies nasales pendant la cure thermale.

Leur influence sur le système nerveux est double : du côté du cerveau elle est très-prononcée. Il est rare en effet que les eaux de Baréges dès le troisième ou le quatrième jour ne déterminent pas chez les personnes nerveuses de l'agitation, du malaise et de l'insomnie. Bordeu comparait cette action élective à celle du café, avec cette différence toutefois que l'une est durable tandis que l'autre est éminemment fugace et passagère. En somme, il se produit dans l'encéphale une hyperémie analogue à celle qu'on observe dans les capillaires des fosses nasales.

Du côté de la moelle, mêmes phénomènes congestifs : aussi l'appareil sexuel est-il vivement surexcité, on a des érections nocturnes qui n'ont rien d'inquiétant. La peau n'est point insensible à l'action de l'eau de Baréges : les baigneurs ressentent dès les premières immersions des cuissons vives, des démangeaisons, des picotements, comme s'ils avaient été piqués par des insectes. Assez souvent, il survient des éruptions érythémateuses fugaces, d'autres fois, des furoncles, des abcès. Même action sur les muqueuses que sur la peau: rougeur, hyperémie à différents degrés.

La physiologie pathologique aurait mérité, à notre avis, plus de développement, car les eaux sulfureuses, en général, ont une action puissante sur les éléments constitutifs des maladies chroniques. En effet, les rhumatisants, les névralgiques ressentent dès le début de la cure un bien-être, un allégement qui leur donne de l'espérance ; mais à la fin du premier septénaire, leurs douleurs reviennent avec plus d'acuité que jamais. C'est ce qu'on est convenu d'appeler la crise thermale. Sur les plaies, l'action de l'eau de Baréges est bien plus curieuse encore : au bout de quelques jours, les vieux ulcères à bords relevés, à fond grisâtre deviennent rouges, bourgeonnants et secrètent du pus louable en grande abondance. Les anciennes fistules à peine fermées se rouvrent et laissent sortir les matières puriformes qu'elles renferment avec les corps étrangers qui s'y trouvent. Il en résulte que l'application externe de l'eau de Baréges est le meilleur topique des plaies par armes à feu. En effet, pour peu que la solution de continuité soit profonde, qu'elle contienne des débris de vêtements ou des fragments d'os, il est rare qu'après une cure de 25 à 30 jours ces corps étrangers restent dans l'économie et que la cicatrisation ne soit pas opérée.

Le grand triomphe de la médication sulfureuse de Baréges est la guérison de la scrofule. Cette eau s'attaque à toutes les manifestations morbides de cette diathèse, elle en combat les lésions les plus étendues, les plus invétérées. Les fistules ganglionnaires ne résistent pas à son action : la suppuration, après une durée plus ou moins longue, prend un meilleur aspect, s'épaissit, se tarit et la fistule se ferme. Si la suppuration est entretenue par une lésion osseuse, par un séquestre, la poussée imprimée par les eaux est tellement forte que le séquestre ne tarde pas à sortir et la plaie se ferme. Toutes les affections cutanées liées au lymphatisme sont justiciables des eaux de Baréges, mais leur action est surtout plus puissante contre les dermatoses sécrétantes telles que l'impetigo et l'eczema.

Leur haute thermalité les indiquait tout naturellement dans le traitement du rhumatisme. Aussi, chaque année, cette station est-elle visitée par un nombre élevé d'impotents qui viennent y chercher un remède à leurs souffrances. Parmi toutes les variétés de cette maladie diathésique, la forme musculaire est celle qui est traitée avec le plus de succès à Baréges. Le rhumatisme articulaire aigu ne s'en trouve pas mal non plus, lorsque les accidents aigus ont disparu, que la fièvre a cessé, et qu'il n'existe plus de crainte de complications cardiaques.

Cette petite brochure du Dr Grimaud est écrite avec simplicité et élégance, ce qui permet au lecteur de la parcourir sans fatigue pour l'esprit.

V. Cet ouvrage est le plus complet que nous connaissions sur La Malou-les-Bains, et un des meilleurs de ceux que nous avons analysés jusqu'ici. Contrairement à ce qui se fait habituellement, l'auteur a passé rapidement sur la situation des hôtels, lieux de promenade, etc., pour s'étendre longuement sur les propriétés thérapeutiques des stations thermales, aussi la devise qu'il a adoptée : *Ars tota in observatione*, est-elle parfaitement justifiée.

Les eaux de La Malou sont nombreuses, leur température varie suivant le griffon depuis 19° jusqu'à 59°, ce qui permet de les employer intus et extra, et de les approprier à la cure des maladies chroniques engendrées par le froid. Ces eaux ont été classées d'une manière différente suivant les auteurs. M. Privat en les désignant sous le nom d'alcalines ferrugineuses arsenicales, crée une innovation parfaitement justifiée par leurs applications thérapeutiques.

Toutes les formes de rhumatisme sont traitées avec succès à La Malou, mais c'est surtout contre le rhumatisme articulaire aigu, au moment où s'établit la convalescence, que l'action de ses eaux est la plus efficace. Au bout de 20 à 30 jours l'anémie disparaît, les forces reviennent, la roideur musculaire cesse et le malade peut se servir de ses membres. Si les rhumatisants éprouvent de grands soulagements à La Malou on ne peut en dire autant des goutteux et des graveleux. Ces eaux leur semblent entièrement préjudiciables.

La présence du fer et de l'arsenic dans la plupart des sources, a permis à M. Privat de les utiliser dans toutes les affections tenant à un appauvrissement du sang. J'ai même remarqué que la plupart de ses malades arthritiques ou non, étaient anémiques ou lymphatiques. Aussi les bons résultats qu'il a obtenus, ne nous surprennent point : toutes les eaux minérales ayant une constitution chimique analogue, produisent les mêmes effets, et donnent lieu aux mêmes succès.

Ce qui m'a frappé dans cette brochure, c'est la guérison d'un cas d'ataxie locomotrice. M. Privat a traité cinq personnes atteintes de cette maladie : deux fois il y eut amélioration, dans deux autres cas les malades ont été perdus de vue n'étant pas revenus à La Malou, enfin dans le cinquième il y eut guérison. Je ne suis guère disposé à voir dans les amélio-

© BIU Santé

rations qui surviennent durant une ataxie locomotrice, un acheminement vers la guérison, parce que les rémissions qui sont si communes dans cette affection peuvent faire croire à tort que la marche de la lésion médullaire a été enrayée.

Aussi c'est seulement à son observation XXX que j'attache de l'intérêt ; elle est très-curieuse, nous allons en donner un extrait : c'est un médecin qui vint à La Malou en 1850, avec une ataxie locomotrice datant de huit ans environ. Il fut atteint un an après son mariage de douleurs erratiques avec sentiment de faiblesse et d'engourdissement, qui furent bientôt suivies d'une gêne dans les mouvements, avec difficulté dans l'équilibration et incohérence dans la marche. Il souffrait en outre de plusieurs crises de gastralgie, avec paresse vésicale et incontinence d'urine ; enfin il y avait perversion et abolition par places de la sensibilité tactile, sur les membres inférieurs et surtout à la plante des pieds. Ajoutons que chez ce confrère, la force virile n'existait plus. Sous l'influence des eaux de La Malou la démarche et la sensibilité étaient devenues normales en 1861, c'est-à-dire, 19 ans après le début des accidents ; enfin en 1870, il jouissait d'une santé excellente.

Dans le cas que nous venons de citer la guérison ne me semble point discutable, mais il est permis d'émettre un doute sur la nature de la maladie. Etait-ce réellement à une ataxie locomotrice qu'on avait affaire? Ce qui me confirme dans ce doute, c'est qu'en 1850 (époque à laquelle ce confrère vint à La Malou) l'ataxie était fort peu connue, assez mal décrite, et ignorée de la plupart des praticiens.

Quoi qu'il en soit ce fait ne mérite pas de tomber dans l'oubli, et si M. Privat en possède plusieurs autres du même genre, je l'engage vivement à les publier sur le champ ; il rendra un grand service à la science. J. CORNILLON.

BIBLIOGRAPHIE

De la fièvre typhoïde à forme rénale ; par le Dr Charles AMAT, stagiaire au Val-de-Grâce.

La fièvre typhoïde se présente sous les formes les plus diverses, déterminées par la prédominance du processus typhique vers tel ou tel organe. Des descriptions magistrales ont été données de la forme cérébrale, cérébro-spinale, thoracique..... la forme rénale a seule été négligée. M. Ch. Amat entreprend de combler cette lacune. Il rapporte dans sa thèse douze observations de fièvre typhoïde en prouvant que la pathogénie, la symptomatologie et l'anatomie pathologique plaident en faveur de la forme rénale. Il résume son travail par les conclusions suivantes :

I. Le processus typhique atteint le rein au même titre que les autres organes (cerveau, moelle, poumons) ; d'où la nécessité d'admettre une forme rénale à côté des formes cérébrales, cérébro-spinales et thoraciques.

II. Entrevue par M. Gubler, ainsi que par M. Al. Robin, confirmée par M. Hardy, cette forme n'avait pas encore été l'objet d'une description complète.

III. Elle possède une symptomatologie particulière (diarrhée légère, abattement considérable, adynamie extrême, pâleur terreuse des téguments, épistaxis abondantes, délire précoce, températures très-élevées, éruption exanthématique peu abondante.....) ; et un syndrome urologique spécial (coloration sanguinolente, odeur de pain bouilli, sédiments constants formés par des globules rouges et blancs, par des cylindres ; albumine en quantité considérable....).

IV. La forme ordinaire est différenciée de la forme rénale par une plus grande intensité des phénomènes abdominaux, par une diarrhée plus abondante, par un délire moins précoce, par des températures moins élevées, par une éruption exanthématique plus confluente.... L'urine est d'une coloration orangée, les sédiments ne sont pas constants, et renferment en majeure partie, des urates, de la graisse, des phosphates. L'albumine, très-peu abondante, est passagère.

V. Les follicules isolés et agminés de l'intestin sont altérés en petit nombre. Les reins, bien que volumineux présentent les altérations de la néphrite interstitielle.

VI. On peut confondre la forme rénale avec une fièvre typhoïde ordinaire et, dans certains cas, avec une altération rénale primitive proprement dite.

VII. La marche et la durée de la maladie varient, la terminaison est généralement funeste.

VIII. Les variations survenues dans la quantité et dans la composition de l'urine aggravent le pronostic ou le rendent favorable.

IX. Il faut soumettre le malade à la diète lactée et proscrire, avant toutes choses, l'usage des bains froids.

CORRESPONDANCE

La Faculté de médecine de Bordeaux.

Mon cher Rédacteur,

L'existence de la Faculté de Bordeaux est toujours en question. Les difficultés surgissent nouvelles à chaque pas. Nous n'ignorons pas quelles sont les péripéties par lesquelles nous sommes passés. Il a d'abord fallu voter les fonds nécessaires à une complète installation. A ce point de vue notre municipalité s'est montrée d'une générosité peu commune : Millions, concours pour la construction d'un sanctuaire irréprochable, rien n'a été épargné. Malheureusement on ne construit pas un monument de la taille de celui choisi par le jury en quelques mois. De la dernière inspection générale, il résulte que le local de l'Ecole, très-suffisant pour une école secondaire devient d'une impossibilité matérielle pour une Faculté provisoire. Nous ne devons rien espérer dans ce sens à moins qu'on ne fasse au moins un million de dépenses.

D'un autre côté l'administration des hospices sent parfaitement qu'avec l'installation de la Faculté le local des hôpitaux et, en particulier, de l'hôpital Saint-André devient insuffisant, si on augmente les services anciens et surtout si on en crée de nouveaux. Il est donc question de faire l'acquisition de la caserne Saint-Raphaël située derrière l'hôpital Saint-André. Cet achat aurait lieu immédiatement d'après les uns, serait soumis à bien des examens d'après les autres. Ce serait dans tous les cas une modification excellente dans la distribution des services hospitaliers et un adjutorium indispensable pour les cours pratiques de la Faculté.

La ville, désireuse d'en terminer avec une affaire d'une importance capitale pour elle et pour toute la région du Sud-Ouest veut acquérir cet emplacement et fait des offres au ministère de la guerre dont dépend la caserne. Mais voici où commence l'imbroglio. Il y a quelque temps, la ville avait demandé à acheter au ministère la caserne Saint-Raphaël et la manutention qui touche l'église Notre-Dame. Ce dernier emplacement devait servir à la construction d'un presbytère. Aujourd'hui, le directeur des domaines, qui traite au nom du ministère, déclare qu'il ne vendra pas la caserne sans la manutention à moins qu'on ne verse un droit d'enregistrement supplémentaire fixé par la loi. Ce chiffre s'élèverait à 40,000 fr. environ. Or la ville, obligée de donner aux hospices 50,000 fr. de rente pour le million que ceux-ci lui prêtent ne peut, pour le moment, acheter que la caserne. Quelle conclusion tirer de cet état de choses ? Il est difficile de présumer quoi que ce soit. Nous nous contentons d'attendre patiemment le résultat de complications d'autant plus regrettables que des questions étrangères se mêlent aux intérêts déjà bien compromis de notre future Faculté.

Recevez, mon cher Rédacteur, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Paul BITOT.

NÉCROLOGIE

Voillemier.

M. VOILLEMIER, qui vient de mourir, fut interne de la promotion de 1837, il était âgé déjà de 29 ans, mais ce retard fut vite réparé par la rapidité avec laquelle ce chirurgien sut arriver aux grades supérieurs : médaille d'or en 1839, docteur de 1842, agrégé de 1841, il était bientôt reçu chirurgien des hôpitaux, puis était successivement admis à la Société de Chirurgie en 1853 et à l'Académie de Médecine en 1873. M. Voillemier a produit plusieurs ouvrages importants.

On cite surtout de lui sa *Clinique chirurgicale* (1862, in-8°), son *Traité des maladies des voies urinaires* (1868), malheureusement resté incomplet, le premier volume ayant seul paru.

Dans de nombreux mémoires, M. Voillemier s'était occupé des affections osseuses : *Mémoire sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius* (thèse inaugurale, 1842) ; *De la claudication* (thèse de concours, 1844) ; *Fracture du sacrum* (1862).

D'autres mémoires de chirurgie ont été publiés par M VOILLEMIER, nous citerons de lui : *Histoire de la fièvre puerpérale*, (*Journ. des Conn. médico-chir*, 1839) ; sa thèse de concours pour le professorat sur les *Kystes du cou* (1851) et son travail sur les

© BIU Santé

Ponctions capillaires dans le traitement de certaines collections de sang et de pus.

M. Voillemier était un chirurgien répandu et dont la compétence était indiscutée dans les questions relatives aux maladies des voies urinaires. Il est mort dans sa soixante-huitième année d'une hémorrhagie cérébrale. H. de. B

INSTRUMENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX

Laryngoscope du docteur Codier (1).

M. Péter a présenté à l'Académie de médecine (26 février) au nom de M. le docteur Codier, un nouveau laryngoscope qui permet d'obtenir un très-bel éclairage du larynx, tout en se servant d'une lampe ordinaire et sera ainsi un puissant moyen de vulgarisation des études laryngoscopiques. La simplicité de cet appareil, permet de le rendre aussi peu dispendieux que la plupart des laryngoscopes en usage jusqu'à présent. La mobilité parfaite de la direction des rayons lumineux en permettra l'application comme moyen d'éclairage dans l'examen des différentes cavités, (nez, oreilles, vagin) d'où le nom de poly-endoscope qui pourrait également lui être donné.

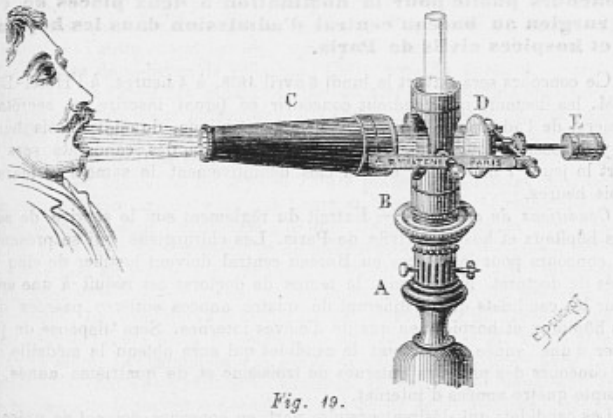


Fig. 19.

Explication de la *fig.* 19. — A, Lampe à huile ordinaire. B, Manchon portant le laryngoscope sur deux tourillons, avec pas de vis, pour en régler la hauteur. C, Tube de cuivre avec lentilles. D, Réflecteur. E, Contrepoids. La partie CDE qui forme l'appareil éclairant est reliée par une tige de cuivre en équilibre sur les tourillons, ce qui permet, au moyen d'une vis de pression, d'immobiliser la projection lumineuse dans la direction voulue.

VARIA

Souscription pour élever un monument à Claude Bernard.

Le Progrès médical recevra toutes les souscriptions que ses lecteurs voudront bien lui adresser.

Première liste.

Le Progrès médical	100 fr.
M. le docteur Loiseau, conseiller municipal	10
M. le docteur G. Martin, conseiller municipal	5
M. le docteur Métivier, conseiller municipal	10
M. le docteur Thulié, conseiller municipal	10
Total	135 fr.

La Morte-vivante, grand miracle, par le Révérend Père Heinen, de Mauch Chunk (Pensylvanie).

Il en est des miracles comme du galon ; quand on en prend, on n'en saurait trop prendre. Les lecteurs du *Progrès médical* ne seront donc point étonnés, si nous leur disons qu'en Amérique, où, comme chacun sait, l'on aime à faire grand, le révérend père Heinen et sa patiente... non, sa pénitente, Miss Amélia Greth, aspirent à laisser bien loin derrière eux toutes les miraculées et tous les pères confesseurs de l'ancien monde. S'arrêter à de vulgaires syncopes, à de simples extases, est bon pour des gens qui ne font les choses qu'à demi. Chez Miss Greth, *l'âme quitte le corps* et va se promener avec son ange gardien. Où va-t-elle se promener cette âme ? que fait-elle, que voit-elle, qu'apprend-elle dans ces pérégrinations mystiques à travers le monde des esprits ? Le révérend père Heinen le sait, car Miss Greth le lui a dit ; mais il a refusé de raconter les aventures de voyage de cette âme et de son ange gardien, de sorte que nous en sommes réduits à donner à nos lecteurs les appréciations horriblement prosaïques d'un expert médical qui a été envoyé par le directeur du journal *The World*, de New-York, pour étudier les faits, examiner la miraculée et faire son rapport en conséquence. Ce rapport a paru dans le *World*, et le *Medical Reporter* (1) est assez abandonné du ciel pour avoir écrit que « Fraude préméditée ou aberration religieuse, l'affaire doit être portée devant l'archevêque du diocèse, qui devra appeler sur les têtes des coupables le châtiment qu'ils ont mérité, et, à tout le moins, suspendre de ses fonctions le révérend père Heinen. » Réflexion faite, ce n'est pas abandonné du ciel, mais naïf, que nous devrions dire en parlant de ce *reporter*. Comment croire, en effet, qu'un archevêque, un archevêque catholique, va punir une fille dévote parce qu'elle a eu des relations plus ou moins intimes avec son ange gardien, ou le directeur spirituel de cette fille, parce qu'il l'a encouragée au lieu de l'arrêter dans cette voie ? Si l'archevêque avait dû rien faire de pareil, il l'aurait fait avant et non après l'accomplissement du miracle ; car le miracle a été annoncé, prédit, pour le samedi 2 février, à huit heures et demie précises du matin. Depuis quelque temps déjà, Miss Greth avait raconté à son révérend père confesseur, que son ange gardien lui faisait la grâce de se rendre visible à elle, et qu'il lui avait même fait des communications de la plus grande, de la plus solennelle importance. (Et dire que ce sont ces communications, d'où dépend peut-être notre salut à tous, amis lecteurs, que ce cachottier de père Heinen, s'obstine à garder pour lui tout seul !) Dans les premières semaines de janvier, les informations de l'ange gardien devinrent plus précises. Il annonça à Miss Greth qu'elle était le vase d'élection d'un grand miracle qui allait prochainement avoir lieu. Joie de Miss Greth, et surtout du révérend père Heinen, qui l'encourage fort à croire implicitement à l'autorité divine de cet heureux message. Enfin, le dernier lundi de janvier, l'ange annonce à Miss Greth que c'est pour le 2 février, jour de la Fête de la Purification de la Sainte-Vierge Marie. Ce jour-là, dit-il, *l'âme de Miss Greth quittera son corps*, et, après un certain laps de temps, Miss Greth sera rendue à la vie et à la santé, et pourra se lever du lit, comme si de rien n'était. Nous n'avons pas jugé nécessaire de dire que la pauvre Miss Greth était malade : nos lecteurs s'en seront assez douté.

Cette révélation ayant été dûment publiée par le père Heinen, dévots et dévotes de la paroisse de Miss Greth et des paroisses et congrégations des alentours se hâtèrent de venir en pélérinage à Mauch Chunk, et de constater que Miss Greth n'avait pas dit un mot depuis huit jours et n'avait rien mangé depuis neuf semaines qu'un peu de laitage et quelques fruits secs. Et vous jugez si le jour fixé pour le miracle il y eut du monde à Mauch Chunk. Toutes les chambres de la maison étaient pleines et la foule était encore grande au dehors. Miss Greth couchée, rigide, semblait mourante. Le père Heinen lui administra les derniers sacrements, et, à huit heures et demie précises, Miss Greth poussa un long soupir, ferma les yeux et parut être morte. Le père Heinen annonça au public que « l'âme avait quitté le corps, n'y laissant que la vie animale. » (Nous croyions, nous, que la vie animale était la vie animée, mais le père Heinen et Miss Greth ont changé tout ça.) Alors, commença autour du lit de la morte-vivante, la procession des gens accourus pour être témoins de ce miracle.

Plusieurs milliers de personnes, dit le journal *The World*, la virent en cet état. La surexcitation des esprits était intense. A 9 h. 25 m., cinq minutes juste avant l'expiration de l'heure que devait durer l'état miraculeux de la morte-vivante, le prêtre commanda le silence. A 9 h. 30 m., il appela à haute voix « Amélia ! » Amélia ne bougea pas. « Amélia ! » cria-t-il une seconde fois ; ça ne faisait que deux, et ça n'était pas le compte ; mais, comme dit le vieux proverbe, *au troisième coup, ça passe l'huis*. Il cria donc une troisième fois « Amélia ! » et Amélia, d'une voix faible, répondit : « Père, » puis elle ouvrit les yeux et murmura quelques prières. Les fem-

(1) Construit par Maltére, opticien, 44, rue du Château-d'Eau.

(1) Nous avons quelques raisons de croire que le *Medical Reporter* n'est autre que notre ami le Dr E. Seguin.

© BIU Santé

mes pleuraient, et les hommes étaient si surexcités que probablement il n'eût pas fait bon pour un incrédule d'être parmi eux à ce moment-là. Miss Greth demanda quelques vêtements, que lui passèrent les femmes présentes, se leva et se rendit à l'église du père Heinen pour offrir à Dieu ses actions de grâces. La messe fut célébrée, et le père Heinen prêcha deux sermons, l'un en anglais et l'autre en allemand, sur le miracle qui venait de s'accomplir. La langue française, trop voltairienne sans doute, n'eut pas de sermon. Ne pouvant donner à nos lecteurs le sermon français, qui n'a pas été prêché, nous leur donnerons l'opinion de l'expert médical, opinion horriblement voltairienne aussi, bien qu'exprimée en anglais dans le journal *The World*. Voici le jugement de l'expert sur la conversation qu'il a eue avec Miss Greth et le père Heinen.

« Miss Greth se serait longuement préparée pour passer un examen médical, qu'elle n'aurait pas pu donner une monographie plus remarquable de l'hystérie, qu'elle ne l'a fait en racontant sa propre histoire; et quant au père Heinen, sa description de l'état extatique de sa pénitente est, jusque dans les moindres détails, une peinture parfaite de la catalepsie, état accidentel si intimement rattaché, comme tous les médecins le savent, à certaines formes de l'hystérie. »

Rien à ajouter à cela. Toutes les Miss Greth et tous les pères Heinen du monde ne réussiront qu'à confirmer les opinions du monde savant, et à les propager, espérons-le. A. T.

L'histoire de cette hystérique offre plus d'une analogie avec celle d'une malade de la Salpêtrière. Eudoxie H..., qui s'endort pendant plusieurs semaines (1) : elle nous a rappelé un passage curieux du *Discours exécrable des Sorciers*, de Henry Boguet, grand juge au Comté de Bourgogne (2). Voici ce passage.

« J'aime donc mieux dire que les Sorciers assistent quelques fois au Sabbat, et à d'autres non, et que lorsqu'ils y assistent ils y vont en corps et en âme, et que Satan suppose un fantôme en leur place, qui a leur ressemblance, si bien que l'homme embrasse le plus souvent un simulacre au lieu de sa femme, n'y plus n'y moins que les Poëtes feignent qu'Ixion embrassa une nuée au lieu de Junon.

» Satan se met encore pour lors quelques fois en succube, que le mary cognoist comme si c'estoit sa femme : il ne faut point douter qu'à d'autresfois les Sorciers n'aillent en corps et en âme au Sabbat, sans que Satan suppose ancien fantosme en leur place : mais quand cela advient, le Diable endort si profondément ceux de la maison avec une mandragore, ou quelques autres breuvages narcotiques, qu'ils ne se peuvent éveiller pour quelque bruit que l'on face, tellement que le mary qui aura veu coucher sa femme avant que s'endormir, aura le matin ferme opinion qu'elle n'aura point bougé de toute la nuict, et néanmoins elle aura été au Sabbat par l'espace de deux ou trois heures.

» Quant aux Sorciers qui demeurent insensibles, et comme morts, il est à croire que Satan les endort comme ceux dont nous venons de parler, et qu'il leur représente en dormant ce qui se fait au Sabbat, si vivement qu'ils pensent y avoir esté d'où vient qu'ils en rapportent merveille : mais je tiens que cecy n'advient jamais, sinon à ceux qui ont desja esté corporellement en l'assemblée des Sorciers, et qui se sont précédemment rangez sous l'estendard de Satan. »

Entre l'hystérique du Révérend Père Heinen et les Sorcières, il y a, on le voit, quelque analogie. B.

Concours d'agrégation.

Par arrêté du Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 11 février 1878, le nombre des places d'agrégés de médecine (section de chirurgie et d'accouchements), mises au concours qui s'ouvrira à Paris, le 25 avril 1878, a été porté de douze à treize. Cette nouvelle place sera affectée à la Faculté de médecine de Nancy.

Par un autre arrêté du 25 du même mois de février, le nombre des places d'agrégés de médecine (section de physique et de chimie), fixé à quatre par l'arrêté du 11 août 1877, a été porté à cinq. Cette cinquième place sera affectée à la Faculté de médecine de Paris (concours du 15 juin prochain). La place d'agrégé de médecine (section d'histoire naturelle), réservée à la Faculté de médecine de Paris, par arrêté du 11 août 1877, et mise au concours qui s'ouvrira à Paris, le 15 juin 1878, demeure affecté, par arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 25 février dernier, à la Faculté de médecine de Nancy.

(1) Nous avons résumé son observation dans notre brochure sur *Louise Lateau*.

(2) Rouen, 1606, p. 95—96.

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de Médecine.

Du 22 février au 2 mars. — 158. M. Kaufmann : Des fractures spontanées consécutives à l'ostéo-myélite. — 159. M. Codet : De l'extraction des projectiles dans les blessures par armes à feu. — 160. M. Bouchard : Étude sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans un service de l'hôpital des Enfants-Malades (1876-1877). — 161. M. Danicarrière : Gravité, pronostic et traitement de l'anthrax. — 162. M. Dufaud : Étude sur les divers moyens employés pour maintenir la réduction des fragments dans les fractures des deux os de la jambe. — 163. N. Rochu : De la crémation. — 164. M. Durand : Étude sur la goutte saturnine. — 165. M. Mouilleron : Contribution à l'étude des corps étrangers de la cavité oculaire.

Du 6 au 9 mars. — 166. M. Martin (Lucien) : De l'empoisonnement aigu par les composés cuivriques. — 167. M. Dorticos (Edouard) : Essai sur le diagnostic des phlegmasies péri-utérines et de leurs pronostics. — 168. M. Hamon (Henri) : De la paralysie spinale infantile, ses déformations et son traitement. — 169. M. Aulas : Des éruptions sépticémiques. — 170. M. Terjaniantz : Des calculs salivaires et en particulier de leur diagnostic. — 171. M. Bailleul : Des abcès du sein et de leur traitement. — 172. M. Boullet : Essais sur les plaies et fractures de la portion mastoïdienne du temporal. — 173. M. Piédalu : De l'albuminurie chez les phthisiques.

Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Ce concours sera ouvert le lundi 8 avril 1878, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 7 mars 1878, et sera clos définitivement le samedi 23 mars, à trois heures.

Conditions du concours. — Extrait du règlement sur le service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris. Les chirurgiens qui se présentent au concours pour les places au Bureau central doivent justifier de cinq années de doctorat. Néanmoins, le temps de doctorat est réduit à une année pour les candidats qui justifieront de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices en qualité d'élèves internes. Sera dispensé de justifier d'une année de doctorat le candidat qui aura obtenu la médaille d'or au concours des prix des internes de troisième et de quatrième année, s'il compte quatre années d'internat.

Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au secrétariat général de l'Administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces et signer au registre ouvert à cet effet, quinze jours au moins avant l'ouverture de ce concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie. Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close.

Cinq jours après la clôture des listes d'inscription, chaque candidat peut se présenter au secrétariat général de l'Administration pour connaître la composition du jury. Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée par écrit et cachetée, qu'ils remettent au directeur de l'Administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée, le jury est définitivement constitué et il ne peut plus être reçu de réclamations. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'Administration.

Le jury des concours pour les places de chirurgien du Bureau central se compose de six chirurgiens et d'un médecin, en tout sept membres, qui sont pris parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux en exercice ou honoraires. Lorsque le nombre des places mises au concours sera de trois, le nombre des membres du Jury sera augmenté de deux chirurgiens. Les épreuves du concours pour les places de chirurgien au Bureau central d'admission sont réglées de la manière suivante :

Épreuves d'admissibilité. — 1° Une épreuve clinique sur un malade : il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade, et quinze minutes pour la dissertation orale devant le jury, après cinq minutes de réflexion; 2° Deux opérations sur le cadavre; 3° Une épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie : il sera accordé au candidat vingt minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon.

Épreuves définitives. — 1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie normale et de pathologie; il sera accordé trois heures pour cette composition; 2° Une épreuve clinique sur un malade; il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade et quinze minutes pour la dissertation orale devant le jury, après cinq minutes de réflexion; 3° Une consultation écrite sur un malade, pour la rédaction de laquelle il sera accordé trois quarts d'heure, après dix minutes d'examen; cette consultation sera lue immédiatement. Le *maximum* des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Épreuves d'admissibilité.	Pour l'épreuve clinique.....	20 points.
	Pour les 2 opérations sur le cadavre.	30 —
	Pour l'épreuve théorique.....	20 —

© BIU Santé

Épreuves définitives..., { Pour la composition écrite..... 30 points. / Pour l'épreuve clinique..... 20 — / Pour la consultation écrite..... 20 —

Les épreuves de la première série sont communes à tous les concurrents. Toutefois, lorsque le nombre des candidats inscrits pour les concours aux places de chirurgien dépassera vingt-quatre, chacune des épreuves de la première sera éliminatoire. A la suite de la première épreuve, les candidats ayant obtenu le moins grand nombre de points seront éliminés jusqu'à concurrence du quart du nombre total. A la suite de la deuxième épreuve, une élimination semblable aura lieu jusqu'à concurrence du quart des concurrents restants. La troisième épreuve fixera le nombre réglementaire des candidats qui prendront part aux épreuves définitives. Dans les deux premières épreuves, le jury aura la faculté d'étendre l'élimination à un plus grand nombre de candidats. Les épreuves de la seconde série sont subies seulement par les candidats qui ont été déclarés admissibles.

École de médecine et de pharmacie de Reims. — Translation de chaire.

M. le Dr Putois vient d'être transféré de la chaire de pathologie externe qu'il occupait à celle de clinique interne, vacante par la démission de M. le Dr Thomas. — Concours : 1° un concours pour la présentation à la chaire de pathologie externe aura lieu à l'amphithéâtre de l'école, les lundi, mardi, mercredi, 25, 26 et 27 mars prochain, à sept heures du soir. Il se composera de deux leçons orales sur des sujets tirés au sort, l'une avec 24 heures de préparation, et l'autre extemporanée, après une demi-heure d'examen de malades, et une demi-heure de réflexion. Cette seconde épreuve pourrait être remplacée de l'aveu des candidats, par un acte de médecine opératoire; 2° un autre concours pour présentation à la chaire de chimie et de toxologie, vacante par le décès de M. Grandval père, aura lieu au même amphithéâtre, les 11, 12 et 13 avril. Il se composera également de deux leçons : l'une orale après 24 heures d'indication du sujet et l'autre pratique, consistant dans une détermination toxicologique, avec une heure au moins pour la recherche, et le temps à volonté pour l'exposition ; 3° un troisième concours pour présentation à la chaire de pharmacie et de pharmacologie, nouvellement créée à l'école se fera au même lieu, les lundi et mardi 29 et 30 avril, mercredi 1er mai, avec série également analogue au sujet des deux leçons préparée et extemporanée. Les candidats à la chaire de pathologie externe devront s'inscrire en déposant leurs titres au secrétariat de l'École chez M. Panis père, avant le 15 mars. Les candidats à la chaire de chimie, avant le 1er avril. Les candidats à la chaire de pharmacie, avant le 15 avril. Ils remettront en même temps, s'ils le jugent convenable, l'exposé de leurs services, publications, mérites antérieurs qui pourront être pris en considération. — (*Union médicale et scientifique du nord-est.*)

Société anatomique de Paris.

Prix Godard. Ernest Godard, dans son testament daté de Jérusalem, des 3 et 4 septembre 1862, a fait en faveur de la Société anatomique de Paris, un legs dont cette Société a disposé, suivant les volontés du Testateur, en fondant un prix qu'elle distribue tous les deux ans. Sera décerné en 1878 et 1879 le prix Ernest Godard de 1876 et 1878.

Le prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire concernant soit l'Anatomie normale, soit l'anatomie pathologique, soit la tératologie. La valeur du prix sera de quatre cent vingt francs. Seront admises à concourir toutes les personnes françaises ou étrangères, qui adresseront à la Société : 1° Un mémoire manuscrit ou imprimé sur les sciences ci-dessus désignées ; 2° Une lettre d'envoi portant la mention spéciale que le mémoire est destiné à concourir pour le prix Ernest Godard. Les ouvrages imprimés devront être envoyés en double exemplaire. On n'admettra pas, toutefois, les mémoires imprimés qui seraient publiés depuis plus de trois ans, ce délai étant rétrospectivement compté à partir de l'époque à laquelle on décernera le prix. On n'admettra pas non plus les travaux qui auraient été antérieurement à la clôture du registre d'inscription, l'objet d'une récompense scientifique. Les candidats devront donc, dans leur lettre, déclarer expressément que leur travail n'a pas été récompensé jusqu'à ce jour. Sont exclus du concours les membres titulaires et honoraires de la Société anatomique.

Une commission de cinq juges choisie parmi les membres titulaires et honoraires de la Société sera chargée d'apprécier le mérite des mémoires envoyés. Cette Commission nommée dans la première séance de juillet devra lire son rapport, au plus tard, dans le mois de décembre suivant. La Société fera connaître le résultat du concours dans la séance solennelle du mois de janvier. Le prix Godard décerné en janvier 1879 sera celui de l'année 1876 : le prix à décerner en janvier 1880 sera celui de 1878. Les travaux et mémoires destinés au concours du prix Ernest Godard devront être adressés à la Société anatomique (à l'École pratique de la Faculté de médecine). Les travaux destinés au prix Godard de 1876, seront envoyés pour le premier juillet 1878, terme de rigueur ; les travaux destinés au prix Godard de 1878, pour le premier juillet 1879.

Nota : On rappelle aux concurrents qu'ils doivent indiquer très-lisiblement leurs noms, prénoms, résidence et adresse.

Avis. — *Vient de paraître :* Table analytique générale décennale, 1866 à 1875, des matières contenues dans les bulletins de la Société anatomique de Paris, précédé d'un catalogue des dessins, photographies, schèmes, tracés, contenus dans l'Album de la Société ; V. Delahaye et Cie. Libraires-Editeurs. Prix **10** francs.

Médecins militaires.

Par décret en date du 19 février 1878, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté). M. Ducelliez (Albert), médecin-major de 2e classe à la légion de la garde républicaine, en remplacement de M. Félix, retraité. (Choix). M. Driout (Jean-Baptiste), médecin-major de 2e classe au 113e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Monnier, retraité. (Ancienneté). M. Perrin (François-Antoine-Edouard), médecin-major de 2e classe au 106e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Spire, retraité. (Choix). M. Gros (François-Antoine-André), médecin-major de 2e classe à l'hôpital d'Amélie-les-Bains; en remplacement de M. Chabrely, décédé. (Ancienneté). M. Beltz (Sévère-Léon), médecin-major de 2e classe au 114e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Casses, décédé.

Au grade de pharmacien principal de 1re classe : (Choix). M. Jaillard (Pierre-François), pharmacien principal de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Robaglia, retraité.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe : (Choix). M. Lefranc (Edmond), pharmacien-major de 1re classe à la légion de la garde républicaine, en remplacement de M. Jaillard, promu.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : (Ancienneté). M. Schaeuffelé (Etienne-Joseph-Adolphe), pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Nice, en remplacement de M. Lefranc, promu.

(*Journal officiel*).

Enseignement médical libre.

M. le Dr Bucquoy, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Cochin, reprendra ses leçons cliniques le mardi 12 mars, à 9 heures 1/2, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

8. Injection du Capitaine, contre la blennorrhagie chronique.

Le Dr Sylvestre donne dans l'*Alger médical*, la recette suivante, qui jouit d'une réputation légendaire parmi les marins. Cette recette serait, paraît-il, d'après cet auteur, fort en vogue; aujourd'hui il n'y a pas d'exemple qu'un marin atteint dans son urèthre soit revenu deux fois à la visite, quand l'injection du Capitaine a été ordonnée et exécutée :

Sulfate de zinc	1	gr. »
Acétate de plomb cristallisé	0	8
Alun	0	8
Camphre pulvérisé	0	1
Gomme arabique	0	2
Eau de rose	125	»

9. Poudre contre le coryza (Geneuil).

Bromure de camphre	2 grammes.
Iris de Florence pulvérisé	4 —
Acide tannique pulvérisé	10 centigr.

(*Bordeaux médical*).

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 28 février 1878 on a déclaré 1.077 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 12; rougeole, 37; scarlatine, 3; variole, 1; croup, 29; angine couenneuse, 26; bronchite, 40; pneumonie, 104; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5; choléra nostras 0; dysentérie, 0; affections puerpérales, 1, érysipèle, 6; autres affections aiguës, 277; affections chroniques, 475 dont 206 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 47; causes accidentelles, 14.

Epidémie de variole. — On signale, dit le *Temps*, une violente épidémie de variole à Rieutort (Pyrénées-Orientales). Les sœurs de charité ne pouvant suffire aux besoins, le préfet a demandé à l'autorité militaire un détachement d'infirmiers. — La même épidémie règne à Saint-Etienne ; elle a donné lieu, dans la *dernière* quinzaine de janvier, à 70 décès ; dans la première quinzaine de février à 55 et dans la deuxième à 51.

Cl. Bernard. — Les élèves de l'*Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras*, désireux de s'associer aux regrets éprouvés par leurs camarades de Paris et de la France entière, viennent de faire déposer une couronne sur la tombe de Claude Bernard.

La Société médicale des Bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 13 mars, à huit heures très-précises du soir à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Election de deux membres titulaires ; 2° Constitution médicale du mois de février, poli-clinique; 4° M. Louis Roy : De la guérison prompte et durable du larmoiement consécutif aux rétrécissements du canal nasal par l'application de la galvanocaustique chimique neutre ; 4° M. Passant : Nécessité de nommer dans chaque arrondissement un accoucheur et un adjoint pour la surveillance et la statistique des accouchements pratiqués par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance, l'intervention dans les cas difficiles ou dangereux et le service des vaccinations; 5° M. Amanieu : Tumeurs à hydatides vraies de l'utérus.

© BIU Santé

Nouveau journal. — Nous venons de recevoir le premier numéro de *la Nouvelle médecine balnéaire*, journal bi-mensuel, dirigé par M. J.-J.-L. Bremond.

M. le Dr Beni-Barde, vient de créer à Paris, rue Miroménil, 63, un nouvel établissement d'hydrothérapie-médicale qui est ouvert depuis le premier mars. L'établissement qu'il dirige à Auteuil, continue à fonctionner comme par le passé.

En vente **aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL,**
De midi à cinq heures.

Diagrammes pour reporter, au moment de l'autopsie, les *lésions cérébro-spinales*, par E. C. Séguin. Prix, la feuille: 0 fr. 10 c. — On trouve également aux bureaux du journal des feuilles reproduisant les principales figures insérées dans les leçons de M. Charcot sur les *Localisations cérébrales*.

Schémas pour représenter à l'autopsie les lésions cérébro-spinales. Tiré des localisations cérébrales de M. le Dr Charcot. Paris 1878. Une feuille carrée contenant 13 figures, avec légendes explicatives. Prix 20 centimes.

Abeille. Guérison des épanchements purulents les plus graves de la plèvre. Paris, 1878, imp. Ch. Unsinger. In-8 de 48 pages avec figures.

Jean Garel. — Recherches cliniques et statistiques sur la valeur de l'asymétrie faciale dans le diagnostic de l'épilepsie. 1878. Lyon, libr. Maigret. In-8 de 31 pages.

Beni-Barde. Manuel médical d'hydrothérapie. Paris, 1878. 1 vol. in-18 de 551 pages, avec figures dans le texte. Reliure anglaise. Prix : 6 fr.

Martins-Costa (D.-A.). Ensaios de materia medica et therapeutica brazileira. 1878, Rio de Janeiro, typogr. Academica. Tomo I, fasciculo 1, in-8 de 120 pages.

Annuaire de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique. 1878. Bruxelles, chez Hayer. 44e année. In-12 de 403 pages.

Création d'un bureau d'hygiène municipal au Havre. — Proposition faite par les docteurs Gibert, Lafaurie, dans la séance du 28 février 1878. 1878, le Havre, imprim. Brindeau, in-8° de 23 pages.

Amat (Ch.): De la fièvre typhoïde à forme rénale. Paris, 1878. Typogr. de A. Viollet. In-8 de 90 pages.

Alexandroff (G.-N.). Clinique ophthalmologique du dr Métaxas. Du chlorhydrate de polycarpine en injections hypodermiques, contre certaines affections oculaires. Marseille, 1877. Imp. de Samat. In-8 de 21 pages.

René (Albert). Etude expérimentale sur l'action physiologique de la nicotine. Pont-à-Mousson, 1877, imprim. de E. Ory. In-quarto de 100 pages avec 6 planches, 23 figures.

Gibney (V. P.). Spinal irritation in children as related to true and false arthropathies. 1877. New-York, chez Putnam's Sons. In-8 de 23 pages.

Prosper James. Lessons in laryngoscopy : including rhinoscopy and the diagnotic and treatment of diseases of the throat. 1878, second édition, 1 vol. in-18 de 176 pages. Illustrated with coloured plates.

Transactions of the obstetrical Society of London. Vol XIX for the year 1877, London 1878, Longmans, Green and Ce, 1 vol. in-8 de 309 pages.

Bholanosth Rose. A new system of medicine entitled recognizing medicine ; or, the state of the sick. London, 1877. I. et A. Churchill. In-8 de 214 pages.

Garland (G.-M.). Pneumono-dynamics. New-York, 1878, et Cambridge. In-8 de 155 pages.

Horing (O.-Ed.-W.). Is the human eye form under the influence of modern education. New-York, 1878. In-8 de 25 pages.

William H. Wathen. Sterility and its treatment, 1877, Louisville, K. Y. Printed by John Morton and Co, in-8 de 11 pages.

W.-H. Wathen. Clinical gynecology. 1878. Louisville, K. Y. 104 green street. In-8 de 18 pages.

Guelliot (Ch.) — Nicotinic Amaurosis, translated from le *Progrès médical* par A. Sibley Campbell. Augusta, G. A. in-8° de huit pages.

Stern. Emil. Ueber das Quecksilbercholrid-Chlornatrium und seine subcutane Anwendung. Berlin, 1877. Bei L. Schumacher. In-8 de 15 pages.

Du Bois-Reymond (Emil.) Der physiologische Unterricht sonst und jetzt. Berlin, 1878. Verlag von Aug. Hirschwald. In-8 de 30 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hopital Saint-Louis. Service de M. Vidal. Salle Saint-Jean (F.): 13, affection mitrale, gangrène des orteils; 16, plaques syphylitiques de la peau; 14, prurigo vorax; 60, lupus du pied; 61, acné rosacé; 66, pytiriasis versicolor; 67, syphilides tuberculo crustacées; 69, lupus scrofuleux du nez, destruction de la sous-cloison; 71, chancre infectant de la lèvre; 72, lupus exedens, érysipèle; 73, syphilides ulcéreuses circinées; 77, hydroa. (H.): 22, lupus vorace du nez; 33, pemphigus diutinus; 35, syphilides acnéiques et fistulo croûteuses; 36, lichen ruber; 46, syphilome de la langue; 48, eczéma généralisé; 54, acné rosacé; 55, atrophie musculaire progressive à marche rapide.

Service de M. Besnier. Salle Saint-Léon : 1, 12, 13, 22, 29, 32, 33, 32 *bis*, 60, 69, psoriasis. — Salle Saint-Léon : 44, érythème scarlatiniforme généralisé; 59, 67, psoriasis.

Service de M. Péan. Salle Saint-Augustin : 1, rétraction palmaire; 2, phlegmon du cou; 6, varicocèle; 8, fracture de cuisse; 70, fracture de jambe; 72, tumeur blanche du poignet; 75, phimosis; 79, phlegmon de la nuque. — Salle Sainte-Marthe (F.): 36, kyste de la fosse iliaque; 37, corps fibreux de l'utérus; 38, corps fibreux intra-utérin; 39, cancer du rectum opéré; 40, corps fibreux extra-utérin; 41, cancer du sein opéré.

Service de M. Péan. Salle Sainte-Marthe ; 15, fracture de jambe compliquée; 16, anévrysme artérioso-veineux de la cuisse; 18, rétrécissement de l'urèthre, abcès urineux; 23, 26, cancer du larynx.

Service de M. Empis. Salle Saint-Michel : 6, insuffisance aortique ; 13, rhumatisme articulaire aigu; 7, endo-péricardite, pleurésie gauche; 15, pneumo-thorax; 21, cancer du gros intestin; 29, rétrécissement mitral, pleurésie sèche. — Salle Sainte-Marthe : 9, fièvre continue; 16, rougeole; 18, cancer de l'estomac; 24, emphysème pulmonaire, bronchite aiguë; 29, insuffisance mitrale, cancer de l'estomac.

Service de M. Hardy. Salle Saint-Charles : 1, polyurie; 2, atrophie musculaire progressive; 8, rhumatisme articulaire aigu; 11, tabes dorsalis ; 19, lésion mitrale; 21, périostose épiphysaire rhumatismale; 23, paralysie générale cérébro-spinale.— Salle Sainte-Anne : 2, myélite aiguë diffuse, décubitus, arthropathie aiguë; 3, hémorrhagie cérébrale; 4, maladie mitrale; 6, paralysie générale; 8, mélanose sénile et parasitaire; 15, pleurésie aiguë, thoracenthèse; 18, 25, *sclérose en plaques*; 24, foie cardiaque; 26, hémianesthésie, contractures hystériques.

Service de M. Laboulbène. Salle Saint-Félix : 1, rhumatisme, péricardite; 4, fièvre typhoïde convalescente, abcès; 7, pleurésie aiguë; 12, pneumonie tuberculeuse; 16, insuffisance mitrale; 23, gangrène pulmonaire. — Salle Saint-Vincent : 2, anémie; 7, insuffisance mitrale; 8, 10, albuminurie; 13, insuffisance mitrale; 15, congestion pulmonaire double cataméniale ; 21, tumeur abdominale. — Visite au spéculum le jeudi.

Service de M. Vulpian, suppléé par M. Dieulafoy. Salle Saint-Jean-de-Dieu : 13, rhumatisme subaigu, péricardite sèche; 23, tremblement mercuriel; 26, double pleurésie, tuberculose rapide, alcoolisme; 37, ataxie locomotrice et atrophie musculaire, crises gastriques; 29, atrophie papillaire, néoplasme intra-crânien. — Salle Sainte-Madeleine : 2, rhumatisme chronique, lésion mitrale, cirrhose cardiaque, péri-hépatite; 3, ulcère simple de l'estomac; 7, bronchite, emphysème; 11, rétrécissement mitral; 13, paralysie infantile, myélite subaiguë; 15, hystérie, paralysie avec contracture.

Hôpital temporaire. — Service de M. Grancher. Salle Sainte-Julie : 7, hémorrhagie cérébrale; 9, affection mitrale; 16, névralgie trifaciale; 19, pleuro-pneumonie; 20, méningite diffuse de la base, syphilis; 28, prostatite tuberculeuse.—Salle Sainte-Thérèse : 1, abcès périnéphrique; 2, bronchite fétide; 11, sclérose en plaques; 13, affection mitrale; 18, atrophie musculaire progressive; 21, insuffisance aortique; 25, mal de Pott, paraplégie avec contracture. — Salle Saint-Julien : 2, rhumatisme articulaire, insuffisance mitrale; 3, ataxie locomotrice progressive; 10, myélite chronique diffuse; 11, affection mitrale; 12, fibrome intra-utérin; 18, hystérie et alcoolisme; 25, pleurésie symptomatique.

Service de M. Gouguenheim. Salle Saint-Joseph : 8, néphrite interstitielle; 9, anévrysme de l'aorte; 19, ictère chronique; 26, bronchite chronique avec emphysème; 26, ulcère simple. — Salle Sainte-Marthe : 5, bronchite chronique, ataxie locomotrice; 12, néphrite interstitielle; 16, mal de Pott; 21, rétrécissement de l'œsophage, paralysie des cordes vocales; 28, paralysie générale. — Salle Sainte-Geneviève : 2, syphilis, gomme du poumon; 4, sclérose en plaques; 5, chancre induré de la lèvre supérieure; 13, tuberculose pulmonaire, nécrose maxillaire supérieure; 16, emphysème, bronchite chronique.

Service de M. Marchand. Salle Saint-André : 3, hydrocèle double; 8, fracture de la clavicule; 11, adéno-phlegmon de l'aisselle; 23, ostéo-arthrite du genou avec ostéophyte ancienne; 24, fracture du tibia; 27, ostéite épiphysaire névralgique; 33, hématocèle vaginale; 43, arthrite purulente du genou, rétraction; 44, mal perforant, récidive après opération de Lisfranc.

Service de M. Rendu. Salle Sainte-Hélène : 2, insuffisance aortique, apoplexie pulmonaire; 10, pneumonie double, alcoolisme; 21, ataxie locomotrice, syphilis; 22, mal de Bright; 24, ectasie aortique, emphysème; 26, rhumatisme blennorrhagique avec atrophie musculaire consécutive. — Salle Saint-Louis : 1, roséole et fièvre syphilitique; 8, aphonie hystérique; 11, affection cardiaque sans souffle; 13, corps fibreux de l'utérus; 18, ataxie; 24, névralgie faciale avec hémianesthésie, syphilis; 29, pleurésie purulente. — Salle Saint-Jean : 3, rétrécissement mitral; 5, cancer du foie; 18, tympanite, hystérie; 21, albuminurie; 27, cancer de l'estomac; 31, cancer du rectum.

Service de M. Gouraud. Salle Saint-Barthélémy : 6, embarras gastrique fébrile; 10, rhumatisme articulaire aigu; 11, colique néphrétique; 12, tuberculose à marche rapide; 16, paraplégie hystérique; 19, rhumatisme chronique; 21, diarrhée dysentériforme; 23, ramollissement cérébral; 26, aphasie

© BIU Santé

28, carcinome utérin. — Salle Sainte-Catherine : 3, néphrite diffuse; 4, stomatite ulcéro membraneuse; 13, emphysème; 15, ramollissement cérébral; 18, tuberculose, diarrhée dysentériforme; 20, bronchite et emphysème; 25, rhumatisme subaigu. — Salle Sainte-Ludivine : 6, hernie du poumon, hémoptysies multiples; 7, ulcère simple de l'estomac; 8, ramollissement cérébral, contracture, troubles trophiques; 13, insuffisance et rétrécissement aortique, insuffisance mitrale, embolie cérébrale; 16, congestion pulmonaire; 18, pleurésie; 20, fièvre typhoïde; 21, tuberculose pulmonaire et laryngée.

Service de M. Audhoui. Salle Sainte-Anne : 1. insuffisance aortique; 2, cancer du larynx; 7, atrophie musculaire progressive; 16, épilepsie; 17, paralysie saturnine; 21, phthisie laryngée; 24, rétrécissement mitral. — Salle Saint-François : 3, ulcère simple de l'estomac; 7, néphrite parenchymateuse; 8, chorée; 10, cirrhose; 11, hystérie, chorée; 17, chlorose; 20, rétrécissement mitral.

Hôpital de la Pitié. — *Médecine.* Service de M. Desnos. — Salle Sainte-Marthe : 2, ataxie locomotrice, paraplégie; 15, pneumonie; 23, ramollissement cérébral; 28, sciatique; 41, sclérose en plaques; 55, insuffisance aortique. — Salle Sainte-Geneviève : 1, accidents de la ménopause; 3, pneumothorax; 8, chorée, rhumatisme articulaire aigu; 19, stomatite ulcéro-membraneuse; 20, laryngite tuberculeuse.

Service de M. Dumontpallier. — Salle Sainte-Eugénie : 3, ataxie locomotrice; 5, périmétrite; 24, goître exophthalmique; 29, affection organique du cœur; 41, anémie post-puerpérale. — Salle Saint-Raphaël : 3, paraplégie syphilitique; 10, tumeur du cervelet; 11, pleurésie aiguë; 20, atrophie du deltoïde; 30, insuffisance mitrale, pneumonie double.

Service de M. Peter. — Salle Sainte-Claire : 5, périmétrite; 10, néphrite interstitielle; 11, insuffisance mitrale; 17, broncho-pneumonie; 18, carcinome stomachal; 32, tumeur cérébrale. — Salle Saint-Benjamin : 1, pleurésie; 6, encéphalopathie saturnine; 8, érysipèle; 18, hypochondrie; 20, fièvre typhoïde ayant débuté par des accidents de fièvre intermittente double quarte.

Service de M. Gombault. — Salle Saint-Michel : 7, pleurésie; 8, dilatation des bronches; 17, pleurésie et péritonite tuberculeuse; 25, pleurésie purulente; 30, pleuro-pneumonie; 31, pneumonie du sommet. — Salle Notre-Dame : 23, péritonite cancéreuse; 28, chorée hystérique; 31, fièvre typhoïde; 43, carcinome de l'épiploon.

Service de M. Polaillon. — Salle Saint-Gabriel : Fracture de la rotule; 6, gangrène sénile; 7, fracture compliquée de cuisse; 14, fracture compliquée de jambe; 21, luxation de l'extrémité externe de la clavicule; 23, fracture du radius; 26, fracture de cuisse; 29, fracture de la colonne vertébrale. — Salle Saint-Jean : 2, kyste de l'ovaire; 7, fracture de la base du crâne; 18, kyste de la paroi abdominale; 21, fracture du péroné.

Service de M. Verneuil. — Salle Saint-Louis : 10, fracture de jambe; 25, rétrécissement de l'urèthre; 27, sciatique; 31, orchite chronique; 32, papillome de la région temporale; 39, épithelioma de la langue.

Hôpital de la Charité. — *Chirurgie.* Service de M. Gosselin. — Salle Sainte-Vierge (H.) : 6, dysurie avec hypertrophie du lobe gauche de la prostate; 7, synovite plastique des gaînes des péroniers; 8, rétrécissement de l'urèthre; 12, incontinence d'urine; 28, polypes muqueux des fosses nasales; 31, hydro-hématocèle; 35, fongosités synoviales de l'articulation tibio-tarsienne; 39, arthrite temporo-maxillaire rhumatismale. — Salle Sainte-Catherine (F.) : 2, rétrécissement du rectum, fistule recto-vaginale; 3, abcès froid de la cuisse, symptomatique d'une ostéite de la crête iliaque; 7, entorse; 16, coxalgie; 22, métrite pelvi-péritonite, retro-flexion de l'utérus.

Service de M. Trélat. — Salle Saint-Jean : 1, cicatrice ancienne, accès épileptiformes avec aura partant de la cicatrice, résection nerveuse; 2, hydarthrose traumatique; 7, amputation de la cuisse; 10, épithélioma de la langue; 17, rétrécissement de l'urèthre, urethrotomie; 18, kerato-conjonctivite intense. — Salle Sainte-Rose : 7, fistule vésico-vaginale; 11, métrite ante-version; 13, fistule de la grande lèvre droite; 18, gomme scrofuleuse de l'avant-bras; 19, brûlures; 21, métrite.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Martineau. Clinique du mercredi. — Salle Saint-Alexis : 4, pelvi-péritonite, abcès ouvert dans le rectum; 6, pelvi-péritonite gauche. Accidents hystériques cataleptiques; 7, endométrite herpétique, métrorrhagie, anémie extrême; 11, syphilis-ténosite de la gaîne des radiaux; 16, cystocèle vaginale (opération samedi). — Clinique du samedi. — Salle Saint-Louis : 2, rétroversion, métrite parenchymateuse et endométrite arthritique, insuffisance mitrale; 3, endométrite généralisée chlorotique; 7, vaginite blennorrhagique; 17, endométrite scrofuleuse, herpès de la vulve; 26, syphilide pigmentaire, endométrite du col; 28, pelvi-péritonite; 29, herpès du vagin.

Service de M. Cornil. Consultations le jeudi, à 10 heures. Examen des entrantes, le vendredi, à 9 heures. Spéculum les lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 9 heures. — Salle Sainte-Thérèse : 1, tentative de viol, sy-

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre pur.
Chaque **Dragée** du Dr Clin renferme 0,10

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie, 14, rue Racine, Paris.**

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence** de **Santal**, associée au Copahu et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

Nota. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

Gros : chez **Clin et Cie, 14, rue Racine, Paris.** — Détail : **10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.**

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie, 14, rue Racine, Paris,** où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Iconographie Photographique de la Salpêtrière, par Bourneville et Regnard, paraissant tous les mois par livraison de 8 ou 16 pages de texte et 4 photographies. — 12 livraisons sont en vente et forment le premier volume. — Prix : 3 fr. la livraison, 32 fr. le volume complet. — Pour *les abonnés* du *Progrès médical*, 2 fr. la livraison; le volume 20 fr.

ACIDE SALICYLIQUE *produits de SCHLUMBERGER, pharmacie CHEVRIER, 21, Faubourg-Montmartre.* Poudre de salicylate de soude. Eau salicylée. Pilules de salicylate de lithine. Vin salicylé. Glycérine salicylée. Pastilles salicylées. Dragées d'acide salicylique. Charpie, ouate et coton salicylés. — *Echantillons gratis offerts aux médecins.*

Pullna (Bohême). La plus ancienne et la meilleure Eau minérale naturelle purgative et altérante connue. (*Apéritive, Dérivative, Digestive, Tempérante, Antiphlogistique, Antiapoplectique*). — Douce et bienfaisante par excellence et presque insipide. Vente et détail partout. Chauffer la valeur d'un verre à vin ordinaire. — Aux enfants une cuillerée coupée de lait. — Prendre à jeûn et aussi avant le coucher. — Exempte des coliques et des Troubles intestinaux — Diète peu scrupuleuse. — Contrôle originaire : Chaque cruchon de provenance unique porte exclusivement la marque registrée : **Püllnaer Bitterwasser. Gemeinde Püllna,** et sa capsule conformément : **Püllnaer-Gemeinde-Bitterwasser.** — Le directeur général des Eaux minérales naturelles amères de Pullna, Antoine ULBRICH, fils du fondateur.

De l'influence des Maladies du foie sur la marche des traumatismes, par F.-E.-Maurice Longuet. In-8 de 124 pages. Prix : 2 fr. 50.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie et l'Hystérie, compte rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, de 1872 à 1875, par Bourneville. — Vol. in-8° de 200 pages, avec 8 figures dans le texte et trois planches. Prix : 4 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 3 fr.

Bromure de Camphre (Ses propriétés physiologiques et ses usages thérapeutiques), par L. Pathault. — 4e édition in-8° de 48 pages avec 6 figures. — 1 fr. 50.

Du Tubercule du Testicule et de l'Orchite tuberculeuse, par le Dr Reclus. — In-8° de 208 pages, avec 5 planches. Prix : 5 fr.; pour les abonnés du *Progrès*, 4 fr. (franco).

© BIU Santé

philis ; 2, tentative de viol, vulvite. — Salle Saint-Ferdinand : 3, plaques muqueuses vulvaires ; 4, iritis syphilitique ; 5, vaginite ; 7, adénite vaginale suppurée double ; 8, syphilide papuleuse ; 10, hystérie chloro-anémie ; 12, stomatite mercurielle grave. — Salle Saint-Clément : 1, 3, 6, plaques muqueuses du gosier ; 10, vaginite, pelvi-péritonite chronique ; 11, plaques muqueuses confluentes, œdème considérable des petites lèvres ; 12, épithélioma utérin ; 14, syphilide papuleuse confluente, gomme des jambes ; 18, roséole confluente, céphalite, alopécie ; 23, 25, 27, syphilis, métrite du col ; 28, syphilide circinée ; 29, fissures de la langue, syphilis ; 31, nombreux chancres mous de la vulve et de la face interne des cuisses, inoculation ; 36, chancre mou, bubon chancreux ; 35, 43, onyxis syphilitique ; 38, 42, plaques muqueuses vulvaires, métrite.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

SIROP DE CATILLON A L'IODURE DE FER

QUINQUINA et GLYCÉRINE

En outre du quinquina et de l'iodure de fer cette association peut remplacer l'huile de foie de morue, si difficile à supporter et dont la glycérine pure est un succédané : scrofule, rachitisme, syphilis, phthisie, etc. V. notre Mémoire sur l'*Emploi de la Glycérine à l'intérieur*.—Paris, rue Fontaine-St-Georges, 1.

DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)

Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.

LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, PARIS.

MÉDICATION PROPYLAMIQUE

DRAGÉES MEYNET D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE

100 dragées, 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Une Dragée MEYNET remplace 2 cuill. à bouche d'huile. Paris, Ph., 34, r. d'Amsterdam, et princ. pharm.

PILULES DELAUNAY au Phosphate de Fer et de Manganèse. — Assimilation complète; pas de Constipation.

ÉLIXIR DELAUNAY au Quinquina. Une cuillerée à bouche, soit 20 g. de cet Elixir, représente 0,20 extr. de quinquina jaune calisaya.

Pour la vente en gros : A la Pharmacie, 3, rue de la Madeleine, à Troyes.
Dépôt à Paris : Société française, 11, rue de la Perle.

SAXON-LES-BAINS (Valais Suisse)

L'Eau de Saxon est la plus riche du monde en iodure et en bromure de potassium; elle contient aussi de la lithine et de la glairine. Elle est indiquée dans la goutte, le rhumatisme, les névroses, les accidents consécutifs de la syphilis, les maladies de la peau, les engorgements lymphatiques et scrofuleux, etc. **Saison du 1er mai au 15 octobre.** L'établissement est aménagé avec tout le confort désirable.

MM. les médecins qui adresseront des malades à Saxon, seront tenus au courant de l'action du traitement. Les eaux supportent admirablement le transport. Dépôt central à la Cie de Vichy, boul. Montmartre, 22, à l'angle de la rue Drouot.

Nota. — *Depuis l'année dernière les jeux ont été supprimés à Saxon comme aux eaux d'Allemagne.*

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Médecine de Paris.

« ..... C'est, de toutes les préparations « ferrugineuses, celle qui, à poids égal, « introduit le plus de fer dans le suc « gastrique. »

Bulletin de l'Acad. de Médecine, t. XIX.

Pour démasquer les contrefaçons — impures et inactives — exiger la signature : **T. A. QUEVENNE** et l'étiquette ronde en petits caractères de quatre couleurs.

Dépôt : Pharmacie Émile GENEVOIX, 14, RUE DES BEAUX-ARTS, PARIS.

DIGITALINE

d'HOMOLLE et QUEVENNE

Approbation de l'Acad. de Méd. de Paris Méd. d'or de la Soc. de Pharm. de Paris

« ..... Les médecins feront bien de con- « tinuer à prescrire la **Digitaline** de « MM. Homolle & Quevenne, aux malades « ne pouvant pas supporter la digitale. »

Bulletin de l'Acad. de Médecine de Belgique 1874, t. VIII, p. 397.

Les signatures des Inventeurs en *lettres rouges* attestent l'authenticité de la VÉRITABLE DIGITALINE.

Dépôt : Pharmacie COLLAS, 8, RUE DAUPHINE, PARIS.

BROMURE de ZINC

SIROP — 50 centigr. par cuillerée à soupe.
PILULES — contenant 20 centigrammes.
PILULES ARSENICALES — contenant 5 centigr. Br. de Zinc et 1 mill. Br. d'arsen.

« Très-utile dans les cas de *Saturation* ou d'*Anémie bromurique*, le Br. de Zinc est beaucoup plus actif que le Br. de Potassium.—Doses de 0,20 à 4 gr. par jour.— FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — PARIS.

Vacances médicales. — On demande un docteur ou un **étudiant,** ayant passé ses examens, pour donner des soins à une famille habitant la campagne.

S'adresser chez M. Delesalle, naturaliste, 67, rue des Saints-Pères.

Un docteur en médecine est demandé de suite pour desservir un bon poste médical dans un pays riche, à quatre heures de Paris. S'adresser, à M. Pélisse, pharmacien, 40, rue des Ecoles.

Cabinet médical faisant 15,000 à 20,000 fr. par an, à céder. S'adresser à M. J. Cauchois, 14, rue Moncey, à Paris. — (*L'Abeille médicale*).

RÉCOMPENSE Nationale de 16,600 fr. Médaille d'OR, etc.

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX

Apéritif, Fortifiant et Fébrifuge

Contenant tous les principes des 3 quinquinas et recommandé par les médecins contre l'*anémie*, le *manque de forces*, *chlorose*, *pâleur maladive*, *affections de l'estomac*, *fièvres invétérées*, *convalescences lentes*, etc.

Paris, 19 et 22, rue Drouot et Pharmcies.

GLACE NUTRITIVE IMODA

TONIQUE, ALIMENTAIRE.—1 FR. ET 1 FR. 50

Contient la moitié de son poids de viande crue de choix. Nouveau mode d'alimentation convenant à tous malades, convalescents et affaiblis; saveur exquise et variée neutralisant tout goût de viande pour les plus difficiles.

IMODA, *glacier, rue Royale, 3*

Capsulines aromatiques AU GOUDRON

Ont l'avantage d'offrir, sous forme et saveur agréables, les principes actifs du Goudron et du Baume de Tolu réunis.

A. DÉBONNAIRE, rue du Faubourg-Saint-Honoré, 20
Et principales pharmacies

VÉSICATOIRE L. ROUVIÈRE

Argocystique et Indolore

(EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN)

1re MÉDAILLE EXPOSITION PARIS.

Attestations des médecins en chef des Hôpitaux

Employé dans les *Hôpitaux* et ordonné par tous les médecins après essai.—Agit sûrement.—Pas CAMPHRÉ.—Jamais de cystite.

Trois formes : 1° Vésicatoire indolore, la boîte.... 1f 50
2° — instantané, la boîte.. 1f 50
3° Toile Vésicante, le mètre..... 2f »

Paris : **Pharmacie centrale**, 7, rue de Jouy et ses succursales. — A. Hugot, rue Vieille-du-Temple, 19 et principles drogueries.

Vente en gros : L. ROUVIÈRE, pharmacien, à Nîmes (Gard).

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 11. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 16 MARS 1878

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÉGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Dix-huitième leçon (1).

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Etude des vaisseaux des muscles striés. — I. Vaisseaux sanguins. Chaque muscle strié ne possède pas un réseau vasculaire sanguin particulier (bipolaire artério-veineux) ; il reçoit ses vaisseaux de différentes sources artérielles. — Procédés et méthodes d'injection et d'examen des vaisseaux des muscles. — Forme du réseau capillaire : Les mailles de ce réseau enveloppent les faisceaux primitifs comme d'un filet, les capillaires sont toujours extérieurs au sarcolemme. Les mailles du réseau sont rectangulaires : branches longitudinales, branches transversales. — II. Particularités spéciales aux vaisseaux sanguins des muscles rouges. Sinuosités des capillaires, leur grand diamètre, forme des mailles; elles sont moins allongées. Dilatations fusiformes sur la continuité des capillaires transversaux. Disposition analogue des origines des veinules. Ces modifications de la forme sont en rapport avec le mode lent et soutenu de la contraction des muscles rouges. — Lymphatiques des muscles striés et de leurs tendons. Système lymphatique du centre phrénique. Expériences de Recklinghausen, de Ludwig et de Schweigger-Seidel. — Lymphatiques des expansions tendineuses. — Rapports du tissu connectif intra-musculaire des batraciens, représentant un sac lymphatique, avec les autres cavités lymphatiques de l'animal. — (*25 mars 1876*).

I. Messieurs, nous arrivons actuellement à l'étude des vaisseaux des muscles. Je commencerai par celle des vaisseaux sanguins, je décrirai ensuite les lymphatiques.

Chez aucun animal le muscle ne constitue une véritable individualité vasculaire. Je m'explique : le rein, par exemple, possède une circulation spéciale, autonome. Il reçoit le sang artériel d'un seul tronc, l'artère émulgente; il verse le sang veineux dans un tronc également unique, la veine rénale. Aucun muscle n'est dans ce cas. Le couturier de la grenouille, aussi bien que celui du lapin, reçoivent des branches musculaires émanées d'artères très-diverses, et ces rameaux afférents sont échelonnés sur toute sa hauteur. Ils abordent transversalement le muscle, et, conservant cette direction, ils pénètrent entre ses faisceaux quaternaires, ternaires et secondaires. Ils se résolvent enfin en un réseau capillaire, dont les mailles, affectant une forme typique font reconnaître pour ce qu'elle est l'injection d'un muscle du premier coup.

Il importe d'abord de savoir comment on doit pratiquer ces injections elles-mêmes. Elles doivent être complètes, et faites avec certaines précautions, si l'on veut éviter toute chance d'erreur.

S'il s'agit d'une grenouille, il convient tout d'abord de l'immobiliser pendant l'opération afin que ses mouvements ne gênent pas l'expérimentateur dans l'application délicate de la canule (2). Cette dernière est introduite dans le bulbe aortique et fixée sur ce point par une ligature après que le système vasculaire sanguin de l'animal a été vidé par l'excision de la pointe du cœur. La masse faite selon les règles connues, à l'aide du carmin ou du bleu de Prusse incorporés à la gélatine, est ensuite poussée lentement dans les vaisseaux. S'il s'agit d'un lapin, cette masse (300 à 350 centimètres cubes) est injectée de la même façon par la carotide, après que l'animal, préalablement curarisé, a été sacrifié par hémorrhagie. Je dois expliquer l'action adjuvante du curare. Vous n'ignorez pas, Messieurs, que chez l'animal curarisé et entretenu vivant à l'aide de la respiration artificielle, tous les muscles volontaires sont paralysés, mais les muscles vasculaires le sont également et le sang continue son cours dans un système de canaux présentant leur dilatation maxima par suite de l'inertie de leurs parois contractiles. Il en sera de même de l'injection dont la pénétration sera facile, puisqu'elle arrivera dans des artérioles préalablement dilatées.

Les muscles dont on veut examiner les vaisseaux, sont enlevés après que la masse d'injection s'est refroidie. Si cette dernière a été faite avec le carmin, les muscles sont placés dans l'alcool ; si, au contraire, elle a été faite avec une masse de bleu de Prusse, ils sont plongés dans une solution à 2 0/0 de bichromate d'ammoniaque. Au bout de 24 ou 48 heures, ils sont lavés dans l'eau distillée et séparés à l'aide des aiguilles, de la pince et des ciseaux, en leurs faisceaux secondaires. Ces derniers, colorés par l'hématoxyline si l'injection est rouge, par le picro-carminate d'ammoniaque, si elle est bleue, et montés dans la glycérine ou le baume de Canada, fournissent de bonnes préparations pour la vue longitudinale du réseau capillaire (1).

Je vous ai dit que la disposition du réseau capillaire des

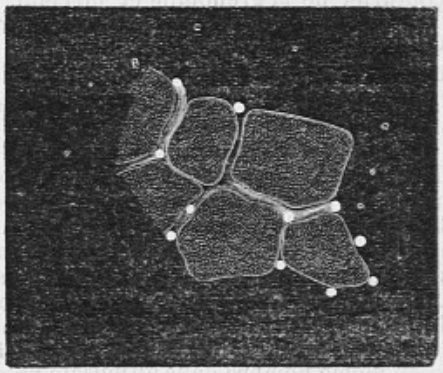


Fig. 20. — Coupe transversale d'un muscle pâle injecté. — Les faisceaux primitifs sont enveloppés par le sarcolemme. Dans leurs intervalles les vaisseaux se distribuent en formant des mailles. La section des capillaires longitudinaux est représentée par des cercles blancs d'où partent ou non les branches transversales.

muscles est caractéristique. Les vaisseaux ne pénètrent jamais dans l'intérieur des faisceaux primitifs; ils sont toujours extérieurs au sarcolemme. Ils occupent l'intervalle des fibres musculaires entre lesquelles s'insinuent leurs branches longitudinales, qui restent régulièrement parallèles à la direction des faisceaux primitifs. De distance en distance, ces branches longitudinales communiquent entre elles par des rameaux transversaux, qui croisent les fibres musculaires en formant des arcs de cercle contenus dans des plans perpendiculaires à l'axe longitudinal du muscle.

La figure générale du réseau est donc celle d'un treillis à mailles rectangulaires, constitué par un système de

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876 ; nos 1, 2, 7, 9, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 30, 31, 40, 41, 42 et 43 de 1877.

(2) Pour immobiliser une grenouille que l'on veut injecter, l'on peut employer deux méthodes : 1° On introduit une demi-heure ou une heure auparavant 4 à 5 gouttes d'une solution de curare à 1 0/00 dans l'un des sacs lymphatiques sous-cutanés. Cette méthode est la meilleure et nous en expliquons un peu plus loin les avantages. Une autre méthode, très-simple, consiste à plonger la grenouille dans de l'eau chauffée à 37°. Elle est, au bout de 15 à 20 minutes, complétement anesthésiée et n'exécute plus aucun mouvement spontané ni réflexe. Mais, dans ces conditions, il importe de ne pas élever la température de l'eau au-dessus de 40°; en effet, l'animal entrerait alors en rigidité, et la pénétration régulière de la masse injectée serait impossible.

(1) On peut aussi employer, pour cet usage, la résine Dammar en solution dans l'essence de térébenthine. Lorsque l'on fait une préparation d'injection de muscle, c'est aussi cette dernière essence qu'il faut employer pour éclaircir la pièce, à l'exclusion de celle de girofle qui est jaune et teint les muscles en cette couleur, au détriment de la transparence de l'objet.

© BIU Santé

vaisseaux longitudinaux parallèles et réunis entre eux, deux à deux, par des branches qui sont perpendiculaires à leur direction. Chacun des faisceaux primitifs est entouré par un système vasculaire présentant cette disposition, et qui l'enveloppe de ses mailles rectangulaires comme le ferait un filet. Lorsque le muscle est contracté ou rétracté, ses vaisseaux longitudinaux reviennent sur eux-mêmes en prenant une apparence serpentine; lorsqu'il est tendu, ils restent absolument rectilignes. Ces variations ne s'observent pas sur les branches transversales du réseau; ces dernières, en effet, ne se trouvent point, sur un muscle rétracté, dans la nécessité de diminuer de longueur, elles sont tendues, restent droites ou légèrement curvilignes, et leur configuration ne change pas. Leurs rapports avec les faisceaux primitifs sont surtout bien montrés par les coupes transversales des muscles injectés (*Fig. 20*). On les voit sous forme de lignes droites ou d'arcs tendus entre les petits cercles colorés qui représentent la coupe des capillaires longitudinaux. Elles se moulent fréquemment sur les faisceaux primitifs qu'elles contournent en les embrassant, et en restant toujours en dehors d'eux, c'est-à-dire extérieures au sarcolemme qui les entoure. Mais les vaisseaux des muscles ne sont point, dans l'intérieur des faisceaux secondaires, séparés des fibres par une épaisseur appréciable de tissu connectif; le plus souvent ils sont étroitement accolés à ces fibres mêmes.

Ces vaisseaux sont de petit diamètre, comme on peut s'en assurer en les fixant instantanément dans leur forme par l'action de l'acide osmique à 1 0/0. Dans ces conditions les capillaires intra-musculaires de la grenouille semblent s'appliquer étroitement sur les globules rouges contenus dans leur intérieur. Pour finir leur histoire générale, j'ajouterai que j'ai constaté que les vaisseaux des muscles, artériels et veineux, ne sont point là plus musculaires qu'ailleurs.

II. Tels sont les vaisseaux des muscles ordinaires; ceux du couturier de la grenouille et de celui du lapin et du chien par exemple. Mais ceux des muscles rouges, tels que le demi-tendineux et le soléaire du lapin, présentent des particularités intéressantes sur lesquelles je dois insister maintenant.

1° Les capillaires des muscles rouges (*Fig. 21*) sont toujours extrêmement sinueux, même quand on a pris soin de fixer la masse musculaire dans sa forme après l'avoir mise et maintenue dans un état d'extension convenable. Ce fait s'explique de lui-même par la grande élasticité du muscle. 2° Leurs mailles sont moins allongées que dans les muscles pâles, de telle sorte que si, chez ces derniers, elles représentent des rectangles allongés, dans les muscles rouges elles affectent presque la forme de carrés. Ceci revient à dire que, les branches longitudinales étant supposées en même nombre dans un muscle pâle et dans un rouge, les branches transversales sont plus nombreuses dans ce dernier. La surface circulatoire est par ce fait même notablement augmentée. 3° Elle l'est encore davantage par suite du diamètre plus considérable des capillaires des muscles rouges. Ici donc et tout d'abord, nous trouvons une disposition qui semble indiquer une circulation sanguine plus complète au sein de la masse musculaire.

Mais le dernier fait qu'on observe, et le plus remarquable sans contredit, c'est que, sur un grand nombre de branches transversales réunissant les capillaires longitudinaux, on constate l'existence de dilatations fusiformes. Les veinules qui partent du réseau possèdent des dilatations encore plus considérables, qui offrent, au premier coup d'œil, l'apparence de petits anévrysmes minuscules.

Pendant la vie, le sang gonfle ces dilatations comme le fait la masse colorée dans un muscle injecté. Le diamètre des capillaires, la multiplication des branches transversales, indiquent clairement que, pour un même volume de substance musculaire, il existe, dans le muscle rouge, un plus grand volume de sang. Comment expliquer ces différences, et cette circulation si richement assurée, dont les vaisseaux sont munis de diverticules dans lesquels s'accumule une réserve de liquide nutritif? Je pense, Messieurs, que la disposition des vaisseaux sanguins dans les muscles rouges est en rapport avec leur mode même de contraction. Je mets sous vos yeux un lapin curarisé chez lequel la circulation est entretenue par la respiration artificielle. Sa cavité abdominale est ouverte et son intestin mis à nu. Après quelques minutes d'exposition à l'air toute la surface de cet intestin est congestionnée et rouge. Je l'excite maintenant à l'aide d'un appareil d'induction. Un ventre de contraction se forme au point excité, et s'étend peu à peu sous l'aspect d'une plaque dure, blanche, au niveau de laquelle, à mesure qu'elle s'accroît, l'afflux régulier du sang cesse de se produire.

Il en est de même d'un muscle strié pris au moment où sa contraction s'opère. Il ne laisse plus passer de sang dans son intérieur, mais au moment où la décontraction se produit, c'est-à-dire lorsqu'il se relâche, les veines musculaires correspondantes donnent lieu à un abondant écoulement de sang noir. Si l'on observe un muscle depuis longtemps maintenu en repos, au contraire, le sang coule librement et sort rouge comme il était à son entrée dans la masse musculaire (Cl. Bernard). Le sang est donc arrêté dans le muscle pendant sa contraction ; il s'y transforme en sang noir, c'est-à-dire qu'il abandonne son oxygène, car la contraction ne peut se produire s'il ne se fait dans le muscle une action chimique dont l'oxygène est l'un des éléments essentiels, et qui engendre précisément la force vive que la substance musculaire, en se contractant, transforme en travail moteur. Si donc le muscle contracté ne laisse plus passer de sang dans sa masse tandis que, d'autre part, il lui faut de l'oxygène pour faire les frais de sa contraction, c'est que, pendant la durée de cette dernière, il utilise l'oxygène du sang dont il était pénétré lorsqu'elle a débuté, et qui constitue pour lui une provision ou une réserve. On conçoit que, plus la contraction d'un muscle donné sera longue et soutenue, plus cette réserve devra être considérable. C'est, je crois, la raison pour laquelle les muscles rouges, qui se contractent lentement et avec persistance, présentent des capillaires à la fois nombreux, volumineux, et munis de dilatations ou diverticules qui forment autant de réservoirs pour le sang. Lorsque la contraction débute et que l'apport du sang est suspendu dans le muscle, ce dernier est, de la sorte, non-seulement

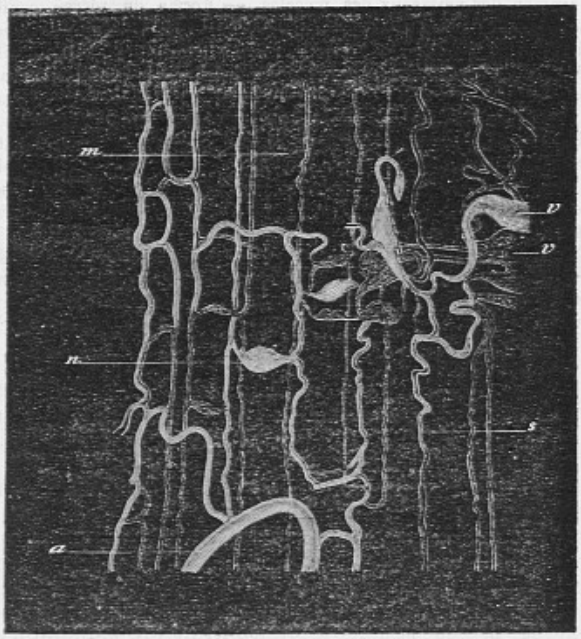


Fig. 21. — Vaisseaux sanguins d'un muscle rouge. — a, artères. — *v*, *v*, veines. — *m*, mailles formées par les capillaires et renfermant les faisceaux musculaires qui n'ont pas été dessinés. — *n*, dilatations variqueuses des branches transversales. — *s*, branche longitudinale des capillaires.

© BIU Santé

pénétré du sang contenu, à ce moment, dans son riche lacis vasculaire, mais les réservoirs précités en contiennent d'accumulé, qui lui sert de réserve et qu'il dépense graduellement. On conçoit de la sorte que la contraction des muscles rouges soit à la fois lente et soutenue. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — **M. JULES SIMON.**

Conférence recueillie par CHAMBARD, interne des hôpitaux.

Je vous ai déjà dit que j'avais renoncé à l'emploi du tartre stibié, et que je ne me décidais à y avoir recours que contraint et forcé, quand l'ipéca est impuissant, et que l'indication vomitive ou contro-stimulante est absolue. Cependant j'ai vu quelquefois des enfants de 6 à 7 ans tolérer ce médicament tout aussi bien que les adultes. A cet âge d'ailleurs ses effets diarrhéiques ne sont point aussi dangereux.

1° *Indications.* Les vomitifs sont d'un fréquent usage dans le traitement des maladies des voies respiratoires. Passons les en revue et voyons le rôle utile qui doit leur être réservé. — Je vais aussi poser avec vous les bases principales des indications à remplir dans ces affections si diverses.

1° *Laryngites.* Sauf les cas où une laryngite simple tend à revêtir un caractère spasmodique et menace de devenir une laryngite striduleuse, vous réserverez les vomitifs pour les laryngites profondes et graves qui succèdent à l'action de vapeurs irritantes, à un refroidissement brusque, si toutefois l'état général du malade le permet.

Dans la laryngite striduleuse, que vous arriviez au moment de l'accès ou après, vous devrez toujours administrer un vomitif qui aura pour effet de chasser les mucosités concrètes sur les cordes vocales qui entretiennent l'excitabilité réflexe dont le spasme est la conséquence ; de plus, l'action hyposthénisante propre de l'ipéca contribuera à atténuer cette excitabilité. Vous y ajouterez une potion que vous me voyez souvent employer.

Kermès minéral.....	0,05 ou 0,10 grammes.
Alcoolature de racines d'aconit.....	V à X gouttes.
Teinture alcoolique de belladone.....	V à X —
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 grammes.
Eau de tilleul.....	120 —

Par cuillerées à café d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure.

Dans le croup, les vomitifs sont indiqués au début, tant que les forces du malade le permettent, mais vous devrez les cesser dès que vous aurez lieu de craindre que leur action hyposthénisante ne vienne s'ajouter aux effets généraux de l'intoxication diphthéritique : ce sera alors le moment, au contraire, de recourir aux toniques sous toutes les formes et aux alcooliques tels que l'alcool, le vin de champagne.

2° *Bronchites.* — Les vomitifs dans les bronchites des grosses et moyennes bronches sont excellents, dès que les râles humides ont fait leur apparition et ils peuvent être répétés sans inconvénients si on suit leur action purgative. Dans la première période, au contraire, les vomitifs seraient sans effet. La médication doit alors reposer sur l'emploi de la chaleur, des antispasmodiques tels que l'aconit, du kermès et rarement de l'opium, à moins que l'enfant ne présente une grande excitation.

Lorsque la bronchite s'étend aux petites bronches, vous devez être déjà bien plus réservés sur l'emploi des vomitifs et vous n'y aurez recours qu'en surveillant de près l'état général. Alors les vomitifs ne devront guère être administrés que une ou deux fois et feront place à la médication révulsive et tonique. Petits vésicatoires laissés 3 heures seulement, alimentation par le lait et le bouillon, potions alcoolisées telles que la suivante :

Eau-de-vie.....	15 à 20 grammes.
Julep gommeux n° 1.....	120 grammes.

Si enfin, la bronchite devient capillaire et surtout si elle se complique de foyers de broncho-pneumonie, je vous conseille fortement de n'avoir jamais recours à la méthode vomitive qui aggraverait la prostration déjà si grande du malade et vous réserverait peut-être des surprises douloureuses : persistez, au contraire plus que jamais sur les toniques et ne craignez pas d'avoir recours aux alcooliques : l'alcool en effet, Messieurs, dans les affections adynamiques donne chez les enfants, des résultats merveilleux et moi-même d'abord défiant à l'égard de cette médication introduite en France par *Béhier*, j'en suis devenu, après l'avoir expérimentée, le partisan résolu.

3° *Emphysème pulmonaire.* — Les vomitifs donneront de bons résultats en combattant l'élément catarrhal dans ces cas d'emphysème qui surviennent facilement chez les enfants affectés de coqueluche ou de bronchite qui remontent à plus d'une quinzaine de jours. Ainsi que j'ai eu l'occasion de le signaler, cet emphysème est d'ailleurs parfaitement curable.

4° *Pneumonie.* — Vous savez, Messieurs, que la pneumonie lobaire chez les enfants occupe, dans la moitié des cas, le sommet du poumon et s'accompagne de phénomènes cérébraux qui peuvent souvent en imposer pour une méningite. Vous la combattrez par les révulsifs, petits vésicatoires laissés 3 heures seulement et par les toniques et vous réserverez les vomitifs pour combattre pendant la convalescence l'embarras gastrique qui peut survenir et arrêter le rétablissement définitif de la santé. La pneumonie des enfants, du reste, guérit toute seule, comme celle de l'adulte, mais sa durée est moins considérable.

Maladies de l'appareil digestif — 1° Abcès de l'amygdale. — L'ouverture des abcès des amygdales chez les enfants n'est pas toujours sans difficultés. Lorsque l'abcès est sur le point de s'ouvrir et qu'il y a lieu de redouter son ouverture spontanée pendant le sommeil, un vomissement suffira à en déterminer la rupture.

2° Dans le cas d'*angine* pseudo-membraneuse, il ne faut pas trop insister sur les vomitifs. La médication générale tonique et des applications topiques arrivent bien plus sûrement à prévenir l'extension du processus diphthéritique. Dans ces cas, Messieurs, je repousse les cautérisations énergiques au moyen du nitrate d'argent et je me borne à pratiquer au moyen d'un irrigateur des lavages avec du vinaigre aromatique étendu d'eau auxquels j'ajoute des attouchements avec du jus de citron et le perchlorure de fer à l'intérieur, deux gouttes à chacun des principaux repas.

La médication vomitive sera, au contraire, largement employée dans l'angine pultacée, concurremment aux gargarismes d'abord émollients, puis astringents à base de borax ou de chlorate de potasse.

3° *Embarras gastrique.* — L'embarras gastrique est plus fréquent encore chez l'enfant que chez l'adulte ; il succède aux refroidissements, accompagne un grand nombre d'états inflammatoires et se complique ordinairement de teinte subictérique et de courbature. Vous le combattrez par des vomitifs et des purgatifs légers.

Fièvres éruptives. — A la première période des fièvres éruptives, les vomitifs pourront être employés sauf dans les formes adynamiques et surtout dans les cas de variole hémorrhagique.

Maladies nerveuses. — Gilette après Laennec et Bouley a essayé, paraît-il avec succès, l'émétique dans la chorée. Les raisons qui m'ont déterminé à proscrire presqu'absolument l'émétique de la thérapeutique infantile, conservent ici, à mes yeux, toute leur valeur et je préfère opposer à la chorée les bains de vapeur, les ventouses sèches sur la région vertébrale et les anti-spasmodiques. bromure de potassium, valériane, chloral, en un mot traiter la chorée qui est si souvent une manifestation évidente du rhumatisme comme le rhumatisme articulaire lui-même. Les convulsions, chez les enfants, lorsqu'elles ne sont pas liées à une névrose ou à une lésion cérébrale congénitale ou acquise, sont toujours la conséquence de troubles de la digestion. C'est alors que les vomitifs interviendront avec succès, ainsi que les purgatifs, pour rétablir

© BIU Santé

les fonctions digestives et dès que l'estomac sera libre, vous verrez les convulsions s'arrêter comme par enchantement.

Dans la coqueluche, je donne un vomitif deux fois par semaine et je fais prendre à l'enfant matin et soir et progressivement de trois à dix gouttes de la mixture suivante :

Alcoolature de racines d'aconit.....	5	grammes.
Teinture de belladone.....	5	—

Je fais en outre appliquer sur le devant de la poitrine à titre de révulsif, des feuilles de papier chimique ou de papier Fayard. La mixture ci-dessus pourra pour les enfants de plus de deux ans, être incorporée dans un julep gommeux avec 0 gr. 50 d'oxyde blanc d'antimoine.

Purgatifs.

MATIÈRE MÉDICALE. — Les purgatifs, Messieurs, sont laxatifs, cathartiques et diurétiques. Seuls les deux premiers genres sont employés en thérapeutique infantile; les diurétiques, à cause de l'énergie de leur action, sont réservés pour la médecine des adultes.

Les laxatifs purgent par indigestion ; les principaux sont: la manne, la mannite; l'huile de ricin, l'huile d'amandes douces, le tamarin, le sirop de fleurs de pêcher, les pruneaux, le sirop de chicorée.

La manne se donne à la dose de 15 à 30 grammes et la mannite à celle de 0,05 à 0,15 : on en fait des pastilles auxquelles on peut ajouter du calomel à la dose de 0 gr. 01 par pastille.

La manne est un excellent purgatif pour la seconde enfance : sa solubilité dans l'eau, le lait, permet de l'incorporer à des loochs, à des juleps et son goût douceâtre et sucré est bien supporté par la plupart des enfants. — Le *Tamarin*, le *Podophyllin*, peuvent se mettre en pâte que l'on mélange à des confitures ou en pilules.

Les purgatifs que nous venons de passer en revue, sont déjà trop actifs pour être donnés aux nouveau-nés : vous les purgerez facilement avec une demi cuillerée à café d'huile d'amande douce pure ou mêlée, s'ils sont un peu plus âgés, à une quantité égale d'huile de ricin. Les purgatifs cathartiques sont plus énergiques que les laxatifs. Les plus employés sont la magnésie calcinée, le citrate de magnésie, le chlorure et le sulfate de sodium, la crême de tartre et le calomel.

La magnésie calcinée la meilleure et la plus sûre provient de Manchester et est désignée dans les pharmacies, sous le nom de magnésie anglaise de Henry : elle est plus dense et plus active que la magnésie commune. Ce purgatif peut être donné même aux enfants nouveau-nés à la dose de une pincée, une cuillerée à sel ; aux enfants de deux ans, la dose sera d'une cuiller à café. La magnésie sera administrée en poudre dans une hostie ou mieux délayée dans de l'eau sucrée qui en augmente l'action.

Le citrate de magnésie se donne sous forme de limonade purgative : vous donnerez à un enfant de quatre à cinq ans un verre à Bordeaux de limonade chargée à 60 grammes.

Sous forme de lavements vous pourrez encore donner le sel marin à la dose de une cuiller à café ou à soupe ou bien le lavement purgatif suivant qui est très-employé.

Sulfate de soude.....	15	grammes
Follicules de séné.....	5	—
Miel de mercuriale.....	30	—
Lavement..... N°	1	—

La crême de tartre ou bitartrate de potasse se donne seule à la dose de 10 grammes dans trois verres d'eau ou associée à d'autres substances purgatives.

Bitartrate de potasse.....	10	grammes
Oxymel scillitique.....	15	—
Sirop de chicorée.....	15	—

Cette dernière formule convient particulièrement aux enfants affectés d'épanchements pleuraux ou d'œdèmes ne se rattachant pas à une affection rénale.

Le calomel se donne comme purgatif, comme altérant et comme anthelminthique, à la dose de 0,05 pour les enfants à la mamelle, et de 0,30 à 0,50 pour les enfants de deux ans. On en fait des pastilles et des biscuits qui en facilitent beaucoup l'administration.

Le calomel convient surtout comme altérant dans la méningite au début : on le donne par doses fractionnées de 0,01 d'heure en heure, mélangé à du sucre en poudre.

Vous le donnerez encore avec avantage pour combattre la constipation des petits syphilitiques également mélangé à du sucre et à la dose de 0,01 à 0,02 par jour.

N'oubliez jamais que le sel marin doit être proscrit pendant la prise du calomel.

Les follicules de séné se donnent à la dose de 2 grammes dans une infusion de thé ou même dans du café au lait. A la dose de 8 à 10 grammes, il fait partie des lavements purgatifs.

La rhubarbe est très-utile dans les dyspepsies des enfants. Elle stimule l'appétit en même temps qu'elle prévient la constipation qui l'accompagne souvent. Vous pouvez la donner sous forme de poudre dans une hostie, à la dose de 0,05 à chaque repas, surtout chez les chlorotiques : vous la mélangerez alors avec du sous-carbonate de fer.

Avant le repas encore, vous donnerez le vin de rhubarbe associé ou non avec du vin de quinquina, de gentiane, de colombo ou avec le sirop d'écorces d'oranges amères.

Enfin, vous composerez un véritable bitter en adoptant la formule suivante :

Teinture de cascarille.....	10	grammes.
Teinture de rhubarbe.....	10	—
Teinture de cannelle.....	10	—
Teinture de colombo.....	10	—
Teinture de gentiane.....	10	—
Teinture de noix vomique.....	5	— Mêlez.

Chez les enfants qui ont dépassé 3 ans, 10 gouttes de cette mixture apéritive mises dans un peu d'eau froide, prises avant chaque repas, combattront efficacement l'atonie des fonctions digestives.

Vous connaissez les indications des purgatifs. Je ne veux pas m'y arrêter. Vous les administrez dans l'embarras gastrique, la dyspepsie gazeuse, pituiteuse, dans la constipation. Je dois vous rappeler que beaucoup d'enfants de 6 à 8 ans et plus, ne savent jamais donner aucun renseignement sur ce point, et que fort souvent le mauvais fonctionnement du tube digestif ne dépend point d'une autre cause que de la constipation opiniâtre. En terminant, je ne fais que vous indiquer, l'emploi des purgatifs dans la fièvre typhoïde, les affections cérébrales et méningitiques. Associés aux amers, ils vous rendront de réels services dans le traitement des affections dartreuses.

PATHOLOGIE INTERNE

Relation du diabète avec l'arthritisme ;

Par le Dr J. CORNILLON.

(Suite et fin). (1).

Preuves tirées de l'hérédité. — C'est par la voie de l'hérédité que se transmettent la plupart des maladies constitutionnelles. L'enfant emprunte le plus souvent au père et à la mère, leurs vices et leurs vertus, leurs qualités et leurs défauts physiques. Dans quelles proportions cet emprunt se fait-il? C'est ce qu'il est difficile d'établir. — Cependant, dans les affections du système nerveux, on peut avancer hardiment que le fils tient de la mère, la fille du père, c'est-à-dire que l'hérédité est croisée. Il n'y a pas trop d'exceptions à cette règle. — Dans d'autres cas, cet emprunt ne s'effectue point ; l'enfant ne possède aucun des attributs pathologiques de ses parents directs, il tient plutôt des collatéraux ou de ses aïeux. Cette bizarrerie est d'un grand enseignement; elle nous prouve que dans une même famille les états diathésiques persistent, mais que leurs princi-

(1) Voir les nos 6 et 7.

© BIU Santé

pales manifestations, subissent souvent de profondes modifications suivant les prédispositions individuelles.

On trouve tous les jours des exemples de ces modifications dans les diathèses. — Ne voit-on pas souvent, en effet, des rhumatisants et des goutteux engendrer des êtres affectés tôt ou tard de coliques hépatiques ou d'asthme? — Est-ce à dire pour cela que la diathèse arthritique ait disparu chez les descendants? Evidemment non; mais certaines de ses manifestations ont subi des modifications appropriées au milieu et aux idiosyncrasies. Cela est si vrai, que cet asthmatique et ce lithiasique pourront engendrer à leur tour des individus franchement goutteux ou rhumatisants. — Il n'y a guère que les diathèses cancéreuses et tuberculeuses qui fassent exception à cette règle. — En effet, le tubercule et le cancer, passent d'une génération à l'autre, sans présenter la plus légère modification dans leur évolution. — Souvent même, ils occupent chez les descendants les mêmes régions que chez les ascendants. — Quant au diabétique, tantôt il engendre un diabétique, tantôt au contraire, c'est à un goutteux ou à un rhumatisant qu'il donne naissance, — comme dans toutes les manifestations pathologiques dépendant de l'arthritis, la réciprocité existe. — En effet, les exemples de goutteux ayant produit des glycosuriques ne sont pas rares.

C'est pour n'avoir pas saisi ces principes généraux concernant la transmission des diathèses, que les auteurs ont écrit des choses inexactes sur l'hérédité de la glycosurie.— Examinons: M. Bouchardat, dans son *Traité du Diabète*, page 173, s'exprime ainsi: « J'ai été assez souvent consulté par plusieurs frères atteints les uns et les autres de glycosurie. Ces cas, chaque année, j'en observe, et mon attention est tellement éveillée de ce côté, que consulté par un malade, j'ai fait découvrir la glycosurie chez son frère, qui ne soupçonnait pas en être atteint. — J'ai donné mes soins à trois frères glycosuriques, je les revois encore de temps à autre. Cependant ces faits ne suffisent point absolument pour décider la question de l'hérédité, car ils frappent, quand ils se rencontrent, l'esprit du médecin; il faudrait compter. — Je crois plutôt à la prédisposition fraternelle. Puis, ne l'oublions pas, les enfants imitent souvent les mauvaises habitudes hygiéniques de leurs parents. » — Ainsi pour M. Bouchardat, tout se résume en une question d'imitation. On pourrait tenir le même langage pour la plupart des diathèses, et notamment pour la goutte; on pourrait dire que si les enfants deviennent goutteux, c'est qu'ils ont suivi le même régime que leurs proches. — Avec cette manière de procéder, on expliquerait la transmission héréditaire des maladies, sans trop de frais d'intelligence. M. Durand-Fardel ne se prononce point sur ce grave sujet; dans son *Traité du Diabète*, il se contente seulement d'énumérer les cas où cette transmission est très-catégorique, sans conclure ni pour, ni contre l'hérédité de la glycosurie.

Bien que cette maladie soit de date toute récente, les données cliniques sont assez nombreuses pour qu'on puisse être affirmatif. — Blumenbach a insisté avec beaucoup de force sur la transmission héréditaire du diabète. Isenflamm rapporte le fait très-remarquable de sept enfants atteints successivement de glycosurie. W. Prout a observé quatre cas de ce genre: l'un est celui d'un jeune homme, dont la mère et l'oncle avaient succombé à cette maladie; le second, celui d'une dame de 50 ans, dont le frère et la sœur étaient morts diabétiques. Dans le troisième, il s'agit d'une jeune fille de 10 ans, dont le père avait été affecté de la même maladie; enfin, le quatrième, est celui d'un homme de 54 ans, qui succomba comme son père au diabète. Le docteur Storer a rencontré trois cas de diabète dans une même famille, chez un frère, une sœur et sa fille; le père était mort de cette maladie. — Dans un cas rapporté par Leigh Thomas, trois frères étaient atteints du diabète. — (Bouchardat, *Traité de la Glycosurie*, et Durand-Fardel, *Traité du Diabète*.)

Savy, cité par ce dernier auteur, raconte les faits suivants: un homme de 68 ans était diabétique, ainsi que deux sœurs et un frère. Un diabétique de 23 ans avait vu mourir son père et une tante de cette maladie. Un homme de 60 ans avait perdu, 9 ans auparavant, un fils de 23 ans, du diabète. Cette maladie fut observée encore chez un Clergyman, âgé de 30 ans, et son frère aîné, chez un malade, dont deux frères avaient succombé au diabète. Un garçon de 13 ans mourut du diabète et une sœur âgée de 9 ans devint diabétique quelque temps après; il en arriva ainsi de la mère d'un jeune garçon qui était mort quelque temps avant d'un diabète rapide. Wagner a vu mourir du diabète un homme dont le père avait succombé à la même maladie.

M. Durand-Fardel a vu un diabétique, âgé de 32 ans, dont le père et le frère étaient morts du diabète, le premier à 41 ans, le second à 27 ans. Quant à moi, j'ai observé plusieurs cas de transmission de la glycosurie par voie d'hérédité. L'an dernier, j'ai soigné, à Vichy, un homme de la campagne, d'une cinquantaine d'années, qui était fortement diabétique et dont le père était mort de la même maladie. Cette année, j'ai traité un haut employé de l'administration qui urinait chaque jour une quantité énorme de sucre, et dont le père avait succombé au diabète.

Ces deux faits ne suffiraient point, il est vrai, pour conclure que la glycosurie peut se transmettre des parents aux enfants, si la connaissance complète de cette maladie ne remontait pas à moins de quarante ans. Mais qu'on nous permette de faire remarquer que les personnes que nous traitons actuellement, ont généralement perdu leurs père et mère depuis longtemps, ignorant la plupart la cause de leur mort. Quand nous les interrogeons sur ce sujet, ils se contentent de nous dire que, comme eux, ils souffraient d'une soif intolérable, qu'ils urinaient beaucoup, qu'ils étaient très-affaiblis, et que leurs médecins ignoraient l'affection à laquelle ils avaient affaire. Si, dans nos relevés, nous tenions compte de ces données vagues, le chiffre de la transmission du diabète des parents aux enfants serait beaucoup plus élevé. D'un autre côté, les descendants de nos malades actuels, sont encore beaucoup trop jeunes pour que la glycosurie ait eu le temps de se développer, mais maintenant que l'attention est dirigée sur ce point, je suis persuadé que dans quelques années on s'apercevra que souvent le diabète se transmet par voie d'hérédité des parents aux enfants.

Il arrive parfois que parmi les ascendants il n'y a aucun indice, aucune trace apparente palpable de cette maladie, aucune prédispostion héréditaire appréciable, et cependant les enfants sont glycosuriques. Ainsi, j'ai vu l'an dernier un malade d'un des départements du Midi qui vint me consulter pour une soif intense, dont il souffrait depuis quelques années. Je reconnus sur le champ que j'avais affaire à un diabétique, et, en effet, l'urine de notre malade renfermait 20 grammes de sucre par litre. Sa sœur vient à Vichy tous les ans pour la même affection.

D'autres fois, c'est entre l'oncle et le neveu que la prédisposition héréditaire se montre: il y a deux ans, j'ai donné mes soins à un malade du département de la Gironde, très-glycosurique, dont l'oncle était mort du diabète.

Ces exemples de transmission, que nous avons puisés à différentes sources, suffisent largement pour qu'on puisse conclure hardiment que la glycosurie est une maladie essentiellement héréditaire.

Nous venons de voir qu'un diabétique engendre souvent un diabétique, nous allons voir maintenant qu'il peut produire aussi des goutteux. M. Charcot dans ses *Leçons sur les maladies des vieillards*, signale un fait très-bizarre de transmissibilité de la glycosurie et de sa connexion avec l'arthritisme. Voici ce fait:

Père, brasseur, colosse, diabète, mort phthisique à 48 ans.
Mère, lymphatique, sciatique.
1er fils, brasseur, scrofule, kératite, rhumatisme? obésité, diabète à 50 ans; vit encore.
2e fils, brasseur, goutte à 25 ans, obésité, diabète; mort dans le délire.

© BIU Santé

3e fils lympathique, goutte à 30 ans, diabète; mort accidentelle.

4e fils, habitudes alcooliques, obésité, mort de cirrhose.

5e fils, kératite, goutte, obésité, diabète, mort phthisique à 48 ans.

Fille, goutte, obésité, vit encore.

Petite fille, goutte, obésité, vit encore.

En résumé, quatre enfants ont hérité directement de la maladie de leur père, deux ont eu la goutte, et la petite fille a été atteinte de cette dernière affection. Enfin, dans trois cas, le diabète et la goutte ont coïncidé ensemble. Jamais nous n'avons observé de fait où la transmissibilité de la glycosurie et sa connexion avec l'arthritis soient aussi tranchées que dans celui de M. Charcot; cependant, nous avons vu une dame d'une soixantaine d'années, mourir du diabète, et laisser une fille qui est actuellement graveleuse, nous avons vu également dans la même famille un jeune homme être frappé de la goutte, tandis que son frère était glycosurique.

A leur tour les goutteux engendrent des diabétiques : un glycosurique d'une cinquantaine d'années que je soigne depuis longtemps est le fils d'un goutteux. J'ai traité également cet été, un jeune homme qui urinait 45 grammes de glycose par jour et dont le père avait succombé à une affection de nature goutteuse. Au mois d'octobre 1875, j'ai perdu un malade de 35 ans, d'un anthrax du dos, qui éliminait 300 grammes environ de sucre par jour, et dont le grand-père était mort de la goutte, tandis que sa grand'-mère succombait à une affection du foie. Nous avons vu deux fois des graveleux produire des diabétiques : M. P., du département de la Gironde, dont nous avons parlé plus haut, est le fils d'une personne qui a autrefois souffert de coliques néphrétiques, et qui aujourd'hui a des calculs dans la vessie. M. B.-D. A., très-glycosurique, est le petit-fils d'un graveleux.

Il ressort clairement des faits que nous avons observés nous-même, de ceux que nous avons recueillis dans des auteurs recommandables, qu'au point de vue de la transmissibilité, les liens qui rattachent le diabète à la diathèse arthritique, sont saisissables et ne sauraient être discutés sérieusement. Ils prouvent en outre surabondamment que la goutte, le rhumatisme, la glycosurie, la gravelle, ainsi qu'un certain nombre d'autres manifestations morbides, dépendent du même vice constitutionnel.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les dernières expériences sur la compression cérébrale envisagées au point de vue de l'obstétrique.

Les communications si intéressantes faites par M. Duret à la *Société de biologie* (1), les magnifiques recherches qu'il vient de publier dans sa thèse (2), méritent d'attirer tout particulièrement l'attention des accoucheurs. M. Duret a étudié avec grand soin la *commotion*, la *contusion* et la *compression cérébrales* : pour trouver l'application des phénomènes survenus dans ces circonstances, il a eu recours à la méthode expérimentale; il a pu de la sorte reproduire d'abord les symptômes, puis trouver les lésions, étudier leur siége et découvrir enfin le mécanisme de leur production. Or, pendant l'accouchement, la tête fœtale, on le sait, est comprimée plus ou moins fortement : cette compression est due, soit aux contractions utérines auxquelles vient, à la fin du travail, s'ajouter l'effort de la femme, soit, dans certains cas exceptionnels, à l'application d'instruments et par-dessus tout du forceps.

(1) *Note sur la physiologie pathologique des traumatismes cérébraux* in *Le Progrès médical*, 1877, p. 921.

(2) Duret. *Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux*. 1878.

D'autre part, la tête au moment de la naissance, possède une constitution particulière; ses os ne sont pas encore soudés les uns aux autres. Ils sont séparés par des espaces membraneux; ils sont non-seulement minces et souples par eux-mêmes, mais de plus mobiles les uns sur les autres. Il en résulte que, pendant le travail, le crâne se laissant déprimer, on peut voir sa forme se modifier et quelques-uns de ses diamètres diminuer; la tête peut se mouler sur les parties maternelles et franchir ainsi plus facilement la filière pelvienne. Pendant l'application du forceps, on peut produire des changements analogues : la tête doit subir une compression lente, mais quelquefois cette compression, entre les mains de médecins inexpérimentés, est rapide, brusque même. Or, c'est la compression lente et la compression brusque de la boîte crânienne qui ont été étudiées expérimentalement par M. Duret; voyons à quels résultats il est arrivé, et si ces résultats peuvent être de quelque utilité pour l'accoucheur.

« Nous nous étions proposé, dit-il, de rechercher les causes et le mécanisme de la commotion cérébrale, et par des injections brusques à l'intérieur du crâne de liquides non absorbables, qu'aussitôt après nous laissions sortir, nous avions réussi dans une série d'expériences à reproduire les formes cliniques de la commotion. C'était là un résultat, mais nous ignorions les causes réelles de la disparition brusque du fonctionnement encéphalique.

» Un jour, chez un chien vigoureux, d'un coup, *brusquement*, nous injectâmes par un petit trou au crâne, environ 100 grammes d'eau. (Dans des expériences précédentes, destinées à étudier les phénomènes de commotion, il nous suffisait de l'injection *subite* de 10 à 20 grammes d'eau pour tuer l'animal instantanément). Cette violente injection eut pour résultat la mort immédiate de l'animal. — A l'autopsie, nous trouvâmes une large perforation latérale et un *éclatement* étendu sur la ligne médiane du plancher du quatrième ventricule. En examinant avec soin la forme de cette perforation et de cette déchirure, on reconnaissait qu'elles avaient été produites par une violence agissant de dedans en dehors, de l'intérieur du ventricule vers l'extérieur : de plus, il existait une énorme dilatation de l'aqueduc de Sylvius et du canal central de la moelle dans toute sa hauteur, de nombreux foyers hémorrhagiques occupaient le plancher du quatrième ventricule.

» L'idée lumineuse surgit aussitôt à notre esprit. Cette distension du bulbe, cette rupture de dedans en dehors, cette dilatation de l'aqueduc de Sylvius et du canal central avaient été produites par la tension énorme du liquide céphalo-rachidien. Sous l'influence de la pression considérable subitement exercée à la surface des hémisphères cérébraux, le liquide céphalo-rachidien contenu dans les ventricules latéraux avait été chassé rapidement à travers l'aqueduc de Sylvius, dans le quatrième ventricule. L'aqueduc de Sylvius s'était dilaté et déchiré. Le quatrième ventricule recevant *brusquement* une énorme quantité de liquide qui ne pouvait trouver un écoulement rapide et suffisant par le canal central ou par la petite ouverture de Magendie sous la pie-mère rachidienne, le quatrième ventricule, disons-nous, s'était trouvé tellement distendu qu'il avait éclaté. Il y avait eu, en même temps, dilatation du canal central de la moelle et déchirure de l'ouverture de Magendie. Le choc avait, d'ailleurs, été trop brusque pour que le liquide céphalo-rachidien eut pu être absorbé en quantité suffisante.

» Du reste, d'autres lésions peuvent survenir sur les hémisphères et à leur base. Tout le liquide céphalo-rachidien, chassé de la convexité, afflue vers les espaces de la base dans lesquels il peut s'accumuler, et produit une brusque inondation des territoires environnants. Les petits vaisseaux qui traversent ces espaces, ces lacs, sont rompus, les parties voisines sont inondées de sang, et parfois la substance nerveuse est entraînée et détruite par le flot envahisseur. Dans certains cas, l'arachnoïde viscérale se rompt, et le sang mélangé au liquide rachidien vient immerger la cavité arachnoïdienne, tantôt remonte vers la convexité des hémisphères, tantôt, ce qui est plus fréquent, descend entre les deux parois arachnoïdiennes autour des pédoncules de la protubérance et du bulbe. »

Telles sont quelques-unes des lésions produites par la compression brusque. M. Duret les attribue, et il prouve son assertion par un grand nombre d'expériences, au choc du liquide céphalo-rachidien. Or, ces lésions, on les rencontre quelquefois chez le nouveau-né.

« A part le cas où il y a en même temps fracture du crâne, il est extrêmement rare de trouver du sang épanché entre la dure-mère et les os; on le rencontre presque constamment dans la grande cavité de l'arachnoïde. Le sang épanché, tantôt fluide, noir, visqueux et comme épaissi, tantôt entièrement coagulé forme une couche assez étendue qui recouvre plus particuliè-

© BIU Santé

rement la partie supérieure et postérieure des hémisphères du cerveau, le cervelet, la protubérance annulaire, la moelle allongée. Elle s'étend quelquefois en même temps sur toutes les parties que je viens de désigner, mais le plus souvent, elle est limitée à *la partie postérieure de l'un des hémisphères du cerveau, au cervelet ou à la moelle allongée.* » (1)

Etant donnée la grande analogie qui existe entre ces deux descriptions, étant donnée cette circonstance que, dans les cas signalés par Jacquemier, il n'existait pas de fracture du crâne, n'est-il pas légitime de se demander si ces lésions n'ont pas été produites par la même cause, par l'excès de tension brusquement produite, par le choc céphalo-rachidien, conséquence dans la seconde série d'observations d'une application de forceps?

Il ne serait pas difficile, je pense, de recueillir des faits à l'appui de cette opinion. Tout récemment, nous lisions un travail publié par un auteur allemand, qui avait entrepris des recherches sur l'action que la morphine, administrée à la mère pendant l'accouchement, peut avoir sur le fœtus. Dix-neuf fois des injections sous-cutanées furent faites, seize fois l'enfant naquit spontanément et vivant, trois fois l'extraction avec le forceps dut être pratiquée ; ces trois fœtus vinrent morts bien que l'obstacle à l'accouchement eût été peu considérable, et l'examen cadavérique montra qu'il existait dans chaque cas une hémorrhagie intra-crânienne. L'auteur incrimine la morphine ; ne serait-il pas plus légitime, puisqu'elle a été innocente dans seize faits où l'accouchement a été spontané, d'accuser les applications de forceps ? Du reste, les auteurs classiques donnent avec juste raison le conseil de tirer lentement, progressivement et d'éviter tout effort brusque.

« Quand l'accoucheur est debout ou appuyé sur un genou, dit M. Tarnier (2), des tractions énergiques mais progressives, méthodiquement faites, marqueraient en moyenne 45 kilogrammes sur un dynamomètre ; des tractions brusques, aidées d'un coup de reins, font, au contraire, monter brusquement le dynamomètre de 80 à 90 kilogrammes. Ces données nous sont fournies, il est vrai, par des expériences faites sur le mannequin, mais sur le vivant, le résultat est assurément le même, et il faut en conclure que les tractions doivent être toujours progressives, exemptes de tout effort brusque pendant lequel l'accoucheur perd la notion de la force qu'il déploie. »

Or bien souvent, s'il rencontre une résistance, le médecin cesse de tirer lentement, et alors spontanément, involontairement il exerce à l'extrémité des branches une pression subite proportionnelle à la traction, afin d'empêcher les cuillers de glisser sur la tête. Les dangers de cette pression (laquelle est d'autant plus considérable que les branches du forceps sont plus longues et la main appliquée plus près de leur extrémité) sont suffisamment démontrés par les expériences de M. Duret. En effet, le crâne est dépressible, les os qui constituent sa voûte sont mobiles, et toute pression brusque exercée à sa surface sera immédiatement transmise et produira le choc céphalo-rachidien.

Notre collègue n'a pas seulement étudié la compression brusque, il a également fait des recherches sur les phénomènes qui sont la conséquence de la compression lente et progressive. Cette question a déjà été étudiée par Schwartz, Leyden, Pagenstecher, etc., mais il reste encore bien des inconnues et les résultats obtenus par M. Duret sont intéressants à noter. Il montre que la compression lente, si elle ne dépasse pas un certain degré et ne persiste pas trop longtemps n'est pas dangereuse. Le bulbe n'est, en effet, affecté qu'au moment où le degré de pression est voisin du degré de tension artérielle ; — plus la pression s'élève, plus le pouls se ralentit (phase de lenteur progressive) ; — enfin, lorsque la pression a dépassé notablement la tension artérielle, le pouls devient petit, incalculable, la mort est proche (phase d'accélération terminale). Or, ce ralentissement des bruits du cœur, ce premier résultat de la compression, on l'observe tous les jours pendant le travail, lorsque les membranes étant rompues, la tête est fortement comprimée sous l'influence de la contraction utérine. M. Duret, rapprochant ses expériences de celles faites par M. Couty, donne l'explication suivante des phénomènes observés : comme conséquence de la compression, il y a une anémie cérébrale et par suite une anémie bulbaire, or c'est le bulbe qui tient sous sa dépendance les centres vasculaires et cardiaques, c'est-à-dire les phénomènes de la circulation.

Donc, la compression lente n'est pas dangereuse si elle est peu considérable et de peu de durée. Il faudrait, à l'aide d'expériences analogues, chercher quelle compression peut subir sans danger la tête fœtale. Ce chiffre trouvé, l'accoucheur saurait qu'il ne doit pas le dépasser sous peine de tuer l'enfant ; il ne serait même pas impossible d'arriver à graduer le forceps en conséquence, le médecin opérerait alors avec plus de quiétude, connaissant les limites de la force qu'il lui est permis d'employer.

Ces dernières expériences sur la compression lente, modérée, comparée à la compression brusque, diminuent beaucoup l'importance d'une objection qui a été faite au forceps de M. Tarnier par des accoucheurs éminents de Paris et de Londres. Ce forceps, on le sait, se compose de quatre branches ; avec deux de ces branches qui sont croisées on saisit la tête du fœtus (branches de préhension), avec les deux autres qui sont parallèles, on exerce les tractions nécessaires pour terminer l'accouchement (tiges de traction). Or, pour que les branches de préhension ne glissent point sur l'extrémité céphalique pendant les tractions, on les réunit par une vis mobile placée un peu en arrière de l'articulation, vis dont on fait tourner l'écrou de telle façon que les deux branches de préhension, appliquées sur la tête qu'elles compriment restent fixées sur elle. On a beaucoup critiqué l'usage de cette vis, cette pression *continue* exercée sur la tête pendant la durée de l'extraction, mais en pratique nous n'avons vu aucun inconvénient en résulter ; parfois même M. Tarnier a laissé pendant cinq ou dix minutes entre les branches de son forceps le fœtus qu'il venait d'extraire vivant, sans qu'il parut en souffrir le moins du monde. Ce résultat peut désormais s'expliquer aisément, puisqu'une compression continue mais peu considérable n'est pas dangereuse.

Enfin, dans un autre paragraphe, M. Duret recherche de combien on peut diminuer la capacité du crâne avant d'obtenir des phénomènes de compression. En appliquant à l'adulte le résultat des recherches que Pagenstecher a faites sur le chien, on voit qu'il est possible de diminuer la capacité crânienne de 38 à 40 c. cubes en moyenne, sans causer de troubles généraux cérébro-bulbaires. Des expériences et des calculs analogues pourraient être faits utilement pour les nouveau-nés, en tenant compte, bien entendu, des conditions particulières dans lesquelles se trouve la tête encore contenue dans la cavité utérine.

(1) Jacquemier. — *Manuel des accouchements*, t. II, p. 768.
(2) Tarnier. — Article Forceps du *Nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, t. XIV, p. 378.

© BIU Santé

Telles sont les réflexions qui nous ont été suggérées par le travail si remarquable de M. Duret. Les idées que nous avons émises en ce qui concerne les applications de ses conclusions à l'obstétrique ne sont évidemment encore que des hypothèses, mais des hypothèses qui, étant donnés les faits déjà connus, nous semblent rationnelles et légitimes. La lecture de sa thèse est encore intéressante pour les accoucheurs, parce qu'elle montre de quelle façon vraiment scientifique pourront à l'avenir opérer ceux qui voudront faire de nouvelles recherches sur le degré de compressibilité et de réductibilité que peut subir sans danger la tête fœtale.

P. Budin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 mars. — Présidence de M. Luys.

M. Laborde complète sa précédente communication sur l'action physiologique de l'ergot de seigle. La contraction de la fibre lisse qu'il produit a lieu beaucoup plus vite lorsqu'on fait des injections hypodermiques, au voisinage de la partie du corps que l'on veut anémier. L'introduction de cette substance par la voie stomacale donne des résultats moins nets et plus lents à se produire. Pout-être un jour pourra-t-on appliquer les injections intra-veineuses en cas d'hémorrhagies graves.

M. Lépine s'est occupé depuis quelque temps d'étudier les variations de l'alcalinité du sang en pathologie. Il se sert du procédé suivant : Dans un petit verre qui renferme 1cc de solution saturée de sulfate sodique, il fait tomber 1cc environ de sang obtenu au moyen de la piqûre du doigt après ligature préalable. Puis il verse, dans ce verre, une quantité d'acide oxalique suffisante pour rendre le mélange acide. Pour préciser le moment exact où le sang cesse d'être alcalin, il se sert d'un papier de tournesol bleu, trempé dans l'eau salée, sur lequel il fait tomber une série de gouttes du mélange de sang avec l'acide jusqu'à ce qu'une de celles-ci donne au papier une couleur rouge. M. Lépine se borne aujourd'hui à formuler ceux des résultats par lui obtenus. Dans le rhumatisme articulaire chronique, l'alcalinité du sang est toujours moindre que dans l'état normal.

M. Rabuteau propose pour doser l'alcalinité des liquides très-colorés le procédé suivant: les électrodes d'une pile en communication avec un galvanomètre sont placés dans ce liquide : on ajoute ensuite de l'acide jusqu'à ce que l'aiguille soit déviée d'une manière permanente.

M. Picard envoie à la Société une note sur la cause des phénomènes nerveux de l'urémie. Il a pu produire des accès éclamptiques chez le chien, en lui injectant rapidement une solution concentrée d'urée. Dans ces cas, l'excrétion urinaire cesse. Mais si l'injection se fait lentement, si la dose n'est pas assez élevée, on a, au lieu de l'urémie, une diurèse abondante et l'urée, s'éliminant avec l'urine, il n'y a pas d'éclampsie.

M. Robin rappelle des travaux antérieurs analogues; on a fait la même expérience à la clinique de M. Hardy.

M. Jolyet, après avoir lié chez un animal les deux uretères, a pu faire des injections d'urée, sans voir survenir de convulsions.

M. Rabuteau a constaté que le bromure d'amyle produisait une anesthésie lente et prolongée : il s'élimine sans subir de décomposition dans l'organisme. L'iodure d'amyle joue un rôle analogue, mais se transforme dans le corps en alcool et iodure sodique. Tous les composés amyliques ont une action toxique sur l'économie : chose importante au point de vue des phénomènes produits par les alcools de mauvaise qualité, riches en alcool amylique.

M. Bert rappelle à ce propos que les ouvriers qui consomment les liquides chargés d'alcool amylique, déchets de la fabrication du whisky d'Ecosse, ne tardent pas à présenter des phénomènes très-graves.

M. Robin rapporte un fait curieux de colique néphrétique observé chez une enfant de 18 mois. La cause des accidents était l'usage du lait d'une chèvre nourrie avec de l'avoine. Les urines de l'enfant pendant la période des accès étaient très denses, riches en peptones, en potasse, en urée, en phosphate. Il suffit de faire prendre à la malade du lait de vache pour voir disparaître les accidents; en même temps, la densité de l'urine redevint normale, ainsi que les proportions d'urée, de phosphate, etc.

M. Onimus lit une note sur la crampe des employés du télégraphe, « mal télégraphique. » Les accidents sont dus non-seulement à la fatigue de certains muscles, mais à la tension continuelle d'esprit. En dehors des symptômes locaux, on observe des phénomènes généraux, palpitations, vertiges, insomnie, troubles cérébraux, etc. Les individus à tempérament nerveux sont surtout frappés.

M. Bert avait dû reconnaître une exception à la loi générale d'après laquelle tous les animaux inférieurs sont tués par l'oxygène comprimé; il s'agit des corpuscules, germes des vibrioniens. Mais cette exception n'est qu'apparente. Car, si on laisse ces organismes longtemps en rapport avec l'oxygène comprimé, ils finissent par mourir.

M. Badal indique un procédé pour mesurer la distance à la rétine des mouches flottantes dans le corps vitré.

M. Merklen fait une communication sur un cas de péricardite tuberculeuse observé à La Charité dans le service de M. Empis. Les lésions microscopiques constatées à l'autopsie étaient celles de la péricardite aiguë fibrineuse ; l'examen histologique y a révélé l'existence de granulations tuberculeuses. Les préparations faites par la dissociation à l'état frais et sur des coupes après durcissement ont permis d'observer de nombreuses cellules géantes qui paraissent manifestement constituées par des coagulations dans les vaisseaux. On y voit, en effet, sur certains points des coupes longitudinales de vaisseaux renfermant des coagulats granuleux, tapissés par les cellules endothéliales de la paroi vasculaire se continuant avec des accumulations de globules blancs, ailleurs avec des globules rouges.

M. Budin communique, au nom de M. Galippe et au sien, le résultat d'expériences qu'ils ont faites en novembre dernier avec l'ergotinine Tanret. Ils ont opéré sur des chiens et des lapins, et leurs recherches ont eu pour but principal de déterminer si cette substance était toxique. MM. Budin et Galippe font remarquer combien ces expériences préalables sont nécessaires, car, bien que M. Tanret ait découvert un alcaloïde dans l'ergot de seigle, rien ne prouve qu'il n'y a qu'un seul alcaloïde dans l'ergot, puisqu'on a pu en extraire plusieurs, de l'opium, du quinquina, etc.... De plus, en supposant qu'il n'existe, dans le seigle ergoté, qu'un seul alcoloïde, rien n'est venu démontrer jusqu'ici que la véritable substance active du seigle ergoté réside dans un alcaloïde.

Si nous laissons de côté le résultat de quelques recherches faites avec l'extrait d'Yvon, nous voyons que sur le *chien*, 8 millig. d'ergotinine Tanret administrés en sirop, n'ont eu aucun effet apparent ; 30 milligr. en injection sous-cutanée n'ont amené non plus aucun résultat ; mais en portant la dose à 80 milligrammes, on a déterminé un abaissement de température (de 39° à 38°,6), des vomissements, des coliques. Enfin, 105 milligrammes donnés en sirop ont amené la mort après un certain nombre d'heures, avec un abaissement considérable de température. — Sur le *lapin*, 4 milligrammes en injection sous-cutanée ont légèrement abaissé la température sans causer d'accidents, et 60 milligr. ont amené des mouvements convulsifs, puis de la paralysie, un abaissement énorme de température (de 39°,8 à 31°,3), et enfin la mort au bout de quatre heures. Il faut donc employer chez les animaux des doses assez considérables pour obtenir un effet toxique assez considérable, car M. Tanret regarde un milligramme de son ergotinine comme correspondant à un gramme de seigle ergoté. Mais il ne faut pas, disent MM. Budin et Galippe, se hâter de conclure de ces expériences à l'espèce humaine, surtout en ce qui concerne la dose. Cette réserve est d'autant plus justifiée, que M. Dujardin-Beaumetz a annoncé à la Société de thérapeutique que 4-5 milligr. d'ergotinine Tanret, in-

© BIU Santé

jectés sous la peau, amenaient chez les malades des nausées, des vomissements et des coliques très-douloureuses, qui persistaient pendant 24 heures. Chez les femmes ayant des pertes utérines en dehors de l'état puerpéral, les hémorrhagies ont été arrêtées, mais seulement après un certain nombre d'heures. Il reste maintenant à étudier expérimentalement l'action de l'ergotinine sur les utérus d'animaux en état de gravidité. L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 mars 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

Suite de la discussion sur les développements successifs des foyers virulents pendant la période d'incubation des maladies charbonneuses.

M. COLIN prend la parole pour déclarer qu'il a été très-surpris de ne pas retrouver dans le *Bulletin de l'Académie* les deux propositions que M. Pasteur a formulées dans la dernière séance et auxquelles il a cependant répondu. Reprenant le côté litigieux de la question, il asseoit les conclusions de son travail sur des faits et des explications plus précises et plus affirmatives. La recherche d'une bactérie est aussi délicate dans une goutte de sang que celle d'un ferment dans un litre de levûre de bière; M. Pasteur, pour montrer l'inutilité des observations microscopiques sur la pulpe des ganglions, suppose que M. Colin cherche dans cette pulpe le germe d'une bactérie; cette supposition lui paraît d'autant moins fondée qu'il a toujours eu en vue non la recherche des germes de bactéridies, mais bien celle des bactéridies elles-mêmes, entières et complètes, qui, à un grossissement de 5 à 600 diamètres, ont un centimètre de longueur et sont, par conséquent, faciles à reconnaître.

M. PASTEUR ne comprend pas cette distinction entre les germes des bactéridies et les bactéridies. La question étant nettement posée, les germes et les bactéridies, s'ils existent, seront aussi contestables les uns que les autres, si le microscope peut révéler leur existence. — Le but de son observation à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, est plus complexe. M. Pasteur déclare qu'il lui est impossible d'accepter la parité que M. Bouley semble établir entre les expériences de M. Colin et les siennes; les faits qu'il a énoncés l'an dernier et qui sont relatifs à la maladie charbonneuse, n'ayant été contredits par personne, doivent être considérés comme acquis à la science; ni une commission, ni un individu quelconque n'a le droit d'en exiger d'autres preuves. Tel ne lui paraît pas le cas de M. Colin qui produit des expériences contestables et contestées. M. Colin, on s'en souvient, attribue à la maladie charbonneuse deux sortes de virulence, une virulence avec bactéridies dans la matière d'inoculation et une virulence sans présence de bactéridies dans la matière d'inoculation. M. Pasteur se rallie complètement à la première conclusion, mais repousse la deuxième qui ne repose sur aucune preuve sérieuse. Le travail de M. Colin n'est accompagné d'aucune observation, mais présente deux apparences de preuves; la première a trait à l'examen microscopique, sur la valeur duquel il s'est déjà prononcé; la deuxième repose sur la culture, avec cette différence que M. Colin n'a pas cultivé dans des liquides inertes la matière virulente où le microscope n'accusait aucun germe, mais dans le corps de l'animal, occasionnant ainsi la mort avec présence des bactéridies. Après avoir établi ces prémisses, M. Colin, contre toute attente, conclut qu'il n'existait pas de bactéridies dans la matière d'inoculation. M. Pasteur termine sa communication en rappelant qu'il a publié l'année dernière un travail établissant que certains animaux, et notamment les poules, sont réfractaires au charbon; à cette époque, depuis et en maintes occasions, M. Colin a nié ces affirmations sans y opposer la moindre expérience probante.

Un long débat s'engage alors entre MM. Colin et Pasteur; ce débat porte principalement sur la virulence avec ou sans bactéridies.

M. COLIN a fait plusieurs expériences sur les carnassiers et sur les oiseaux; chez tous ces animaux il a pu produire le charbon; chez les carnassiers, les faits ont été positifs, malgré l'opposition qu'y faisait alors M. Davaine; chez les oiseaux, il ne saurait être aussi affirmatif. D'une façon générale, si certains oiseaux, comme la poule, ne donnent pas prise à la maladie charbonneuse, on peut dire que le plus grand nombre est susceptible de la produire.

M. DEVILLIER, fait la lecture de son rapport officiel sur la commission de *l'hygiène de l'Enfance.*

M. BOURDON lit une observation de *monoplégie brachiale avec lésions corticales.*

M. BOURDON met sous les yeux de l'Académie le cerveau d'un phthisique de son service qui dans les derniers temps de sa vie, avait eu une paralysie de la main et de l'avant-bras gauche. Le cerveau présente, sur l'hémisphère droit deux foyers de ramollissement, situés dans la zone corticale où siégeaient les lésions dans les cas de monoplégie brachiale qu'il a réunis dans sa dernière communication. C'est un nouvel exemple de localisation cérébrale, qui vient se joindre à ceux qu'il a cités.

Le malade en question a été frappé subitement d'hémiplégie, sans abolition de la sensibilité; trois heures après, l'embarras de la parole avait cessé; le troisième jour, le membre inférieur avait repris toute sa motilité; mais la paralysie du membre supérieur persista vingt jours. Après ce temps, la guérison était complète et se maintint pendant un mois, c'est-à-dire jusqu'à la mort du malade. Cette marche rapidement décroissante et la persistance de la sensibilité avaient permis de diagnostiquer une affection corticale et non centrale. Ce fait vient à l'appui de l'opinion que M. Bourdon a soutenue récemment sur le mode de rétablissement de la motilité par *suppléance*, dans ce genre de paralysie. Car la guérison ayant été complète, malgré la persistance des deux lésions destructives, on est bien obligé d'admettre que les mouvements du bras se sont rétablis à l'aide des cellules voisines restées saines; ce qui est d'autant plus facile à comprendre que la zone motrice, correspondant au membre supérieur, a une plus grande étendue, ce qui ressort des observations citées dans le dernier et intéressant travail de M. Bourdon. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 21 décembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

21. Dysenterie. — Abcès du foie pris pour une pleurésie purulente : empyème; par A. MOSSÉ.

Chaulin, Ferdinand, garçon marchand de vins, entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. FREMY, suppléé par M. Audhouy, passe le 18 octobre 1877 salle St-Jean, lit n° 9 (service de M. A. Guérin, suppléé par M. Berger). D'après les renseignements fournis par mon collègue Boraud, interne du service, ce malade a habité la Cochinchine, et en est revenu avec une diarrhée qui s'est améliorée après son retour en France. Quelque temps après, il a été traité, d'après ce qu'il a raconté, pour une pleurésie guérie par des vésicatoires, mais la guérison ne s'est pas maintenue, et il est rentré à l'hôpital avec les signes d'un épanchement pleural. Outre les signes physiques ordinaires, il existait une voussure notable de l'hypochondre droit, surtout en avant et sur le côté; aussi M. Audhouy fit-il d'abord quelques réserves, pensant qu'on pourrait bien avoir affaire à une pleurésie compliquant un abcès du foie : mais la matité, le souffle remontaient en arrière, presque jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate, et l'on se décida, trois jours environ après l'entrée du malade, à pratiquer une ponction dans l'aisselle, afin de diminuer la compression pulmonaire : elle donna issue à un litre et demi environ de pus; légère amélioration, mais sans grandes modifications des signes physiques; deux autres ponctions faites en arrière, peu de temps après, restent sans résultat.

La paroi thoracique s'infiltre, empâtement profond; M. Berger, alors appelé, pratique une troisième fois la ponction capillaire, qui donne issue à un litre et demi de pus brun couleur chocolat, et dont l'écoulement se fait avec difficulté; après cette opération, l'existence d'un épanchement purulent dans la plèvre ne paraissant plus douteux, le malade est évacué sur

© BIU Santé

une salle de chirurgie, pour y subir l'opération de l'empyème, dont les indications paraissent réunies.

18 octobre. — Emaciation profonde : facies plombé, gris-terreux : voussure considérable du côté droit, avec œdème de la paroi costale, et fluctuation vague, donnant l'idée d'un abcès formé à ce niveau. A cause du grand état d'affaissement du malade, les signes physiques de l'épanchement, dont l'existence paraît certaine, ne sont pas cherchés à nouveau lors de l'entrée du malade dans la salle. Diarrhée fréquente, escharre du sacrum. *Traitement.* — Lait, potion de Todd, julep diacodé.

19. — *Empyème :* le malade étant couché sur le côté gauche, M. Berger fait une incision de 6 à 8 centimètres, un peu en avant de la ligne axillaire, en se guidant sur le bord supérieur de la septième côte ; cette première incision ne donne pas issue à du pus, mais laisse arriver sur la plèvre, faisant saillie dans l'espace intercostal, on la ponctionne d'abord avec le bistouri, puis l'ouverture, ainsi pratiquée, est élargie au moyen des deux doigts ; par la plaie, ainsi produite, s'échappe aussitôt un jet de pus sanieux, d'odeur repoussante, rappelant, par l'odeur et la couleur, le pus des abcès froids. Après l'évacuation de ce liquide (deux litres environ), qui n'a pas été accompagnée de quinte de toux caractéristique, on introduit dans la cavité, deux tubes en caoutchouc (siphon de Potain, modifié par Peyrot), et on les fixe à demeure. Plusieurs lavages dans la journée, répétés, autant que possible, toutes les deux heures avec une solution de teinture d'iode au 1/100e. A chaque fois, le lavage est continué jusqu'à ce que le liquide qui a pénétré, ressorte avec sa coloration normale, les premières parties entraînant toujours avec elles du pus et des fausses membranes : il faut noter, d'ailleurs, qu'une quantité notable de ces dernières avait été déjà expulsée au moment de l'ouverture de la poche, et que le même fait se reproduit, quand le malade veut se mettre sur son séant, ce mouvement s'accompagnant généralement d'une petite quinte de toux.

Soir, le malade se trouve un peu mieux. Oppression moins marquée; cependant la peau est très-chaude, brûlante, le pouls petit, rapide, la fièvre intense ; la température axillaire 38° 2, ne peut être considérée comme exacte, à cause de l'émaciation profonde du malade, et on ne peut songer à prendre la température rectale.

20. — L'état paraît rester le même, bien que le malade accuse une légère amélioration : le facies semble en effet s'animer un peu, la fièvre et la diarrhée persistent.

22. — Les fausses membranes ayant obstrué les tubes, au point de rendre les lavages très-difficiles, ceux-ci sont remplacés par deux nouveaux tubes disposés de la même manière ; avant d'opérer le changement on injecte une solution étendue d'acide phénique dans la cavité. L'odeur reste toujours très-forte ; la solution destinée aux lavages est ainsi modifiée : eau, 1.000 grammes ; teinture d'iode, 15 grammes ; solution alcoolisée d'acide salycilique, 100 grammes. La diarrhée est toujours abondante, sanguinolente ; l'eschare du sacrum s'étend avec rapidité. Lait.

23. — Le malade ne prend presque aucune alimentation : une pilule d'extrait thébaïque d'un centigramme, toutes les deux heures, contre la diarrhée. Vomissements. Les narines et les dents deviennent pulvérulentes. L'état général, qui avait paru d'abord s'améliorer un peu, devient plus mauvais; muqueuses sèches, langue rôtie. Pas de modifications du côté de la plaie. Bière. 24. — Mort à 10 heures du soir.

Autopsie le 26 octobre, trente-six heures après la mort. — *Poumon* gauche sain, sans adhérences pleurales, pas de liquide dans la plèvre ; le poumon droit se rétracte aussi dès que la poitrine est ouverte, quelques adhérences vers le sommet ; le lobe inférieur très-congestionné, refoulé en haut par le foie, adhère intimement au diaphragme et à la plèvre, celle-ci contient un épanchement séreux peu considérable, la plèvre pariétale est très-congestionnée.

Cœur. N'offre à noter que quelques petites végétations occupant la face supérieure de la valvule mitrale près de son bord libre. Le cœur droit n'est pas dilaté. Les artères n'offrent aucune particularité.

Organes abdominaux : foie très-volumineux, d'une coloration jaunâtre, donnant au doigt qui les presse une sensation analogue à celle du foie gras. Il refoule en haut le diaphragme qui lui adhère intimement, surtout au niveau du lobe droit, dépasse en bas les fausses côtes, remonte en haut jusqu'au quatrième espace intercostal ; son poids est considérable.

Le lobe droit est pour ainsi dire enkysté en haut et en arrière par le diaphragme : en dehors il est étroitement fixé contre la paroi costale dont il serait impossible de le détacher sans déchirure. En bas, il n'existe presque pas de fausses membranes, et la face inférieure du foie est presque aussi lisse et aussi brillante qu'à l'état normal : elle s'affaisse et se plisse quand on fait reposer le foie sur la face convexe, comme si le parenchyme étant détruit intérieurement il n'en restait plus qu'une mince épaisseur pour constituer cette face inférieure. En effet, en incisant ce lobe droit, on voit qu'il est creusé d'un vaste abcès solitaire dont les dimensions dépassent celles d'une tête de fœtus à terme; ses parois sont tomenteuses ; en bas, la portion de parenchyme qui entoure la poche de l'abcès est réduite à une sorte de coque de deux centimètres et demi à trois centimètres d'épaisseur, dans la portion moyenne du lobe droit : la paroi supérieure est beaucoup plus distante de la surface convexe. Dans la région fixée contre la paroi costale, l'abcès communique en deux points avec l'extérieur : 1° dans le sixième espace intercostal où se trouve l'incision faite par le chirurgien; 2° en dehors et un peu plus haut, dans le cinquième espace, point où l'abcès paraît s'être ouvert spontanément : là, les tissus sont empâtés, infiltrés de pus. Les côtes correspondantes sont rugueuses ; quelques ostéophytes sur les bords; dilatation des canaux vasculaires très-visibles à l'œil nu sur leur face externe.

Le lobe gauche, à part la coloration signalée plus haut n'offre pas de lésions spéciales : ganglions lymphatiques volumineux sous le foie et au-devant de la colonne vertébrale : la veine-porte ne contient pas de pus.

Rate normale. Rein droit, englobé dans une fausse membrane assez épaisse. Rein gauche pâle, substance corticale en partie détruite : l'aspect macroscopique est celui d'un rein amyloïde.

Estomac et intestin grêle sans lésions : la muqueuse légèrement congestionnée dans la partie initiale du jéjunum, est saine dans tout le reste de son étendue, mais offre un piqueté noir assez uniforme qui paraît s'expliquer par ce fait que le malade a longtemps pris du bismuth : petite ulcération du niveau de la valvule iléo-cœcale.

Gros intestins : Ganglions nombreux et engorgés au niveau du cœcum, où ils constituent une masse assez volumineuse ; tuniques intestinale et muqueuse très-épaissies : ulcérations nombreuses, irrégulières, justifiant l'expression classique, « en jeu de patience. » L'aspect est le même dans le côlon ascendant, les lésions diminuent dans le côlon transverse pour redevenir plus fréquentes dans le côlon descendant, mais moins marquées cependant qu'elles ne l'étaient dans la portion ascendante; l'S iliaque est presque indemne ; c'est dans le rectum que les lésions atteignent leur plus haut degré. L'aspect diffère cependant de ce qu'il est dans les parties supérieures du gros intestin : dans la portion initiale la muqueuse est très-rouge, offrant plusieurs ulcérations à fond noirâtre et induré de diamètre variable, quelques-unes dépassent celui d'une pièce de deux francs.

Plus bas, la muqueuse offre des ulcérations moins avancées; par places ce ne sont même que de simples tubercules jaunâtres indurés, quelques-uns sont percés d'une petite ouverture à leur sommet. A quelques centimètres au-dessus de l'anus, les ulcérations deviennent plus étendues, et très-analogues à celles qui occupent la première portion du rectum : Les autres tuniques de l'intestin ont subi des altérations variables : épaissies et indurées, là où les ulcérations acquièrent leurs plus grandes dimensions ; amincies, au contraire, dans la partie moyenne là où les lésions paraissent moins avancées ; là on s'aperçoit en regardant par transparence que les tuniques sont presque entièrement détruites, et que le péritoine presque seul semble constituer l'unique barrière qui persiste encore.

Remarques. — Nous n'insisterons pas sur l'intérêt que nous

© BIU Santé

ont offert les lésions anatomiques, rappelons seulement que deux cas d'erreur de la même nature ont été récemment publiés dans les bulletins de la Société (Auger, octobre 1875; Dreyfous, juin 1877), et prouvent combien parfois, il peut être difficile d'établir le diagnostic. Ici, en effet, l'abcès du foie a d'abord été soupçonné, puis il a été pris et traité comme un empyème. Pendant près de huit jours la poche purulente a été lavée plusieurs fois dans la journée au moyen de l'appareil que nous avons indiqué, et il est survenu une légère amélioration dans l'état, d'ailleurs fort grave du malade. Aussi, à ce sujet, pourrait-on poser la question suivante devant la Société : serait-il permis, dans un cas où l'on reconnaîtrait que l'on a affaire à un abcès du foie facilement accessible, de l'inciser et de le traiter ensuite absolument comme on fait de l'empyème? »

M. Berger pense que cette question pourrait être souvent résolue d'une manière affirmative, et d'après les renseignements qu'il nous a fournis, cette opinion aurait déjà été émise, dans ces derniers temps, en Allemagne, dans un mémoire de Krönlein que nous n'avons pu nous procurer. Dans l'observation de M. Auger qui peut être rapprochée de la précédente, à plusieurs points de vue, nous lisons : « On fit des lavages deux fois par jour avec l'appareil Potain. Pendant les quinze premiers jours qui suivirent l'opération le malade reprit des forces, l'appétit était excellent et tout faisait supposer une guérison rapide. »

Dans le cas actuel le malade a été opéré, à la dernière période de consomption, l'autopsie a montré que la guérison était impossible, cependant il a survécu six jours à l'opération, et même a accusé une certaine amélioration dans les symptômes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mars. — Présidence de M. Félix Guyon.

Le nombre des membres titulaires de la Société de chirurgie s'élève actuellement à 34. Comme le nombre réglementaire est fixé à 35, M. le président Guyon déclare vacante une place de membre titulaire. Avis à messieurs les candidats.

M. Guyon annonce ensuite que la Société de chirurgie a décidé de souscrire la somme de 300 francs pour le monument de Claude Bernard. Chaque membre conserve, d'ailleurs, sa liberté d'action, s'il veut faire une souscription individuelle.

M. Farabeuf complète, par la présentation d'une pièce, son intéressante communication de la dernière séance, sur la désarticulation coxo-fémorale.

Voulant prouver que son procédé opératoire à raquette antérieure donne un excellent résultat au point de vue clinique, M. Farabeuf a apporté à ses collègues le moule du moignon de l'opéré de M. Verneuil. L'ischion est parfaitement recouvert, et la cicatrice n'empêchera nullement l'application d'une ceinture, qui servira de support à un membre artificiel.

M. Desprès demande à MM. Verneuil et Farabeuf si, en prenant comme lambeau la peau qui recouvre le grand trochanter, ils ne craignent pas de voir le lambeau se sphacéler, car la peau de cette région est très-peu vasculaire.

M. Farabeuf répond que, sur les nombreuses observations qu'il a consultées, les auteurs n'ont jamais signalé la gangrène du lambeau externe. Par contre, dans les désarticulations à lambeau interne, la gangrène du lambeau interne n'est pas un fait rare. Dans tous les cas, s'il y avait menace de sphacèle, la section du lambeau, dans son milieu, section que recommande M. Desprès, ne serait pas du tout indiquée, d'après M. Farabeuf.

M. Richelot donne lecture d'une note *sur un cas de blessure incomplète du nerf médian*. Le premier fait important qui résulte de l'observation de M. Richelot, c'est que l'abolition de la sensibilité a été complète sur la face dorsale de l'index, du médius et de la moitié externe de l'annulaire, c'est-à-dire dans cette nouvelle zone de distribution du nerf médian que M. Richelot a le premier constatée par une dissection attentive. M. Richelot conclut à la possibilité du rétablissement de la circulation nerveuse après la section du nerf principal. Son travail est renvoyé à une commission composée de MM. Tillaux, Delens et Farabeuf.

Tumeurs du testicule. Au nom de M. Poinsot, de Bordeaux, membre correspondant, M. de Saint-Germain, secrétaire général, lit un long travail intitulé : *Contribution à l'étude clinique des tumeurs du testicule*. M. Poinsot relate, avec beaucoup de détails, deux faits dans lesquels la clinique et l'examen histologique se sont trouvés en contradiction.

La première observation se rapporte à un petit enfant de quatre ans, chez lequel M. Poinsot pratiqua la castration pour une tumeur du testicule développée en quinze jours, sans traumatisme antécédent. La tumeur avait tous les caractères extérieurs d'une tumeur maligne; mais après l'extirpation on ne trouva au microscope que des cellules cartilagineuses. La tumeur qui pesait 150 grammes, était constituée par du fibro-chondrôme.

Contrairement aux prévisions de M. Poinsot, il y eut une récidive rapide : l'enfant mourut six mois après de généralisation du chondrôme.

Le second malade de M. Poinsot était un boucher très-robuste, porteur d'une énorme tumeur du testicule, qui présentait tous les caractères d'un carcinome. La castration fut opérée, et le diagnostic se trouva vérifié par l'examen histologique. La tumeur pesait 392 grammes.

Néanmoins la guérison s'est maintenue pendant trois ans et demi, et la santé générale n'a subi aucune altération.

Le travail de M. Poinsot a le grand tort d'être très-long et très-diffus; il n'en contient pas moins une foule de points très-intéressants qui seront l'objet d'une discussion approfondie à la prochaine séance. MM. Verneuil et Desprès ont déjà demandé la parole.

Ch. Avezou.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 22 février 1878. — Présidence de M. Labric.

M. Vallin lit une note sur les *arthropathies consécutives aux altérations de la moelle*. Après avoir rappelé l'opinion émise par John Mitchell et d'après laquelle le rhumatisme articulaire ne serait qu'une myélite à localisation articulaire, M. Vallin ajoute que l'observation rapportée par M. Rendu dans la séance précédente est un fait rare, et qui, il y a 15 ans, aurait certainement été considéré comme un cas de rhumatisme. Mais depuis cette époque, un certain nombre de faits sont venus prouver que des manifestations articulaires peuvent se montrer dans les maladies de la moelle. M. Vallin en a observé l'année dernière un bel exemple dont voici l'histoire succincte: Un officier, âgé de 30 ans, toujours bien portant jusqu'alors, fut pris le 23 février, sans cause appréciable, d'un affaiblissement des jambes et de gêne dans l'émission des urines; deux jours après, il était complétement paraplégique, et ne pouvait uriner que par regorgement.

Le 16 mars, M. Vallin constatait une paralysie complète portant sur la motilité et la sensibilité, s'accompagnant de la perte de l'excitabilité réflexe; en outre, il existait un œdème dur des membres inférieurs, et du côté gauche de la région sacrée, un ulcère profond ayant débuté, d'après les dires du malade, dès le troisième jour des accidents. — Le 22 mars, l'œdème avait augmenté; mais de plus, les deux genoux étaient le siége d'un gonflement, et l'on notait aussi une tuméfaction au niveau des articulations du pied. Il existait sur les pieds des phlyctènes qui ne pouvaient être attribuées à la pression; enfin le malade présentait des phénomènes typhoïdes bien caractérisés. Ces phénomènes allèrent en augmentant de plus en plus, et le malade mourut le 25 avril avec des symptômes d'infection purulente, et après avoir recouvré presque complétement la sensibilité au niveau des membres inférieurs.

A l'autopsie, outre les altérations dues à l'infection purulente, on trouva des lésions du système nerveux et des lésions d'ordre trophique. Le canal sacré était rempli de pus, mais les méninges au-dessus de la 2e lombaire paraissaient parfaitement saines. La moelle avait sa consistance normale; la substance grise présentait cependant une teinte ocreuse et était striée de lignes rougeâtres. L'examen histologique montra une atrophie des grandes cellules des cornes antérieures et une prolifération de la névroglie dans les cordons postérieurs. Quant aux troubles trophiques, ils portaient non-seulement

© BIU Santé

sur les articulations des genoux qui contenaient du pus séreux, noirâtre, et présentaient une érosion des cartilages, mais aussi sur les muscles qui étaient mollasses, jaunâtres, et de plus étaient le siége d'une prolifération nucléaire des mieux caractérisées.

M. Laboulbène fait voir une pièce relative à un cas de *cysticerques de l'encéphale*, envoyée par M. Rames, d'Aurillac. Il se réserve de faire de cette pièce l'objet d'une communication plus détaillée, et espère obtenir d'autres renseignements que ceux qui ont été adressés et qui sont absolument insuffisants.

M. Gallard se proposait de demander à la Société médicale des hôpitaux de protester contre *l'encombrement systématique* des salles dans les différents hôpitaux et contre l'adjonction dans chaque service de lits supplémentaires en nombre indéterminé, mais devant les assurances données tout récemment par le nouveau directeur général, (voy. la lettre de M. Moring dans le numéro 9 du *Progrès médical*), il retire sa proposition, et émet l'espoir que cette protestation sera inutile.

M. Moutard-Martin ajoute qu'à chaque séance du Conseil des protestations de ce genre ont été faites, mais que des considérations d'ordre supérieur ont jusqu'à présent empêché d'en tenir compte.

M. Gouguenheim présente des pièces intéressantes au point de vue de l'histoire des *localisations cérébrales*. Il s'agit d'un homme de 45 ans qui fut pris d'une paralysie de la jambe gauche sans altération de la sensibilité et sans troubles de l'intelligence. Quelques jours après, cette paralysie qui avait d'abord paru diminuer, augmenta au contraire et s'accompagna de paralysie du membre supérieur du même côté. En même temps, le malade était tombé dans le coma et présentait une élévation de température. Il ne tarda pas à succomber. On avait diagnostiqué une lésion corticale portant spécialement sur l'extrémité supérieure de la circonvolution frontale ascendante, mais sans préciser la nature de cette lésion. — A l'autopsie on trouva que les lésions siégeaient en effet sur la frontale ascendante, et surtout sur le lobe paracentral. Il s'agissait d'une méningite probablement tuberculeuse.

M. Luys. Cette observation confirme une fois de plus la loi d'après laquelle les monoplégies affectent le côté opposé à la lésion. Elle confirme également la doctrine des localisations cérébrales, telle qu'elle a été établie par des faits analogues et par les observations de dégénérescences limitées du tissu de l'encéphale chez les anciens amputés. — Enfin on peut voir sur ce cerveau une particularité que M. Luys a déjà observée un certain nombre de fois, et qui paraît pouvoir servir de *caractère différentiel entre le cerveau de l'homme et celui de la femme*. Le lobule paracentral fait une saillie appréciable au-dessus des circonvolutions voisines. M. Luys a déjà remarqué souvent cette prédominance du lobule paracentral chez l'homme. Chez la femme, il est, au contraire, toujours au même niveau que les autres circonvolutions.

Invité à donner son opinion sur le siége précis qu'occupe dans la hauteur de la circonvolution frontale ascendante, la région motrice du bras, M. Luys ajoute que les faits ne permettent pas encore de préciser ce siége d'une façon absolue ; il rappelle cependant le cas de M. Duguet et signale un autre fait observé à Mazas par M. de Beauvais qui doit le publier en détail. Un détenu reçut un coup de tesson de bouteille qui produisit une fracture de la région temporale dans un point correspondant *juste à la partie moyenne du sillon de Rolando*. Or, cet homme présenta une monoplégie du bras qui dura trois semaines, et il garde encore maintenant une atrophie musculaire de ce bras, atrophie survenue très-rapidement.

M. Millard présente un malade atteint de *tuberculose de la langue*. La lésion consiste en une série d'ulcérations extrêmement nombreuses, irrégulières, profondes, anfractueuses, occupant l'extrémité antérieure et la face inférieure de l'organe. Entre les ulcérations on voit une grande quantité de petits points jaunes, qui paraissent être des granulations en voie de dégénérescence caséeuse.

M. Millard demande quel est le traitement qui paraît avoir réussi le mieux dans les cas de ce genre.

M. C. Paul a vu des tubercules de la langue guérir spontanément, et a par contre essayé tous les topiques possibles sans observer de modification sensible. L'hyposulfite de soude à 5 0/0 est peut-être celui qui réussit le mieux.

M. Lailler s'est bien trouvé des applications d'iodoforme pour calmer les douleurs, qui sont souvent très-vives dans ces cas ; mais l'iodoforme n'a paru agir que sur la douleur. M. Lailler signale un fait intéressant de tuberculose buccale. Il s'agissait d'une sorte de tuberculisation miliaire galopante de toute la cavité buccale ; le malade a succombé à une tuberculisation des muqueuses.

M. Féréol présente une pièce moulée, sur laquelle se voient des lésions absolument semblables à celles du malade de M. Millard ; il en existe en outre sur le pharynx et le voile du palais.

A. Sevestre.

BIBLIOGRAPHIE

St-George's Hospital Reports, 1874-76.

Ce volume, outre l'état statistique des cas chirurgicaux et médicaux traités dans l'hôpital, pendant les années 1874, 75, 76, contient les mémoires suivants :

I. *The physical development and the proportions of the human body ;* by Ch. Roberts. — Après avoir montré l'utilité de cette étude aussi bien pour le médecin et le chirurgien que pour l'artiste et l'homme d'Etat, l'auteur passe à l'examen des procédés employés par ceux qui l'ont précédé dans cette voie, notamment par Carus et par Quetelet ; il donne la préférence au procédé du dernier, et il insiste sur la *nécessité de pratiquer* un grand nombre de mensurations et de tenir compte non-seulement des moyennes obtenues par la division de tous les nombres réunis et qui peuvent ne répondre à aucun fait particulier, mais aussi des groupes moyens qui réunissent les cas les plus nombreux. M. Roberts étudie d'abord le développement et les proportions du corps dans son ensemble, il montre que le mode de croissance varie avec le sexe, l'âge, le genre de vie, etc., etc. Ainsi la croissance est moindre chez la femme, pour trois causes : ses proportions sont moindres à la naissance, son développement est plus lent et il s'arrête plus tôt. La puberté a une grande influence sur le développement, et réciproquement : les filles de grande taille sont menstruées plus tard, ce qui concorde avec ce fait que les femmes du Nord, qui ont généralement une taille plus élevée, arrivent plus tard à la puberté. Suivant l'auteur, les attitudes habituelles agiraient aussi sur la taille : les individus qui travaillent debout se développeraient moins en hauteur, c'est au décubitus qu'il faudrait attribuer le développement considérable de la taille qu'on observe souvent dans les maladies chez les jeunes sujets. Il passe ensuite à l'étude des diverses parties du corps en particulier : 1° la hauteur de la tête est ordinairement la 7e partie de celle du corps entier, la 9e partie chez les géants qui doivent leur taille au développement des membres inférieurs, et la 4e partie chez les nains. De la naissance à l'âge adulte, la tête double seulement de hauteur, tandis que le reste du corps s'allonge de trois ou quatre fois ; il admet avec Quetelet que l'accroissement de la partie inférieure (au-dessous de la ligne nasale) est plus considérable ; 2° de la naissance à l'âge adulte le cou double aussi des dimensions ; 3° dans la même période toutes les dimensions du tronc se trouvent triplées ; le diamètre antéro-postérieur croît un peu moins que les autres. L'auteur a réuni dans un de ses tableaux 12,000 mensurations de la circonférence du tronc sur la ligne mamelonnaire. Le point médian du corps est à la naissance un peu au-dessus du nombril ; à deux ans, il correspond exactement à la dépression ombilicale ; à trois ans il est situé sur la ligne qui passe sur le bord supérieur des deux crêtes iliaques ; à dix ans il est sur la ligne trochantérienne ; à treize ans il correspond au pubis ; chez l'homme adulte il est à 1/2 pouce plus bas, chez la femme il est un peu au-dessus du pubis. Proportions gardées, les distances du vertex aux différents points du tronc sont plus grandes chez la femme ; 4° on admet généralement que l'espace couvert par les bras étendus horizontalement, égale la hauteur totale du corps ; cela n'est vrai que jusqu'à la puberté, chez l'adulte il est plus considérable dans la proportion de 1,045 à 1 chez l'homme, et de 1,015 à 1 chez la femme,

© BIU Santé

ce qui tient au développement des épaules. La longueur du bras non compris la main, est doublée entre 4 et 5 ans, triplée entre 13 et 14, quatruplée chez l'adulte ; la main se développe moins rapidement, elle est seulement triplée de longueur chez l'adulte ; l'avant-bras est la portion qui s'allonge le plus, de 2 pouces 1/4 chez le nouveau-né, elle atteint 9 1/2 chez l'adulte ; sa longueur est plus que quatruplée ; 5° la croissance des membres inférieurs est la plus considérable, leur longueur totale est 5 fois plus grande chez l'adulte qu'à la naissance ; celle de la cuisse, 7 fois ; de la jambe, 4 fois 1/2 ; du pied, 3 fois 1/2 ; 6° dans un dernier chapitre, l'auteur étudie le poids aux divers âges ; de nombreux et très-importants tableaux statistiques sont annexés à ce mémoire.

II. *Notes on the development and growth of boys between thirteen and twenty years of age*, by G. Carrick Steet. — Ce travail, qui a surtout pour but l'étude du développement au point de vue des aptitudes physiques, tire son intérêt des nombreuses mensurations qu'il contient, et qui se refusent à une analyse succincte.

III. *A clinical study of retro uterine tumours*, by Robert Barnes. — L'étude des cas cliniques est précédée de quelques remarques anatomiques sur le cul-de-sac recto-vaginal, qui, d'après l'auteur, n'est pas exactement médian, mais descend plus bas à gauche qu'à droite ; la différence de profondeur des deux fossettes rétro-ovariennes est d'un pouce au moins à l'avantage de la gauche. Il s'ensuit que les collections liquides peu abondantes et les petites tumeurs solides, se trouvent ordinairement situées vers la gauche, et non directement derrière l'utérus ; quand on trouve une petite tumeur, à gauche, derrière le vagin, il ne faut pas se hâter de conclure qu'elle s'est développée dans l'ovaire gauche ou dans le ligament large du même côté ; suivent d'autres déductions pour le toucher rectal et vaginal. L'auteur étudie ensuite successivement : 1° *Rétroversion de l'utérus gravide :* En raison de la direction que prend le col, la rétention d'urine, qui est l'accident le plus redoutable des affections rétro-utériues, est plus constante que dans la rétroflexion. Tandis que la rétroversion présente des signes qui la font facilement distinguer, la rétroflexion est souvent confondue avec les tumeurs rétro-utérines, qu'elles soient ou non développées aux dépens de l'organe, le diagnostic doit être fait par le toucher vaginal et rectal combiné avec le palper abdominal qui, chez les sujets maigres, peut permettre de reconnaître la présence d'un sillon séparant l'utérus de la tumeur, et enfin par le cathétérisme utérin. Règle générale : dans le cas de rétroflexion, et surtout de rétroversion de l'utérus gravide, le col est relevé plus haut, derrière la symphyse, tandis que dans les cas de tumeurs poussant l'utérus en bas, il est dévié en bas et en avant, il est alors commun de trouver le museau de tanche à la vulve ou sous le bord inférieur de l'arcade pubienne.

2° *Grossesse extra-utérine* : Le kyste a une tendance à se placer en arrière de l'utérus. Les caractères qui distinguent cette affection de la rétroversion de l'utérus gravide, sont : *a*. l'immobilité de la tumeur, la difficulté de la soulever en dehors de la cavité pelvienne qui n'existe pas dans le cas de rétroversion ; *b*. la déviation de l'orifice utérin en bas et en arrière, déviation que l'on ne retrouve que rarement dans la rétroflexion, mais qui peut indiquer une antéflexion. M. R. Barnes passe encore en revue quelques cas.

3° d'*hématocèle rétro-utérine*, 4° *de kystes dermoïdes*, 5° *d'abcès pelviens*, 6° *de tumeurs fibreuses*.

IV. *The causes and outcome of nerve-degeneration*, by G. F. Blandford. — Un groupe de causes est en dehors de l'action médicale, ce sont celles qui dépendent de la pauvreté, alimentation insuffisante, habitations malsaines, défaut de soins, etc. D'autres causes peuvent être modifiées par le médecin, ou prévenues en partie : telles sont, l'épuisement de la mère pendant la gestation, le travail intellectuel, les émotions vives et répétées, etc. ; l'intempérance, et surtout l'alcoolisme agissant non-seulement sur l'individu, mais aussi sur sa descendance. L'auteur insiste surtout sur la cause par excellence, l'hérédité dans ses différentes formes et ses transformations.

V. *Cases of Menière's desease*, by T. Clifford Allbutt. — D'après l'auteur, la maladie de Ménière est fréquente, il n'en a pas vu moins de 18 cas en trois ans. Elle atteint les deux sexes dans l'âge adulte, il n'en a jamais rencontré chez l'enfant ; on peut la voir depuis 30 jusqu'à 70 ans. Les symptômes principaux sont : le vertige plus durable et plus intense que dans aucune autre maladie, le vomissement qui peut manquer, la démarche chancelante et les bourdonnements qui peuvent exister dans une oreille ou dans les deux, si l'oreille interne est malade des deux côtés. La courte description de l'auteur n'ajoute rien aux connaissances acquises : mais son travail est suivi de 16 observations intéressantes.

VI. *On ozœna*, by Warrington Haward. — L'auteur distingue trois variétés d'ozène : scrofuleux, syphilitique et traumatique, il appelle idiopathiques, ceux qui ne peuvent rentrer dans ces trois groupes.

Les symptômes communs à toutes les variétés, sont : 1° un écoulement de muco-pus, contenant des cellules épithéliales, et quelquefois teint de sang, d'autres fois c'est une matière gélatiniforme ; cet écoulement se fait par l'orifice des narines et par le pharynx ; 2° une horrible fétidité de l'haleine perçue par le malade, et nuisant à l'odorat ; 3° souvent une irritation des narines et une céphalée frontale.

L'ozène scrofuleux se présente souvent, mais non uniquement chez les enfants qui présentent l'aspect général de la diathèse. La muqueuse est rouge, présente de nombreuses ulcérations arrondies et des pustules, et surtout un gonflement qui est plus considérable que dans aucune autre forme et qui joint à la sensibilité de la muqueuse, rend difficile l'examen au spéculum. Il coïncide souvent avec l'eczéma, on pourrait l'appeler eczéma des narines. La punaisie est due, soit à la rétention des secrétions dans une cavité qui reçoit de l'air, soit à une altération osseuse. Quand la fétidité résiste aux lavages antiseptiques, c'est que l'os est malade, il faut l'enlever par la méthode de Rouge, de Lausanne (1873).

Par ordre de fréquence, c'est l'ozène syphilitique qui vient ensuite. La lésion débute comme une ulcération tertiaire ; elle débute par la partie la plus reculée des narines, et peut être constatée par la rhinoscopie postérieure. Ce sont tantôt des ulcérations superficielles, tantôt des ulcérations profondes et taillées à pic ; dans tous les cas, elles sont irrégulières et tendent à se réunir, elles sont moins nombreuses et plus larges que dans la forme scrofuleuse ; elles s'accompagnent d'un moindre gonflement de la muqueuse, les os peuvent être atteints. Son origine est ordinairement indiquée par d'autres symptômes de syphilis.

L'ozène traumatique peut provenir, soit d'un coup sur le nez, produisant une périostite et une nécrose ultérieure, soit de l'introduction d'un corps étranger dans les narines, ce qu'on observe souvent chez les enfants. La présence du corps étranger peut déterminer, soit une simple ulcération qui guérit après l'extraction, soit une nécrose.

Les cas qui ne peuvent rentrer dans les groupes précédents et sont dits idiopathiques, peuvent se rencontrer chez des gens en parfaite santé, mais on les voit souvent chez des enfants qui ont été récemment atteints d'une affection générale aiguë, scarlatine ou rougeole ; quelquefois, ils coïncident avec des troubles de la menstruation,

Dans quelques cas d'ozène, les sinus frontaux sont atteints ; on a alors des troubles du sommeil, cauchemars, etc., et quand il y a distension extrême du sinus, on peut voir survenir l'œdème de la paupière supérieure et de la région sourcillière ; le malade est soulagé pour un temps, si l'écoulement du pus peut se faire ; s'il ne se fait pas par les voies naturelles, il peut s'évacuer directement à l'extérieur ou dans le crâne. — Les indications du traitement reposent sur l'état général, la présence d'os nécrosés (opération de Rouge), de corps étrangers (extraction) ; quand il n'y a que des ulcérations, lavages avec des liquides antiseptiques.

Suivent quatre observations.

VII. *Remarks on the discussion on syphilis at the pathological Society in february* 1876, by Edgcombe Venning. — Ce travail résume les opinions émises sur la dualité du virus syphilitique, sur les stades de la syphilis, sur la période tertiaire de la diathèse, et sur la relation qui existe entre la syphilis et la scrofule.

© BIU Santé

VIII. *Croup and diphtheria*, by E. L. Fox. — L'auteur s'efforce d'établir les points suivants :

1° Il existe un croup non-membraneux se développant souvent sur des sujets soumis à de mauvaises conditions hygiéniques, se terminant souvent par une évacuation de pus, et généralement fatal ;

2° Le croup membraneux est une maladie à part, attaquant principalement, sinon uniquement, les voies aériennes, se développant souvent sous l'influence d'une prédisposition héréditaire ;

3° La diphthérie est une maladie spécifique, attaquant principalement les parties sus-glottiques, et rarement le larynx, la trachée et les bronches, mais pouvant atteindre les surfaces dénudées de la peau ; dans beaucoup de cas, la maladie n'atteint que consécutivement les voies aériennes.

La distinction entre le croup et la diphthérie, est basée sur les différences suivantes : le croup attaque les enfants entre 1 et 7 ans ; la diphthérie atteint tous les âges. Le croup tue plus de garçons, la diphthérie tue plus de filles. Dans le croup, le froid et l'humidité sont les principales causes ; pour la diphthérie, c'est la contagion. Dans le croup, il n'y a pas l'engorgement ganglionnaire qui existe dans la diphthérie. Dans le croup, la défervescence arrive du 3e au 5e jour, quand il n'y a pas de complication pulmonaire ; dans la diphthérie, elle arrive le 6e, ou dans les cas graves, du 12e au 14e. Les symptômes laryngés se montrent les premiers dans le croup, il n'en est pas de même pour la diphthérie, L'albuminurie est rare dans le croup ; elle est de règle dans la diphthérie. Dans le croup, il n'y a pas d'épistaxis ni d'expectoration sanguinolente communes dans la diphthérie. La fétidité de l'haleine qui existe dans la diphthérie, n'existe pas dans le croup. La dépression de l'action cardiaque est commune dans la diphthérie et n'existe pas dans le croup. Dans le croup, on ne voit pas l'augmentation de volume de la rate, qui se rencontre ordinairement dans la diphthérie. Augmentation de l'urée excrétée dans la diphthérie, et non dans le croup. Il n'y a que la diphthérie qui soit suivie de paralysie. Le croup se termine par asphyxie, la diphthérie par l'action toxique agissant sur le cœur, et quelquefois sur le cerveau. M. Fox termine en avouant que pourtant le diagnostic n'est pas toujours aisé.

IX. *Report of the analysis of the urine in three cases of acute rheumatism treated with alkalics and quinine, and two cases treated with salicylate of ammonia*, by A. W. Barclay. — L'auteur a été frappé de la rapidité avec laquelle l'urine, auparavant chargée de phosphate, devient transparente, lorsque sans diminuer la dose d'alcali, on donne en même temps la quinine. L'analyse des urines le conduit à conclure que la quinine retarde l'élimination des phosphates et contrebalance l'action dépressive des alcalins dans des indications spéciales.

La diminution de la fièvre produite par le salicylate, compense largement son action dépressive. Il n'a rien à faire avec le délire. Il ne possède pas l'action des alcalins sur la quantité d'urine excrétée, dont il ne change pas non plus les caractères.

X. *On the effect of salicyne, salicylic acid, and its salts in the early manifestations of rheumatism*, by T. Whipham and R. T. Poole Collins. — Dans les douze observations consignées dans ce travail, le traitement a fait cesser les douleurs après deux ou trois doses, au moins en quelques jours, aussi les auteurs concluent-ils en faveur du remède. Suivent quelques observations, dans lequel le traitement a été appliqué avec des résultats divers dans l'érysipèle, la diphthérie, la tuberculose, etc.

XI. *Cases of rheumatism treated by salicylate of soda*, by John Cavafy. — Ce mémoire est basé sur 21 observations. Dans la majorité des cas, la douleur a disparu avec la fièvre en 24 ou 36 heures. Dans quelques cas, la température a suivi une marche irrégulière, bien que la douleur ait beaucoup diminué. L'effet le plus surprenant a été obtenu dans les cas où la température était le plus élevée, la chute n'a pas toujours été subite, quelquefois elle n'est tombée qu'après un état stationnaire de 1 ou 2 jours. Quand l'action antipyrétique a été forte, la température peut tomber au-dessous de la normale et amener le collapsus. — Les phénomènes toxiques les plus fréquents sont les nausées et les vomissements, la céphalalgie, les tintements d'oreilles et la surdité ; ils ne sont pas dangereux et sont supprimés en suspendant les doses pendant 1 ou 2 jours, ou en les diminuant ; ils peuvent même cesser, bien que le traitement soit continué. L'auteur a observé une fois une éruption cutanée ; il rapproche cet accident et les autres de ce qu'on observe après l'administration de la quinine à hautes doses. Il pense qu'il vaut mieux donner le remède à fortes doses dès le début et diminuer ensuite graduellement.

XII. *On a form of non-malignant induration of the cervix uteri*, by Heywood Smith. — Sous ce titre l'auteur décrit l'affection designée par les noms de : induration simple du col utérin, inflammation chronique du col, dépôt fibroïde des lèvres du col, engorgement du col, hypertrophie, hyperplasie aréolaire. Cette induration est due à l'engorgement chronique qui provoque l'hyperplasie du tissu connectif qui remplace le tissu contractile. Elle a surtout pour cause le défaut d'involution après l'accouchement ou l'avortement. Une des deux lèvres peut être prise à un plus haut degré, ou seule, suivant la position de l'utérus, la postérieure dans la rétroflexion, l'antérieure dans l'antéflexion. Les symptômes principaux sont : une douleur vers le sacrum et une sensation de pesanteur dans le petit bassin, une douleur dans une ou les deux hanches ; les règles deviennent irrégulières et douloureuses ; tous les exercices, et surtout la marche, provoquent la douleur qui n'est soulagée que dans le décubitus ; les rapports sexuels sont pénibles et provoquent des hémorrhagies ; il y a un état de langueur plus ou moins prononcé. Comme signes physiques, on a un écoulement glaireux persistant, quelquefois opaque ou teint de sang. Le col présente une surface irrégulière, dure et molle par places ; la cavité utérine est allongée. Quand une seule lèvre est prise, l'orifice du col prend une forme en croissant, dont la concavité embrasse la saillie morbide ; si les deux lèvres sont prises, le col est plus ou moins ouvert. Le col présente une coloration rouge sombre qui est due à la congestion de la région et non à la structure de la production morbide qui est peu vasculaire. Cette affection se distingue du cancer au début, en ce que c'est une induration située sous la muqueuse plus ou moins saine, et qu'il semble possible de l'en séparer, tandis que dans le cancer, le toucher donne une sensation de caoutchouc humide qui ne semble recouvert par rien.

La difficulté du traitement résulte de ce que les femmes se font soigner trop tard. Après avoir résumé les opinions diverses des auteurs, M. Smith expose sa pratique. Il commence par prévenir les malades qu'il faudra se soumettre à un traitement prolongé ; il recommande la position horizontale. Suivant la gravité, il fait appliquer des sangsues à six ou dix jours d'intervalle, ou pratiquer des cautérisations avec la potasse caustique ou avec le cautère de Paquelin, préférable au fer rouge ; dans les cas moins graves, il recommande les tampons imbibés de glycérine, d'iode ou de pernitrate de mercure, en ayant soin de protéger le vagin quand on use de ces deux derniers médicaments.

XIII. *Notes from the shin clinique of St-George's hospital*, by T. Whipham. — Dans l'eczema scrofuleux, il donne l'huile de foie de morue et quelquefois le fer. Le traitement local consiste en cataplasmes de farine de graine de lin, ou en bains de son et d'amidon si l'inflammation est plus vive ; quand il y a une plus grande tendance à l'exsudation, il fait des applications de poudre de calamine et plus tard des applications d'onguent à base de zinc. Il a donné avec succès le bicarbonate et le nitrate de potasse, dans deux cas d'eczéma dû à des excès de régime. Dans des cas, qu'il rattache à des affections rénales, il donne l'acétate de fer avec les diurétiques. Dans des cas d'eczema dû à une irritation locale, il prescrit les alcalins et des applications locales de sous-acétate de plomb et des bains de soude. Lorsqu'il pense que l'affection a pour cause la débilité, il joint le fer au traitement local. Certains cas peuvent être rattachés à la dispepsie et cèdent au traitement de l'affection causale. Le traitement varie un peu, suivant les cas, lorsqu'il s'agit d'eczéma à rechutes ou héréditaires.

L'auteur passe ensuite en revue un certain nombre de cas particuliers d'affections cutanées diverses, telles que le pso-

© BIU Santé

riasis, qu'il rattache tantôt aux affections rénales, à la dyspepsie, à la scrofule, etc.; le lichen, qui peut reconnaître pour causes la dyspepsie, la scrofule, la dentition, etc.; le purigo, l'impetigo, l'echthyma, les affections parasitaires, les affections des glandes de la peau. Ce mémoire renferme 41 observations.

XIV. *Clinical contributions*, by M. MACDONALD M. HARDY. — Ce mémoire contient : 1° une observation de perforation du ventricule gauche par une balle de pistolet ; 2° quelques remarques sur trois cas de mort par le chloroforme ; 3° une opération nouvelle pour la déchirure du périnée (une observation de guérison d'une rupture complète, par le procédé de Villard Parker).

XV. *On the amputation-book of St-George' s hospital, No II*, by T. HOLMES. — L'auteur donne une statistique de 500 opérations, qu'il serait difficile de résumer davantage. Son mémoire contient en outre quelques considérations sur le traitement à l'hôpital des plaies d'amputation. Il n'est pas convaincu que les grandes opérations soient moins graves dans la pratique civile. Quant à l'origine de la pyémie, il pense que, contrairement aux idées de Pasteur et Tyndall, elle ne reconnaît pas pour cause unique la multiplication des germes, mais que l'état général du sujet a une grande importance, de même que l'état local de la partie sur laquelle porte l'opération. Il n'est pas partisan du pansement de Lister, on peut obtenir des résultats tout aussi satisfaisants avec d'autres pansements, même basés sur des idées théoriques tout à fait opposées.

XVI. *Intertubular changes in renal diseases*, by H. Howard MURPHY. — Le gros rein blanc et le rein granuleux s'accompagnent tous deux d'une néoplasie intertubulaire. Dans les deux, on trouve une néoformation de cellules dérivant du tissu connectif. Cette néoformation peut rester à l'état cellulaire ou devenir plus ou moins fibreuse. Dans le gros rein blanc elle commence toujours au sommet des rayons médullaires, plus souvent vers la capsule dans le rein granuleux. Dans les deux formes elle s'étend progressivement le long des rayons médullaires, affectant les plexus veineux, les corps de Malpighi, les tubes contournés. La compression des veines sur un point, provoque leur engorgement sur d'autres, la dilatation des corpuscules de Malpighi, l'hypertrophie des artères. Quand la néoplasie a entouré les corpuscules de Malpighi, elle provoque leur oblitération et plus tard leur transformation en corpuscules fibreux arrondis. La compression des tubes urinifères amène la diminution de calibre de la partie comprimée et la dilatation de la partie située en amont. Enfin, la néophasie atteint les artères et produit leur occlusion. Malgré leur aspect extérieur si différent, il est souvent impossible à l'examen microscopique de dire à quelle variété on a affaire si la lésion n'est pas très-avancée. La principale différence est l'abondance des éléments cellulaires dans le gros rein blanc et du tissu fibreux dans le rein granuleux.

XVII. *Researches on fat absorption*, by Herbert WATNEY. — L'auteur s'efforce de démontrer que la graisse n'est pas absorbée par les cellules épithéliales, mais qu'elle passe dans le reticulum de la villosité par les espaces intermédiaires.

CH. FÉRÉ.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS.

Dans la séance du 7 mars, M. Lauth a posé à M. le Préfet de la Seine une *question sur la suite donnée aux vœux du Conseil pour que le service de l'hôpital Ménilmontant soit confié à des laïques*. Voici le texte de la partie du procès-verbal relatif à cette question.

M. LAUTH, avec l'assentiment de M. le préfet de la Seine, lui adresse une question sur les dispositions que compte prendre l'Administration au sujet du choix du personnel auquel sera confié le service de l'hôpital de Ménilmontant. Cet établissement va être incessamment inauguré. Le Conseil municipal a émis, en diverses circonstances, le vœu que le service des salles de malades y fût confié à des laïques et non à des religieuses. Le conseil de surveillance de l'Assistance publique, consulté par l'administration, vient d'émettre un avis contraire. M. Lauth exprime l'espoir que M. le préfet, auquel il appartient de prendre une décision, croira devoir tenir compte du désir plusieurs fois répété des représentants élus de la population.

L'opinion publique accueillerait avec satisfaction la mesure par laquelle l'administration confierait le service de l'hôpital de Ménilmontant à des infirmières laïques. Cette mesure remédierait à de graves inconvénients qui ont été souvent signalés dans le sein du Conseil. Sans parler de certains actes de pression reprochés aux sœurs qui ne respectent pas toujours la liberté de conscience des malades, il a été reconnu par les médecins que leurs devoirs religieux les éloignent souvent des salles de l'hôpital au moment même où leur présence y serait nécessaire; de plus il faut remarquer, qu'en vertu même des règlements des congrégations, elles n'obéissent guère qu'aux ordres de leur supérieure, ce qui est inadmissible dans un établissement tel qu'un hôpital, où le seul chef responsable est le directeur.

Pour s'opposer au remplacement des sœurs par des laïques, on a objecté l'impossibilité de se procurer, dès aujourd'hui, un personnel convenable. Si cette objection était fondée, on pourrait se plaindre que l'administration n'ait pas cru devoir s'en préoccuper depuis que l'hôpital de Ménilmontant est en voie de construction.

Il était possible de créer des écoles d'infirmières et il est certain qu'en attendant les résultats des écoles on trouverait, dès à présent, un personnel expérimenté et dévoué en faisant un choix parmi les infirmières de certains hôpitaux et notamment de la Salpêtrière. On a dit encore que des infirmières laïques, en prenant possession du service de l'hôpital y amèneraient avec elles leur famille et occasionneraient ainsi à l'administration un supplément de dépenses considérables. M. Lauth ne croit pas à un pareil abus, il serait, en tous cas facile de le prévenir par un règlement sévèrement appliqué.

Enfin, il n'y a pas lieu de s'arrêter à la prétendue difficulté d'approprier économiquement, au service laïque, les bâtiments actuels, qui ont été construits en vue d'une communauté religieuse. Cette appropriation serait faite très-aisément et à peu de frais. Il n'existe donc pas de sérieux motifs qui puissent s'opposer au remplacement des sœurs de charité par des laïques pour le service des hôpitaux.

L'expérience faite dans les pays catholiques comme dans les pays protestants, en Autriche, en Allemagne, en Suède, etc., a donné les meilleurs résultats, et il en serait certainement de même à Paris.

M. le PRÉFET DE LA SEINE fait remarquer que c'est à l'administration de l'Assistance publique qu'il appartient de prendre, sous l'autorité du Préfet, une décision au sujet de la question soulevée par M. Lauth. Avant de prendre cette décision, l'Administration était tenue, aux termes de la loi, de prendre l'avis du conseil de surveillance de l'Assistance publique. C'est ce qui a été fait, et le conseil de surveillance a donné un avis favorable au choix des religieuses pour le service du nouvel hôpital. Il convient, d'ailleurs, de remarquer que l'opinion publique n'est pas aussi unanime sur cette question que le croit M. Lauth. M. le Préfet n'en veut d'autres preuves qu'une pétition qui lui a été adressée, il y a environ deux ans environ, par laquelle les pensionnaires de la Salpêtrière demandent que les infirmières laïques qui font le service de cet établissement soient remplacées par des sœurs de charité.

M. DELPECH proteste contre les accusations dont est l'objet le service des religieuses dans les hôpitaux; si l'on prenait l'avis des médecins attachés à ces établissements, tous ou presque tous demanderaient certainement que le service restât confié aux sœurs. Loin de subordonner, comme on l'a prétendu, leur service hospitalier à leurs devoirs religieux, elles trouvent dans les sentiments de charité et de désintéressement qui les inspirent tout le courage qui leur est nécessaire pour s'acquitter d'une façon irréprochable de leur pénible mission. Leur état de célibat les rend éminemment propres à remplir les fonctions de dévouement auxquelles elles se sont consacrées. Les infirmières laïques, au contraire, ont une famille, des enfants et si on leur confiait le service des hôpitaux elles se trouveraient journellement en présence d'intérêts matériels qui non-seulement pourraient engendrer des abus, mais encore les empêcher de donner aux malades tous les soins nécessaires. De plus, il est prouvé que le service des infirmières laïques coûterait beaucoup plus cher que celui des religieuses. Il n'y a donc pas de motifs sérieux pour modifier un état de choses qui sauvegarde en même temps, et les intérêts des malades, et ceux des finances de la ville.

M. LEVRAUD conteste que tous les médecins des hôpitaux soient partisans du maintien du service entre les mains des sœurs de charité. Quel que soit d'ailleurs leur avis, il est un fait indéniable, c'est que les religieuses exercent trop souvent des actes de pression sur les malades, soit qu'elles s'efforcent d'obtenir d'eux des actes religieux, soit qu'elles les engagent à souscrire pour le denier de Saint-Pierre ou pour toute autre œuvre pieuse; leurs obsessions donnent lieu à des plaintes fréquentes. M. le Préfet a parlé d'une pétition des pensionnaires de la Salpêtrière réclamant le remplacement des infirmières laïques par des sœurs de charité. On doit supposer que les signatures apposées au bas de cette pétition sont le résultat d'obsessions de ce genre et tout porte à croire qu'elles auront été recueillies par les soins et à la diligence de l'aumônier de cet établissement. En tous cas, une pareille demande est en contradiction avec l'opinion des ouvriers qui forment la majeure partie des malades dans les hôpitaux et qui sont, en somme, les véritables intéressés. Ceux-ci sont unanimes à réclamer la substitution des infirmières laïques aux religieuses.

Cette substitution a été l'une des principales mesures que la grande majorité des membres du Conseil municipal ont reçu le mandat de faire prévaloir. M. Levraud ne comprendrait donc pas que M. le Préfet prît une décision contraire aux aspirations de la population parisienne.

© BIU Santé

M. Cattiaux insiste pour que le service de l'hôpital Ménilmontant soit confié à un personnel laïque. Il peut affirmer, d'après son expérience personnelle, que les malades recevront des soins plus éclairés de la part de laïques que ceux qu'ils reçoivent de congréganistes. Il sera, d'ailleurs, facile de recruter le personnel laïque parmi les femmes veuves, celles-ci connaissant ce qu'est la famille, s'attacheraient à soutenir le courage des malades au lieu de songer à faire du prosélytisme.

M. Lauth dit qu'en sa qualité de membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique, il a tenu à faire connaître à ses nouveaux collègues l'état de la question et à prouver à l'administration que le nouveau Conseil persévérerait dans les vœux précédemment émis pour que le service de l'hôpital de Ménilmontant soit confié à des laïques.

L'objection la plus saillante et la seule sérieuse que l'on ait faite est celle qui consiste à prétendre que l'application de la mesure réclamée par le Conseil augmenterait la dépense du traitement des malades. L'augmentation de la dépense, en l'admettant, ne devrait pas être un obstacle, si elle avait pour résultat d'introduire une amélioration dans le service. Or, de l'avis des médecins, les plus compétents en pareille matière, cette amélioration serait assurée par l'emploi des infirmières laïques. Quant à l'argument d'après lequel les religieuses auraient en quelque sorte le privilége du dévouement, il est à peine besoin d'y répondre. Ce qui est vrai, c'est que la femme a au cœur un sentiment de dévouement qui l'attache aux malades, soit qu'elle porte le costume de religieuse catholique ou celui de diaconesse protestante, soit qu'elle porte le costume laïque.

M. Bourneville parle dans le même sens : Un écrivain bien connu a écrit que « ce qu'il y avait de meilleur chez la femme, c'était la religieuse. » C'est là une erreur complète et on peut avancer, avec beaucoup plus de raison, que ce qu'il y a de meilleur chez la religieuse, c'est la femme. En d'autres termes, plus une sœur est restée femme mieux elle soigne les malades. Inutile de dire que, au point de vue religieux, les sœurs qui sont le plus restées femmes sont de mauvaises religieuses. On peut donc s'attendre à autant de dévouement de la part d'infirmières laïques que de la part des sœurs de charité, car les premières sont encore plus femmes que les secondes. La substitution réclamée présenterait des avantages faciles à apprécier : En additionnant le nombre des heures que les sœurs consacrent à l'exercice du culte, on constate que beaucoup de temps est enlevé aux malades, tandis que le service des infirmières laïques ne souffrirait pas un instant d'interruption.

On sait de plus que *les médecins des hôpitaux qui ont à se plaindre des services des religieuses, n'obtiennent que très-difficilement leur déplacement.* Avec des infirmières laïques dépendant exclusivement de l'Administration, ce dernier inconvénient disparaît, car elles savent que leur position peut être compromise par la manière dont elles s'acquittent de leurs fonctions. Il faut rappeler à l'Administration que les services hospitaliers à l'étranger sont presque partout confiés à des laïques. A Londres notamment, il existe plusieurs écoles spéciales pour former des infirmières. L'une d'elles, bien que fondée par Lady Stanley, femme du doyen de l'abbaye de Westminster, est *absolument laïque*. On ne demande aucune innovation lorsqu'on exprime le désir de voir la ville de Paris suivre l'exemple de presque tous les pays de l'Europe.

M. Level signale des faits regrettables de pression exercée par les religieuses sur les malades afin de contraindre leurs convictions à leurs derniers moments.

M. le Préfet de la Seine n'entend pas discuter au fond, devant le Conseil, la question de substitution des laïques aux congréganistes pour le service des hôpitaux, car cette question échappe à la compétence du Conseil. Mais M. le Préfet doit déclarer que les accusations qui ont été formulées contre les sœurs de charité ne reposent sur aucun fondement. Dans toutes les circonstances où il a été appelé à s'occuper de leur service hospitalier, il a toujours reconnu que ce service était fait avec un zèle et un dévouement au-dessus de tout éloge. C'est pour lui un devoir de le constater.

L'incident est clos.

Nous reviendrons prochainement sur cette question que nous avons déjà traitée bien des fois, en maintes circonstances, seulement nous relèverons ce fait : c'est que M. le Préfet s'est borné à un vague *satisfecit*, et n'a rien, absolument rien, répondu aux faits allégués.

VARIA

Le Congrès international d'hygiène de 1878.

On sait qu'un congrès doit réunir à Paris, dans la première quinzaine d'Août, les hygiénistes de tous les pays, venant s'associer à tous ceux qui, en France, prennent souci de cette branche si importante de la science et qui touche aux intérêts particuliers et généraux les plus divers et les plus impérieux. Nous publions à cette occasion l'intéressante note suivante qui sera suivie bientôt de nouveaux documents.

Note relative à l'organisation d'un Congrès international d'hygiène à Paris, pendant l'année 1878.

Il y a quinze mois, se tenait à Bruxelles un Congrès international d'hygiène et de sauvetage, à l'occasion d'une Exposition également internationale, où se trouvaient réunis les inventions, les appareils, les installations qui ont pour objet les importants problèmes se rattachant à l'hygiène privée et sociale.

Le gouvernement de la République française y avait envoyé une nombreuse délégation qui, jointe à celle des autres pays, s'efforça d'animer les discussions du Congrès par les ressources du travail et de la science.

Le Congrès de Bruxelles eut un très-grand et très-légitime succès ; il acquit un retentissement universel et ses conséquences se font encore sentir dans les diverses administrations et sociétés savantes, dans la presse, partout enfin où peuvent être élucidés les problèmes sur lesquels il avait mission de jeter quelque lumière.

Il apparut tout d'abord, pendant le Congrès même, que de semblables Assises devaient se reproduire, que l'œuvre si soigneusement entreprise et si brillamment accomplie se devait à elle-même de s'assurer la durée et qu'une série de Congrès internationaux d'hygiène devrait, pour l'avenir, rendre en quelque sorte permanente l'œuvre commencée.

Ainsi se formerait comme un centre d'information et d'action internationales pour sauver et développer la vie humaine, par les relations incessantes que créeraient entre les hygiénistes de tous les pays ces fréquentes réunions communes.

Ces considérations, universellement émises par les membres du Congrès de Bruxelles, trouvèrent un interprète autorisé en M. le docteur Liouville, délégué du gouvernement français qui, le matin même du jour de clôture du Congrès, crut devoir rappeler que la France préparait une Exposition internationale pour l'année 1878, et que la ville de Paris semblait ainsi tout naturellement désignée pour devenir le siége du prochain Congrès.

Cette proposition fut chaleureusement accueillie par la section d'hygiène médicale à laquelle elle fut présentée ; mais on pensa que l'éloignement même de l'époque fixée autorisait à ne pas prendre ce jour là une décision précipitée et, à la séance de clôture, le président demanda que le soin de l'examiner fût laissé aux membres du Bureau général, ce qui fut adopté.

Le président donnait en même temps lecture d'une lettre émanant du cabinet du roi et qui, mieux que tout document, caractérise et le succès du Congrès de Bruxelles et l'importance qui s'attache à l'organisation d'une Réunion continuant la tradition de celle-ci. Voici cette lettre :

Palais de Bruxelles, le 3 octobre 1876.

Monsieur le Président,

D'après les ordres du roi, je viens vous prier de vouloir bien informer le Congrès que Sa Majesté a résolu de mettre à la disposition du *prochain* Congrès d'hygiène un prix consistant en une coupe d'or de la valeur de cinq mille francs.

Ce prix, dans la pensée du roi, sera décerné par le Congrès : « A la ville, à l'autorité locale, à l'association ou au particulier qui, en améliorant les logements des classes nécessiteuses, sera parvenu à réduire de la manière la plus notable et au moins de frais la moyenne de la mortalité dans ces mêmes classes. »

La reine, de son côté, met à la disposition du prochain Congrès d'hygiène une médaille d'or. Le Congrès la décernera : « A l'institution publique ou privée, chargée de l'entretien d'orphelins, où la préservation de la vie des enfants aura atteint la moyenne la plus élevée. »

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'assurance de ma haute considération.

Le chef du cabinet du roi : Jules Delvaux.

Les délégués du gouvernement français, en n'insistant plus sur la fixation du siége futur du Congrès, prenaient par cela même l'engagement d'honneur de renouveler leur vœu au moment le plus opportun ; les Ministres auxquels ils rendaient compte de leur mission, et tout particulièrement MM. Teisserenc de Bort, de Marcère et Waddington, plus directement intéressés, voulurent bien sanctionner cette manière d'agir.

Au mois de juin 1877, M. Liouville rappela les faits que nous venons de relater à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, et lui proposa de concourir activement à la réalisation d'un congrès international d'hygiène, à Paris, en 1878. Cette société compte, en effet, parmi ses membres, la plus grande partie des hygiénistes français, dont dix membres du Comité consultatif d'hygiène et de salubrité, tous les membres de la section d'hygiène de l'Académie de médecine et l'honorable Ministre des travaux publics, M. de Freycinet.

L'idée fut acceptée avec empressement ; mais les événe-

© BIU Santé

ments politiques ne permirent pas alors d'en tenter l'exécution.

Enfin, après la constitution du ministère parlementaire, les promoteurs de l'idée se reprirent à espérer et la Société nomma une commission chargée d'étudier la question.

En présence du précédent de Bruxelles, la commission décida tout d'abord de s'assurer auprès des organisateurs du Congrès de 1876, de la réponse qu'ils croiraient devoir faire aux demandes qui leur seraient adressées. L'un de ses membres, M. Martin, se rendit alors en Belgique.

Le 7 janvier 1878, la commission se réunissait de nouveau pour entendre la lecture du rapport de M. Martin, sur sa mission. Ayant eu avec M. Vervoort, ancien président de la Chambre des représentants, président du Congrès de 1878 et M. Couvreur, député, secrétaire général du même Congrès, de longues entrevues, il pouvait, en leur nom, promettre aux organisateurs du futur Congrès de Paris, une réponse des plus favorables, dès que le patronage officiel du Gouvernement français aurait été acquis.

Alors, le bureau central de Bruxelles, chargé de ce soin, comme nous l'avons établi en commençant, ne ferait aucune difficulté de reconnaître le Congrès de Paris comme faisant suite régulière à celui de Bruxelles, lui en assurerait les bénéfices et mettrait son Comité d'exécution en rapport avec les comités précédemment formés dans les divers pays étrangers.

Obtenir le patronage du Gouvernement semblait donc le premier des actes à remplir. C'est sur la nomination des délégués devant discuter cette question avec les ministres compétents et sur le programme que ces délégués seraient priés d'exposer aux ministres, que la discussion s'engagea et elle ne cessa jamais de montrer la parfaite entente de tous les membres de la commission.

La commission possède en son sein l'un des promoteurs même du Congrès de Bruxelles. M. Laussedat a été activement mêlé à toutes les phases par lesquelles est passée l'organisation même de ce Congrès ; il a pu voir et raconter à ses collègues comment une œuvre toute d'initiative privée, puissamment aidée par le patronage officiel, présentée par le Gouvernement aux autres gouvernements étrangers, favorisée par les administrations publiques et privées, les sociétés savantes et le dévouement de quelques hommes de cœur et de tête, avait pu arriver à ce succès qui est notre guide et notre stimulant.

L'organisation du Congrès de Paris, si difficile qu'elle paraisse d'abord, serait une œuvre bien moins complexe. A Bruxelles, il avait fallu créer une Exposition et un Congrès ; nous, nous ne demandons qu'à faire coïncider notre œuvre avec l'époque de l'Exposition universelle, lui conservant une autonomie, une indépendance qui ne puissent en rien compliquer l'organisation même de cette Exposition.

Les résultats de cette œuvre d'intérêt public pourraient néanmoins en être tout aussi importants.

Un premier programme reçut l'approbation de la commission ; des délégués furent chargés de l'exposer aux ministres intéressés ; ces délégués furent :

MM. *Laussedat*, *Liouville*, *Bouchardat*, *Gubler*, *Fauvel*, *Lacassagne*, *Proust*, *Dumesnil* et *Martin*.

Ayant appris que M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce, défenseur naturel de leurs idées comme Ministre de la santé publique, avait émis tout récemment l'intention d'organiser des conférences d'hygiène, à l'occasion de l'Exposition, les délégués se félicitèrent d'entrer aussi intimement, par l'organisation même qu'ils proposaient, dans les vues de l'honorable Ministre, et ils résolurent de lui demander audience.

Reçus le 9 janvier 1878, par M. le Ministre, les délégués lui exposèrent leur programme, et reçurent l'assurance de son meilleur et précieux concours. C'est maintenant, non-seulement au corps médical, mais à tous ceux qui se passionnent pour le progrès, dans sa plus large et sa plus bienfaisante extension, qu'il appartient d'aider les premiers pionniers de cette œuvre essentiellement d'intérêt général et dont le but peut être si utile au bien-être de tous.

Il serait vraiment pénible de penser que l'Exposition de 1878, pour laquelle la France convie toutes les nations à une réunion si féconde en résultats de tous ordres, ne pût être l'occasion d'un Congrès d'hygiène, prenant place au milieu des autres Congrès déjà annoncés.

Le bureau de Bruxelles ne demande qu'à favoriser son organisation de tout le pouvoir que lui créent ses relations antérieures et la brillante réussite du Congrès de 1876, dont nous demandons à suivre la tradition.

Le gouvernement français avait pris tout au moins moralement, en 1876, devant les organisateurs officiels étrangers, l'engagement de seconder le vœu de ses délégués ; nul doute qu'il ne s'efforce de lui faire amplement honneur.

Faculté de médecine de Paris.

ANNÉE SCOLAIRE 1877-1878

La Faculté ouvrira ses cours d'été le 16 mars 1878. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Histoire naturelle. — M. Baillon : botanique médicale ; étude spéciale des plantes employées en thérapeutique. — Lundis, mercredis, vendredis, à onze heures.

Physiologie. — M. Béclard : première partie, la circulation, les sécrétions et les exhalations. Deuxième partie : Physiologie générale du système nerveux. Physiologie des organes des sens. — Lundis, mercredis, vendredis, à midi.

Anatomie pathologique. — M. Charcot : du tubercule en général et dans les principaux organes. Anatomie pathologique de l'encéphale. — Lundis, mercredis, vendredis, à deux heures.

Pathologie chirurgicale. — M. Guyon : les maladies des articulations ; maladies des articulations en général ; maladies de chaque articulation en particulier. Des luxations. — Lundis, mercredis, vendredis, à trois heures.

Médecine légale. — M. Tardieu, suppléé par M. Rigal, agrégé : Empoisonnements. Avortements. — Lundis, mercredis, vendredis, à quatre heures.

Pharmacologie. — M. Regnauld : généralités sur la pharmacologie et sur l'art de formuler. Etude spéciale des principaux types de médicaments. — Mardis, jeudis, samedis, à onze heures.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Pajot, suppléé par M. Charpentier, agrégé : des accouchements difficiles et de leurs complications (dystocie). — Mardis, jeudis, samedis, à midi.

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Vulpian : études de pathologie expérimentale de l'encéphale. — Mardis, jeudis, samedis, à deux heures.

Pathologie médicale. — M. Peter : maladies de l'appareil respiratoire (*fin :* phthisie pulmonaire). Maladie de l'appareil circulatoire (cœur et gros vaisseaux). — Mardis, jeudis, vendredis, à trois heures.

Hygiène. — M. Bouchardat : excrétions. Poisons. Ferments morbides. Parasites. Hygiène morale. — Mardis, jeudis, samedis, à quatre heures.

Thérapeutique et matière médicale. — M. Gubler : voies d'introduction et d'élimination des médicaments, etc. Les grands agents thérapeutiques. — Mardis, jeudis, samedis, à quatre heures (petit amphithéâtre.)

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de Médecine.

Du 11 au 16 mars. — 174. M. Brousse : De l'épilepsie et du traumatisme dans leurs rapports réciproques. — 175. M. Chavoise : Etude sur la thermo-trachéotome. — 176. M. Reuss : De l'ostéotomie dans la courbure rachitique des os. — 177. M. Jardon : De l'ulcère annamite ou de Cochinchine. Notes sur la dengue, tænia-solium et son traitement économique. — 178. M. Masson : Etude sur la gastro-élyhostémie. — 179. M. Bosquet : De la réunion immédiate. — 180. M. Debrade : Etude sur l'hydrocèle des sacs herniaires anciens. — 181. M. Boisson : Considérations sur la constriction des mâchoires.

Concours d'agrégation.

DEUXIÈME SÉRIE D'ÉPREUVES

Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes :

1er *mars*. MM. Robin et Régimbaud, des fièvres intermittentes pernicieuses. 2 *mars*. MM. Carrien et Looten, de l'athérome artériel. 4 *mars*. MM. Pitres et Laure, de l'hydro-pneumothorax. 5 *mars*. MM. Strauss et Maigret, de la coqueluche. 6 *mars*. M. Demonge, des embarras gastriques. 7 *mars*. MM. Homolle et Hallopeau, de la chlorose. 8 *mars*. MM. Raymond et Spillmann, de la grippe. 9 *mars*. MM. Labadie-Lagrave et Du Castel, de l'étranglement interne. 11 *mars*. MM. Joffroy et Debove, de la pachyméningite. 12 *mars*. Rathery et Teissier, de la paralysie saturnine. 13 *mars*. MM. Quinquand et Rendu, de l'embolie pulmonaire. 14 *mars*. M. Benech(?)

M. Bourceret s'est retiré. Les épreuves définitives commenceront mardi prochain.

10. Poudre médicamenteuse contre l'ozène à faire renifler plusieurs fois par jour. (*Hédénius*).

Pr. : Charbon animal		4	gr. ,,
Poudre de quinquina	aa	2	,,
Poudre de myrrhe			
Poudre de girofle		2	50

(*Revue médicale de l'Est*).

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Pinard commenceront le vendredi 15 mars, à 4 heures 1/2, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et sera divisé en quatre parties : 1° anatomie, grossesse normale et pathologique ; 2° eutocie ; 3° opérations et dystocie ;

© BIU Santé

4° exercices pratiques, diagnostic, etc. — Pour les renseignements et pour s'inscrire, s'adresser, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cours d'urologie. — Le cours d'été sur la pratique des analyses d'urine commencera le dimanche 31 mars, à 10 heures, à la Clinique, 37, rue Saint-André-des-Arts, et se continuera les dimanches suivants jusqu'au 1er juillet, — Le cours est gratuit et pour les médecins seuls. — On s'inscrit chez le professeur, M. le dr Delefosse, 16, rue Notre-Dame-de-Lorette.

Souscription pour élever un monument à Claude Bernard.

Le Progrès médical recevra toutes les souscriptions que ses lecteurs voudront bien lui adresser.

PREMIÈRE LISTE.

Le Progrès médical	100 fr.
M. le docteur Loiseau, conseiller municipal	10
M. le docteur G. Martin, conseiller municipal	5
M. le docteur Métivier, conseiller municipal	10
M. le docteur Thulié, conseiller municipal	10
Total	135 fr.

DEUXIÈME LISTE.

M. le docteur P. Dubois, conseiller municipal	5 fr.
M. le docteur Levraud, conseiller municipal	5
M. le docteur Lamouroux, conseiller municipal	5
M. le docteur Delasiauve	10
M. le docteur Clin	100
Total de la deuxième liste	125 fr.
Total de la première liste	135
Total général	260 fr.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 8 mars 1878, on a déclaré 1076 décès, savoir: Fièvre typhoïde, 12 ; rougeole, 25; scarlatine, 1 ; variole, » ; croup, 20; angine couenneuse, 38; bronchite, 74 ; pneumonie, 85 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3; choléra nostras » ; dysenterie, 1; affections puerpérales, 10; érysipèle, 3; autres affections aiguës, 257; affections chroniques, 459, dont 193 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgcales, 49; causes accidentelles, 30. — Les 1,076 décès ci-dessus donnent une proportion de 28,1 par 1,000 habitants et pour l'année.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Troisième trimestre de l'année scolaire* 1877-1878. — Inscriptions. — Consignations pour les examens de fin d'année et pour les examens de doctorat. — 1° *Inscriptions :* Le registre d'inscriptions sera ouvert le lundi 1er avril et il sera clos le mercredi 17 du même mois à quatre heures. Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de neuf heures à onze heures du matin et de une heure à quatre heures de l'après-midi. — 2° *Examens de fin d'année* : Les élèves autorisés à subir l'examen de fin d'année au mois d'avril devront consigner du vendredi 15 au samedi 23 mars, de une à quatre heures. Les consignations ne seront reçues que sur la production de la décision ministérielle qui accorde l'autorisation de subir cet examen. Aucune consignation ne sera admise passé le 23 mars. — 3° *Consignations pour les examens de doctorat* : Les consignations pour les examens de doctorat continueront à être reçues le vendredi et le samedi de chaque semaine, de une heure à quatre heures. Toutefois, conformément à la décision prise par l'Assemblée de la Faculté, les consignations pour le premier et le deuxième examens de doctorat ne seront plus recues après les dates ci-après. Pour le premier de doctorat, après le samedi 30 mars. Pour le deuxième de doctorat, après le samedi 27 avril. Il ne pourra être dérogé à ces prescriptions. Pour les autres examens, troisième, quatrième et cinquième de doctorat, les dates pour la limite des consignations seront annoncées ultérieurement par voie d'affiches.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Legs.* — M. Laverne, notaire à Paris, vient d'informer l'Académie de Médecine que, par un testament déposé en son étude, M. Adolphe Monbiane a légué à ladite Académie 1,500 francs de rente pour établir une fondation en son nom.

CONCOURS POUR LE BUREAU CENTRAL (*Médecine*). — Ce concours s'ouvrira le jeudi 21 mars, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu. — Les *candidats* inscrits sont : MM. Carrière, Chouppe, Danlos, Ducastel, Frémy, Gingeot, Hanot, Hirtz, Homolle, Huchard, Hutinel, Joffroy, Lacombe, Labadie-Lagrave, Landouzy, Landrieux, Lorey, Muzelier, Percheron, Quinquaud, Rathery, Raymond, Renault, Robin, Roques, Sanné, Schweich, Sevestre, Tenneson, Troisier. — Les *juges* sont : MM. Guibout, Millard, Oulmont, Hervieux, Desnos, Delpech, Archambault, Guéniot, Ledentu, Gallard.

SOCIÉTÉ DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Le banquet annuel de la Société médicale des bureaux de bienfaisance aura lieu le mardi, 26 mars, à 8 heures du soir, dans les salons de Véfour, rue Beaujolais, 17 (Palais-Royal), sous la présidence de M. le docteur Baudouin. Les médecins titulaires et adjoints des bureaux de bienfaisance de Paris sont invités à y assister. Le prix de la cotisation est de 15 fr. On s'inscrit jusqu'au 22 de ce mois chez MM. Baudouin, 54, faubourg Poissonnière ; Bonnefoy, 28 *bis*, boulevard Mazas ; Courtaux, 74, rue d'Amsterdam ; H. Labarraque, 35, boulevard de Strasbourg ; Le Coin, 15, rue Guénégaud ; Passant, 39, rue de Grenelle; Paul Richard, 194, rue de Rivoli.

NÉCROLOGIE. — M. MICHEL, docteur en médecine, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin du bureau de bienfaisance de Fontenay-aux-Roses, est décédé mercredi dernier à l'âge de 46 ans. Les habitants de la commune de Fontenay et des différentes communes de l'arrondissement où M. Michel avait su conquérir les sympathies de tous, ont tenu à donner à cet homme de bien un dernier témoignage d'estime en se réunissant pour l'accompagner à sa dernière demeure. — (*Courrier de la Seine*).

— On annonce la mort de M. le Dr Alfred DONNÉ, recteur honoraire des Académies de Strasbourg et de Montpellier, inspecteur général honoraire des Facultés et Ecoles de médecine, etc. M. Donné s'occupa surtout de recherches scientifiques. L'un des premiers en France, il s'occupa d'études histologiques. On lui doit un cours de microscopie, différents ouvrages sur le lait et l'allaitement, etc. Il a rédigé pendant longtemps le feuilleton scientifique du *Journal des Débats*.

La *Revue médicale de l'Est* annonce la mort de M. E. Bourcelot, externe des hôpitaux de Nancy. Il a succombé aux suites d'une fièvre typhoïde, contractée dans son service.

EN VENTE **aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL,**
De midi à cinq heures.

DIAGRAMMES pour reporter, au moment de l'autopsie, les *lésions cérébro-spinales,* par E. C. Séguin. Prix, la feuille : 0 fr. 10 c.

SCHÉMAS pour représenter à l'autopsie les lésions cérébro-spinales. Extrait des *Localisations cérébrales* de M. le Dr Charcot. Paris 1878. Une feuille carrée contenant 13 figures, avec légendes explicatives. Prix : 20 centimes.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'École-de-Médecine.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J. H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Les numéros de *janvier*, *février* et *mars* sont parus. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. LE BLOND. Les numéros de *janvier*, *février* et *mars* sont parus : Un an : Paris, 18 fr., Départements, 20 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Beaujon. Service de M. MOUTARD-MARTIN. Salle Saint-François : 7, hydro-pneumothorax; 10, pleurésie purulente; 11, tumeur cérébrale; 15, éclampsie albuminurique; 17, pleuro-pneumonie double; 18, péricardite, compression de la veine cave supérieure; 24, polyurie. — Salle Sainte-Claire: 14, phthisie laryngée; 15, pneumonie caséeuse; 20, tic douloureux; 25, pleurésie diaphragmatique; 39, pleurésie purulente, emphysème.

Service de M. GUBLER. Salle Saint-Louis : 1, cirrhose hépatique; 6, insuffisance mitrale traitée par le bromhydrate de caféine; 19, pneumothorax; 23, néphrite albumineuse. — Salle Sainte-Marthe : 6, pleurésie, goître vasculaire; 11, péritonite suppurée de la cavité de Retzius, ouverture par l'ombilic; 12, rétrécissement mitral; 18, occlusion intestinale.

Service de M. MILLARD. Salle Beaujon : 1, pneumonie; 3, péritonite chronique; 10, péritonite chronique; 12, tuberculose de la langue; 13, paralysie saturnine. — Salle Sainte-Monique : 2, abcès périnéphrétique; 6, rhumatisme chronique; 13, cirrhose biliaire; 15, mal sous-occipital.

Service de M. LEFORT. Salle Sainte-Clotilde : 15, tumeur de l'ovaire; 18, hygroma du genou; 33, kyste du foie; 37, mal de Pott, abcès iliaque. — Salle Saint-Félix; 16, fracture du crâne, paralysie faciale; 24, paraplégie dans le cours d'une suppuration prolongée; 16, fracture du crâne, paralysie faciale.

Service de M. TILLAUX. Salle Sainte-Agathe : 3, abcès froid du cou; 10, kyste ovarien; 8, fistule vésico-vaginale. — Salle Saint-Edmond : 40, rétrécissement de l'urèthre; 50, mal perforant.

Hôpital Cochin. — *Médecine.* Service de M. BUCQUOY. Visite à 8 h. 1/2. Clinique les mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. Salle Saint-Jean (F.): 3, ulcérations syphilitiques du voile du palais et du pharynx; 6, 13, rhumatisme articulaire aigu; 8, rechute de fièvre typhoïde; 9, 11, asystolie; 10, hystérie; 14, kyste de la rate; 15, 17, pleurésie; 20, albuminurie; 21, péritonite chronique; 22, ulcère de l'estomac; 24, insuffisance mitrale ;25, 15 *bis*, aortite,

© BIU Santé

angine de poitrine. — Salle Saint-Philippe (H.): 1, ataxie; 2, convalescence de scarlatine, accidents urémiques; 3, 8, pneumonie; 5, rhumatisme; 7, pleurésie; 10, cirrhose, 11, fièvre typhoïde; 13, angine phlegmoneuse; 14, urémie; 15, cancer de l'estomac; 19, lésion aortique. — Salle Sainte-Marie (H.): 4, pleurésie; 7, sarcome du sternum; 10, rhumatisme articulaire aigu; 11, paralysie agitante.

Chirurgie. Service de M. Despès. Visite et consultations tous les jour. Cliniques les mercredi et samedi, à 9 h. 1/2. Spéculum le mardi. Baraque I (H.): 6, calcul de la prostate; 30, epithelioma du gland, amputation de la verge; 36, adénite du cou, suppurée. — Baraque III : 10, epididymite blennorrhagique; 11, amputation sous-astragalienne; 18, nécrose d'un métacarpien (syphilis). — Salle Saint-Jacques : 6, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus; 11, périostite de l'os iliaque; 18, hypertrophie de la prostate; 19, amputation de la jambe; 22, fracture du cubitus au tiers supérieur, luxation du radius; 24, orchite à bascule. — Salle Cochin (F.): 2, chute de l'utérus, cystocèle; 5, kyste kydatique du foie; 7, abcès de la glande vulvo-vaginale, adénite, fistule rectale; 9, otite moyenne avec perforation du tympan; 26, rétrécissement du col de l'utérus, débridement.

Hôpital Saint-Louis. Service de M. Ernest Besnier. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe, le lundi. Clinique : salles Saint-Léon et Saint-Thomas, le mercredi.

Hôpital Sainte-Eugénie. Service de M. Cadet de Gassicourt. Salle Saint-Joseph (G.): 4, bronchite; 5, rougeole, arthrite; 6, rougeole; 7, pleurésie purulente, ponctions; 9, varicelle; 18, pneumonie franche; 20, purpura hemorrhagica; 21, pleurésie sèche; 23, rhumatisme, endocardite; 24, 25, 26, chorées avec endocardites; 25 *bis*, mal de Pott; 26 *bis*, croup opéré; 28, croup opéré, pleurésie.

Service de M. Bergeron. (G.): 1, coqueluche; 5, fièvre typhoïde avec pneumonie double; 6, pleurésie droite; 7, pleurésie purulente, empyème; 8, diphthérie, trachéotomie; 15, fièvre typhoïde; 22, stomatite aphtheuse; 23, tuberculose, kyste hydatique; 25, rougeole; 27, vomique pleurale; 29, leucocytémie splénique, 30, péritonite circonscrite; 25 *bis*, arthrite cruciale, pachiméningite, angine diphthérique. — (F.): 2, affection organique du cœur; 6, kyste du foie, ascite consécutive; 8, fièvre typhoïde; 9, gangrène des extrémités; 14, bronchite capillaire; 15, coqueluche; 16, fièvre typhoïde; 19, pleuro-pneumonie; 26, chorée; 23, *bis*, 24, 15, scarlatine; 27, scarlatine et rouge subintrante.

Service de M. Tarnoulet. Salle Saint-Joseph (G.) : 4,bronchite ; 6, rougeole-arthrite; 6, rougeole; 7, pleurésie purulente ponctionnée; 9, varicelles; 18, pneumonie franche; 20, purpura hémorrhagique; 21, pleurésie sèche; 23, rhumatisme, endocardite; 24, 25, 26, chorées, endocardites; 25, mal de Pott; 26 *bis*, 28, croup opéré, pleurésie. — Salle Sainte-Marguerite (F.): 3, pleurésie tuberculeuse droite; 5, bronchite chronique, emphysème; 8, chorée; 10, insuffisance aortique, érysipèle pneumonique; 11, tuberculose généralisée; 12, pharyngite striduleuse chronique; 15, rhumatisme articulaire subaigu: 16, ictères avec accidents cérébraux; 17, contracture hystérique de la main gauche; 19, fièvre typhoïde; 23, paralysie faciale à frigore. — Salle Sainte-Rosalie : angines diphthériformes et croup.

Hôpital Lariboisière. — *Médecine.* Service de M. Jaccoud. Consultation le mercredi. — Salle Saint-Gérôme: 1, épanchement pleurétique purulent cloisonné ; 2, entérite tuberculeuse ; 10, leucocythémie ; 16, zona ; 19, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Claire : 1, dothienenterie ; 2, péritonite puerperale ; 6, diabète ; 18, néphrite parenchymateuse ; 22, myélite transverse ; 32, rhumatisme blennorrhagique.

Service de M. Siredey. Consultation externe le lundi. Spéculum le mercredi et le samedi. — Salle Sainte-Anne : Accouchements. — Salle Sainte-Marthe (*bis*): nourrices : 3, pleuro-pneumonie double post-puerpérale. — Salle Sainte-Geneviève : 1, 2, 19, 19 *bis*, 17, 26, pelvi-péritonite ; 9, rétrécissement mitral ; 12, athérome, insuffisance et rétrécissement aortique ; 27, myélo-néphrite calculeuse suppurée ; 28, hémianesthésie hystérique ; 6, chorée hystérique ; 29, 30, phlegmons périutérins. — Salle Saint-Augustin (*bis*) : 11 *bis*, paralysie des extenseurs doubles, cause inconnue; 12, 13, rhumatisme blennorrhagique ; 15, stomatite mercurielle professionnelle ; 20,cancer du pylore ; 21 *bis*, 30, anémie hémorrhoïdaire ; 23, encéphalopathie saturnine ; 26, osteomalacie.

Service de M. Ferrol. Consultation externe le vendredi. Spéculum le mardi. — Salle Saint-Vincent-de-Paul : 3, rougeole ; 8, rhumatisme articulaire aigu ; 14, insuffisance tricuspide, emphysème et bronchite ; 15 *bis*, atrophie musculaire progressive ; 18, ramollissement cérébral, thromboses ; 21, pleurésie double ; 31, maladie d'Addison. — Salle Sainte-Joséphine : 1, hématocèle rétro-utérine ; 2, pleurésie gauche avec épanchement ; 4, pleurésie double avec épanchement ; 7, rétention du placenta, septicémie ; 13, lithiase biliaire ; 20, phlegmon suppuré de la fosse iliaque droite ; 27, affection cardiaque mitrale et aortique.

Service de M. Raynaud. Consultation externe le mardi, consultation externe des maladies du larynx tous les matins sauf le mercredi. — Salle Saint-Landry : 9, cirrhose hypertrophique ; 11, rétention biliaire ; 15, aphasie ; 23, angine de poitrine. — Salle Sainte-Mathilde ; 8, lithiase biliaire ; 16, paralysie agitante ; 18, empoisonnement par le phosphore ; 28, ulcère simple de l'estomac.

Service de M. Proust. Consultation externe le jeudi. — Salle Saint-Charles ; 1, tremblement localisé au membre inférieur droit chez une syphilitique ; 8, periartérite syphilitique ; 13, tumeur cérébrale, carcinome de l'estomac ; 29, 31, anévrysmes de l'aorte traités par l'électro-puncture. — Salle Sainte-Marie : 3, pleuro-pneumonie ; 12, pachy-méningite cervicale ; 13, fausse-couche, retention du placenta ; 19, rétrécissement et insuffisance mitrale ; 23, névralgie faciale ; 29, tumeur cérébrale monoplégie brachiale gauche.

Service de M. Ollivier. Consultation externe le samedi. — Salle Saint-Charles : 1 *bis*, iritis syphilitique ; 4, goutte saturnine ; 5 œdème de la glotte ; 16, diarrhée de Cochinchine ; 19, sciatique ; 30, nevrosmes généralisés. — Salle Sainte-Elisabeth ; 2, chorée hystero-rhumatismale, endocardite ; 7, péritonite tuberculeuse ; 16, ulcère rond de l'estomac ; 20, néphrite parenchymateuse ; 34, phlegmon du ligament large.

Chirurgie. Service de M. Panas. Consultation externe lundi, mercredi, vendredi ; leçons sur les maladies des yeux et opérations lundi et jeudi, salle Helmholtz. Leçon clinique et opérations le samedi à l'amphithéâtre. — Salle Saint-Honoré : 1, fracture du pubis ; 8, fracture du col du fémur traitée par l'extension parallèle ; 16, fracture du crâne paralysé du moteur oculaire externe, aphasie temporaire ; 23, fracture des os du nez de la lame verticale de l'ethmoïde et de la lame criblée ; 34, hydarthrose chronique dégé-

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans constipation et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, anémie, chlorose, diabète*, etc.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de migraine venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre de diluer la créosote, ce qui est une condition essentielle de ses succès dans la phthisie. Grâce à sa solubilité le titre de cette préparation a pu être élevé à 0 gr. 20 par cuillerée. Cette dose, délayée dans un verre d'eau rougie, lui donne la saveur d'un vin coupé d'eau de goudron un peu forte et se prend sans plus de difficulté.

Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Pullna (Bohême). La plus ancienne et la meilleure Eau minérale naturelle purgative et altérante connue. (*Apéritive, Dérivative, Digestive, Tempérante, Antiphlogistique, Antiapoplectique*). — Douce et bienfaisante par excellence et presque insipide. Vente et détail partout. Chauffer la valeur d'un verre à vin ordinaire. — Aux enfants une cuillerée coupée de lait. — Prendre à jeûn et aussi avant le coucher. — Exempte des coliques et des Troubles intestinaux — Diète peu scrupuleuse. — Contrôle originaire : Chaque cruchon de provenance unique porte exclusivement la marque registrée : **Pullnaer Bitterwasser. Gemeinde Pullna,** et sa capsule conformement : **Pullnaer-Gemeinde-Bitterwasser.** — Le directeur général des Eaux minérales naturelles amères de Pullna, Antoine ULBRICH, fils du fondateur.

SOLUTION COIRRE
AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE de CHAUX
Gros- 79, r. du Cherche-Midi ; Détail : 97, r. de Rennes et dans les pharmacies.
SIROP ET VIN
Pour les personnes qui ne doivent pas en faire un long usage.

Du Tubercule du Testicule et de l'Orchite tuberculeuse, par le Dr Reclus. — In-8° de 208 pages, avec 5 planches. Prix : 5 fr.; pour les abonnés du *Progrès*, 4 fr. (franco).

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie et l'Hystérie, compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, de 1872 à 1875, par Bourneville. — Vol. in-8° de 200 pages, avec 8 figures dans le texte et trois planches. Prix : 4 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 3 fr.

Recherches anatomiques sur les aponévroses abdominales, par le Dr F. Poncet. Paris, 1877. In-8 de 16 pages, avec figures. — Aux bureaux du *Progrès Médical*.

De la Psoïte traumatique, par G. Marcano, in-8 de 160 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés, 2 fr.

© BIU Santé

nérant en tumeur blanche ; 35, fracture du péroné. — Salle Saint-Ferdinand : 2, fracture de cuisse compliquée ; 6, fracture du larynx, trachéotomie ; 15, hygroma suppuré ; 24, fracture du maxillaire inférieur ; 32, fracture de jambe compliquée ; 34, épanchement traumatique de sérosité de la région fessière.

Service de M. Labbé. Consultation externe mardi, jeudi, samedi. Opérations le mardi. Spéculum le vendredi. — Salle Sainte-Jeanne : 2, adénophlegmon sous-maxillaire ; 5, arthrite sèche de l'épaule ; 8, amputation de cuisse ; 11, arthralgie médio-tarsienne ; 12, fistule vésico-vaginale ; 14, kyste des grandes lèvres ; 15, kystes des petites lèvres opérés ; 20, corps fibreux utérin sous-péritonaux ; 21, cancer du sein ; 23, amputation d'avant-bras ; 25, mal de Pott cervical ; 26, fibrome du sein opéré ; 27, tumeur blanche du coude.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles, Imp. Cerf et fils, 59, rue Duplessis.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

VIANDE CRUE ET ALCOOL

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Prescrit tous les jours avec succès, dans les **Maladies consomptives, Phthisie, Diarrhée chroniques**, le **Rachitisme**, l'**Anémie**, la **Scrofule**, l'**Albuminurie** : très-utile dans les convalescences, l'épuisement. — Prix du flacon : 3 fr. 50. — Détail : Pharmacie, 82, rue de Rambuteau ; — Gros : E. Duriez, pharmacien, 8, rue Neuve-Saint-Augustin, à Paris.

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE — ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. — PILULES 20 cent. p. pilule.

FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — Paris.

Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

ACIDE SALICYLIQUE BREVET KOLBE

SEULS CONCESSIONNAIRES, SEULS FABRICANTS

SCHLUMBERGER & CERCHEL, 26, rue Bergère, PARIS.

MÉDICAMENTS Salicylés PRÉPARÉS

Rhumatismes..... **SALICYLATE de SOUDE** dosé à 50 c°.

Goutte, Gravelle. **SALICYLATE de LITHINE**, pil. 10

SALICYLATE DE QUININE, paquets..... 10

ACIDE SALICYLIQUE MÉDICINAL, pilules..... 10

RHUME. Affections de la Gorge, PASTILLES SALICYLÉES.

VIN Tonique SALICYLÉ. — Ouate, Glycérine SALICYLÉES.

Par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, r. du Faubourg-Montmartre, 21, PARIS.

Capsulines aromatiques

AU GOUDRON

Ont l'avantage d'offrir, sous forme et saveur agréables, les principes actifs du Goudron et du Baume de Tolu réunis.

A. DÉBONNAIRE, rue du Faubourg-Saint-Honoré, 20

Et principales pharmacies

GLACE NUTRITIVE IMODA

TONIQUE, ALIMENTAIRE.—1 FR. ET 1 FR. 50

Contient la moitié de son poids de viande crue de choix. Nouveau mode d'alimentation convenant à tous malades, convalescents et affaiblis ; saveur exquise et variée neutralisant tout goût de viande pour les plus difficiles.

IMODA, *glacier, rue Royale, 5*

Dragées Meynet d'Extrait de foie de morue, au *metallum album*. **ASO3** 1 milligramme par pilule. Association de l'acide arsénieux à la propylamine.

Préparation très-efficace, mieux tolérée que les arsénicaux en général. Ne se délivre que sur ordonnance Notice, échantillon, envoi gratis.

Paris, pharmacie MEYNET, 31, rue d'Amsterdam, et princ. pharm.

ROYAT

EMS FRANÇAIS

L'action tonique et résolutive des Eaux de Royat est surtout efficace contre : *anémie, chlorose, débilité* ou *faiblesse générale, dyspepsies, bronchites, laryngites, diabète, gravelle urique, rhumatisme, goutte, maladies cutanées*, etc.

LA BOURBOULE

GRANDE SOURCE

PERRIÈRE

(PROPRIÉTÉ COMMUNALE)

Les autres sources arsénicales de la Bourboule, toutes moins minéralisées, permettront aux médecins de varier leurs prescriptions sur place, mais c'est la **GRANDE SOURCE PERRIÈRE** qui devra toujours être préférée pour le traitement à domicile.

Guérison radicale : *scrofules, lymphatisme, syphilis tertiaires, maladies de la peau, des os, de la poitrine, fièvres intermittentes, anémie, diabète, névralgies diverses, nécroses, maladies de l'utérus*, etc.

Vacances médicales. — On demande un docteur ou un **étudiant**, ayant passé ses examens, pour donner des soins à une famille habitant la campagne.

S'adresser chez M. Delesalle, naturaliste, 67, rue des Saints-Pères.

Un docteur en médecine est demandé de suite pour desservir un bon poste médical dans un pays riche, à quatre heures de Paris. S'adresser, à M. Pélisse, pharmacien, 49, rue des Ecoles.

AVIS A MM. LES ÉTUDIANTS

Une remise importante est toujours continuée à la Pharmacie PENNÈS et PÉLISSE, rue des Écoles, 49, Paris. (*Prière de montrer sa carte pour éviter les questions*).

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)

Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.

LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

Affections de la Poitrine & des Bronches

MALADIES DE LA PEAU

SULFUREUX POUILLET

(POUDRE SULFUREUSE)

SEUL PRODUIT APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Admis dans les Hôpitaux Civils, adopté par les Hôpitaux Militaires

Pour la préparation instantanée des Eaux Minérales Sulfureuses pour boisson et Bains sulfureux dits de Barèges.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50

Le Flacon — pour 1 bain. . . . 1 »

Six flacons — . . . . 5 »

Pharmacie CASSAN, 86, Rue du Bac, Paris.



THERMO-FILTRE

Pour rendre instantanément potable et fraîche l'eau de rivière.

INDISPENSABLE AUX CHASSEURS & AUX COLONS

On l'expédie franco dans toute la France contre la remise préalable de 3 fr. en timb.-poste

TOSELLI, 196, [illegible] Lafayette, Paris.

VÉSICATOIRE L. ROUVIÈRE

Argocystique et Indolore

(EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN)

1re MÉDAILLE EXPOSITION PARIS.

Attestations des médecins en chef des Hôpitaux

Employé dans les *Hôpitaux* et ordonné par tous les médecins après essai.—**Agit sûrement.**—Pas Camphré.—**Jamais de cystite.**

Trois formes : 1° **Vésicatoire indolore**, la boîte.... 1f 50

2° — **instantané**, la boîte.. 1f 50

3° **Toile Vésicante**, le mètre..... 2f »

Paris : **Pharmacie centrale**, 7, rue de Jouy et ses succursales. — **A. Hugot**, rue Vieille-du-Temple, 19 et principales drogueries.

Vente en gros : L. ROUVIÈRE, pharmacien, à Nîmes (Gard).

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 12. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 23 MARS 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Staphylorrhaphie et uranoplastie;

Leçon recueillie par le Dr A. CARTAZ.

Messieurs,

Je vous engageais, en passant tout à l'heure dans la salle Sainte-Rose, à bien observer la jeune malade qui occupe le lit n° 2; je dois l'opérer dans quelques jours et il est essentiel, pour bien vous rendre compte et de l'opération et de ses résultats, que vous ayez vu et étudié attentivement la difformité à laquelle je me propose de remédier. J'avais déjà vu cette jeune personne l'année dernière, et à ce moment je l'avais engagée à tenter une restauration qui me paraissait assurée de succès; des circonstances particulières lui ont fait différer jusqu'à ce jour l'opération que j'avais conseillée.

La malade est, je le dis tout de suite, dans de très-bonnes conditions. C'est une belle fille de dix-huit ans, robuste, bien portante, d'un type fortement accentué (race juive), qui présente à la voûte palatine une large fente médiane. On reconnaît, en l'examinant, que la lèvre et l'arcade alvéolaire sont bien conformées, que la partie antérieure de la voûte palatine est bien arrondie, bien nette, mais que toute sa partie postérieure, y compris le voile du palais, est largement fendue. La division commence à 2 centimètres 1/2 du bord alvéolaire pour s'élargir rapidement et former un vaste hiatus; je vous ai fait remarquer que les deux bords épaissis et fermes du voile du palais présentaient les traces de la division de la luette. Vous avez vu, en effet, de chaque côté une espèce de petite languette qui, réunie à celle du côté opposé, forme exactement l'appendice uvulaire.

L'année dernière j'ai opéré trois malades, dont deux dans des conditions à peu près analogues à celles de notre jeune fille et qui ont tous les deux guéri, mais avec un résultat un peu différent. Le troisième présentait une division de l'arcade alvéolaire avec une grande fente médiane; j'ai tenté l'opération en empruntant, d'après le procédé de Lannelongue, un lambeau à la muqueuse des fosses nasales; j'ai eu un certain résultat plastique, mais le lambeau s'est rétracté et au bout d'un mois il ne restait qu'un petit pont. Je vous dirai tout à l'heure la cause de cet insuccès. Ces quatre malades, que plusieurs d'entre vous ont pu voir et suivre dans mon service, me permettront de vous esquisser à grands traits les indications fondamentales de l'opération et de vous donner à ce sujet quelques conseils pratiques.

La staphylorrhaphie est de date récente et, sans approfondir ici la question historique, on peut dire que Roux en fut le principal promoteur; avant lui, les chirurgiens n'abordaient cette opération qu'avec défiance. Les succès qu'il obtint, malgré l'imperfection des procédés et de l'appareil instrumental, entraînèrent les convictions et la staphylorrhaphie entra dans la pratique courante. La palatoplastie fut vulgarisée par Baizeau et Langenbeck; je ne veux pas discuter devant vous auquel de ces deux chirurgiens appartient, en réalité, la priorité de la découverte: tous deux ont eu l'idée excellente de faire des anaplasties, d'obturer la fente anormale au moyen d'un transport de lambeaux. Depuis, les procédés ont varié, mais la donnée est restée la même.

Au moment où ces opérations se généralisèrent, il se produisit dans une autre branche de la chirurgie une lutte contre la restauration de ces difformités; la prothèse buccale essaya d'y remédier de son côté et à partir de ce moment, qui ne remonte pas au-delà d'une vingtaine d'années, les chirurgiens furent un peu divisés : on se demanda s'il y avait lieu d'opérer ou bien d'obturer artificiellement les divisions palatines. Disons-le tout de suite, cette hésitation est plus naturelle qu'il ne vous semblera au premier abord; les moyens de décider la question ne sont pas, en effet, aussi simples qu'on pourrait l'imaginer.

Je ne veux pas traiter dans cette leçon toute cette grosse question de clinique et thérapeutique, mais je m'efforcerai de vous en indiquer les principes généraux. Il faut dire qu'il y a des cas variés, intermédiaires entre la fissure simple et les larges fentes; ces variétés ont leurs analogues dans les différentes formes de becs de lièvre simples ou compliqués. Or, c'est sur cette distinction en apparence grossière que repose toute la *difficulté*. J'écarte tout de suite, pour n'avoir pas à y revenir, les cas, fréquents du reste, où à la fente palatine s'ajoute un bec de lièvre; il est de règle d'opérer le bec de lièvre de bonne heure; c'est le meilleur moyen de rapprocher les arcades alvéolaires qui finissent par s'accoler et permettent d'entreprendre une restauration impossible tout d'abord ou tout au moins fort aventureuse. Au printemps prochain, je dois pratiquer l'uranoplastie sur un enfant de dix ans, qui depuis longtemps est opéré de son bec de lièvre.

Je dis donc qu'il y a des distinctions anatomiques; jugeons-les tout d'abord. Quand il y a division de l'arcade alvéolaire, on peut assurément tenter une restauration, mais avec peu de chance de succès. Cette division entraîne, en effet, un trou que l'on ne peut combler; il y a pénétration des aliments et de la salive, sifflements; les résultats, si beaux qu'ils soient, sont incomplets. Pour ces malades, je conseillerais l'appareil prothétique; si l'on s'entête à essayer d'un procédé chirurgical, on risque en effet de laisser une lacune bien plus vaste.

Inversement, quand il y a simple division de la voûte et du voile, et que l'arcade est ou bien conformée ou très-rapprochée, que faut-il faire? D'une manière générale, on peut répondre qu'il faut tenter l'anaplastie; car on peut avoir l'espoir légitime d'une réunion complète et d'une bonne guérison. Mais ici se présente un point préjudiciel fort important, je veux parler du degré de perfection ou d'imperfection de la phonation; à mon avis, c'est là une question capitale d'indications et de pronostic sur laquelle je vais m'appesantir un peu.

Des chirurgiens avaient remarqué que les individus atteints de grandes divisions semblaient parler mieux que d'autres atteints de petites perforations; ils avaient retrouvé ces différences encore égales après l'opération. Le fait est réel, mais comment l'expliquer? Je vous engage à faire parler notre jeune malade; vous pourrez vous convaincre qu'elle parle remarquablement, eu égard, bien entendu, à sa difformité. Quand elle parle vite, elle escamote certaines syllabes; mais, en réalité, les prononciations les plus difficiles : *k*, *ch*, *gn*, sont bien entendues. Par contre, si vous vous souvenez de mon premier opéré de l'an passé, pour une difformité sensiblement moindre, la phonation était de beaucoup moins parfaite.

Quelle est la cause de cette différence? Voici l'explication que j'en ai donnée : je vous demande pardon de ne pas vous citer tous les faits sur lesquels s'appuie mon opinion; je les ai exposés autrefois et encore récemment (1877), à la Société de chirurgie, et je prie ceux d'entre vous que la question pourrait intéresser de vouloir bien se reporter pour les détails à la discussion qui eut lieu, lors de ma communication, au sein de cette Compagnie.

Tout individu qui, atteint d'une division, a une voûte palatine longue parle bien; tout sujet chez lequel la voûte

© BIU Santé

est courte parle mal, prononce avec peine et nasonne beaucoup. Ce n'est pas une simple hypothèse, c'est un fait d'observation; j'ai montré à mes collègues de la Société de chirurgie une famille où la division palatine était héréditaire. Le père n'avait aucune fente palatine; mais la voûte palatine était courte, à forme pointue, et cet homme nasonnait, parlait comme s'il eût été atteint de perforation. Chez les enfants, le vice de conformation s'était transmis à un degré plus avancé et il existait une fente palatine.

Certains sujets atteints de grandes divisions parlent mieux que d'autres porteurs de moindres difformités : c'est que les derniers parlent comme nous, par le même mécanisme; mais comme il leur manque une clef, une branche de leur instrument phonateur, ils ne peuvent pas prononcer et fermer l'orifice postérieur des fosses nasales; de là, leur vice de prononciation. Chez les premiers, au contraire, la largeur de la fente les oblige instinctivement à se servir d'un autre mécanisme que nous; ils ne cherchent pas à prononcer, ils élident les lettres qu'ils ne peuvent pas articuler.

Il faut donc vous défier des sujets qui parlent mal avant l'opération; car votre opération, si bien ordonnée et si bien exécutée qu'elle soit, ne pourra donner à la voûte palatine la longueur qui lui fait défaut. Aujourd'hui, on comprend comment le jeune médecin anglais, opéré par Roux, put venir lire lui-même à l'Institut le récit de sa propre opération neuf jours après; le sujet était bien conformé. Roux ne connaissait pas ce côté de la question, et il aurait pu avoir une déception avec un malade bien opéré, bien guéri, mais qui n'aurait pu parler que médiocrement. C'est ce qui vous explique que des chirurgiens, désespérés du peu de résultats de l'uranoplastie, n'en voulaient plus entendre parler.

De ces faits découle la proposition suivante : quand vous aurez des malades dont l'arcade alvéolaire sera intacte, qui parleront bien, ayez confiance, vous aurez un succès; en dehors de ces conditions, vous pourrez guérir vos malades de leur difformité, mais vous ne gagnerez rien au point de vue de la phonation. Permettez-moi de vous citer un fait qui me revient à la mémoire : une jeune demoiselle de vingt et un ans vint me consulter; elle avait une grande envie de se marier, et elle cherchait tous les moyens de remédier à un nasonnement très-prononcé, résultat d'une perforation palatine. Cette malade avait été opérée; l'opération avait réussi, mais le défaut de phonation n'avait pas changé. Je me demandai s'il ne fallait pas détruire ce qui avait été fait et appliquer un appareil de prothèse; je n'osai pas cependant prendre ce parti; comme la voûte palatine était longue et que je ne pouvais rien faire de mieux, je donnai le conseil de prendre des leçons de phonétique; mon conseil fut suivi avec ardeur et, au bout de quelque temps, cette jeune fille avait acquis une modification profonde et des plus avantageuses.

Ajoutez, Messieurs, à ces considérations que la comparaison entre la prothèse et l'opération ne peut pas s'établir sur des données équivalentes; si nous pouvions dire comme les mathématiciens : « toutes choses égales d'ailleurs, » les conditions seraient simples pour se prononcer ; malheureusement elles ne se présentent point ainsi. Il y a des cas où certainement la chirurgie est impuissante, mais il ne faut pas croire non plus que pour tous ces cas la prothèse puisse être entreprise, c'est notre ressource ultime; mais sachez bien que les appareils les mieux confectionnés, les plus ingénieux ont des inconvénients; tous, plus ou moins, prennent leurs points d'appui sur l'arcade dentaire; cette pression continue abime les dents, en entraîne la ruine dans un délai quelconque. J'ai vu plus d'un malade qui préférait subir les inconvénients de la perforation à ceux d'un appareil.

Plusieurs chirurgiens, Sédillot, entre autres, ont soutenu que le mauvais langage, les vices de phonation tenaient à ce que l'on opérait trop tardivement; conséquent avec sa théorie, l'éminent chirurgien avait cherché à abaisser l'âge de l'opération. Ceci me conduit à vous élucider ce point particulier. Il ne faut pas dire: à quel âge faut-il opérer? la question, ainsi posée, est insoluble. Au point de vue de l'âge, il y a deux sortes de cas bien distincts, deux catégories à faire : les parents, la nourrice s'aperçoivent qu'un enfant nouveau-né ne peut téter; un chirurgien est consulté et constate une fente palatine; ou bien l'enfant prend le sein tant bien que mal et la fissure ne se reconnaît qu'au bout d'un certain temps, ceci constitue la catégorie des enfants du jeune âge. Une autre catégorie comprend les grands enfants, les adolescents, depuis l'âge de quatre à cinq ans jusqu'à vingt ans, chez lesquels, pour une raison ou pour une autre, on a laissé subsister tard la difformité.

Disons-le tout de suite, ce n'est pas l'opération sur des sujets plus ou moins âgés qui fait la différence au point de vue phonétique, j'en trouve la raison dans d'autres circonstances ; mais, en dehors de toute influence sur les résultats, la question d'opportunité d'opérer à tel ou tel âge est importante à élucider. Avec le chloroforme et le baillon, on a réalisé deux grands progrès, et on a pu opérer dans le tout jeune âge; c'est ainsi qu'on a pratiqué l'uranoplastie sur des enfants de quatre mois ; on a même publié un succès sur un enfant de deux mois ; mais cet âge est trop jeune, les enfants meurent fréquemment. Après la première année, c'est-à-dire après l'allaitement, après la vie difficile des premiers jours, les opérations acquièrent plus de sécurité et plus de certitude. Il ne faut pas oublier cependant que l'enfant atteint d'une division du palais est menacé dans son existence par cette seule infirmité ; mais peut-on corriger dès le début cette infirmité ? Non, Messieurs ; car aux chances déjà si considérables de mortalité du premier âge, vous ajoutez les chances d'une opération grave, dangereuse et plus compromettante pour la vie que la perforation elle-même. Les chances de vie croissent avec l'éloignement du jour de la naissance. Considérez donc l'uranoplastie chez les enfants du premier âge comme une opération de nécessité; les indications de son application hâtive se tireront de l'avantage qu'il y a de donner à l'enfant un allaitement plus parfait, plus facile.

Dès que vous aurez franchi un certain âge, dix mois, deux ans, vous augmentez dans de grandes proportions les bonnes chances de succès. Dans une opération de ce genre, on vise plusieurs points : réparer l'aspect extérieur de la face, restituer du mieux qu'on pourra les fonctions de déglutition et de phonation. Cette dernière est la plus délicate, la plus difficile à rétablir; aussi l'âge où l'enfant, l'adolescent, peut saisir avec intelligence l'intérêt d'un apprentissage vocal, avant et après, est-il le meilleur pour opérer. Sur mes trois malades de l'an dernier, j'ai eu deux succès; le troisième avait une division totale, y compris l'arcade alvéolaire ; je n'ai pas réussi. Pour ces deux opérés guéris, l'un était un petit garçon courageux, parlant français, mais peu intelligent au point de vue de la phonation; le résultat de mon intervention n'a été réellement efficace que pour rendre la déglutition facile et commode. Cependant, il ne faut pas désespérer d'une façon absolue de ces enfants qui ont une voûte suffisante et qui, malgré une anaplastie convenable, continuent à parler mal ; quand ils atteignent l'âge de vingt ans, la coquetterie et des nécessités de position sociale les amènent, par la force de volonté et par un travail assidu, à améliorer considérablement l'articulation des sons.

Le deuxième opéré était un jeune homme de seize ans qui ne parlait que le portugais ; je l'opère; le succès est bon; je l'engage à prendre des leçons de français, et depuis quelques mois qu'il s'exerce ainsi, qu'il a entrepris cette éducation, il a gagné étonnamment; vous avez pu en juger vous-même en le faisant parler ce matin ; il y a entre ces deux opérés une énorme différence. Notre jeune fille parle assez bien; en admettant que nous réussissions, peut-être n'y aura-t-il pas, dès le premier moment, d'amélioration marquée du côté de la phonation, mais qu'elle s'exerce et, en six mois, un an, la transformation sera notable.

En résumé, au point de vue du pronostic phonétique, il faut s'appuyer sur les données anatomiques (brièveté ou longueur de la voûte palatine, conservation de l'arcade alvéolaire) et sur les données physiologiques (les malades

© BIU Santé

qui parlent mal avant, parlent mal après ; ceux qui parlent passablement ont les plus grandes chances de s'améliorer beaucoup).

Deux mots maintenant de l'opération elle-même : elle se compose de différents temps ; je ne parle pas ici d'une division pure et simple du voile du palais, qui ne comporte qu'un avivement et une suture ; je prends la division mixte du voile et de la voûte ; dès que la fente empiète sur la voûte, les difficultés commencent à surgir. Tous les opérateurs, Roux en particulier, avaient compris que, le voile du palais étant adhérent aux bords fendus de la voûte, il fallait couper le bord du voile à ce niveau. Fergusson sectionnait seulement la muqueuse nasale qu'il décollait sur une petite étendue. Depuis Roux jusqu'à l'époque où Baizeau publia ses premiers travaux, on n'avait que des insuccès ou des succès médiocres, parce que les lambeaux qu'on taillait et qu'on retournait sur place étaient tiraillés, tendus et se désunissaient. Baizeau conseilla les incisions latérales libératrices et le décollement du lambeau ; ce fut un progrès immense. Il faut que le lambeau mobilisé comprenne toute l'épaisseur de la muqueuse palatine et de plus, pour qu'on puisse l'attirer facilement, que les insertions du voile au bord postérieur de la voûte aient été détachées. Les incisions libératrices demandent à être assez éloignées pour que le lambeau offre une largeur suffisante ; quelques chirurgiens les ont portées jusqu'au niveau du collet dentaire. Vous comprenez facilement que si la division est large, il vous devient impossible de tailler ces lambeaux et que l'opération est impraticable. En portant l'incision tout à fait en dehors, on sectionne inévitablement l'artère palatine ; mais cette hémorrhagie est en général facile à maîtriser, quand elle ne s'arrête pas d'elle-même, et on a par compensation des lambeaux larges et bien nourris. Après la suture, ces incisions libératrices constituent une plaie plus ou moins étendue ; ne vous en préoccupez pas ; l'expérience a démontré qu'il fallait se garder d'y appliquer un pansement quelconque. J'ai préconisé, pour la facilité des sutures, un petit instrument de mon invention, bien simple et que vous me verrez employer ; il consiste en une aiguille fixe dont le chas est aussi près que possible de la pointe recourbée, de manière à revenir parallèlement à la tige. La vue de l'instrument vous en dira plus qu'une description et ses avantages vous seront révélés par la commodité avec laquelle je passerai mes points de suture.

Combien de temps devrez-vous laisser les fils en place ? En règle générale, chez l'adulte, je les laisse six jours. Chez mon premier opéré, je les ai enlevés au quatrième jour ; la suture paraissait solide ; pendant que j'examinais la gorge, un brusque mouvement de déglutition fit déchirer le voile du haut en bas ; je pus immédiatement replacer des fils et j'eus la chance de voir la suture reprendre exactement. Vous voyez que le délai de quatre jours est insuffisant. On a laissé des sutures en place pendant quinze jours, un mois ; Lawson Tait veut même qu'on les laisse tomber spontanément. Il y a là, à mon avis, exagération ; dans l'uranoplastie, comme dans toute opération plastique, quand le résultat est acquis, la suture devient un corps étranger.

Il me resterait bien des points à traiter, mais le temps nous presse et je vais résumer sous forme abrégée, aphoristique, les détails qui me semblent utiles. Faut-il opérer en un ou plusieurs temps ? Quand on a une division du voile avec une petite division de la voûte, il suffit d'un temps ; quand la fente palatine est large, il faut opérer en deux temps. Mais par quoi commencer ? La voûte ou le voile ? Le critérium de votre détermination est le suivant : si le voile est riche, épais, souple, commencez par le réunir ; en cas contraire, commencez par la voûte. Je vous ai dit que l'opération du bec de lièvre avait une certaine influence sur le rapprochement de l'arcade alvéolaire ; certains observateurs en ont inféré qu'il devait en être de même pour le voile et que c'était par là qu'on devait débuter ; c'est là une erreur, il n'y a pas similitude et parité à établir entre la réunion de la lèvre et celle du voile du palais.

J'ai terminé, Messieurs, ne pouvant ni ne voulant, dans des leçons cliniques, approfondir une question qui appartient au domaine de la médecine opératoire ; j'ai voulu fixer votre attention sur quelques points bien importants au point de vue du pronostic. Par la direction de vos études, vous n'êtes pas tous appelés à pratiquer ces grandes et laborieuses opérations ; mais tous vous pouvez être consultés sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale, sur les résultats qu'on peut en attendre, ce sera déjà beaucoup que de pouvoir être fixés à peu près sur cette question de pronostic.

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÉGE DE FRANCE. — **M. RANVIER.**

Dix-huitième leçon (*Suite*). (1).

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

III. Nous arrivons maintenant à l'étude des lymphatiques du système musculaire à contractions brusques. Cette étude est aujourd'hui à peine esquissée. Dans sa première édition française, Kölliker dit, en effet, qu'il a toujours été impossible à Teichmann de les injecter ; dans la seconde, il dit n'avoir vu dans les muscles que de rares vaisseaux blancs, satellites de vaisseaux sanguins intra-musculaires d'un certain calibre, et que, dans tous les cas, jamais les lymphatiques ne pénètrent dans l'épaisseur des faisceaux secondaires des muscles striés. L'auteur ajoute dans une édition plus récente que : « Dans les tendons, les fascias, » et les membranes synoviales, personne jusqu'ici n'a pu » voir de vaisseaux lymphatiques. » De son côté, M. Sappey n'a réussi qu'à en injecter quelques-uns dans le grand pectoral, le grand adducteur de la cuisse, et le grand et moyen fessier. Quant aux vaisseaux blancs des tendons et du reste du système fibreux, il ne les a pas injectés, les admet à peine, et prouve par des raisons « qu'il n'existe en réalité aucune analogie de propriété entre les deux systèmes » fibreux et lymphatique. Mais je laisse là ces citations, car j'ai hâte de vous parler, Messieurs, de recherches expérimentales très-sérieuses et qui sont la clef de la question qui nous occupe.

Les observations les plus anciennes, celles de Olaüs Rudbeck, de Nück et de Mascagni, par exemple, avaient montré que, sur la convexité du centre phrénique, existaient des vaisseaux lymphatiques plus ou moins nombreux. Tout récemment les recherches de Recklinghausen ont montré des faits nouveaux que je dois vous exposer.

Chez un lapin récemment sacrifié, l'on ouvre largement la cavité thoracique ; on enlève le cœur et les poumons, la face pleurale du centre phrénique est de la sorte mise à découvert, et l'on applique sur elle un disque de liége percé à son centre d'une ouverture circulaire. Par la cavité abdominale également ouverte, on fixe, en l'y piquant tout autour avec des épingles, le diaphragme à ce disque de liége de façon que le centre phrénique soit tendu et étalé en surface comme une toile à peindre sur son châssis. Le muscle est alors incisé circulairement avec des ciseaux, enlevé et disposé sur la platine du microscope, avec le cadre de liége qui le soutient, et la face péritonéale tournée en haut. Sur cette face on dépose une mince couche de lait diluée par l'addition d'une légère quantité d'eau sucrée, et on l'observe ensuite à l'aide d'un grossissement d'environ 100 diamètres.

On voit alors directement s'opérer l'absorption des globules du lait par les vaisseaux lymphatiques du tendon central. Ces globules sont en effet entraînés par des courants dirigés vers certains points fixes, décrivent sur ces points de petits tourbillons et pénètrent dans les lymphatiques subjacents qu'ils injectent en leur donnant un aspect lacté. Ils dis-

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876 ; nos 1, 2, 7, 9, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 30, 31, 40, 41, 42 et 43 de 1877 et le n° 12 de 1878.

© BIU Santé

paraissent au centre du tourbillon deux par deux ou trois par trois, comme s'ils s'engageaient dans de petites ouvertures.

Ainsi, de nombreux canaux lymphatiques existent dans l'intervalle des tendons filiformes qui constituent, par leur entrecroisement, le centre phrénique ; l'on peut s'en convaincre en imprégnant ce dernier d'argent, avec les précautions nécessaires que je ne vous rappelle pas, et que vous trouverez mentionnées dans les traités de technique. L'imprégnation faite et la préparation montée dans la glycérine ou dans le baume du Canada, on reconnaît en effet qu'entre les fibres tendineuses radiées du centre diaphragmatique, existent de nombreux canaux lymphatiques en forme de fentes, communiquant d'une part avec la cavité péritonéale, et de l'autre avec les vaisseaux lymphatiques de la convexité, placés sous la plèvre. Ces canaux sont tapissés d'un endothélium festonné sur ses bords en forme de feuilles de chêne; les festons de deux cellules endothéliales voisines entrant les uns dans les autres et se joignant comme le font les pièces d'un jeu de patience. A côté de ces canaux,on en voit d'autres munis d'un endothélium régulier, polygonal, à côtés rectilignes. Ce sont des vaisseaux capillaires sanguins qu'il ne faut point, soit dit en passant, prendre pour des lymphatiques comme l'avait fait d'abord Recklinghausen, après l'expérience que je viens de rapporter.

Mais le meilleur procédé pour étudier la distribution des lymphatiques du diaphragme a été sans contredit indiqué par Schweigger-Seidel et Ludwig. Un lapin est sacrifié par hémorrhagie, la cavité abdominale est ouverte. On comprend dans une ligature commune, et qui passe autour du rachis, la veine cave, l'aorte et l'œsophage.

L'animal est ensuite coupé en deux moitiés et en travers, au-dessous du diaphragme. Sa moitié thoracique est suspendue, la tête en bas, à un support muni d'un crochet, au moyen de trois ficelles passées dans les téguments, de manière que la concavité ou face péritonéale soit disposée en haut et dressée comme une coupe. On remplit cette dernière de bleu de Prusse, rendu soluble dans l'eau par l'hydratation prolongée, et l'on pratique sur la moitié de lapin ainsi disposée la respiration artificielle par les moyens ordinaires. Le diaphragme est soumis par suite à des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement. Au bout de quelques minutes, on cesse cette manœuvre, on lave la concavité du diaphragme à l'eau distillée pour enlever le bleu en excès ; puis on y verse de l'alcool pour fixer les éléments anatomiques dans leur forme et rendre le bleu de Prusse insoluble. Tout le diaphragme devient rapidement rigide, on peut l'exciser, l'étendre sur une lame de verre et le monter dans la glycérine ou le baume de Canada, sans qu'il se plisse ou se rétracte.

On voit alors sur la face péritonéale du centre phrénique des fibres blanches rayonnées qui limitent des fentes colorées en bleu et remplies par l'injection. Sur la face pleurale, au contraire, se montre un véritable réseau lymphatique également injecté en bleu, et formé de vaisseaux, ramifiés en divers sens, et qui vont rejoindre des troncs de plus en plus considérables.

Ainsi les tendons de certains muscles, tels que le diaphragme, non-seulement possèdent des lymphatiques mais en sont comme pénétrés. Ce premier fait conduit à penser que d'autres expansions tendineuses en possèdent également.

Voici un chien que nous venons de sacrifier par la section du bulbe; la peau de l'une de ses cuisses est fendue longitudinalement, le membre est dépouillé de son tégument, la rotule et le tendon rotulien sont mis à nu. Je pique maintenant cette expansion tendineuse rotulienne à l'aide d'une seringue de Pravaz remplie de bleu soluble et je pousse l'injection. Il se forme d'abord une boule bleue. Mais bientôt, des bords de cette boule, part un réseau d'une richesse extrême, et formé de troncules noueux caractéristiques, qui s'étend tout autour d'elle jusqu'à une certaine distance. En répétant l'expérience sur plusieurs points (et en piquant au hasard), j'ai pu, comme vous le voyez, arriver à couvrir l'expansion rotulienne d'un réseau lymphatique injecté. Parvenus au voisinage du muscle, ces vaisseaux blancs suivent toujours la direction des fibres tendineuses, et gagnent les intervalles des faisceaux musculaires primitifs. L'on y voit pénétrer la matière à injection qui, poursuivant sa route, gagne à travers le muscle les réseaux profonds. Les fibres musculaires sont donc en rapport avec les vaisseaux lymphatiques et je déterminerai plus tard exactement ce rapport. Un fait qui doit d'ailleurs montrer qu'il existe entre les deux systèmes, musculaire et lymphatique, des connexions étroites, c'est que l'écoulement de la lymphe par les troncs principaux des membres est manifestement accéléré (*laboratoire de Ludwig*) par leurs mouvements.

Tel est actuellement l'état de nos connaissances sur les lymphatiques des muscles des animaux supérieurs et de leurs tendons. Mais comment est disposé le système lymphatique, par rapport aux muscles, chez les animaux qui, comme les batraciens, ne possèdent point de tissu connectif diffus sous-cutané et un petit nombre seulement de lymphatiques canaliculés? Avec la canule tranchante de la seringue de Pravaz remplie de bleu, je pique la masse d'un muscle gastrocnémien de la grenouille. Vous avez vu que l'injection diffuse partout, séparant les faisceaux primitifs, et je vous ai dit que ces derniers pouvaient être considérés comme plongés dans un vaste sac lymphatique cloisonné, formé par le tissu connectif intra-musculaire. Si ce sac est lui-même l'équivalent morphologique d'une séreuse, il communique avec les autres cavités lymphatiques de l'animal, notamment avec le sac séreux sous-cutané qui enveloppe la jambe. Dans ce cas, une partie du bleu doit passer dans cette cavité. C'est ce qui arrive, en effet, mais j'ignore comment se fait exactement ce passage. Les imprégnations d'argent ne montrent point, sur l'aponévrose, de stomates analogues à ceux qu'on observe sur la membrane qui sépare la grande citerne rétro-péritonéale de la cavité du péritoine. Il serait intéressant néanmoins de rechercher minutieusement leur existence. En tout cas, on les trouverait vraisemblablement sur la face antérieure du muscle gastrocnémien ou à son extrémité supérieure. Ce sont, en effet, là les deux points au niveau desquels s'effectue le passage du liquide injecté, de la cavité cloisonnée intra-musculaire dans le sac séreux sous-cutané.

Nous avons maintenant terminé, Messieurs, l'étude des muscles striés adultes, pâles et rouges. Nous commencerons, dans la prochaine leçon, celle de leur développement. (*A suivre*)

PATHOLOGIE INTERNE

Note sur l'état de la température périphérique dans un cas de paralysie agitante et sur l'influence des contractions musculaires sur la température périphérique normale ;

Par **J. GRASSET**, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, et **B. APOLINARIO**, interne intérimaire.

La sensation de chaleur anomale, que M. Charcot a signalée et que tout le monde a constatée, depuis, chez les malades atteints de paralysie agitante ne correspond à aucune élévation de la température centrale et la physiologie pathologique de ce phénomène subjectif, est, jusqu'à présent, fort obscure. Les recherches dont nous allons consigner les résultats dans cette note, nous paraissent établir que cette sensation de chaleur correspond à une *élévation* positive de la température *périphérique*, comme dans le premier stade de l'accès de fièvre, la sensation de froid correspond à un abaissement réel de la température périphérique.

Pour apprécier l'état exact de la température périphérique dans la paralysie agitante et la comparer à cette température dans l'état physiologique, on ne doit pas placer le thermomètre dans la *main;* et cela pour deux raisons : 1° le malade a beaucoup de peine à appliquer ses doigts sur le thermomètre à cause des mouvements incessants de

© BIU Santé

la main et il les applique notamment beaucoup moins bien que le sujet à l'état physiologique que l'on compare ; 2° on ne prend pas dans la main, sur l'individu sain, la température normale à l'état de *repos musculaire* ; les contractions, qui interviennent pour maintenir le thermomètre, faussent cette température, comme nous le verrons plus loin.

Pour mesurer plus exactement l'état de la température périphérique, nous avons appliqué le thermomètre sur *l'avant-bras* du malade et des sujets sains pris pour terme de comparaison ; nous le fixons avec de la ouate et une bande, toujours de la même manière. De cette façon, nous avons trouvé une moyenne de 36°,8 à l'avant-bras du sujet atteint de paralysie agitante et une moyenne de 33°,6 à l'avant-bras de diverses personnes saines. La divergence est considérable et me paraît avoir une certaine importance.

Nous avons alors voulu faire intervenir les mouvements musculaires dans la température périphérique des sujets sains : le thermomètre restant en place et marquant un degré constant, le sujet se mettait à agiter les doigts, la main, à rouler une bande ; la colonne thermométrique s'est alors constamment élevée de un ou deux degrés suivant le temps, sans jamais atteindre cependant encore la température du paralysé agitant.

Telle est la synthèse des résultats que nous avons obtenus dans les recherches que nous allons maintenant résumer rapidement. Nous croyons inutile de donner l'observation détaillée de la malade qui a fait l'objet de ces mensurations à l'Hôpital général de Montpellier, dans notre service. Nous en indiquerons seulement quelques traits.

La maladie a débuté, il y a sept ans, à la suite d'une émotion vive ; la malade avait alors 58 ans. Les accidents débutèrent par le bras droit, envahirent ensuite la jambe droite, puis le côté gauche graduellement : ils consistaient surtout en faiblesse des membres et tremblement.

Actuellement le tremblement est intense et présente les caractères du tremblement de la paralysie agitante. Les membres supérieurs ont une attitude spéciale : bras le long du corps, avant-bras en demi-flexion ; les premières phalanges en demi-flexion sur le métacarpe ; les deuxièmes sur les premières pour le médius et l'annulaire avec extension des troisièmes sur les deuxièmes. Mais l'auriculaire est en extension complète sur le métacarpe et l'index a ses deuxième et troisième phalanges étendues sur la première. La flexion de l'index sur le métacarpe a lieu, mais avec extension des deux dernières phalanges. — Les mouvements de rotation de la tête et du cou sont impossibles. La malade est fortement penchée en avant, et voûtée, depuis deux ans, dit-elle.

La malade se plaint d'avoir en elle un grand feu qui la brûle, dans tout le corps. La peau est continuellement humide et se couvre souvent d'une abondante sueur ; celle-ci se produit sous la moindre influence, une émotion, etc. La chaleur qu'elle ressent l'oblige à se découvrir la nuit ; elle a grand peine à supporter même le drap (fin d'octobre, premier jour de novembre). Elle dit que les vêtements la brûlent, etc.

Ces traits suffisent à caractériser la malade sur laquelle nous avons fait nos observations thermométriques.

1° La *température de l'aisselle* ne présente rien de particulier ; elle oscille autour de 37° (36°,9 à 37°,6),

2° *Température dans la main*. Nous appliquons le thermomètre dans la main droite de la malade en maintenant de notre mieux les doigts du sujet fermés sur l'instrument et nous notons la température de minute en minute. Nous avons successivement : 30°,2 ; 31°,5 ; 32° ; 32°,2 ; 32°,5 ; 33° ; 33°,2. — A ce moment, nous reconnaissons que l'application des doigts est absolument insuffisante et nous les maintenons avec la ouate et une bande ; le thermomètre monte alors à : 34°,2 ; 34°,8 ; 35° ; 35°,4 ; 35°,8 ; 35°,9 ; 36° ; 36°,2 ; 36°,3 ; 36°,4 ; 36°,5 ; 36°,7 ; 36°,8 ; 36°,8 ; 36°,9 ; 36°,9 ; 37°, 37° ; 37°,1 ; 37°,1... — La température reste constante à 37°,1.

Expérience de comparaison sur l'un de nous, la main gauche fermée sur le thermomètre. Nous obtenons successivement (toujours minute par minute) : 31°,4 ; 32°,6 ; 33°,4 ; 34° ; 34°,6 ; 35°,2 ; 35°,5 ; 35°,8 ; 36°, 36°,2 ; 36°,3 ; 36°,4. La température se maintient là.

3° *Température à l'avant-bras*. C'est le mode d'exploration qui nous a donné les résultats les plus intéressants. Voici d'abord le détail d'une de nos expériences chez la malade. Nous avons successivement, après deux minutes : 33°,6 ; 4 min. : 34°,9 ; 6 min. : 35°,6 ; 8 min. : 36°,3 ; 10 min. : 36°,6 ; 13 min : 36°,8 ; 17 min. : 37°,1 ; 21 min. : 37°,2 ; 24 min. : 37°,2.

Sur l'un de nous le thermomètre, placé dans les mêmes conditions sur l'avant-bras, donne (minute par minute) : 29°,4 ; 31°,6 ; 32°,4 ; 32°,8 ; 33°,1 ; 33°,2 ; 33°,4 ; 33°,4 ; 33°,5 ; 33°,6 .. Le thermomètre reste fixe à 33°,6. Ces résultats n'ont pas été isolés ; dans une série d'autres déterminations, nous avons trouvé chez la malade : 36°,8 ; 36°,4 ; ce qui donne une moyenne de 36°,8 ; et chez divers sujets sains : 33°,2 ; 34° ; ce qui donne un moyenne de 33°,6.

Influence des contractions musculaires sur la température périphérique. — Dans une dernière série d'expériences, nous avons déterminé la température de l'avant-bras chez des sujets sains, mais exécutant des mouvements avec les doigts et la main ; ils contractaient les doigts dans tous les sens, avec plus ou moins d'énergie, roulaient une bande, etc. — Voici ce que nous avons obtenu.

Sur l'un de nous, la température de l'avant-bras étant fixée à 33°,6 (comme nous le disions tout à l'heure), on commence les mouvements : nous constatons alors minute par minute : 33°,7 ; 33°,8 ; 33°,9 ; 34° ; 34°,1 ; 34°,2 ; 34°,4 ; 34°,45 ; 34°,6 ; 34°,7 ; 34°,8. — Elévation du thermomètre : 1°,2 en onze minutes de travail musculaire.

Chez un autre sujet, à l'état physiologique, le thermomètre placé sur l'avant-bras au repos monte et s'arrête à 34°. On commence alors les mouvements et on obtient : après 5 min. : 34°,2 ; 25 min. : 34°,5 ; 30 min. : 34°,8 ; 40 min. 35°,2. — Elévation de température : 1°,2 en 40 minutes de travail musculaire.

Chez un troisième sujet, toujours à l'état physiologique, le thermomètre, placé sur l'avant-bras au repos, marque 33°,2. Les mouvements commencent et on obtient : après 10 min. : 33°,6, 20 min. : 33°,8 ; 30 min. : 34°,4 ; 40 min. : 34°,8 ; 50 min. : 35° ; 60 min. : 35°,3. — Elévation de la température : 2°,1 en une heure de travail musculaire.

Chez un quatrième sujet, la température de l'avant-bras au repos étant de 32°,8, on voit par les contractions musculaires le thermomètre s'élever en 17 minutes à 35°,4 ; on interrompt alors toute contraction et le thermomètre monte encore à 33°,6 en 5 minutes.

Nous nous contentons pour le moment de mentionner ce fait de l'élévation de température locale produite par les contractions musculaires ; c'est un sujet que nous poursuivrons à divers points de vue et qui a, croyons-nous, une grande importance (notamment pour l'appréciation des résultats récemment obtenus par M. Broca dans ses *Etudes sur la thermométrie cérébrale*.) — Nous y reviendrons dans des notes ultérieures. Il suffit aujourd'hui d'avoir rapproché ce fait de ce que nous avons constaté dans la paralysie agitante.

Le Warren Prize pour 1880.

« Le comité du Warren Prize, formé par les médecins et chirurgiens » attachés à l'hôpital général du Massachussett (U. S.) a décerné le prix » triennal à E. O. Shakspeare M. D. de Philadelphie pour un « Essai sur » la cicatrisation des artères après la ligature. »

Le comité décernera le prix en 1880 pour un mémoire original sur l'anatomie pathologique, la chirurgie, la physiologie. Les mémoires doivent être rendus chez le médecin résident du Massachussett's General Hospital à Boston, avant le premier février 1880 : Le prix se monte à 400 piastres (2,000 francs).

Nous tenions à annoncer aux lecteurs du *Progrès médical*, l'existence de ce prix triennal, pour lequel il n'est exigé aucune condition de nationalité et auquel ils pourraient, par conséquent, concourir.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Budget des Enfants assistés.

Le rapport présenté cette année au Conseil général de la Seine par M. Thulié, au nom de la 3e commission (1) aura pour nous l'inconvénient de ne point présenter de tableau d'ensemble de l'organisation du service et de la situation des enfants assistés; mais il a pour le Conseil le mérite, que n'avaient pas les rapports précédents, plus complets mais déposés trop tard, de pouvoir être étudié en temps utile et discuté. Personne ne s'en plaindra; sauf l'inspection départementale contre laquelle ce rapport est un réquisitoire accablant.

Sur les frais hospitaliers, l'Administration propose une réduction de 10,470 fr., en raison du nombre moindre des abandons, et de la moindre durée du séjour à l'hospice. Au point de vue budgétaire départemental, il y a eu 138 abandons de moins en 1876 qu'en 1875; en réalité la différence n'est que de 78; 60 enfants légitimes retombant à la charge du budget de la ville sous le nom « d'enfants immatriculés hospitaliers, » pour l'unique motif qu'ils sont nés à Paris. Les enfants légitimes abandonnés dans la banlieue restent seuls à la charge du département. Cette ingénieuse distinction, récente et spéciale à la Seine, a le premier tort de rendre la comparaison impossible entre les nouvelles statistiques et les anciennes et de faire croire à une diminution illusoire dans le nombre des abandons. Ce grief ne suffirait pas à la condamner, si la comptabilité y trouvait avantage. Mais elle a des conséquences bien autrement fâcheuses que fait ressortir, avec exemples à l'appui, le rapport de M. Thulié. Bon nombre de femmes viennent des communes suburbaines accoucher à Paris, y abandonnent leur enfant. L'inspection de l'Assistance le sait; pour ne pas maintenir au budget de la Ville quelques milliers de francs qui devraient être portés à celui du département, elle se livre à des enquêtes et à des contre-enquêtes dont le résultat le plus clair est d'accroître ainsi les frais de séjour à l'hospice. Par contre l'enfant en dépôt ayant beaucoup plus de chances de mort que s'il était à la campagne, il se peut qu'en somme il y ait économie: Un enfant mort ne coûte plus rien. L'économie indirectement amenée par ces enquêtes est peut-être encore plus considérable : quand, en effet, il sera bien connu que l'enquête ira rechercher les femmes légitimes qui abandonnent leur enfant et dévoilera leur secret, les abandons diminueront. Ce serait bien mieux encore si les parquets admettaient la proposition de M. l'Inspecteur principal, et exerçaient des poursuites. On aurait bien vite recours à des procédés plus expéditifs que l'abandon, et plus discrets. Le budget de l'Assistance y gagnerait ; reste à savoir ce qu'y perdraient le budget de la justice et la population.

Il ne faudrait pas croire pourtant que la manie enquêteuse de l'inspection ne s'exerce que sur les femmes légitimes; elle s'étend aussi aux filles-mères, pour un autre motif il est vrai. Depuis quelques années, on a pensé qu'il serait bon d'encourager ces filles-mères à garder leur enfant auprès d'elles, en leur allouant des secours. Ce serait fort bien, si l'on se contentait de délivrer ces secours à celles qui les réclament, et de les engager à les accepter quand elles viennent déposer leur enfant. Mais on prétend les leur imposer; on marchande avec elles, et pendant le débat l'enfant meurt. M. Thulié cite à ce sujet des faits, qui seraient d'un comique achevé, s'ils n'étaient d'une tristesse extrême. Aussi comprend-on qu'il se refuse énergiquement à augmenter le nombre des employés qui font une pareille besogne. Quand les précédents rapporteurs ont demandé l'augmentation du personnel des enquêtes, c'était pour accélérer le service, laisser moins longtemps les enfants à l'hospice, et non pas pour organiser la chasse aux mères qui veulent cacher leur personnalité, ou pour imposer, avec menace quelquefois, le secours en argent au lieu du secours en nourrice. — L'inspection va donc directement contre les intentions du Conseil. Peut-être est-ce inévitable : si des enquêtes doivent être faites, et faites par un personnel spécial, elles seront d'autant plus longues, et entraîneront d'autant plus de délais funestes que ce personnel sera plus consciencieux, la tendance fatale des corps administratifs étant de perdre rapidement de vue les intérêts étrangers à ceux de leur service spécial, leur soient-ils de beaucoup supérieurs. Puisque, comme le dit M. Thulié, il n'y a plus que les formalités d'enquêtes et de contre-enquêtes, qui empêchent d'abréger le séjour des enfants à l'hospice, il semble qu'il n'y ait qu'à supprimer ces formalités. Le système suggéré à M. Thulié et consistant à charger les directeurs des hôpitaux de faire la proposition de secours ou de transmettre la volonté formelle d'abandonner, mérite d'être au moins essayé. Mais il ne remédiera au mal que pour les enfants nés dans les hôpitaux ; pour les autres, il est inapplicable. Le plus simple serait peut-être de supprimer toute enquête, d'accueillir sans difficulté les enfants, tout en offrant aux mères disposées à les garder, les secours dont l'Assistance peut disposer. On éviterait ainsi un des grands inconvénients du tour contre lequel M. Thulié manifeste de vives répugnances, tout en déclarant qu'il vaudrait mieux y revenir que de persister dans la pratique actuelle de l'inspection. Nous ne voulons pas nous prononcer ici sur cette question des tours, dont on a demandé le rétablissement; ce n'est pas incidemment qu'on peut la traiter. Nous entendons dire seulement qu'il ne nous paraît pas impossible de combiner les avantages du tour et ceux du système actuel.

Sur ce chapitre des dépenses intérieures, M. Thulié discute un point de législation débattu entre le Ministre de l'Intérieur et l'Assistance : il s'agit de la manière d'établir la subvention de l'Etat. Cette subvention est de un cinquième des dépenses ; des dépenses totales selon M. Thulié, du chiffre des dépenses intérieures, déduction faite des dons, legs et fondations, d'après le Ministère. M. Thulié a certainement raison de prétendre que les donateurs ont adressé leurs libéralités aux enfants assistés et non pas à l'Etat ; mais il faut convenir aussi que, si le cas se présentait, il serait exorbitant que l'Etat fût obligé de fournir des excédants de recettes à un établissement dont les ressources seraient déjà plus que suffisantes. L'hypothèse ne semble pas devoir se réaliser de sitôt, car « les infirmeries de l'hospice de la rue d'Enfer sont insuffisantes comme aération, il n'y a pas de salle d'isolement, le quar-

(1) La 3e commission (*Assistance publique*) est composée de MM. Thulié, *président* ; Bourneville, *secrétaire* ; Cadet, Cattiaux, Caubet, Dubois, Dujarrier, Goudchaux, Lauth, Level, Loiseau, Maillard.

© BIU Santé

tier des enfants sevrés est déplorable, la salle de bains offre les dangers les plus grands. » Dans ces conditions, un Ministre qui n'userait pas de tous les droits que lui peuvent donner les textes, n'encourrait guère de blâme.

En ce qui concerne le service extérieur, M. Thulié ne se plaint pas moins vivement de l'inspection et là encore il cite des faits. Le secours pour prévenir l'abandon est de deux sortes : le secours en argent et le secours en nourrice. Le secours en argent est une excellente chose, à condition que la mère garde son enfant et le nourrisse elle-même. Pour que la mère remplisse ces conditions, il faut qu'elle le veuille et le puisse; il faut que sa situation lui permette de conserver son enfant auprès d'elle et que le chiffre du secours en argent soit suffisamment élevé. Sur le premier point, personne ne peut rien ; sur le second, le Conseil général fait ce qu'il peut. Mais l'Inspection ne tient compte d'aucune considération, et *force* des servantes et des ouvrières de fabrique à recevoir un secours d'argent, alors qu'elles demandent un secours en nourrice.

Le but est complétement manqué ; l'enfant, qui ne touche d'ailleurs le secours en argent qu'après enquête, contre-enquête et sur-enquête, meurt chez la mère faute de soins ou chez une nourrice de dernière catégorie. On revient ainsi aux billets jaunes, aux bons de nourrice. Sur 441 enfants secourus, du 1er janvier 1877 au 1er juillet, 45 sont élevés au biberon, 158 en nourrice sur bureaux particuliers, en province ou à Paris. Le secours en argent n'est donc que le billet jaune et la nourrice sèche déguisée. En dernière analyse, c'est autant d'argent perdu, autant d'enfants morts. En revanche, de belles statistiques établissent que les secours temporaires réduisent la mortalité de moitié ; il suffit, pour démontrer ce merveilleux résultat, de ne point faire figurer dans les comptes les enfants pour lesquels il y a eu cessation de secours durant la première année! Ces statistiques datent de 1860, et M. Thulié espère qu'on n'en présentera pas de pareilles au Conseil général ; certainement, pour éclairer le Conseil, mieux vaudrait une bonne collection de faits pareils à ceux qu'il a déjà réunis, mais ce ne sera pas l'Inspection qui les lui fournira, et les gens les plus habiles à interroger les chiffres ne leur feront jamais raconter une histoire comme celle-ci : « La misère pousse une femme à abandonner son troisième enfant ; elle renonce à son projet moyennant un secours complet en nourrice ; l'Inspection remplace ce secours par 41 fr. et une promesse de 20 fr. pendant neuf mois ; moins d'un mois après, le secours est dévoré et l'enfant vient mourir à l'hospice. » Dans les tableaux officiels, cette belle opération apparaîtra comme une économie.

Il semble d'ailleurs que l'Inspection n'ait d'autre idée que d'économiser à tout prix. Ainsi, elle propose d'opérer des retenues sur la pension due aux nourriciers, quand l'enfant n'a fréquenté l'école que pendant un nombre de jours trop restreint. Ainsi encore, elle voudrait supprimer aux instituteurs la prime accordée quand les enfants ont fréquenté l'école pendant un certain nombre de jours, et la transmettre aux nourriciers, sous prétexte que des instituteurs ont commis des fraudes. M. Thulié repousse à bon droit ces prétendues réformes; la première, parce qu'elle est illégale et contraire aux intérêts de l'enfant ; la seconde, parce que le nourricier offre beaucoup moins de garanties morales que l'instituteur. Cependant on doit reconnaître que l'allocation de la prime n'est pas tout à fait irréprochable : il se peut que l'assiduité de l'enfant à l'école soit le fait du nourricier, il serait équitable et d'une bonne politique de l'en récompenser aussi bien que l'instituteur.

L'Inspection propose de supprimer les vêtures et, moyennant indemnité, de charger complètement les nourriciers de l'entretien des enfants. Les avantages de cette mesure seraient surtout d'habiller les enfants suivant les exigences climatériques propres à chaque département, d'amener la cessation des plaintes et des récriminations, la disparition des fâcheux effets du costume, et peut-être une économie. La Direction générale consentirait à tenter l'expérience dans une ou deux circonscriptions; la Commission s'y refuse, dans la crainte assez fondée de voir l'esprit d'économie des nourriciers s'exercer aux dépens des vêtures. Peut-être la commission va-t-elle trop loin ; l'Inspection n'a pas absolument tort quand elle cherche à accommoder les vêtures aux climats et à supprimer les inconvénients moraux du costume particulier ; le moyen qu'elle propose ouvrirait certainement la porte à des abus, mais n'en saurait-on trouver d'autre pour introduire un peu de variété dans les vêtements des enfants assistés?

Le Conseil général a créé, l'année dernière, des médailles d'honneur à distribuer aux médecins les plus distingués par leur zèle et par leur attachement aux enfants assistés ; l'Inspection voudrait en doubler le nombre. M. Thulié objecte qu'en multipliant ces récompenses, on en diminue la valeur honorifique, et que d'ailleurs aucune distribution n'ayant eu lieu encore, il y aura cette année une double distribution. Nous aimerions mieux, pour notre part, sans attacher à ce détail grande importance, que ces médailles restassent à la Monnaie.

L'Inspection des enfants laisse grandement à désirer ; le rapport de l'Inspection constate lui-même que les enfants sont rassemblés sur un point commun et visités en bloc, sous prétexte qu'il est difficile, ou même impossible de voir à domicile 400 enfants. M. Thulié fait observer très-justement que c'est là une inspection toute illusoire; quant à l'impossibilité prétendue, il l'écarte d'un mot : les agents de surveillance doivent visiter minutieusement chaque circonscription *quatre fois* par an, et ils ont en plus de nombreuses écritures à tenir. Cette manière d'inspecter est, d'ailleurs, absolument contraire aux instructions ministérielles qui prescrivent d'aller à domicile, de se faire représenter le trousseau, de visiter les fournitures du coucher, etc. Il est vrai que la revue en bloc est plus expéditive, partant plus économique. Son seul défaut est de ne rien vérifier, pas même l'identité des enfants qu'on amène à la revue.

En résumé, M. Thulié reproche à l'Inspection départementale, créée uniquement pour contrôler les services de l'Assistance publique, de s'être emparée de l'administration, d'augmenter la durée du séjour à l'hospice, de violer le secret des femmes qui ne veulent pas se faire connaître et de pousser ainsi à l'avortement et à l'infanticide, d'imposer le secours en argent aux femmes qui ne peuvent pas nourrir *elles-mêmes* au sein, ressuscitant ainsi les abus qui ont amené la suppression de la direction municipale des nourrices, et faussant la pensée qui a présidé à l'institution de ce genre de secours ; enfin, de ne pas contrôler sérieusement

© BIU Santé

l'état physique et moral des pupilles de l'Assistance. En un mot, si l'on en croit M. Thulié, l'Inspection administre et n'inspecte pas ou agit tout au rebours des intentions de ses créateurs, et l'accusation de M. Thulié est irréfutable, s'appuyant sur des faits précis et indéniables. Aussi ne faut-il pas s'étonner que la Commission refuse d'enlever le service des Enfants assistés à l'Assistance publique, pour le donner au département, en mettant à sa tête M. l'Inspecteur principal. Quand même ce projet, mis en avant par l'Inspection, ne serait pas illégal, le moment serait mal choisi pour l'adopter. Il est plus urgent de réformer l'Inspection que d'étendre ses pouvoirs, et l'une des meilleures réformes à y introduire serait de la confier à des médecins. Le Conseil général a émis le vœu que quatre Inspecteurs sur sept soient des médecins ; espérons que ce vœu, si modeste, sera entendu. E. T.

Religieuses et Laïques.

La discussion très-écourtée qui a eu lieu le 7 mars dernier au Conseil municipal est devenue dans les grands journaux l'occasion d'une polémique assez vive qui nous fournira sans doute matière à de curieux développements. Toutefois, dès aujourd'hui, nous croyons devoir faire remarquer à nos lecteurs combien sont exagérées les accusations « de tout vouloir renverser » portées contre le Conseil.

Le Conseil municipal est le représentant d'une Société laïque, civile, dont il a le devoir de défendre les intérêts. En conséquence, sans changer ce qui existe dans les écoles anciennes, chaque fois qu'il vote la création d'une école, il indique en même temps que cette école devra être dirigée par des laïques. En ce qui concerne les hôpitaux, sa conduite est la même et lors du vote des premières subventions pour l'hôpital Ménilmontant, il s'est empressé d'émettre le vœu que cet hôpital fût confié à des laïques.

Etait-ce là une innovation ? Non. En effet, et c'est un détail qu'ignorent la plupart des journalistes qui ont jeté feu et flamme contre le Conseil, Paris a deux grands hospices (Bicêtre et la Salpétrière) et trois hôpitaux (Les Cliniques, la Maison de Santé et la Maternité) qui, de longue date, sont confiés à des *surveillantes laïques*.

En demandant que le nouvel hôpital fût aussi confié à des laïques, le Conseil ne faisait pas un acte révolutionnaire ; il ne causait même pas le moindre préjudice à un ordre religieux quelconque, puisqu'aucun traité n'est encore signé, qu'aucune installation n'a été opérée : il se conformait simplement aux désirs des électeurs parisiens. En d'autres termes, il prenait la défense de la *Société moderne*, absolument *civile*, contre la *Société ancienne*, absolument *cléricale*. Agir de la sorte n'est pas seulement d'obligation stricte pour les représentants de la Cité, mais aussi pour l'Administration. Aucune fonction dans les nombreuses branches des administrations qui dépendent de l'Etat ou des Villes ne devrait être donnée aux Religieux ou aux Religieuses, c'est-à-dire à des gens qui, par leurs vœux, leurs engagements, ont déclaré se retirer de la Société et ne pas vouloir contribuer à son développement.

Dans la discussion à laquelle nous venons de faire allusion, nous avons avancé que l'un des avantages offerts par les Surveillantes sur les Religieuses consistait en ce que les premières consacraient tout leur temps aux malades tandis que les secondes ont une partie notable de leur temps employée à des exercices religieux. Nous allons démontrer la vérité de cette assertion.

Asile de..... 6 heures : Messe à laquelle assiste toute la Communauté. De 7 heures à 7 heures 1/2, premier déjeuner. — De 11 heures à 11 h. 1/2, deuxième déjeuner. — De 11 heures 1/2 à midi 1/2, récréation à laquelle prend part toute la Communauté. — De 5 heures à 6 heures, dîner. (A ces trois repas assistent simultanément toutes les Religieuses). De 6 heures à 8 heures, récréations, exercices religieux, etc. 8 heures, coucher. — Le dimanche, messe de 9 à 10 heures ; vêpres de 3 à 4 heures.

Les *cérémonies religieuses* du mois de mars (mois de Saint-Joseph) et du mois de mai (mois de Marie) ont lieu de 7 à 8 heures du soir, dans la chapelle et toutes les religieuses y assistent. Les *confessions ordinaires* et *extraordinaires* ont également lieu à la chapelle. Les *Chemins de la Croix*, les *chapelets*, les *saluts*, etc., sont aussi dits dans la chapelle sans qu'il soit possible d'apprécier exactement le temps qu'ils prennent. Les *retraites* qui ont lieu, en général, deux fois par an dans une ville éloignée, nécessitent chaque fois et pendant huit jours, l'absence de 8 à 10 religieuses.

Le second exemple nous montre que, dans les hôpitaux de Paris, le temps prélevé par les pratiques religieuses n'est pas moins considérable.

Hôpital de... Les Religieuses viennent dans le service à 6 heures 1/2 et y restent jusqu'à 7 heures ; alors, elles se rendent à la messe qui dure de 25 à 35 minutes ; puis, elles retournent dans les salles où elles restent jusqu'à midi. De midi à 2 heures, elle ne quittent pas la Communauté. De 2 à 5 heures, elles sont présentes dans les salles : à 7 heures, toutes regagnent la Communauté. Elles reviennent ou non faire une simple tournée dans leurs salles entre 6 heures 1/2 et 7 heures. *Une sœur* est de veille toutes les nuits. Les retraites ont lieu en province ; les religieuses s'y rendent en deux fois ; elles sont, dans cet hôpital, remplacées par des sœurs envoyées par la Maison-mère, mais qui ne connaissent pas le service.

Ces renseignements, dont nous pouvons affirmer l'exactitude, nous font voir combien il y a loin de la réalité au tableau tracé par la *Patrie* (10 mars) et dans lequel on nous montre les sœurs « *veillant nuit et jour au chevet des malades.* » De fait, il y a, d'ordinaire, dans chaque hôpital, *une* Religieuse de garde pendant la nuit.

Ce tableau touchant mais purement idéal d'une sœur veillant la nuit au chevet du malade rappelle à notre souvenir une anecdote que nous a contée notre vénéré et bien regretté maître, M. Giraldès.

En ce temps-là, il n'y avait pas de Religieuse de garde, la nuit, dans l'hôpital de... (à Paris). L'administration prévint la Supérieure des Religieuses dudit hôpital d'avoir à prendre les mesures nécessaires pour assurer la régularité de la veille. La Supérieure déclara que ses Sœurs n'avaient pas veillé jusque-là et qu'elles ne veilleraient pas. Grand émoi à l'Administration, car il s'agissait d'un ordre quelque peu aristocratique et qui n'a plus, d'ailleurs, croyons-nous, qu'un seul hôpital. Comme cela se passait après 1830, l'Administration se prit d'audace et mit les Religieuses en demeure ou de faire la veille à tour de rôle ou de quitter l'hôpital : les Saintes filles aimèrent mieux s'en aller que « de veiller la nuit les pauvres malades. » B.

Hôtel-Dieu. — Ouverture de deux nouvelles salles.

Nos lecteurs n'ont pas oublié que nous avons réclamé, à diverses reprises (n° 42, 20 octobre 1877, et n° 6, 9 février 1878), que deux salles inoccupées du nouvel Hôtel-Dieu fussent ouvertes et qu'elles fussent données l'une au professeur de clinique médicale, l'autre au professeur de clinique chirurgicale. Personnellement, nous avons demandé plusieurs fois à M. le Préfet de la Seine de tenir compte des

© BIU Santé

désirs des professeurs dont le *Progrès médical* s'était fait l'interprète. Nous apprenons avec plaisir que M. le Préfet vient de prendre une décision conforme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 mars 1878. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. KRISHABER rapporte une curieuse observation de spasme fonctionnel des muscles de la face et du cou. Il s'agit d'un homme de 40 ans qui, au moindre mouvement pour ouvrir la bouche, présentait une contraction très-marquée de la face et du cou des deux côtés, d'où un aspect grimaçant très-accusé et une grande gêne dans l'alimentation. Ces phénomènes convulsifs cessaient toujours dès que les parties revenaient au repos. Une analyse méticuleuse permit de diviser les plans musculaires de la face en deux groupes, supérieur et inférieur, dont la ligne d'intersection était la bouche même.

Le groupe supérieur ne prenait pas part au spasme ; pour l'orbiculaire et le buccinateur la question resta indécise. Les muscles superficiels du cou formaient un plan dur, résistant. M. Krishaber n'a pu suivre ce malade.

M. PICARD envoie une note sur le mécanisme du rétrécissement pupillaire produit sous l'influence de la morphine. Il paraît être dû non au moteur oculaire commun, mais à la parésie du grand sympathique, comme le prouve l'expérience suivante. Si on met à nu la glande sous-maxillaire et qu'on ouvre une veinule, l'écoulement de sang augmente après une injection de morphine : résultat que ne modifie pas la section de la corde du tympan. Ce phénomène démontre que la morphine produit un affaiblissement du grand sympathique.

M. CORNIL, à propos de faits de péricardite tuberculeuse, communiqué dans la dernière séance par M. Merklen, présente quelques considérations sur l'origine des cellules géantes dans le tubercule. Pour la comprendre, il faut prendre la production plegmasique à son début. Sur une coupe de tissu, on voit une petite élevure ayant à son centre un petit vaisseau sanguin ; dans le vaisseau existe toujours une coagulation plus ou moins étendue emprisonnant des globules ; tout autour, on voit de nombreux éléments lymphatiques jeunes. Plus tard, autour d'autres vaisseaux, se forment des foyers de néoformation analogue, puis la paroi vasculaire cesse d'être visible, et à la place du vaisseau on trouve les cellules géantes avec leurs noyaux multiples et leurs prolongements nombreux et irréguliers. Les cellules géantes, dans le tubercule au moins, ont donc pour point de départ, des coagulations intravasculaires, englobant des cellules lymphatiques et s'entourant d'une aréole de tissu embryonnaire.

M. MALASSEZ ne peut accepter sans réserves cette opinion. Pour nier les rapports que M. Cornil établit entre les oblitérations vasculaires et les cellules géantes, on peut invoquer plusieurs considérations : le nombre des cellules géantes souvent bien plus considérable qu'il n'y avait de vaisseaux dans la région, la forme des ramifications cellulaires qui diffère de ce qu'on observe dans les injections vasculaires, enfin l'absence de tout élément qui rappelle une paroi vasculaire. Sans pouvoir se prononcer sur l'origine des cellules géantes dans le tubercule, M. Malassez rappelle que, dans certaines tumeurs, ces éléments paraissent provenir des cellules vaso-formatives avec prolongements protoplasmiques. S'il en était de même dans le tubercule, le peu de vitalité de cette néoproduction s'expliquerait aisément par l'arrêt de développement des vaisseaux nourriciers.

M. CORNIL répond à l'objection, tirée du nombre des cellules géantes, qu'une coagulation peut se diviser en plusieurs fragments et donner ainsi naissance à plusieurs de ces éléments. L'absence de toute paroi vasculaire résulte de l'action du tissu embryonnaire périphérique qui détruit les membranes du vaisseau. Dès lors, ce dernier cesse lui-même d'exister au point de vue fonctionnel : ce qui explique, aussi bien que l'hypothèse de M. Malassez, la mort rapide des produits tuberculeux. Du reste, sous le nom de cellules géantes, on a décrits des éléments très-différents. Les considérations de M. Cornil ne s'appliquent qu'au tubercule.

M. GRÉHANT, dans une précédente communication, avait fait voir que l'endosmose s'effectue avec une grande rapidité à travers les poumons détachés. Il faut distinguer, dans ces phénomènes, deux périodes : la première où l'extension est très-active et la pression intra-pulmonaire monte très-vite ; la seconde, où la pression retombe lentement à son point de départ par suite d'un mouvement d'exosmose. C'est là un fait expérimental que M. Gréhant ne peut expliquer.

D'autres expériences prouvent que cette endosmose ne se produit, chez le vivant, que dans une très-faible proportion, de sorte que le procédé par lui indiqué pour mesurer le volume des poumons est d'une grande exactitude.

M. RICHET fait une communication sur le suc gastrique.

M. FRANCK a cherché en vain chez des malades atteints d'insuffisance aortique le retard du pouls carotidien indiqué par certains auteurs. C'est une illusion du toucher due au reflux de sang dans le ventricule gauche. Lorsqu'il y a coexistence d'anévrysme et d'insuffisance aortique, le retard du pouls est moindre qu'à l'état normal. M. Franck se propose de compléter cette communication. L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 mars 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. PASTEUR dépose sur le bureau de l'Académie trois poules sur lesquelles il a poursuivi ses expériences sur la maladie charbonneuse. Ces expériences et les conclusions qui en découlent ont été entreprises avec le concours de MM. Joubert et Chamberland. L'une de ces poules, au plumage blanc, est morte de charbon après vingt-neuf heures d'une inculation faite avec cinq gouttes d'eau de levûre, employée comme liquide nutritif pour une semence de bactéridies parfaitement pure. L'autopsie a révélé que ce gallinacé était rempli de bactéridies charbonneuses. Des deux autres poules, l'une au plumage noir, a été inoculée au même moment que celle qui est morte et avec le même liquide charbonneux d'inoculation, employé en quantité deux fois plus grande afin de rendre les résultats comparatifs plus probants. Sa santé est parfaite. La troisième et dernière, au plumage grisâtre, n'a pas été inoculée et se porte bien. — S'il existe des animaux ne pouvant prendre le charbon, la température plus élevée de leur corps, plus élevée de quelques degrés que la température du corps de toutes les espèces animales que le charbon peut décimer, était peut-être la cause de cette différence si profonde et jusqu'à présent si mystérieuse. — Dans le but de résoudre ce problème, M. Pasteur fit les expériences suivantes : après l'inoculation de la poule blanche, il abaisse de quelques degrés la température de son corps, au moyen d'un bain dans lequel on plonge seulement le tiers inférieur du corps de l'animal. La poule meurt le lendemain et l'examen permet de reconnaître que le sang, la rate, le poumon et le foie sont remplis de bactéridies charbonneuses, susceptibles de cultures ultérieures, soit dans des liquides inertes, soit dans le coprs des animaux. La poule au plumage grisâtre, non inoculée, a été placée dans un bain d'eau pendant le même temps et à la même température que le bain de celle qui est morte. On ne saurait donc douter que la mort de la poule blanche soit due uniquement à l'inoculation charbonneuse : les bactéridies qui remplissaient son corps en font foi. — M. Pasteur entreprend actuellement, dans son laboratoire, une série d'expériences inverses, c'est-à-dire qu'il soumet ses animaux à une température plus élevée que celle qui leur est propre. Ces expériences seront l'objet d'une communication ultérieure. Aujourd'hui M. Pasteur est d'avis qu'il faut déterminer non pas tant la température qui détruit le virus charbonneux, que la température propre à empêcher le développement de la bactéridie adulte en voie de reproduction par scissiparité. Or, reconnaissant que la température à laquelle la bactéridie ne peut plus se développer dans des liquides inertes, et *à fortiori* dans le corps vivant, parce qu'il faut tenir compte de l'influence de la vie, est inférieure à 44° C ; M. Pasteur termine

© BIU Santé

son importante communication en exprimant sa satisfaction de pouvoir faire entrer l'étude de la maladie charbonneuse dans une voie qui sera accessible à la thérapeutique.

M. Regnauld lit un travail intitulé : *Etude clinique sur le ferrocyanure de potassium*, par MM. J. Regnault et G. Hayem. Ce travail se trouve résumé dans les trois propositions suivantes :

1° Le ferrocyanure de potassium est inactif en tant que médicament ferrugineux, et il ne contribue en rien à la régénération des éléments colorés du sang ; 2° le radical organo-métallique ne se modifie pas dans l'économie, de même que le fer y reste inerte, les éléments du cyanogène y demeurent absolument inoffensifs, puisqu'on peut, sans trouble pour la santé, l'administrer pendant des semaines et des mois à la dose de plusieurs grammes par jour; 3° plusieurs expériences exécutées subsidiairement pendant le cours de ces recherches, ont prouvé qu'aux doses de 2 à 6 grammes, le ferrocyanure de potassium n'exerce pas d'influence appréciable sur la diurèse, ni sur la production de l'urée.

Suite de la discussion sur la désarticulation de la hanche.

M. L. Le Fort accepte comme prouvées les théories de Pasteur; mais il les repousse formellement si on veut les appliquer à la chirurgie : la théorie et la clinique se trouvent ici en profond désaccord. — On abuse beaucoup de ces mots et termes: septicémie et pansements antiseptiques : cette doctrine est susceptible de deux interprétations : l'une visant les germes, est la théorie d'extériorité ; l'autre attribuant à l'influence fébrile, la production au sein de l'organisme de germes spéciaux, la création spontanée d'un virus septique, admet la génération spontanée. — Parmi ces diverses formes de septicémie, il en est une pour laquelle on peut accepter la théorie de l'infection putride : c'est pour cette forme de septicémie chronique, qu'on a aussi appelée empoisonnement du sang, et qui se caractérise par des accidents fébriles survenant le soir, de la diarrhée, de l'amaigrissement, en un mot, par de fièvre hectique. La clinique n'a pas attendu la démonstration du laboratoire, pour savoir combien est grand le danger de l'arrivée de l'air dans les foyers purulents : les préceptes de J. Guérin et de Reybard datent, en effet, de 1841. — Si l'on a raison de nier la génération spontanée des protoorganismes, M. Le Fort pense que l'observation clinique ne permet pas d'assimiler à la matière morte l'organisme humain, ne tenant compte ainsi ni des inflammations, ni des états fébriles, ni du système nerveux, non plus que de l'état général, voire de l'état moral. L'organisme vivant fait, à l'exclusion des germes, de l'os, des muscles, des vaisseaux, des sarcomes ; il peut bien, quoiqu'en dise Lister, faire des globules purulents. — Avec la théorie des infiniment petits, nous avons eu les monades, les vibrions, les bacteries, les bactéridies, les points brillants ; les Allemands nous donnent les coccobactéries, les desmobactéries, les gliacoccos, les streptococcos, etc. — C'est en adoptant ces théories que l'école d'observation clinique se trouve transformée en une école qui attribue tout aux germes.

M. Le Fort, tout en repoussant la théorie des germes, appliquée à la chirurgie, reconnait que la pratique qui s'en est suivie a donné de bons résultats. M. Lister a réalisé d'immenses progrès en montrant que l'emploi des médicaments astringents sur les moignons des amputés, amenait des guérisons rapides et durables. Toutefois, on ne saurait dire qu'avec une même substance, un même pansement, on se mette à l'abri de tous les accidents, quels que soient les cas, quelque idée qu'on se fasse de l'infection purulente, l'absorption semble jouer un grand rôle. — Le meilleur moyen de prévenir l'infection purulente consiste à pratiquer la réunion immédiate profonde des grandes plaies; la pluralité des succès de Lister peut être attribuée à une excellente pratique. Toutes les causes de dépression individuelle, le moral affecté, la diarrhée, mènent à l'infection purulente ; mais, de là à dire qu'il y a absorption du pus par les veines, il n'y a qu'un pas. Pour remédier à ces effets, M. Le Fort nourrit ses malades, et les alcoolise; pratiquant la réunion immédiate profonde, il maintient la plaie humide et évite la macération que donnent l'eau et les cataplasmes. Ses pansements sont rares. — Si la théorie de Pasteur, appliquée à la chirurgie, était vraie, puisque les germes existent partout, comment expliquer les résultats si divers qu'on constate dans la pratique civile, dans la pratique hospitalière, à la ville, à la campagne, dans les grands et petits hôpitaux. Quelle interprétation donnerait-on également aux épidémies qui sévissent à certains moments. Ce n'est pas avec les germes qu'on peut expliquer ces différences avec les milieux et les époques : la théorie de la contagion est plus admissible et plus acceptable. — M. Le Fort rappelle alors les travaux qu'il a entrepris sur l'hygiène hospitalière, et attribue ses nombreux succès aux précautions multiples dont il entoure ses blessés qu'il s'efforce toujours de mettre à l'abri de l'infection purulente en détruisant, dans les limites du possible, le contage hospitalier.

Résolument contagionniste, M. Le Fort a fait cinq ovariatomies, dont trois à l'hôpital, et a obtenu quatre guérisons ; néanmoins, tout en tenant compte de l'encombrement, de la nourriture, de l'air pur, du sommeil et de l'appétit, il ne prétend pas que l'hôpital soit sans influence sur les blessés. Toutes les opérations peuvent être faites à l'hôpital, à la condition de prendre toutes les précautions contre la contagion ; celle-ci jouant, en effet, le rôle capital dans les épidémies d'infection purulente. Les statistiques permettent de constater que la mortalité varie suivant la nature des pansements. — Passant en revue les résultats obtenus par divers chirurgiens français et étrangers, dont les pansements et les méthodes n'étaient soumis à aucune règle immuable, et n'envisageant que les opérations de la cuisse. M. Le Fort rappelle les statistiques de mortalité qui relèvent du service de chaque chirurgien. Avec le pansement ordinaire, Billroth à 82 0/0 de mortalité ; Syme, 43 ; Spence, 31 ; avec le pansement ouaté. A. Guérin, 50; Ollier, 60 ; avec la réunion par première intention, Ajam, 30; avec le pansement de Lister, Lister, 26 ; Bardeleben, 62 ; Volkmann, 30 ; sans pansement, Rose 28. La statistique personnelle de M. Le Fort comprend dix ans dans les hôpitaux et est de 19 0/0.— Pour échapper au germe contage, M. Le Fort proscrit les éponges, la charpie, la ouate, les pinces à mors cannelés, les sondes de femme, lave les plaies à distance, fait en sorte que tout ce qui touche la plaie ait été purifié, évite de faire saigner les bourgeons et ne pratique jamais une exploration sur une plaie enflammée à l'amphithéâtre, il ne recourt qu'à ses instruments personnels, se sert de deux ou trois éponges purifiées et a soin de se laver les mains. — M. Le Fort termine sa communication en disant : « Guidé par les idées que je viens de développer et bien que pratiquant dans un milieu hospitalier, j'ai à peu près banni de mon service l'érysipèle, l'infection purulente et j'en ai complétement banni depuis dix ans toutes les épidémies. »

M. Pasteur. — Si M. Lister pense que les globules du pus ne peuvent se former que sous l'influence des organismes microscopiques, M. Pasteur croit devoir déclarer que l'ensemble de ses expériences n'est pas d'accord avec cette opinion ; il n'est pas moins certain que la formation du pus sous l'influence des organismes microscopiques est sans comparaison pour l'abondance de ce pus avec ce qu'elle est s'il y a absence absolue de ces organismes. Il en est de même de l'infection purulente, quant à son danger et à son intensité.

Il y a quelques jours, M. Sédillot a lu à l'Académie des sciences un travail duquel il résulte que la théorie des germes peut expliquer les succès comme les revers en chirurgie. Lorsque le contage sera défini, M. Pasteur, est convaincu que MM. Sédillot et Le Fort seront tout à fait du même avis.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 21 décembre 1877. — Présidence de M. Charcot.

24. Tuberculose génitale (1); par M. Féré. — **Examen microscopique du testicule;** par S. Chambard, interne des hôpitaux, répétiteur à l'Ecole des Hautes-Etudes.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société anatomique le résultat de l'examen microscopique du testicule, présenté

(1) Addition à la présentation faite le 5 octobre 1877.

© BIU Santé

par mon collègue M. Féré, comme atteint de tuberculose. Les préparations que nous avons examinées, consistent en coupes colorées par le picrocarminate d'ammoniaque et conservées dans la glycérine et le baume du Canada, que M. Petit a bien voulu nous confier au laboratoire d'histologie du Collége de France.

Dans cette note, nous décrirons ces préparations en nous servant de grossissements d'abord faibles, puis plus forts pour obtenir une vue générale, puis une connaissance analytique des altérations que nous avons à décrire, puis nous chercherons à déterminer la nature de ces altérations, leur forme, autant que possible leur degré d'évolution ; nous terminerons enfin par quelques considérations sur certaines particularités que nous y avons rencontrées.

Pour la dénomination des différentes parties de la tumeur, nous emploierons la terminologie adoptée par M. Malassez dans son mémoire sur le siége et la structure des granulations tuberculeuses du testicule. (Archives de physiologie, 1876).

A. Vue générale des préparations.— Sur les coupes examinées avec un faible grossissement (ocul. 2, obj. 2, hartn.), on voit une bande fibreuse qui représente la section transversale de la tunique albuginée et la surface de coupe du parenchyme testiculaire adjacent.

Tunique albuginée. — Ne représente de remarquable qu'une certaine dilatation des veines qui la parcourent. Dans ses couches les plus profondes, le tissu fibreux est infiltré par places de cellules lymphatiques.

Parenchyme testiculaire. — La surface de la coupe renferme un grand nombre de granulations opaques, à bords mal délimités et colorés en jaune par le picrocarminate d'ammoniaque. Les unes sont arrondies, les autres de forme irrégulière, semblent constituées par la confluence de plusieurs granulations élémentaires.

Au centre des granulations isolées se voient des figures que depuis les recherches de M. Malassez on peut facilement reconnaître comme représentant la section plus ou moins oblique ou transversale de canaux séminifères dilatés. Les granulations conglomérées montrent deux, trois, jusqu'à quatre de ces figures. La forme des granulations est déterminée par celle de ces sections transversales et obliques des canaux séminifères et le centre dégénéré ne s'étendent qu'à une faible distance de leurs bords.

Il est impossible, dans le cas actuel, de retrouver nettement autour de ces granulations, la zone périphérique et la zone embryonnaire péri-tuberculeuse que M. Malassez a décrites et figurées en étudiant des cas moins anciens ; ici, la description topographique de la section est moins facile à établir et nous devons nous borner à dire qu'entre les granulations qui sont volumineuses et en certains points presque confluentes, il existe un tissu fibroïde, infiltré de nombreux éléments lymphatiques inégalement répartis et parsemé de points rouges que nous verrons plus tard répondre à de très-nombreuses cellules géantes. Près des granulations, les tubes séminifères semblent avoir complétement disparu du moins avec ce faible grossissement ; dans les régions, au contraire, où celles-ci sont plus espacées, on retrouve ces tubes mais presque méconnaissables quelquefois et toujours considérablement altérés.

B. Analyse des préparations. — Si maintenant nous reprenons avec des grossissements plus élevés (ocul. 2, obj. 3, 6, 7, Verick.) les différents points que nous venons de passer rapidement en revue, nous ajouterons quelques notions nouvelles à celles que nous avons déjà acquises et nous pourrons arriver au diagnostic exact de la nature, de la forme et de l'âge des altérations que nous avons sous les yeux.

1° *Granulations.* Les granulations répondent au centre dégénéré de M. Malassez ; car ici, comme nous l'avons vu, les zones périphérique et pérituberculeuse ne constituent pas des zones distinctes du reste du parenchyme testiculaire.

Le diamètre moyen des granulations simples (élémentaires) est en moyenne de 360 μ. Celui des granulations conglomérées varie de 900 μ à 1590 μ.

A centre de ces deux ordres de granulations se voient une ou plusieurs figures arrondies, ovales ou elliptiques qui répondent à des sections de tubes séminifères dilatés. Quelques-unes de ces figures ont une forme très-allongée, d'autres sont fusiformes, d'autres encore en forme d'S. — Ces deux dernières apparences tiennent à ce que dans le premier cas, la coupe intéresse sur une grande longueur un de ces tubes dilatés en fuseau et que M. Malassez compare à un anévrysme fusiforme, et dans le second un tube tortueux. Le diamètre des figures représentant la section transversale de ces tubes varie de 200 μ à 250 μ. La dilatation n'est donc pas considérable ici puisque, d'après *Kölliker*, le diamètre des tubes spermatiques oscille entre 130 μ à 280 μ. Ces tubes sont limités par un double contour ankysté fort mince dont l'épaisseur ne dépasse pas 4 μ à 6 μ. Ils sont remplis par une masse granuleuse, au sein de laquelle on ne peut distinguer aucun élément figuré et qui est évidemment le produit de la caséification de l'épithélium des tubes séminifères. Autour de ceux-ci s'étend, à une distance qui ne dépasse pas 100 μ à 150 μ une zone également caséeuse qui, avec les tubes, répond au centre dégénéré des granulations décrites par M. Malassez.

2° *Parenchyme testiculaire intermédiaire aux granulations.* Près des granulations, le parenchyme est constitué par du tissu conjonctif jaune infiltré de nombreuses cellules lymphatiques, mais présentant déjà une structure fibrillaire bien manifeste. Au milieu de ce tissu sont disséminés des restes de tubes séminifères et de nombreuses cellules géantes. Les tubes se montrent sur des sections transversales plus ou moins obliques. Ils sont généralement entourés d'une ceinture, complète ou non, de cellules lymphatiques. Leur diamètre moyen ne dépasse pas 60μ à 90μ ; leur membrane propre très-épaissie, peut assurer jusqu'à 20 μ à 25 μ, leur lumière, très-réduite et aplatie est comblée par un détritus granulo-graisseux résultant de la steatose de leur épithélium. — A côté de ces tubes et dans les mêmes régions se trouvent des tubes plus larges et à parois beaucoup moins épaisses remplis de cellules ayant le caractère épithélial (cellules épithéloïdes de M. Malassez). Ailleurs et très-près du centre dégénéré, se trouvent des amas de semblables cellules qu'aucune paroi distincte ne sépare plus du tissu fibreux embryonnaire au sein duquel elles sont situées.

Les cellules géantes sont constituées par des blocs de protoplasma finement granuleux et volumineux, arrondis d'une manière générale mais à bords nets et comme cassés, douées d'une réfringence particulière et colorées en jaune par le picro-carmin. Ces cellules sphériques ou plus moins allongées, présentent souvent un assez grand nombre de prolongements courts et pointus, mais un ou deux de ces prolongements sont au contraire volumineux, cylindriques et peuvent être suivis plus ou moins loin, quelquefois jusqu'à une distance égale au diamètre de la cellule elle-même. Ces cellules géantes possèdent un grand nombre de noyaux, de 15 à 40 et au-delà, petits, arrondis ou ovalaires, d'un diamètre de 5 à 6^{mm} et munis d'un nucléole punctiforme : ils forment au sein du protaplasma un creux voisin du centre ou une couronne située à quelque distance de celui-ci. Ces cellules sont contenues dans des sortes de loges creusées au sein du tissu conjonctif; leurs dimensions peuvent s'élever jusqu'à 50, 75, 100 et même 150^{mm}. Aucune ne nous a montré de vacuoles et nulle part nous n'avons pu constater de continuité entre ces vaisseaux et un de leurs prolongements.

B. *Loin des granulations.* — Tissu conjonctif embryonnaire. Tubes séminifères atrophiés : membrane propre épaissie, contenu épithélial plus ou moins altéré. Dans quelques tubes, les cellules sont encore visibles mais leur protoplasma a l'aspect vitreux et le noyau est diffus ; dans d'autres elles sont devenues graisseuses ou caséeuses.

Les artères et veines ne sont pas altérées. Près des granulations on voit des capillaires embryonnaires. Des capillaires se voient en certains points au milieu des masses caséeuses des centres dégénérés.

Détermination histologique et réflexions. — 1° La description qui précède montre bien que la lésion de ce testicule est de nature tuberculeuse. Elle consiste, en effet, en granulations isolées ou conglomérées de nature caséeuse, ayant pou-

© BIU Santé

centres un ou plusieurs tubes séminifères et déterminent autour d'elles un processus irritatif qui se traduit par la transformation embryonnaire du tissu conjonctif qui constitue le stroma des testicules et de la gaine fibreuse des tubes séminifères.

9° En effet, le cas que nous venons de relater confirmait les vues des auteurs qui font des tubes séminifères le point de départ et le centre de formation des granulations tuberculeuses du testicule contrairement à celles des observateurs qui le font naître du tissu interstitiel (*Craigie, Demme, Virchow, Villemin*) ou des gaines artérielles (*Nepveu*).

Mais tandis que *Carwelt, Huff, Hurrth, Curling, Verneuil, Clark*, font siéger le tubercule dans l'intérieur des tubes séminifères, M. *Malassez* les fait provenir de la gaine séreuse qui entoure les tubes dont l'endothélium a été démontré par Tomasi et que M. *Malassez* a imprégnées sur le testicule du rat. Dans l'espèce, nous ne pouvions pas isoler comme l'a fait M. *Malassez* le tube séminifère chargé de granulations tuberculeuses, mais ses observations nous semblent assez démonstratives pour qu'il soit permis de certifier aujourd'hui que la granulation tuberculeuse vient soit du revêtement endothélial des gaines séreuses, soit des parois mêmes de ces gaines.

3° A cet égard, la granulation tuberculeuse du testicule peut, comme l'a fait le même observateur, être assimilée à celle des membranes séreuses. C'est là de plus une confirmation de cette opinion émise par *Rindfleisch* et par *Thaon* que le testicule naît du lymphatique, car les travaux de *Ludwig, Tomsa* pour le testicule en particulier, ceux du professeur *Ranvier*, au point de vue de l'anatomie générale ne permettent pas de douter que les gaines séreuses péritubulaires du testicule ne soient de véritables gaines lymphatiques parcourues par la lymphe.

4° Enfin, ce fait infirme, une fois de plus, la singulière opinion de *Rindfleisch* qui nie la granulation miliaire tuberculeuse du testicule : il compare les dépôts caséeux qu'on y rencontre aux gros tubercules du péritoine et du cerveau. Depuis longtemps cependant *Cruveilhier* a décrit et figuré la granulation miliaire du testicule.

A d'autres égards, la granulation tuberculeuse du testicule peut être comparée à celles des autres organes glandulaires; elle se développe, en effet, autour d'un tube séminifère comme celle du rein autour d'un canal excréteur, celle du foie autour d'un canal biliaire et celle du poumon autour d'une bronche. Pour compléter l'analogie, nous avons, dans notre cas, un nombre considérable de cellules géantes qui sont semées autour de la granulation et disposées comme des sentinelles autour d'un camp.

La nature et la signification de ces cellules géantes sont loin d'être encore bien connues : elles ne sont pas d'ailleurs propres aux tubercules, car on les rencontre dans les bourgeons charnus inflammatoires, dans un grand nombre de sarcomes, dans les nodules du lupus, etc., etc. D'abord considérées comme des apparences produites par la coagulation du sang dans les vaisseaux et l'annexion au caillot d'un certain nombre de noyaux endothéliaux de la paroi vasculaire, leur anatomie a été mise hors de doute par *Cornil* et *Ranvier*, *Thaon*, *Grancher*, *Langhaus*.

Récemment, *Rodowsky* (Ueber den Ursprung sogenannter Riesenzellen und über Tuberkeln, in Allgemein. Virchow's Arch. 1875), a montré leur connexion avec les vaisseaux sanguins et les a comparées à des prolongements angioplastiques d'*Arnold* et de *Rouget*, hypertrophiés, enfin, un travail encore inédit de M. *Malassez* confirmera et justifiera encore cette manière de voir.

6° A quelle variété du tubercule du testicule appartient notre cas, et à quel degré d'évolution est-il parvenu ? On sait que, dans le mémoire cité plus haut, M. *Malassez* donne le tableau suivant :

Tubercules constitués par des granulations.
- isolées
  - Elémentaires ou primitives.
  - composées
    - récentes.
    - fibreuses.
- conglomérées
  - Elémentaires.
  - composées
    - récentes.
    - fibreuses.

Nous avons ici des granulations isolées en petit nombre et des granulations conglomérées en majorité. En outre, nous les avons vues entourées d'une gaine fibreuse bien qu'encore parsemées d'éléments embryonnaires, la disparition de la zone périphérique de la granulation est presque complète, la zone pérituberculeuse est presqu'entièrement organisée; loin même des granulations, le processus irritatif s'est étendu et a déterminé une sclérose testiculaire; il s'agit donc ici d'une variété fibreuse et d'un cas ancien : nous voyons, en effet, d'après l'observation de M. *Féré* que l'affection a dû commencer vers le mois de janvier 1877 et que le malade est mort à la fin de septembre, neuf mois après le début probable de sa maladie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mars. — PRÉSIDENCE DE MM. HOUEL ET GUYON.

Tumeurs cancéreuses du testicule — Gravité du pronostic. — Comme il l'avait promis à la dernière séance, M. VERNEUIL vient combattre aujourd'hui quelques-unes des propositions émises par M. Poinsot, de Bordeaux, au sujet des tumeurs du testicule M. Poinsot avait l'air de faire un procès au microscope, parce qu'après l'extirpation d'un enchondrome du testicule chez un enfant, il avait vu se produire une récidive rapide. « Mais, dit M. Verneuil, tous les chirurgiens savent que, si l'enchondrome des phalanges et de quelques os longs est bénin dans la plupart des cas, il n'en est pas de même pour l'enchondrome des glandes, qui se comporte presque toujours comme les tumeurs malignes. De plus, l'observation a montré que chez les très-jeunes enfants les néoplasmes évoluent et se généralisent avec une rapidité foudroyante. Il n'y a donc rien d'étonnant que le jeune opéré de M. Poinsot ait succombé six mois après la castration. »

Quant à la seconde observation de M. Poinsot, relative à un boucher de 42 ans, qui avait une véritable tumeur cancéreuse du testicule, et qui se portait admirablement trois ans après l'opération, elle ne prouve rien contre le microscope. En effet, les exemples de non-récidive d'un cancer du testicule après une période de trois ans ne sont pas très-rares d'après M. Verneuil, surtout si la tumeur est apparue tard, et si elle s'est développée lentement. M. Verneuil a opéré lui-même un squirrhe du testicule chez un homme de 55 ans; et pendant très-longtemps il n'a pas observé de récidive.

Les deux faits de M. Poinsot paraissent donc insuffisants pour porter une grave atteinte aux règles générales de pronostic que le microscope a contribué à poser relativement aux tumeurs du testicule.

Après cette savante critique sur le mémoire de M. Poinsot, M. Verneuil donne quelques résultats de sa pratique personnelle. Il a fait deux fois la castration sur de très-jeunes enfants atteints de sarcocèle. Le premier, porteur d'une tumeur qui comprenait des corps fusiformes et des faisceaux fibreux, sans tubes séminifères, mourut six mois après l'opération; le second, qui avait un vrai cancer du testicule, examiné par M. Nepveu, mourut au bout d'un an.

La statistique de M. Verneuil pour l'âge adulte ou plutôt pour la jeunesse de 20 à 35 ans, n'est guère meilleure que sa statistique de l'enfance. Sur huit malades opérés de cancer du testicule par M. Verneuil, pas un seul n'a survécu plus d'un an.

Cependant, les tumeurs lymphoïdes qui forment parmi les néoplasmes du testicule, une nouvelle classe récemment décrite, n'offrent pas autant de gravité pour le pronostic. M. Verneuil a vu guérir, sans récidive, au bout de trois ans, un sarcome lymphoïde du testicule qu'il avait opéré chez un jeune homme de 29 ans. Demarquay cite un fait analogue pour un officier de marine.

M. Verneuil a pratiqué encore la castration sur deux malades qui avaient été soumis, sans succès, pendant plusieurs années au traitement antisyphilitique par l'iodure de potassium. Chez l'un la tumeur avait les caractères d'un cancer à forme nucléaire ; chez l'autre c'était en apparence, un encéphaloïde. Néanmoins les deux malades n'ont pas eu de récidive Enfin M. Verneuil a guéri, par de simples frictions mercu-

© BIU Santé

rielles un malade qui avait une tumeur du testicule, paraissant de mauvaise nature, et qui avait résisté à l'iodure de potassium.

Ce dernier fait a inspiré de sérieuses réflexions à M. Verneuil : il se demande si, dans les deux cas de guérison qu'il a obtenus par la castration sur des individus supposés syphilitiques, il n'avait pas affaire à des tumeurs réellement syphilitiques que le mercure aurait pu guérir.

En résumé, pour M. Verneuil, l'intervention chirurgicale dans les cas de tumeurs du testicule, n'a de chances d'être couronnée d'un véritable succès que lorqu'il s'agit d'une tumeur lymphoïde, ou d'un cancer chez un homme âgé de plus de quarante ans.

M. Desprès déclare partager absolument l'avis de M. Verneuil sur la gravité des tumeurs du testicule chez l'enfant. Mais chez les adultes c'est une autre affaire. M. Desprès a vu son maître Velpeau extirper un cancer développé dans le corps d'Highmore; quatorze ans se passèrent sans qu'il y eût récidive. Dans ses observations personnelles M. Desprès a pu suivre quatre malades chez qui il avait pratiqué la castration : sur ce nombre deux ont eu une récidive dans le cours de la première année, un n'avait pas de récidive au bout de deux ans, et le quatrième était encore indemne au bout de trois ans. En terminant M. Desprès se déclare opposé à la ligature en masse du cordon, que M. Poinsot a pratiquée dans ses deux opérations. D'après M. Desprès la ligature en masse favorise le développement du tétanos.

M. Panas prend la parole pour rappeler que les frictions mercurielles lui ont parfaitement réussi dans un cas de sarcocèle, où le traitement par l'iodure de potassium à la dose de 4 à 6 grammes par jour avait été impuissant. L'observation est consignée avec tous ses détails dans le journal de M. Lucas-Championnière (1873).

M. Forget a vu aussi des périostoses qui résistaient à l'iodure de potassium guérir par l'emploi du mercure. Aussi pense-t-il qu'il est utile d'administrer le traitement mercuriel à toutes les périodes de la syphilis.

M. Desprès soutient qu'on n'a pas besoin du mercure comme pierre de touche pour reconnaître un testicule cancéreux ou syphilitique. Dans un testicule syphilitique, au début, les malades accusent toujours des douleurs lancinantes, tandis que le testicule cancéreux débute par un petit noyau indolent qui s'accroit avec lenteur.

M. Verneuil est persuadé que le diagnostic des tumeurs du testicule n'est pas aussi facile que le pense M. Desprès. Il a, pour sa part, enlevé récemmment un testicule syphilitique, et ce n'était pas faute d'avoir bien examiné la tumeur ou d'avoir consulté les antécédents.

Luxation sous-méniscoïde de la mâchoire. — M. Périer présente les pièces d'une luxation de la mâchoire, datant de quatre ans, et observée chez une vieille femme de la Salpétrière. La luxation paraissait avoir été primitivement réduite, mais elle se reproduisait facilement. On a constaté, à l'autopsie, des érosions multiples sur les surfaces articulaires du condyle et de la cavité glénoïde. Le ménisque est détruit à sa partie antérieure, et le fragment qui reste a la forme d'un croissant. Les ligaments sont tiraillés, mais non déchirés. Lorsque la luxation existe, le condyle est en avant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique ; dans l'état de réduction apparente, le ménisque reste en arrière du condyle, ce qui prouve que la réduction n'a jamais été parfaite. Cette luxation appartient à la classe des luxations sous-méniscoïdes décrites par M. Mathieu.

Kyste colloïde de l'ovaire avec ascite. — Ovariotomie. — Mort. M. Duplouy, de Rochefort, membre correspondant, donne lecture d'une observation d'ovariotomie, qu'il a pratiquée à l'hôpital Saint Charles. L'incision de la paroi abdominale donna d'abord issue à cinq litres de liquide ascitique ; puis la poche kystique, très-mince, se rompit, et la matière colloïde qu'elle contenait pénétra dans le péritoine, ce qui en rendit la toilette fort longue et fort difficile. Tout alla bien jusqu'au huitième jour, mais le neuvième jour survenaient des accidents de péritonite, et la malade mourait 24 heures après. A l'autopsie, M. Duplouy trouva dans la cavité péritonéale quelques débris de matière colloïde, qui avaient provoqué la péritonite.

M. Boinet trouve que l'ovariotomie n'était pas indiquée dans ce cas, parce que les tumeurs colloïdes de l'ovaire se comportent comme les tumeurs cancéreuses.

M. Terrier juge aussi que la présence d'une grande quantité de liquide ascitique est souvent, une contre-indication de l'ovariotomie, parce que l'ascite ne se développe pas par simple compression, mais surtout sous l'influence d'une cause générale. De plus, le liquide a tendance à se reproduire après l'opération.

M. Polaillon dit que l'intervention chirurgicale ne peut être permise, si le liquide ascitique est sanguinolent.

M. Panas a observé un fait absolument analogue à celui de M. Duplouy, une tumeur colloïde de l'ovaire avec ascite. La matière colloïde sortait par une multitude de trous, et M. Panas eut aussi beaucoup de peine à faire la toilette du péritoine. Il ne pense pas qu'en pareil cas l'extraction du paquet intestinal, hors de la cavité abdominale, puisse faciliter le nettoyage. La sortie des intestins n'est pas d'ailleurs inoffensive, à cause du refroidissement qu'ils peuvent subir : les recherches faites en Allemagne sur la sensibilité du péritoine au froid, ne laissent pas de doute à cet égard.

Ch. Avezou.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE.

I. The mecanism of natural and of artificial Labour in narrow pelves ; par William Goodell, in *Transactions of the international medical Congress.*

II. Troubles des fonctions génitales dans la phthisie pulmonaire de la femme ; par A. Raulx, 1 vol. 100 p., chez V. Ad. Delahaye. Paris, 1877.

III. De la scarlatine chez les femmes en couches ; par M. Lesage, 1 vol. 60 p., thèses de Paris, 1877.

IV. Nourrices et nourrissons syphilitiques ; par M. Alfred Fournier, 1 vol. 95 p., chez V. Ad. Delahaye, 1878.

V. De l'involution utérine et de l'engorgement utérin ; par R. Chenet. 1 vol. 77 p., chez V. Ad. Delahaye, 1877.

VI. Des causes anatomiques qui, après la naissance, font cesser spontanément la circulation sanguine du cordon ombilical ; par le professeur Rizzoli (de Bologne), in *clinique chirurgicale*. Appendice traduit par le docteur Andreini. Paris, chez V. Ad. Delahaye, 1877.

VII. Untersuchungen über den Placentarkreislauf nach der Geburt des Kindes ; par A. Schucking, in *Berliner Klin. Wochenschrift*, n°s 1 et 2, 1877.

VIII. Wann sollen die Neugeborenen abgenabelt werden ? par Zweifel, in *Centralblatt für Gynækologie*, 1878, n° 1.

IX. Etude de physiologie expérimentale sur la ligature du cordon ; par le docteur Paul Hélot (de Rouen). (*Union médicale de la Seine-Inférieure*, 1877.)

X. Pneumatic self-replacement of the gravid and non gravid uterus ; par Henry F. Campbell (d'Augusta). In *Transactions of the american Gynecological Society*. 1876, p. 198.

I. — Les accoucheurs sont encore partagés sur la question suivante : dans les rétrécissements du bassin vaut-il mieux extraire le fœtus par la version ou avec le forceps ? M. William Goodell, de Philadelphie, s'est rangé depuis longtemps parmi les défenseurs de la version et le dernier mémoire qu'il vient de publier, n'est pas un des moins intéressants qui aient été écrits sur ce sujet.

Je distingue trois espèces de bassins viciés : 1° le bassin rétréci simple, aplati, avec rétrécissement du diamètre conjugué et augmentation du diamètre transverse (?) ; 2° le bassin uniformément rétréci dans lequel tous les diamètres sont symétriquement raccourcis ; 3° le bassin à la fois généralement rétréci et aplati, dans lequel sont combinées, dans des proportions variables, les lésions osseuses des deux premières espèces. M. William Goodell reconnait que, dans les deux dernières variétés de bassins rétrécis, le forceps est préférable à la version ; dans la première, au contraire, la version doit être pratiquée et elle donnerait d'excellents résultats tandis que le forceps échouerait. L'auteur invoque, à l'appui de sa thèse, un certain nombre de preuves ; la plus importante serait la suivante : quand on a pratiqué la version et qu'on fait l'extraction, la tête peut venir placer son diamètre occipito-

© BIU Santé

frontal en rapport avec le diamètre transverse du bassin; il en résulte que le diamètre bi-temporal du crâne qui est le plus petit et le plus dépressible peut venir se mettre en rapport avec le diamètre conjugué ou antéro-postérieur rétréci du bassin. La tête passe ainsi, tandis que sa sortie eût été impossible si elle s'était engagée suivant le diamètre bi-pariétal qui est le diamètre transverse de la tête le plus considérable et le moins réductible (1).

A ce raisonnement logique en apparence on peut, en ce qui concerne le fœtus à terme, opposer une impossibilité matérielle. Si on suit le diamètre occipito-frontal, on voit que la distance qui va de l'occipital à la suture fronto-pariétale mesure en moyenne de 8 à 9 centimètres, il faudrait donc supposer que cette partie de la tête longue de 8 à 9 centimètres, va pouvoir se loger dans une moitié du bassin, c'est-à-dire se mettre en rapport avec une moitié du diamètre transverse du détroit supérieur. Pour cela il faudrait que ce diamètre transverse recouvert de parties molles, mesurât 16 ou 18 centimètres de longueur au lieu de 12, ce qui n'est pas, car on n'a pas encore prouvé aujourd'hui cette augmentation du diamètre transverse dans les bassins plats qui sont le plus souvent rachitiques. Du reste, les faits cliniques qui ont été autrefois publiés par Goodell ne démontrent nullement que, *à terme*, la version soit préférable au forceps.

II. — M. Raulx a publié sur les troubles des fonctions génitales dans la phthisie pulmonaire de la femme, une étude fondée sur 60 observations personnelles. Il montre que, dans cette affection, les règles sont toujours modifiées; le plus souvent, à un moment plus ou moins avancé de la maladie, elles sont complétement supprimées. D'habitude, une fois supprimées, elles ne reviennent pas, à moins que la malade n'éprouve un mieux sensible dans son état général, plus encore que dans son état local. Cette suppression est, du reste, graduelle dans la majorité des cas, comme l'atrophie qui se porte alors sur les organes génitaux internes, et elle est plutôt en rapport avec l'état plus ou moins cachectique de la malade qu'avec l'état local pulmonaire: aussi peut-on ajouter comme corollaire que dans la phthisie à marche lente, l'aménorrhée vient relativement plus tard que dans la phthisie à marche rapide. Un autre point sur lequel insiste également M. Raulx, est la fréquence plus grande des hémoptysies chez la femme que chez l'homme, fréquence déjà signalée par quelques auteurs, en particulier par Louis, et qui semble due à ce que le molimen congestif de l'époque menstruelle, est dévié de sa direction normale.

III. — M. Lesage vient, dans une bonne thèse, de résumer ce qu'il est intéressant de connaître sur la scarlatine puerpérale. Dans la première partie de son travail, il rappelle, en termes concis et clairs, l'histoire de cette affection; dans la seconde, il décrit les particularités qu'elle présente chez les femmes en couches. Cette maladie très-rare pendant la grossesse, est, en général, peu fréquente après l'accouchement. Elle se produit habituellement alors dans ses formes graves, elle amène la mort dans près de la moitié des cas, et, chose singulière, surabondamment prouvée par les chiffres que donne M. Lesage, elle est d'autant plus dangereuse, qu'elle apparait plus tôt après l'accouchement. Chez les femmes en couches, la scarlatine s'accompagne, en général, d'une angine qui est peu marquée, et qui peut même passer presque inaperçue. Ce n'est pas là cependant une règle absolue, car nous avons vu, en 1876, un cas dans lequel l'angine et l'engorgement des ganglions étaient très-intenses. Comme complications, on peut rencontrer une éruption miliaire, de la diarrhée, et parfois des inflammations de l'utérus et de ses annexes, conséquences de l'accouchement. La diarrhée a souvent été la plus grave de ces complications. La scarlatine puerpérale ne sera l'objet d'aucun traitement particulier, mais il faut prendre soin d'isoler les malades qui en sont atteintes.

IV.— Nourrices et nourrissons syphilitiques, tel est le titre d'un volume contenant une série des leçons professées par M. Alfred Fournier, à l'hôpital Saint-Louis. Lorsqu'un médecin est appelé dans une famille pour voir un enfant qu'il reconnaît être atteint de syphilis héréditaire, sa situation est souvent difficile, délicate, car il a à la fois: 1° à soigner l'enfant; 2° à sauvegarder la nourrice menacée par l'enfant; 3° à sauvegarder la société menacée par la nourrice. M. Fournier établit d'abord deux grandes divisions: A. L'enfant est syphilitique, mais la nourrice est saine; B. l'enfant est syphilitique et la nourrice est contaminée.

A. Dans le premier cas, il faut séance tenante, faire suspendre l'allaitement de ce nourrisson syphilitique par cette nourrice encore saine. On élevera alors l'enfant, soit avec le biberon, ce qui est un mauvais moyen en général, et un plus mauvais encore dans le cas de syphilis infantile; soit avec l'aide d'une nourrice syphilitique elle-même, si on peut en trouver une; soit avec une chèvre. Ce dernier moyen, dit M. Fournier, n'a jamais jusqu'ici trompé mes espérances, il m'a toujours donné des succès. Quant à la nourrice, il ne faut pas la renvoyer, il faut la conserver pendant six semaines au moins, afin de s'assurer que, bien que n'ayant pas encore d'accidents syphilitiques, elle n'est pas à la période d'incubation, elle n'est pas en puissance de syphilis.

B. Si l'enfant est syphilitique et si la nourrice a été contaminée par lui, le médecin doit prévenir la famille, laquelle (c'est le meilleur conseil qui puisse lui être donné) devra, vis-à-vis la nourrice, avouer, payer et s'efforcer de la conserver. Si en effet, la famille réussit à conserver la nourrice, on pourra la traiter simultanément avec l'enfant. Si, au contraire, elle veut absolument partir, elle devra être prévenue des dangers qu'elle court et qu'elle va faire courir à tous les siens. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des faits, mais les médecins devront lire dans le texte même la conduite qu'ils auront à tenir dans les diverses circonstances. Ce sujet si délicat a été traité par M. Fournier avec sa netteté, son esprit et son talent habituels.

V. M. Chenêt a principalement étudié les rapports de l'involution utérine et de l'engorgement utérin. Il montre, en s'appuyant sur des faits cliniques recueillis dans le service de M. Siredey, que pendant toute la durée du travail d'involution, aussi bien après l'avortement qu'après l'accouchement, l'utérus est dans un état d'imminence morbide. La période d'involution utérine serait donc favorable à l'établissement d'une congestion passive, et cette congestion passive développée sur un utérus en voie de regression, déterminerait l'engorgement de l'organe. Il n'y aurait pas là, suivant M. Chenêt, une inflammation parenchymateuse, mais bien un simple désordre de nutrition, un arrêt d'involution. Quoi qu'il en soit, cette phase de la maladie correspond à la période d'infiltration ou de ramollissement de la métrite parenchymateuse des auteurs, on comprend donc toute sa gravité. La conclusion est, au point de vue pratique, qu'une hygiène sévère doit être imposée aux nouvelles accouchées pendant toute la durée de l'involution utérine; toute cause de congestion doit être écartée; toute congestion doit être combattue dès le début.

VI. En 1875, nous avons publié ici même le résultat d'une série de recherches faites dans le but de savoir à quel moment on doit, chez le nouveau-né, lier le cordon ombilical. Après soixante-quinze expériences, nous avons formulé cette conclusion: « On ne doit pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical que une ou deux minutes environ après la cessation complète des battements vasculaires de cette tige (1). » Depuis cette époque, un certain nombre de travaux ont été publiés sur le même sujet.

M. le Dr Andreini nous a donné la traduction des mémoires du professeur Rizzoli (de Bologne). L'un d'eux, qui date de 1872, est relatif au cordon, les différents modes de séparation des annexes du fœtus y sont étudiés: la séparation spontanée, le placenta et le cordon étant laissés attachés au nouveau-né; la rupture du cordon par les dents; la lacération par les mains; la section avec les ciseaux. Rizzoli montre que, si on attend un certain temps, les battements cessant dans le cordon, il est inutile dans la grande majorité des cas, de faire une ligature. Cependant, elle ne doit

(1) Voir sur ce sujet, notre thèse : *De la tête du fœtus*, p. 76 et 102, etc., publiée en janvier 1876.

(1) Voyez : *Le Progrès médical*, Décembre 1875. *A quel moment doit-on pratiquer la ligature du cordon ombilical?*

© BIU Santé

pas être négligée, parce que des hémorrhagies consécutives peuvent avoir lieu par le bout fœtal du cordon et amener la mort de l'enfant. Pour Rizzoli, les causes qui font cesser les battements de la tige funiculaire consistent : 1° dans la mort du cordon et du placenta ; 2° dans les changements de la circulation sanguine du cœur et des poumons, changements qui accompagnent la respiration du nouveau-né ; 3° dans la constriction et le rétrécissement des artères intra-abdominales dont les parois s'hypertrophient à proximité de l'anneau ombilical ; 4° dans la constriction de ces mêmes vaisseaux par l'aponévrose ombilical qu'ils traversent.

VII. — M. Schucking a pesé les enfants aussitôt après leur sortie des parties maternelles, et, les ayant ensuite laissés attachés au cordon, il les a pesés de nouveau après l'expulsion du placenta. La moyenne des cinq observations qu'il a prises montre que l'enfant a augmenté de 62 grammes environ dans ce court intervalle. Il pense que si le sang qui était contenu dans le placenta pénètre dans la circulation fœtale, cela est dû, non pas à l'établissement de la respiration chez le nouveau-né, mais à la rétraction et à la contraction de l'utérus qui exprime le contenu du placenta et le chasse dans les vaisseaux du fœtus.

VIII. — M. Zweifel a également fait quelques recherches sur cette question : il arrive aussi à cette solution qu'on ne doit faire la ligature du cordon qu'après avoir pratiqué la délivrance par expression (méthode de Crédé). On regrette que ses expériences, comme celles de M. Schucking, ne soient ni plus multipliées ni plus concluantes.

IX. — M. le Dr Hélot (de Rouen) a recueilli des observations beaucoup plus complètes et beaucoup plus nombreuses : elles portent surtout sur deux points : les pesées du nouveau-né et la numération de ses globules. « Dans tous les cas, dit-il, où la pesée a été faite aussitôt après la sortie de l'enfant et après la cessation des battements du cordon, on a constaté une augmentation notable du poids du nouveau-né. Cette augmentation a varié entre 40 grammes et 100 grammes, elle a été en moyenne de 53 grammes.

Il est utile d'ajouter que ce chiffre représente une quantité de sang moins considérable que celle acquise en réalité par l'enfant à qui l'on fait la ligature tardive, à cause du temps qui s'écoule entre la naissance et la pesée, temps pendant lequel une partie du sang placentaire doit aller remplir les vaisseaux du poumon où la circulation s'active par le fait de la respiration. » En ce qui concerne la numération des globules pratiquée d'après la méthode conseillée par M. Hayem, M. le Dr Hélot a trouvé en moyenne 5.080.715 dans les cas de ligature hâtive et 5.983.347 dans les cas de ligature tardive, ce qui fait une différence de près de un million en faveur de la ligature tardive. Donc cette dernière augmente d'une façon notable le poids de l'enfant et la richesse globulaire de son sang. « En conséquence, ajoute-t-il, on doit dans les cas normaux, rejeter la ligature hâtive et attendre, pour lier le cordon, que la respiration soit parfaitement établie depuis quelques instants. » Il craint qu'en attendant trop, en attendant que les battements du cordon aient cessé depuis une ou deux minutes, on ne dépasse la limite physiologique, bien qu'il n'ait cependant jamais constaté dans ces cas rien de fâcheux.

X. — « L'aspiration de la paroi abdominale est un moyen qui facilite beaucoup la réduction manuelle dans les cas de rétroversion utérine, » a dit le docteur Massart (de Honfleur) (1). C'est ce que s'efforcent de prouver, depuis plusieurs années déjà, quelques gynécologistes américains, et principalement le docteur Henry F. Campbell. Dans certains cas où cette réduction est impossible, il suffit de mettre la femme dans la situation génu-pectorale et d'ouvrir le canal vaginal pour voir les rétroversions de l'utérus disparaître spontanément ou facilement sous la pression des doigts. Que se passe-t-il donc ? Si on place la malade à genoux sur le lit, en lui faisant incliner le tronc de telle façon que la paroi antérieure du thorax vienne reposer sur le même plan horizontal que les genoux, la direction des viscères change d'abord complétement, les organes pelviens qui, la femme étant debout, occupaient la région la plus inférieure et s'enfonçaient dans l'excavation, occupent maintenant la situation la plus élevée et sont sollicités à quitter la cavité du petit bassin. En second lieu, les viscères qui appuyaient auparavant sur le fond de l'utérus, sont entraînés en bas par leur propre poids et tendent à entraîner avec eux le corps de cet organe. Il en résulte une sorte de succion très-puissante. L'utérus néanmoins reste en place, car derrière lui les parois du vagin s'accolent, et l'air ne pouvant pénétrer dans l'excavation, la pression atmosphérique maintient en place les organes. Mais si à ce moment on vient à écarter les parois du vagin, l'air y rentre en produisant parfois un sifflement : rien n'empêche plus alors les viscères abdominaux d'être entraînés par leur propre poids, et ils entraînent avec eux le corps de l'utérus ; la rétroversion est ainsi réduite.

P. Budin.

(1) Voyez « *Le Progrès médical,* » comptes-rendus de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, 1877, p. 673.

CORRESPONDANCE

La variole à Bordeaux.

Bordeaux, ce 12 mars 1878.

Mon cher rédacteur,

Depuis 1870, la variole est, chez nous, à l'état endémique : de temps en temps, nous assistons à de véritables poussées épidémiques. Nous avons eu à lutter, cette année, contre une épidémie qui, quoique moins longue, rappelait les plus mauvais jours de 1870. Si nous consultons la statistique de l'hôpital militaire de Bordeaux, nous verrons que nos troupes, qui avaient fourni à l'épidémie de 1870 un de ses aliments les plus sérieux, n'ont, pour ainsi dire, pas été éprouvées. Dans toute l'année 1877, il y a eu 2 varicelles, 19 varioloïdes, 1 variole. Il est à remarquer que cette variole qui s'est, du reste, terminée heureusement, a été contractée sur la brèche par un infirmier. On est en droit de se demander à quoi peut tenir cette immunité presque absolue de l'armée. Le voici : chaque soldat est vacciné ou revacciné à son entrée au corps. De plus, cette année, toutes les troupes ont été soumises à une vaccination générale.

Où en est l'épidémie en ce moment, et quelles sont les raisons pour lesquelles elle persiste ? En *janvier* 1878, il est entré à l'hôpital Saint-André 31 hommes et 19 femmes, soit 50 malades, sur lesquels il y a eu 9 morts pour les hommes et 5 pour les femmes, soit 14 décès. — En *février,* sur 18 hommes et 17 femmes, 3 hommes et 5 femmes ont succombé.

Les cas qui existent en ville sont bien moins nombreux, cependant la variole hémorrhagique a produit quelques ravages dans les quartiers Saint-Michel, Sainte-Eulalie et Saint-Bruno.

Avant que la construction de la Faculté ne fut décidée, on pouvait offrir des statistiques assez complètes : car tous les varioleux étaient dirigés *extra-muros* dans les bâtiments de l'hospice général Canolle-Pélegrin. Aussi l'épidémie de 1876 peut-elle être appréciée à sa juste valeur, du moins dans la clientèle hospitalière. Pour être absolument exact, il faudrait que chaque médecin apportât le résultat de sa pratique particulière : de cette façon, l'étude de la marche de l'épidémie et des causes qui ont pu influencer cette marche, serait possible ; malheureusement les registres de l'état civil ne donnent que les décès. Or, les décès des varioleux en ville ne peuvent, en aucune façon, servir à évaluer, même approximativement, les sujets atteints, car les conditions dans lesquelles sont placés les malades de la ville sont bien autrement favorables que celles des hôpitaux, où l'on trouve, à chaque pas, des influences meurtrières.

Depuis le 1er janvier 1877, l'hôpital Saint-André a ouvert ses portes à 258 varioleux : soit, 143 hommes et 115 femmes. — Il est mort 30 hommes et 21 femmes, soit 51 décès.

Chez les hommes, la moyenne des décès a été plus considérable que chez les femmes, sans qu'il y ait eu cependant beaucoup plus d'hommes atteints que de femmes. Ces malades n'avaient jamais été vaccinés, ou ne l'avaient pas été depuis fort longtemps : il est à remarquer, cependant, que quel que soit le temps écoulé depuis la dernière vaccination, le sujet atteint l'était moins gravement que ceux qui ne l'avaient pas été du tout.

© BIU Santé

Aujourd'hui, le domaine de Canolle-Pèlegrin a été affecté à sa réelle destination. Tous les hospices y sont transportés. Le local d'isolement, occupé par les varioleux pendant la grande épidémie de 1870, ne peut plus l'être. Aussi a-t-il été question d'acheter, dans une commune environnante, au Buscat, la propriété de la Fonfeline, mais les habitants s'insurgent: peu habitués au sacrifice, ils se demandent pourquoi on veut les infecter pour désinfecter Bordeaux. On se voit donc dans la triste et anti-hygiénique nécessité d'accepter les varioleux à l'hôpital Saint-André, qui occupe le centre de la ville : c'est vouloir conserver, on ne peut mieux, le foyer d'infection, quand on songe surtout que la variole, transportée à Bordeaux par les étrangers, ou née dans un des quartiers de la ville, principalement dans un de ceux que j'ai déjà cités, débute dans l'hôpital même pour se propager chez les civils, par l'intermédiaire des infirmiers et des malades. Quant aux militaires, la statistique est le corollaire de notre affirmation, car la caserne Saint-Raphaël n'est distante des salles d'épidémie de l'hôpital Saint-André que de trois à quatre mètres.

Les tableaux suivants montrent la répartition des cas par hôpital et par mois.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ. — **1877**

MOIS	HOMMES		FEMMES	
	Entrées.	Décès.	Entrées.	Décès.
Janvier	0	0	1	»
Février	7	2	1	»
Mars	10	1	8	»
Avril	3		3	2
Mai	7	2	6	2
Juin	7	1	8	3
Juillet	6	1	5	1
Août	7	1	8	3
Septembre	4	2	3	»
Octobre	26	7	17	2
Novembre	49	13	33	5
Décembre	17	»	22	3
	143	30	115	21
1878				
Janvier	31	9	19	5
Février	18	3	17	5

HOPITAL MILITAIRE. — **1877**

MOIS	Entrées	Décès	
Janvier	1	»	Sur ces 22 militaires malades : 12 venaient de la caserne Saint-Raphaël.
Février	1	»	
Mars	6	»	
Avril	»	»	4 de la caserne la Reste.
Mai	0	»	2 — Magasins-Généraux.
Juin	1	»	
Juillet	1	»	1 — Cursol.
Août	»	»	1 — Mérignac.
Septembre	1	»	1 — Bègles.
Octobre	3	»	1 — Hôpital militaire.
Novembre	4	»	
Décembre	4	»	
	—		Varicelles.. 2
	22		Varioloïdes. 19
			Variole.... 1

En janvier **1878**, pas de varioles.

Recevez, mon cher rédacteur, l'assurance de mes sentiments dévoués.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les teignes, faites à l'hôpital Saint-Louis, par le Dr C. Lailler, recueillies par L. Landouzy. Un vol. in-8° de 112 pages avec 4 planches, dont 2 photographies en couleur.

M. Lailler vient de réunir, en volume, ses leçons sur les teignes que le *Progrès médical* a déjà données au cours de l'année dernière.

Nous n'avons pas à rappeler aux lecteurs du *Progrès médical* que ces leçons comprennent l'étude de la teigne faveuse, de la trichophytie, de la teigne tondante, du sycosis, de la pelade et du pityriasis versicolor ; le professeur a ajouté à ses leçons une bibliographie étendue et quatre planches qui représentent la structure microscopique du cheveu dans la teigne et l'aspect de la tête chez le teigneux. Ces deux dernières planches, reproduites en photographie coloriée par un procédé nouveau, font de cette publication une étude complète et instructive.

VARIA

Opinion de la presse médicale sur l'Organisation, dans les hôpitaux, de services spéciaux consacrés aux accouchements.

Depuis une douzaine d'années, nous avons, à bien des reprises, appelé l'attention sur la mauvaise organisation des services hospitaliers affectés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices, et sur l'insuffisance si regrettable de l'enseignement pratique des accouchements. Conformément à ces idées, nous avons déposé, l'an dernier (22 mai), au Conseil municipal un vœu publié dans le n° 21 du *Progrès médical* de 1877 (p. 406), demandant : « Que l'administration de l'Assistance publique institue des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices ; — que ces services soient confiés à des médecins accoucheurs, etc. » Ce vœu a été reproduit par les principaux organes de la presse médicale, et, comme rien n'a été fait jusqu'ici dans la voie indiquée par nous, nous avons pensé qu'il était bon d'appeler de nouveau l'attention de nos lecteurs et de l'administration sur cette question : à cet effet, nous allons reproduire ici l'opinion de nos collègues de la presse médicale.

La *Gazette médicale* s'exprime ainsi :

« Nous avons déjà signalé le vice d'organisation en vertu duquel les services d'accouchements, dans les hôpitaux de Paris, sont confiés à des médecins ou à des chirurgiens des hôpitaux n'ayant aucune compétence spéciale. Nous ajouterons que, dans l'esprit des signataires de ce projet, les services d'accouchements des hôpitaux, ou plutôt les maternités qu'il serait préférable de leur substituer, doivent être exclusivement réservés aux femmes qui, pour une raison quelconque, ne peuvent bénéficier de l'assistance à domicile. » (N° 22, p. 276, 2 juin 1877.)

L'*Union médicale* (14 juin) se borne à reproduire, sans commentaire, la note de la *Gazette médicale*. Les *Annales de gynécologie*, par l'organe de M. le Dr Le Blond, rappellent les articles publiés par notre ami, M. Budin, dans le *Progrès médical* et par M. Hergott dans les *Annales* et résume son avis dans les termes ci-après :

« Il résulte des documents fournis par nos deux confrères que, pendant qu'à Vienne, les services de gynécologie et d'obstétrique sont accessibles à un grand nombre d'élèves, nous n'avons à Paris qu'une seule clinique d'accouchement où un très-petit nombre d'élèves peuvent se préparer utilement à la pratique de l'obstétrique, car nous ne devons pas compter parmi les hôpitaux d'enseignement, la Maternité et l'hôpital Cochin, où les élèves ne sont pas admis. Il est donc très-désirable que des services de gynécologie et d'accouchement soient ouverts aux étudiants dans les divers hôpitaux de Paris. De cette façon, nous ne verrons plus un grand nombre de jeunes gens aller chercher à acquérir à l'étranger des connaissances qu'il serait si facile de leur procurer dans nos hôpitaux, au moyen d'une réforme simple et qui aurait l'assentiment de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la science. A ce point de vue, donc, l'initiative prise par le Conseil municipal est des plus louables et nous souhaitons vivement que la réforme qu'il propose ne reste pas à l'état de vœu. »

© BIU Santé

M. le Dr Cornil qui a pris la direction du *Journal des Connaissances médicales*, dans ces dernières années, accompagne notre vœu des remarques suivantes :

« Nos lecteurs se souviennent que nous les avons plusieurs fois entretenus de cette réforme si simple, si naturelle et si logique qui consiste à demander que les accouchements soient faits dans les hôpitaux par des accoucheurs. Nous espérons que la voix du Conseil municipal saura se faire entendre. »

La *Tribune médicale* approuve également la proposition faite au Conseil municipal.

« Nous ne saurions trop applaudir à cette initiative. Nous nous permettrons une simple remarque, qui ne s'adresse d'ailleurs qu'à la forme : Pourquoi médecins-accoucheurs. Est-ce que tout médecin ne doit pas être accoucheur? Ne suffit-il pas d'indiquer que les médecins seront nommés au concours et que, par conséquent, ils auront à justifier de connaissances spéciales en ce cas? »

Après avoir donné le texte de notre vœu, la *Gazette obstétricale* (1877, n° 20, page 310), ajoute les réflexions suivantes, dues à M. le dr Verrier :

« Honneur donc au Conseil municip pour l'initiative officielle qu'il a prise, car nos efforts individuels n'auraient pas abouti. Les idées émises par nos édiles existaient en germe depuis longtemps dans le corps médical. Dans ma leçon d'ouverture, dont je parlais en commençant ce feuilleton, j'avais dit aussi (p. 29 de la publication) : « Si l'Assistance publique veut consacrer exclusivement l'hospice de la Maternité à l'instruction des sages-femmes, car un lieu d'études particulier doit leur être réservé, qu'alors un concours spécial d'obstétrique place à la tête des services de femmes en couches de Saint-Louis, de l'Hôtel-Dieu, de Beaujon, de la Charité et des autres établissements de ce genre, des accoucheurs qui pourraient faire des cours libres dans ces maisons. *La branche des accouchements n'est-elle pas reconnue comme spécialité officielle*, puisque la Faculté a des professeurs et des agrégés nommés par un concours spécial et dont plusieurs, pour le dire en passant, ne font pas partie des hôpitaux et pourraient faire, pour l'Assistance publique, d'excellents chefs de service? » Certainement qu'on peut dire, en terminant, que si le vœu du Conseil municipal se réalisait, l'art de l'accouchement reprendrait bientôt en France le rang qu'il avait au siècle dernier, et qui mérita d'être appelé le *siècle des accoucheurs*. J'ai bon espoir dans la réussite, car la dépréciation dans laquelle est tombé notre art tient moins aux hommes qu'aux institutions, et en aidant à la réforme des institutions, nos édiles auront bien mérité de la science et de l'humanité qui sont toutes deux en jeu. »

Il y a quelques jours enfin, M. Cornil examinant quelques-unes des réformes qu'il est urgent d'introduire dans l'enseignement de la Faculté de Paris est revenu sur la question qui nous intéresse dans les termes suivants :

« De toutes ces réformes en est-il une qui soit plus nécessaire, écrit-il, que l'institution de services d'accouchements confiés à des *accoucheurs* et que le concours spécial d'accouchements, distinct du concours des chirurgiens et des médecins, pour pourvoir ces services de savants spéciaux?

« Lorsqu'on aura ce concours et ces services spéciaux, la Faculté pourra instituer aussi comme maîtres de conférences pratiques ou comme chargés de cours complémentaires, les accoucheurs des hôpitaux qui seront assurément aussi agrégés de la Faculté en accouchement. Les élèves alors pourront tous voir des accouchées et apprendre l'obstétrique, ce qui leur est impossible aujourd'hui. C'est là une réforme que nous avons demandée constamment, que nous poursuivrons toujours jusqu'à ce qu'elle soit obtenue. (*Journal des connaissances médicales*, 8 février.)

Nous terminons là ces citations. Il y aura peut-être lieu d'en reproduire encore quelques autres, si cela est nécessaire. Celles qui précèdent sont assez nombreuses et assez péremptoires pour montrer combien nous avons touché juste en déposant notre vœu. En les rassemblant les unes à la suite des autres, nous avons eu pour but de frapper davantage l'esprit de nos administrateurs. Espérons qu'il voudront bien à leur tour se pénétrer des raisons qui militent en faveur de la création des services spéciaux que nous réclamons. B.

Faculté de Médecine.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le professeur Charcot commencera son cours d'anatomie pathologique le lundi 25 mars 1878, à deux heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Physiologie. — M. le professeur Béclard commencera son cours de physiologie le lundi 25 mars 1878, à midi (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Hygiène. — M. le professeur Bouchardat a commencé son cours d'hygiène le mardi 19 mars 1878, à quatre heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Pathologie expérimentale et comparée. — M. le professeur Vulpian a commencé son cours de pathologie expérimentale et comparée le mardi 19 mars 1878, à deux heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Accouchements. — M. Charpentier, agrégé, suppléant de M. le professeur Pajot, a commencé son cours d'accouchements le mardi 19 mars 1878, à midi (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Histoire naturelle médicale. — M. le professeur Baillon a commencé son cours d'histoire naturelle médicale le mercredi 20 mars 1878, à onze heures (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Médecine légale. — M. Rigal, agrégé, suppléant de M. le professeur Tardieu, a commencé son cours de médecine légale le vendredi 22 mars 1878, à cinq heures (petit amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

Pathologie médicale. — M. Péter, professeur a commencé son cours de pathologie médicale le mardi 19 mars 1878, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Pathologie chirurgicale. — M. le professeur Guyon a commencé son cours de pathologie chirurgicale le mercredi 20 mars 1878, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Avis. — *Exercices de médecine opératoire.* — Année scolaire 1877-1878. — Les exercices de médecine opératoire commenceront le lundi 1er avril prochain, sous la direction de M. le professeur Le Fort, secondé par MM. les prosecteurs et aides d'anatomie de la Faculté. Ils auront lieu tous les jours, de une heure à trois heures, à l'Ecole pratique, pavillon n° 1. — MM. les étudiants qui désirent prendre part à ces travaux devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, à partir du 15 mars, les vendredis et samedis de chaque semaine, de une à quatre heures. En versant à la caisse de la Faculté les droits prescrits par le règlement, ils recevront : 1° une quittance détachée du registre à souche et constatant le versement de ces droits ; 2° une carte spéciale d'admission à l'Ecole pratique.

Concours d'agrégation.

La seconde série des épreuves terminées, le jury a procédé à l'élimination. Ont été conservés : MM. Debove, Du Castel, Hallopeau, Joffroy, Labadie-Lagrave, Raymond, Rendu, Straus (*Paris*), Carrieu, Demange, Laure, Looten, Mairet, Pitres, Spillmann et Teissier (*Province*). — Puis, les sujets de thèse ont été tirés ; en voici la distribution :

M. Debove : du régime lacté dans les maladies. — M. Ducastel : De la physiologie pathologique de la fièvre. — M. Hallopeau : Du mercure, action physiologique et thérapeutique. — M. Joffroy : De l'influence des excitations cutanées sur la circulation et la calorification. — M. Labadie-Lagrave : Le froid en thérapeutique. — M. Raymond : Des dyspepsies. — M. Rendu : Etude comparative des néphrites chroniques. — M. Strauss : Des ictères chroniques. — M. Carrieu : De la fatigue et de son influence pathogénique. — M. Demange : De l'azoturie. — M. Laure : De la médication diurétique. — M. Looten : Des scrofulides des muqueuses. — M. Mairet : Des formes cliniques de la tuberculose du poumon. — M. Pitres : Des hypertrophies et des dilatations cardiaques indépendantes des lésions valvulaires. — M. Spillmann : De la tuberculisation du tube digestif. — M. Teissier : De la valeur thérapeutique des courants continus.

La 3e série d'épreuve (leçon après vingt-quatre heures de préparation), a commencé le 18 mars. Lundi, 18. M. Raymond : Valeur séméiologique du vomissement. — M. Looten : De l'albuminurie transitoire. — Mardi, 19. M. Rendu : De l'anasarque. — M. Labadie-Lagrave : Des éruptions scarlatiniformes. — Mercredi 20 mars. M. Du Castel : Pathogénie et séméiologie de la pigmentation. — M. Demange : Du rhythme respiratoire dans les maladies. — Jeudi, 21 mars. M. Spillmann : Du délire dans les maladies aiguës. — M. Laure : De l'hémoptysie. — Vendredi 22 : M. Joffroy, De la syncope. — M. Hallopeau : Des accidents cérébraux dans les maladies du cœur.

Le Palais-Royal à l'Académie, ou la poule de discorde.

Deux coqs vivaient en paix, une poule survint....., on sait le reste; semblable histoire vient de se passer dans le sein de la vénérable Académie de médecine, si nous en jugeons par son bulletin du 12 mars : grande bataille entre académiciens ; celui-ci parle de germes, celui-là de bactéridies entières; l'un les voit grosses comme ceci, l'autre immenses comme cela ; tous deux dessinent, discutent, se foudroient tour à tour d'arguments écrasants, tirés des infiniment petits ; l'un veut contrôler les expériences que l'autre se refuse à répéter, mais cet autre défie cet un, de faire quelque essai probant. C'est au milieu de cette discussion si claire que la poulette fait son entrée; encore si elle était charbonneuse! mais après tout il a jailli de la discussion qu'on ignorait si elle peut l'être ou si elle en est innocente ... Vous m'aviez promis une poule avec le charbon, vous m'avez traîné de semaine en semaine, vous veniez, il est vrai, me voir....., mais sans poule;

© BIU Santé

enfin, vous avez fini par m'avouer que les poules résistaient à vos séductions, je vous ai alors promis une vraie véritable poule avec du charbon authentique. — Mais vous ne me l'avez pas donnée non plus, aurait dû répondre le premier.

A partir de ce moment, la lutte devient épique ; l'observation microscopique est bonne, dit l'un; elle ne vaut rien, elle choque le bon sens, dit l'autre; je regarde une gouttelette, dit le premier ; vous examinez un ganglion tout entier, dit le second ; d'abord, reprend l'un, vos histoires de bactéridies viennent de Kock ; comment, rugit l'autre, j'ai fait toute autre chose; il y a bactéridie et bactéridie, celles que je décris sont miennes, j'en suis seul éditeur responsable, je les trouve partout, partout, jusque dans les urines, où Kock les avait abandonnées : Ah ! reprend le premier, vous me reprochez ma poule ? Eh bien, j'ai infesté un nid tout entier, je l'ai choisi à point, bien rondelet; d'une main furtive j'en dérobai l'espoir, l'inoculai, et, grâce aux mystères de la nuit, je replaçai la progéniture dans le domicile maternel : la mère, bonne fille, se chargeait d'héberger et de sauvegarder les petits charbonniers qui devenaient charbonneux. Tout ça n'est pas ma poule, réplique le second. Mais votre poule a servi de déjeuner à un chien vorace, répartit le premier, on aurait pu la croire finie, cette poule, une fois mangée, mais pas du tout. Vous m'avez itérativement (pardon lecteur !) promis une poule, gronde l'adversaire. Mais si je vous l'avais promise, reprend le premier, c'était pour avoir de l'urine : donnant, donnant; puis, par une riposte rapide, il fond sur le rempart des poules et lui sert quelques souvenirs cuisants : ici la scène représente un tumulte, clairement indiqué par les deux lignes de points du Bulletin.

On ne sait jusque à quelles terribles fureurs les nouveaux frères ennemis auraient pu se porter, si le dieu antique, représenté par un professeur d'esprit, n'était venu replacer la discussion sur son véritable terrain,et faire ainsi évanouir le singulier mirage qui, pour un moment, nous avait fait prendre l'Académie pour une arène peu courtoise.

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de Médecine.

Du 18 au 23 mars. — 182. M. E. Cyon : Recherches expérimentales sur les fonctions des canaux semi-circulaires, sur leurs rôles dans la fonction de la notion et de l'espace. — 183. M. Martin (Charles) : De l'amblyopie par le tabac. — 184. M. Lecam : Contribution à l'étude du collodion en chirurgie. — 185. M. Tiseris : Des complications après la ponction suivie de l'injection iodée et de la vaginalité suppurée en particulier. — 186. M. Fournier : Contribution à l'étude de la néphrite ascendante. — 187. M. Peyrot : Du pronostic dans les accidents gangreneux du diabète sucré. — 188. M. Pachot : Des différentes espèces d'œdèmes des membres inférieurs chez les phthisiques et en particulier de l'œdème consécutif à la pneumonie chronique péri-tuberculeuse. — 189. M. Weber : Contribution à l'étude des mélano-dermies. — 190. M. Guyet : De la contriction spasmodique des mâchoires. — 191. M. Boyvel : Contribution à l'étude des œdèmes chez les diabétiques.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le docteur Latteux, chef de laboratoire de la Faculté, commencera un nouveau cours, le lundi 1er avril, à 4 heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en état de faire les analyses que réclame journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences (coupes, injections, montage et conservation des préparations, etc.). On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de midi à 1 heure.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le docteur H. Picard commencera son cours le mardi 26 mars, à 5 heures, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Embryogénie. — M. Dareste commencera ses conférences à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, le lundi 25 mars, à 4 heures.

Maladies des voies urinaires. — M. Reliquet, commencera son cours sur les opérations des voies urinaires les lundis 25 mars à 5 heures dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

11. Vin d'écorces de chêne.

Ecorces de chêne	30	grammes.
Acide chlorhydrique	10	—
Vin ordinaire	1000	—

Laissez macérer huit à quinze jours. — Pour remplacer le vin de quinquina dans les campagnes. — (*Journal de médecine et de pharmacie de l'Algérie.*)

12. Vin tonique apéritif.

Sirop d'écorces d'oranges	250	grammes.
Sirop de capillaire	250	—
Vin de quinquina au Bordeaux vieux	600	—

Un verre à liqueur avant chacun des repas. — (*Journal de médecine et de pharmacie de l'Algérie.*)

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 14 mars 1878 on a déclaré 948 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 12 ; rougeole, 22 ; scarlatine, 3 ; variole, » ; croup, 24; angine couenneuse, 27; bronchite, 50; pneumonie, 70 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 9 ; choléra nostras » ; dysentérie » ; affections puerpérales, 3 ; érysipèle, 5 ; autres affections aiguës, 216 ; affections chroniques, 434 dont 172 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 50 ; causes accidentelles, 23.

Le professeur Cohnheim vient d'accepter la chaire d'anatomie pathologique, à l'université de Leipzig. Il est remplacé à Breslau par le dr Ponfick (de Göttingen). (*Gazette des hôpitaux*).

La Société contre l'abus du tabac met au concours, pour 1878 : 1° Un prix pour l'*Instituteur* qui aura obtenu les meilleurs résultats pour empêcher ses élèves de fumer ; — 2° Un prix de *Statistiques* destinées à démontrer si les élèves non fumeurs ont la priorité sur les fumeurs ; — 3° Un prix pour le *Médecin* qui établira, par des faits, si l'abus du tabac exerce réellement une funeste influence sur l'aptitude des fumeurs à la procréation et sur la constitution des enfants ; — 4° Un prix pour l'*Auteur* qui démontrera, en s'appuyant sur des faits comparatifs entre les *militaires* fumeurs et non fumeurs, l'influence du tabac sur les punitions, les journées de traitement, les privations en garnison et en campagne.

L'importance des prix varie de 100 à 300 fr. — D'autres récompenses seront en outre décernées pour mérites divers. — Pour les conditions détaillées du concours, adresser une demande au président, rue Saint-Benoît, 5, Paris.

M. le dr Claude-Gilbert-Alphonse Souchard de Lavoreille, est décédé dans sa 66e année, à Saint-Raphaël (Var).

Souscription pour élever un monument à Claude Bernard.

Le Progrès médical recevra toutes les souscriptions que ses lecteurs voudront bien lui adresser.

Première liste.

Le Progrès médical	100 fr.
M. le docteur Loiseau, conseiller municipal	10
M. le docteur G. Martin, conseiller municipal	5
M. le docteur Métivier, conseiller municipal	10
M. le docteur Thulié, conseiller municipal	10
Total	135 fr.

Deuxième liste.

M. le docteur P. Dubois, conseiller municipal	5 fr.
M. le docteur Levraud, conseiller municipal	5
M. le docteur Lamouroux, conseiller municipal	5
M. le docteur Delasiauve	10
M. le docteur Clin	100
Total	125 fr.

Troisième liste.

Librairie Adrien Delahaye et Ce	50 fr.
— Berthier (successeur de Leclerc)	5
M. Weill, Gerson, employé	1
M. Biondeau, étudiant en médecine	2
Total de la troisième liste	58
Total des deux listes précédentes	260 fr.
Total général	318 fr.

Le Conseil municipal, dans sa séance d'hier,21 mars, a voté *mille francs* pour la souscription faite en vue d'élever un monument à Claude Bernard. (Rapporteur, M. A. Liouville).

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. Service de M. Cusco, suppléé par M. Terrillon. Salle Sainte-Agnès : 1, phlegmon du ligament large suppuré; 3, uréthrite fongueuse; 4, bec de lièvre uni-latéral compliqué ; 6 *bis*, granulations de la conjonctive, kératite ulcéreuse; 7, mal de Pott; 9, uréthrite fongueuse, tuberculose; 10, fissure anale ; 14, pelvi-péritonite. — Crèches : 17, nœvus opéré ; 18, fracture de cuisse (enfant 7 mois). Consultation les mardi et samedi.

Service de M. Richet. Salle Saint-Julien (nouvelle salle) : 10, carie du rocher, méningite, choroïdite purulente ; 13, iritis double syphilitique; 15, paralysie du nerf circonflexe; 20, entorse du genou. Consultations les lundi et jeudi. — Le public est prévenu qu'il n'y a pas de leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu. — Salle Saint-Landry : 1, fracture de jambe compliquée de plaie ; guérison; 2, tumeur blanche du poignet; 11, kyste du corps thyroïde, cautérisation et ouverture au thermocautère Paquelin; 21, fracture de jambe compliquée de plaie, occlusion à la baudruche collodionnée, guérison.

Service de M. Hérard. Salle Sainte-Marie : 3, pneumonie; 6, anémie pernicieuse; 7, hystérie, anesthésie complète; 10, rétrécissement mitral, embolie, hémiplégie, aphasie; 13, rétrécissement mitral, asystolie; 20, rhumatisme noueux, hémiplégie, anesthésie. — Salle Saint-Louis : 10, rhumatisme articulaire aigu; 14, broncho-pneumonie; 15, pneumonie; 9, carcinome stomacal; 20, emphysème, accès de dyspnée très-intense; 22, néphrite parenchymateuse; 23, alcoolisme subaigu; 24, insuffisance mitrale.

Service de M. Oulmont. Salle Saint-Thomas (H.) : 2, rhumatisme; 3,

© BIU Santé

alcoolisme, tendance à la paralysie générale; 13, hystérie chez l'homme; 18, pleurésie; 19, albuminurie, insuffisance mitrale; 20, asystolie, emphysème; 21, insuffisance mitrale, tuberculose, cachexie d'origine saturnine (?) — Salle Sainte-Anne : 5, rougeole; 9, érysipèle; 10, pleurésie; 17, sciatique, urticaire; 16, manie hystérique.

Service de M. Fauvel. Salle Sainte-Monique (F.) : 3, sciatique; 11, syphilis; 14, carcinome de l'estomac; 17, adénites multiples, albuminurie; 21, hémorrhagie cérébrale, hémiplégie gauche. — Salle Saint-Augustin (H.) : 4, rhumatisme blennhorragique; 7, fièvre typhoïde; 11, diarrhée de Cochinchine; 12, insuffisance aortique; 16, péritonite tuberculeuse; 25, bronchite.

Service de M. Cusco, suppléé par M. Terrillon. Consultations, mardi et samedi, à 9 heures; jeudi, à 10 heures (organe des sens et de la voix). Salle Saint-Côme : 1, génu valgum double, opéré par l'appareil du docteur Colin; 2, hygroma prérotulien; 5, fracture du 3e métatarsien; 7, amputation de l'index (pansement Lister); 12 *bis*, abcès sous-périostique; 15, plaie de la région fessière (suture profonde); 24, hydrocèle vaginale (parois épaissies.

Hôpital Saint-Antoine. Service de M. Benjamin Anger. Salle Saint-Barnabé : 5, phlegmon iliaque (périty phlite); 14, fracture de jambe compliquée; 17, épithélioma de la base de la langue; 26, tarsalgie; 50, phlegmon de l'œil; 58, fracture du métatarse. — Salle Sainte-Marthe : 11, arthrite du poignet; 12, phlegmon de la paroie abdominale; 15, tumeur du sein; 18, fistule vésico-vaginale.

Service de M. Ledentu. Salle Sainte-Marguerite; 3, fracture du col du fémur; 9, tumeur blanche chez un syphilitique; 17, fracture compliquée de jambe.

Service de M. Ball. Salle Saint-Louis : 1, anévrysme de la crosse de l'aorte (traité par l'électro-puncture); 5, paralysie générale; 8, hydro-pneumothorax; 18; carcinome du foie; 22, paralysie générale; 30, érysipèle de la jambe; 34, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Thérèse : 7, hystérie; 12, pelvi-péritonite; 16, hystérie; 17, hémiplégie faciale; 23, hystéro-épilepsie; 24, épilepsie; 22, cystite chronique.

Service de M. C. Paul. Salle Saint-Eloi : 24, fièvre typhoïde; 25, rhumatisme articulaire aigu; 28, fièvre typhoïde, érysipèle de la face; 29, rhumatisme articulaire aigu, endocardite; 30, ictère; 40, lésions mitrales, asystolie; 42, cancer du rein; 44, phlegmatia alba dolens des quatre membres.— Salle Sainte-Jeanne : 2, ulcère simple de l'estomac; 14, néphrite interstitielle; 15, œdème pulmonaire, bronchite chronique; 18, péri-métrite; 22, hypertrophie cardiaque, insuffisance mitrale.

Service de M. Dujardin-Beaumetz. Salle Saint-Lazare : 7, pleurésie; 16, cirrhose; 12, pneumonie; 29, péritonite tuberculeuse. — Salle Sainte-Marie : 16, péritonite tuberculeuse chez une nourrice. — Salle Sainte-Agathe : 8, insuffisance mitrale, albuminurie, tumeur du flanc droit; 13, kyste de l'ovaire, péritonite.

Service de M. Brouardel. Salle Sainte-Geneviève; 1, pachyméningite cervicale; 2, urémie; 20, goître exophthalmique. — Salle Saint-Augustin : pleurésie, rhumatisme blennorrhagique (irido-choroïdite); 15, rhumatisme blennorrhagique; 28, cirrhose.

Service de M. Fernet. Salle Saint-Etienne : pneumonie du sommet; 3, hémato-myélite; 15, hémiplégie (syphilitique). — Pavillon V ; 1, aphasie, hémiplégie; 4, hématocèle rétro-utérine; 6, cancer de l'estomac; 12, cancer du foie.

Service de M. Lancereaux, Salle Saint-Antoine : 2, méningite; 3, méningite tuberculeuse; pneumothorax; 16, néphrite épithéliale; 23, néphrite interstitielle. — Salle Sainte-Adélaïde : 11, hémiplégie (syphilitique); 20, hématome pelvien.

Hôpital Necker. — Service de M. Delpech. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 6, érysipèle; 10, tumeur cérébrale ; 12, ictère catarrhal ; 14, mal de Bright ; 16, rhumatisme articulaire ; 29, cirrhose ; 31, fièvre typhoïde ; 32, néphrite interstitielle ; 37, fièvre intermittente.— Salle Sainte-Anne (F.) : 5, cancer du foie ; 9, hémorrhagie cérébrale ; 10, cancer de l'intestin ; 12, rougeole ; 14, abcès de la fosse iliaque ; 21, phlegmon du ligament large ; 27, athrepsie.

Service de M. Blachez. — Salle Saint-Louis (H.) : 2, érysipèle de la face ; 5, bronchite fétide, emphysème ; 6, pneumo-thorax ; 15, cirrhose hépatique ; 20, phlébite, suite de fièvre typhoïde ; 22, pleurésie gauche ; 23, endo-péricardite rhumatismale ; 28, rhumatisme articulaire aigu ; 30, ataxie locomotrice ; 82, pleurésie gauche. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 2, rhumatisme noueux ; 4, pleurésie purulente ; 16, phthisie galopante ; 17, pleurésie gauche ; 24, hémianesthésie et hémichorée hystérique ; 28, péritonite tuberculeuse ; 29, cancer de l'utérus ; 30, emphysème.

Service de M. Chauffard. — Salle Saint-Jean (H.) : 14, péritonite tuberculeuse ; 15, fièvre typhoïde ; 16, rétrécissement et insuffisance aortique ; 18, tumeur cérébrale ; 20, insuffisance mitrale ; 25, arthrite vertébrale ; 28, affection mitrale. — Salle Sainte-Eulalie (F.) : 3, fièvre typhoïde ; 9, affection mitrale ; 28, coliques hépatiques ; 29, hématocèle ; 30, affection mitrale.

Service de M. Broca. — Salle Saint-Pierre (H.) : 5, commotion cérébrale ; 7, fracture de l'humérus ; 11, synovite fongueuse du poignet ; 18, résection de l'extrémité inférieure du cubitus ; 20, fracture du fémur ; 29, épanchement traumatique de sérosité ; 23, tumeur blanche du genou, subluxation du tibia ; 44, abcès ossifluent de la fesse ; 48, névrose de l'extrémité inférieure du tibia ; 49, plaie du nerf cubital ; 54, fracture de jambe ; 51, rétrécissement de l'œsophage. — Salle Sainte-Marie (F.) : 1, plaie du cou ; 10, abcès du maxillaire inférieur ; 17, gangrène sénile ; 16, abcès froid de la hanche.

Service de M. Guyon. — Salle Saint-Vincent (H.) : 1, rétrécissement ; 2, spasme de l'urèthre ; 3, fongus de la vessie ; 6, carcinome de la prostate ; 8, infiltration d'urine ; 9, 10, 24, cystite tuberculeuse ; 12, rétention d'urine incomplète ; 4, 20, rétrécissement ; 21, calcul vésical ; 25, cancer de la vessie ? 27, rétrécissement de l'urèthre. — Salle Saint-André (H.) : 2, hydrocèle (traitement par l'alcool) ; 7, fracture consécutive du coude ; 12, contusion de la jambe ; 13, blennorrhagie, néphrite aiguë ; 16, épithélioma de la jambe ; 17, adénite ; 18, tétanos chronique ; 19, fracture de la rotule ; 26, hydarthrose du genou, injection de teinture d'iode ; 28, phlegmon de la main. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 2, cystite blennorrhagique ; 5, entorse médio-tarsienne ; 6, épithélioma du rectum ; 12, kyste de l'ovaire.

Hôpital des Enfants malades. — Service de M. Labric.— Consultations le vendredi à 9 h. 1/2. — Salle Saint-Jean : 2, chorée ; 3, angine couenneuse ; 7, 40, croup ; 10, pleurésie purulente ; 11, fièvre typhoïde ; 18, pemphigus et mal de Pott ; 21, angine couenneuse ; 26, broncho-pneumonie ; 32, varicelle ; 34, pneumonie ; 35, périostite phlegmoneuse diffuse ; 36, endocardite rhumatismale ; 37, péritonite chronique ; 38, mal de Bright ; 39, angine couenneuse ; 43, syphilis (accidents secondaires) ; 45, chorée ; 48, 52, tuberculose pulmonaire ; 53, stomatite aphteuse.

Service de M. Simon. Consultations : samedi, à 9 h. (maladies aiguës) ; jeudi, à 9 heures (maladies chroniques) ; mercredi, conférences cliniques.

Service de M. Archambault. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mardi à 9 h. — Salle Saint-Louis : 5, albuminurie ; 8, dothiénentérie ; 11, croup opéré ; 13, purpura rhumatismal ; 18, péritonite tuberculeuse ; 24, angine diphthéritique ; 27, pneumonie ; 29, rougeole. — Salle Sainte-Geneviève : 1, albuminurie ; 4, croup opéré ; 8, dothiénentérie ; 9, chorée ; 14, rougeole ; 15, pneumonie ; 17, rhumatisme articulaire ; 18, pleurésie, varicelle ; 23, chorée, affection cardiaque ; 29, épilepsie.

Service de M. Saint-Germain. — Consultation tous les jours à 9 h, 1/2

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du Dr **Clin** renferme 0,20 } Bromure de
Chaque **Dragée** du Dr **Clin** renferme 0,10 } Camphre pur.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enve- » loppe mince de Gluten, constituent le moyen le » plus parfait pour administrer certains médica- » ments à odeur et à saveur désagréables.

» L'**Essence** de **Santal**, associée au Copahu » et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès » dans la Blennorragie, la Blennorrhée, la Cystite » du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections » des organes génito-urinaires.

» Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digé- » rées très-rapidement, même par les estomacs les » plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

Nota. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

Gros : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — Détail : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du Dr **Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du Dr **Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr **Rabuteau** destiné aux enfants.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du Dr **Clin.**

Conférences de Clinique chirurgicale, faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

© BIU Santé

Clinique le jeudi à 9 h. 1/2. — Salle Sainte-Pauline (F.) : 1, coxalgie suppurée ; 2, carie du rocher ; 3, abcès froid ; 4, abcès par congestion ; 5, dactylite scrofuleuse ; 6, ostéite scrofuleuse ; 7, brûlure ; 8, hydarthrose ; 9, tumeur blanche du genou ; 10, coxalgie ; 12, adénite scrofuleuse ; 13, abcès par congestion ; 16, mal de Pott ; 17, abcès froid ; 19, coxalgie suppurée ; 20, fracture du bras ; 21, ostéite scrofuleuse du pied ; 22, abcès froid ; 23, doigts palmés ; 24, carie du calcanéum ; 26, hydarthrose ; 27, tumeur blanche du genou ; 29, fracture de l'avant-bras ; 30, phlegmon du bras.

Salle Saint-Côme (G.) : 1, phymosis opéré ; 2, mal de Pott ; 3, fracture de jambe ; 4, résection du genou ; 5, fracture de cuisse ; 6, plaie contuse du pouce ; 7, plaie contuse du pied ; 8, calcul vésical ; 9, coxalgie suppurée ; 10, fracture de jambe ; 13, brûlures des deux mains ; 14, tumeur blanche du coude ; 15, tumeur sanguine des parois abdominales ; 17, brûlure de la cuisse ; 19, fistule uréthrale ; 20, 21, coxalgie suppurée ; 22, abcès froid ; 23, ostéite du tibia ; 24, amputation du gros orteil ; 25, fracture de cuisse ; 27, coxalgie suppurée.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

BROMURE de ZINC

SIROP — 50 centigr. par cuillerée à soupe.
PILULES — contenant 20 centigrammes.
PILULES ARSENICALES — contenant 5 centigr. Br. de Zinc et 1 mill. Br. d'arsenic.

« Très-utile dans les cas de *Saturation* ou d'*Anémie bromurique*, le Br. de Zinc est beaucoup plus actif que le Br. de Potassium. — Doses de 0,20 à 1 gr. par jour. — FREYSSINGE, Ph., 97, r. de Rennes — PARIS.

ACIDE SALICYLIQUE BREVET KOLBE

SEULS CONCESSIONNAIRES, SEULS FABRICANTS

SCHLUMBERGER & CERCKEL, 26, rue Bergère, PARIS.

MÉDICAMENTS Salicylés PRÉPARÉS

RHUMATISMES..... **SALICYLATE de SOUDE** dosé à 50 c°.
GOUTTE, GRAVELLE. **SALICYLATE de LITHINE**, pil. 10
SALICYLATE DE QUININE, paquets..... 10
ACIDE SALICYLIQUE MÉDICINAL, pilules..... 10
RHUME. Affections de la Gorge. PASTILLES SALICYLÉES.
VIN Tonique SALICYLÉ. — Ouate, Glycérine SALICYLÉES.

Par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, r. du Faubourg-Montmartre, 21, PARIS.

Capsulines aromatiques AU GOUDRON

Ont l'avantage d'offrir, sous forme et saveur agréables, les principes actifs du Goudron et du Baume de Tolu réunis.

A. DÉBONNAIRE, rue du Faubourg-Saint-Honoré, 20
Et principales pharmacies

Pullna (Bohême). La plus ancienne et la meilleure Eau minérale naturelle purgative et altérante connue. (*Apéritive, Dérivative, Digestive, Tempérante, Antiphlogistique, Antiapoplectique*). — Douce et bienfaisante par excellence et presque insipide. Vente et détail partout. Chauffer la valeur d'un verre à vin ordinaire. — Aux enfants une cuillerée coupée de lait. — Prendre à jeûn et aussi avant le coucher. — Exempte des coliques et des Troubles intestinaux — Diète peu scrupuleuse. — Contrôle originaire : Chaque cruchon de provenance unique porte exclusivement la marque registrée : **Püllnaer Bitterwasser, Gemeinde Püllna**, et sa capsule conformément : **Püllnaer-Gemeinde-Bitterwasser**. — Le directeur général des Eaux minérales naturelles amères de Pullna, Antoine ULBRICH, fils du fondateur.

RÉCOMPENSE Nationale de 16,600 fr. Médaille d'OR, etc.

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX

Apéritif, Fortifiant et Fébrifuge

Contenant tous les principes des 3 quinquinas et recommandé par les médecins contre *l'anémie*, le *manque de forces, chlorose, pâleur maladive, affections de l'estomac, fièvres invétérées, convalescences lentes*, etc.

Paris, 19 et 22, rue Drouot et Pharmcies.

Recherches anatomiques sur les apo-névroses abdominales, par le Dr F. Poncet. Paris, 1877. In-8 de 16 pages, avec figures. — Aux bureaux du *Progrès Médical*.

GLACE NUTRITIVE IMODA

TONIQUE, ALIMENTAIRE. — 1 FR. ET 1 FR. 50

Contient la moitié de son poids de viande crue de choix. Nouveau mode d'alimentation convenant à tous malades, convalescents et affaiblis; saveur exquise et variée neutralisant tout goût de viande pour les plus difficiles.

IMODA, *glacier, rue Royale, 5*

SAXON-LES-BAINS (Valais Suisse)

L'Eau de Saxon est la plus riche du monde en iodure et en bromure de potassium; elle contient aussi de la lithine et de la glairine. Elle est indiquée dans la goutte, le rhumatisme, les névroses, les accidents consécutifs de la syphilis, les maladies de la peau, les engorgements lymphatiques et scrofuleux, etc. **Saison du 1er mai au 15 octobre.** L'établissement est aménagé avec tout le confort désirable.

MM. les médecins qui adresseront des malades à Saxon, seront tenus au courant de l'action du traitement. Les eaux supportent admirablement le transport. Dépôt central à la Cie de Vichy, boul. Montmartre, 22, à l'angle de la rue Drouot.

Nota. — *Depuis l'année dernière les jeux ont été supprimés à Saxon comme aux eaux d'Allemagne.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Vacances médicales. — On demande un docteur ou un **étudiant**, ayant passé ses examens, pour donner des soins à une famille habitant la campagne.

S'adresser chez M. Delesalle, naturaliste, 67, rue des Saints-Pères.

On demande un jeune Médecin pour une petite ville près de Bourges. — On assure un traitement minimum. — S'adresser pour plus amples renseignements à M. le Dr Baret, 42, boulevard Malesherbes, tous les jours de midi à 1 heures.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)
Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.
LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, PARIS.

LA RÉFORME ÉCONOMIQUE, tome X, 6e livraison. — Sommaire du numéro du 15 mars 1878. — La démographie (1er article), par le dr Bertillon. — Le renouvellement partiel des assemblées (3e article, *fin*), par Paul Beurdeley. — Stanley et les richesses de l'Afrique équatoriale (2e article, *fin*), par Georges Beauvisage. — Claude Bernard, par G. Philippon. — Les musées départementaux (2e article, *fin*), par Gonzague Privat. — Le 16 mai et les revenus publics, par L. Vacher. — Chronique économique : France. La situation économique : I. La quinzaine. — II. L'activité parlementaire et gouvernementale. — III. La question des chemins de fer devant la Chambre. — IV. La liberté commerciale, par Achille Mercier. — La situation agricole : Concours généraux agricoles : Nevers, Paris, par Ernest Menault. — Angleterre. La situation économique : L'industrie du fer et de la houille en Angleterre et aux Etats-Unis, par Edmond Barbier. — Documents. I. Organisation du service des chemins de fer. — II. Les chemins de fer secondaires. — III. Commission du budget. — Bulletin économique. Actes officiels. — Sénat. — Chambre des députés, par Georges Lassez. — Bulletin politique.

Bromure de Camphre (Ses propriétés physiologiques et ses usages thérapeutiques), par L. PATHAULT. — 4e édition in-8e de 48 pages avec 6 figures. — 1 fr. 50.

VÉSICATOIRE L. ROUVIÈRE

Argocystique et Indolore

(EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN)

1re MÉDAILLE EXPOSITION PARIS.

Attestations des médecins en chef des Hôpitaux

Employé dans les *Hôpitaux* et ordonné par tous les médecins après essai. — **Agit sûrement.** — Pas CAMPHRÉ. — **Jamais de cystite.**

Trois formes : 1° **Vésicatoire indolore**, la boîte.... 1f 50
2° — **instantané**, la boîte.. 1f 50
3° **Toile Vésicante**, le mètre..... 2f »

Paris : **Pharmacie centrale**, 7, rue de Jouy et ses succursales. — **A. Hugot**, rue Vieille-du-Temple, 19 et principles droguéries.

Vente en gros : L. ROUVIÈRE, pharmacien, à Nîmes (Gard).

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 13. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 30 MARS 1878

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÉGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Dix-neuvième leçon (1).

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Étude du développement des faisceaux musculaires striés. Théorie de Schwann, théorie de Remak. Discussion. — I. Développement des fibres musculaires chez la grenouille. Choix de l'objet d'observation, de l'âge de la larve. — Muscles polygastriques de l'expansion caudale des têtards. — Etude des segments musculaires, zone latérale protoplasmique, zone latérale musculaire. Présence et rôle nutritif des granulations vitellines au sein des éléments anatomiques en voie de développement. La substance musculaire n'a pas son origine dans une transformation directe et sur place du protoplasma cellulaire. — Noyaux superficiels et noyaux profonds du faisceau primitif. — Union du muscle en voie de développement avec son tendon embryonnaire. — Rôle du protoplasma dans le développement. — II. Développement des faisceaux musculaires de l'homme et des mammifères. Historique. Démonstration du fait que le faisceau primitif est une cellule à noyaux multiples. — Constitution du faisceau embryonnaire. Cylindre protoplasmique central, noyaux, glycogène, manchon périphérique de substance striée. — Etude de faisceaux embryonnaires fendus suivant leur longueur, leur homologie avec leurs similaires chez la grenouille.

Messieurs,

La question du développement des muscles striés est encore aujourd'hui très-discutée. Les histologistes sont, à cet égard, partagés en deux groupes distincts. Les uns, adoptant les vues de Schwann, pensent, en effet, qu'un faisceau musculaire primitif adulte est le résultat de la fusion d'un certain nombre de cellules, originairement séparées. Les autres, avec Remak et Kölliker, et je fais moi-même partie de ce groupe, considèrent ce faisceau primitif comme provenant d'une tout autre origine.

La théorie de Schwann veut expliquer ce fait, qu'une fibre musculaire adulte possède plusieurs noyaux, par l'interprétation suivante : une cellule est constituée par un noyau, un contenu, et une membrane d'enveloppe. A chaque noyau répondait primitivement une cellule. Plusieurs cellules de l'embryon, composées comme il vient d'être dit, se rangent en série les unes au bout des autres. Toutes leurs membranes se fusionnent latéralement pour former le sarcolemme, au niveau de leurs points de contact transversaux elles disparaissent, et le contenu des cellules placées en chapelet devient une masse continue qui fournira la substance contractile. Les noyaux sont rejetés sur le côté, sous le sarcolemme, par suite du développement de cette substance.

Cette théorie est ingénieuse et peut se formuler et se concevoir clairement ; mais elle ne satisfait pas, comme doit le faire toute théorie générale, à un certain nombre de faits particuliers observés d'une façon très-positive. Depuis les recherches de Moleschott et de Weissmann, on sait que les solutions fortes de potasse (à 40 pour 100 par exemple), isolent les unes des autres les cellules quand elles sont soudées entre elles. Le ciment qui les unit est régulièrement dissous par l'alcali.

Nous verrons plus tard que, par ce moyen, l'on peut résoudre les fibres musculaires ramifiées du myocarde en une série de cellules striées à leur périphérie, renfermant à leur centre un noyau, et qui sont soudées entre elles de façon à former des chaînes musculaires. Mais jamais la potasse à 40 0/0, nous l'avons vu, n'exerce une semblable action sur les faisceaux primitifs des muscles striés des deux ordres. Elle ne les résout point en parties répondant chacune à un noyau ; elle les isole, au contraire, dans toute leur étendue, comme elle le fait des fibres lisses qui répondent manifestement chacune à une seule cellule. Je conclurai directement de ce qui précède que, par rapport à la potasse, le faisceau primitif entier se comporte comme une seule cellule ; or, nous connaissons parfaitement aujourd'hui l'existence de cellules à noyaux multiples, je crois donc que la signification monocellulaire du faisceau primitif peut être au moins considérée dès maintenant comme très-vraisemblable.

Nous devons actuellement aller plus loin et étudier directement le développement des faisceaux musculaires, d'abord chez la grenouille, (qui fournira le type de ce développement chez les batraciens), ensuite chez les vertébrés supérieurs et chez l'homme.

I. *Développement des faisceaux musculaires striés chez la grenouille rousse.* — Je prends ce batracien pour type parce qu'il est commun dans cette saison et que sa ponte est précoce. Au sixième jour après la ponte et la fécondation qui l'accompagne, chacun des œufs contient un petit têtard encore abranché, qui se meut et s'agite au sein de la masse gélatineuse et translucide dans laquelle il est renfermé. Il est donc pourvu déjà de muscles actifs, et ses mouvements ont pour but de hâter son dégagement, et de lui permettre de sortir de la masse glutineuse de l'œuf, désormais inutile à son développement. L'on pourrait à ce moment examiner les muscles puisqu'ils existent et qu'ils agissent. Il convient cependant d'attendre de quatre à six semaines environ, afin de faire cette étude avec fruit. Il importe, en effet, je crois, Messieurs, de formuler ici cette remarque générale, qu'il est assez peu fructueux de faire pas à pas, et au fur et à mesure de leur développement, l'étude embryologique des éléments anatomiques des tissus. On pourrait croire *a priori* que cette méthode *ascendante* donnerait de bons résultats ; ces résultats sont au contraire, la plupart du temps, nuls ou médiocres. La raison en est simple et vous la saisirez aisément. Chez le très-jeune embryon, les éléments qui seront, plus tard, spécialisés et différenciés dans des sens très-différents, en vue de l'exécution de fonctions diverses, n'ont encore subi que d'une façon rudimentaire cette spécialisation à laquelle ils sont destinés. Morphologiquement, ils se ressemblent tous à très-peu près. Vous concevez quelles difficultés sont apportées dans leur étude différentielle par l'effet même de ces ressemblances. L'étude d'un élément anatomique, déjà mais incomplétement développé, est infiniment plus fructueuse. La cellule spécialisée porte encore nettement les traces de son origine embryonnaire, et sa structure, encore incomplète, permet de suivre et d'étudier dans leurs modes les phénomènes ultérieurs de l'accroissement. C'est pour ces raisons, Messieurs, que je m'efforce de généraliser cette méthode embryologique, que, par contraste avec la précédente, on pourrait appeler *descendante*. Je vous ferai seulement remarquer que je n'entends l'appliquer qu'à l'étude du développement des *tissus* et non à celle des *organes* dont le mode de formation paraît tout autre que celui des tissus et qui, d'ailleurs, arrivés à une certaine période de leur développement, cessent d'avoir des caractères d'origine reconnaissables.

Les têtards de grenouille rousse, âgés de cinq ou six semaines, présentent ordinairement une expansion caudale longue de 25 à 30 millimètres. Le centre de cette expansion est occupé par la corde dorsale qui en constitue l'axe rectiligne. Tout autour de l'axe caudal, et insérés sur lui à angle plus ou moins ouvert, sont de petits faisceaux musculaires. Pour les isoler facilement, il convient de plonger pendant 24 ou 48 heures la larve entière dans l'alcool dilué au tiers. Elle y périt rapidement, ses éléments sont fixés dans leur forme, mais ne sont pas soudés entre eux par le

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876 ; nos 1, 2, 7, 9, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28 30 31, 40, 41, 42 et 48 de 1877 ; nos 11 et 12 de 1878.

© BIU Santé

réactif, de telle sorte qu'on les peut isoler ensuite facilement par la dissociation ménagée. Les muscles de l'expansion caudale sont facilement mis à nu après ce traitement, car l'épiderme de la queue du têtard se sépare des tissus subjacents et peut être chassé par le pinceau.

L'on reconnaît alors que les petits muscles de la queue sont formés de segments ou ventres très-courts réunis par

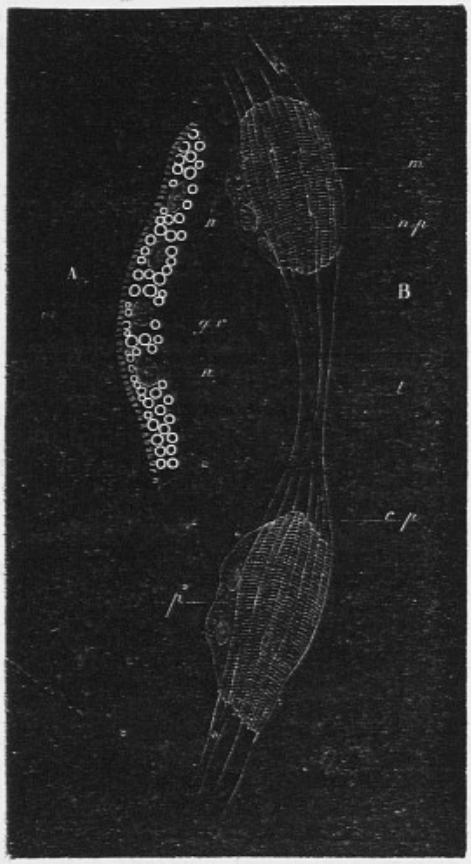


Fig. 22. — A. Faisceau musculaire de la queue d'un têtard de grenouille rousse (du 6e au 7e jour). — *n*, noyaux contenus dans la zone protoplasmique remplie de granulations vitellines *g v*. — *m*, Substance striée.

B. Muscle polygastrique de la queue d'un têtard de 25 jours. — *m*, Zone musculaire striée en travers et en long. — *c, p*, Cylindres primitifs contenant, englobés dans leurs intervalles, des noyaux profonds, *n p*. — *n*, Noyaux superficiels contenus dans la zone protoplasmique granuleuse. (Fig. demi-schématiques).

des tendons très-délicats, de telle sorte que chaque faisceau primitif prend une apparence *polygastrique*. Etudions maintenant l'un des segments isolément. Il paraît formé d'un ruban de substance contractile régulièrement striée en long et travers. Sur l'un des côtés du segment musculaire, on voit une zone granuleuse de protoplasma, présentant le plus ordinairement des festons irréguliers sur son bord libre et semée d'un nombre variable de noyaux. Ces derniers n'ont point de situation fixe au sein de la masse protoplasmique; ils sont disposés irrégulièrement, comme au hasard. En résumé, chaque segment musculaire paraît comme une cellule à noyaux multiples dont une partie consiste uniquement en une masse de protoplasma semé de noyaux, tandis que l'autre partie est transformée en substance musculaire régulièrement striée, ou du moins occupée par cette substance. (*Fig. 22*).

Reprenons maintenant le petit têtard, non encore dégagé de l'enveloppe gélatineuse de l'œuf. Il est plongé dans l'alcool au tiers pendant 24 heures, puis lavé et légèrement traité par le pinceau afin d'enlever l'épiderme de son expansion caudale. Examinons dans l'eau, avant de la dissocier, cette expansion caudale dénudée : nous verrons la plupart des éléments cellulaires qui entrent dans sa composition présenter, disséminées dans leur masse protoplasmique ou rassemblées autour de leur noyau des granulations brillantes, d'un aspect particulier luisant et gras, mais différant d'ailleurs à tous égards des granulations graisseuses, avec lesquelles on s'étonne de les voir confondues par M. le professeur Rouget; ce sont les *granulations vitellines*, dont l'importance, si considérable dans les phénomènes du développement, m'engage à vous faire ici la description sommaire.

Ces granulations vitellines dérivent des sphères de segmentation de l'œuf méroblaste dans lequel s'est développé l'embryon. Elles ne sont point régulièrement sphériques comme les granulations graisseuses, elles ont la forme de polyèdres parallélipipédiques à angles arrondis par des troncatures curvilignes. Parfois, elles affectent des formes bizarres dans certaines espèces animales; chez les raies, par exemple, elles ont l'aspect de tables très-allongées, rectangulaires, dont les quatre angles sont abattus. L'alcool n'exerce aucune action sur les granulations vitellines; au lieu de les rendre plus brillantes, comme il le fait des granulations graisseuses, l'acide acétique les gonfle d'abord, puis les fait pâlir et disparaître. La potasse à 40 p. 100 les dissout. Mais c'est à l'égard des matières colorantes que les différences deviennent capitales : le carmin, qui ne colore pas la graisse, teint les granulations vitellines. L'action du picrocarminate permet de séparer nettement ces corps des noyaux qui prennent par l'action du réactif une coloration franchement rouge, tandis que les granulations vitellines se teignent en rouge brun. Dans tous les cas rien ne rapproche ces dernières des matières grasses, et, bien qu'il n'existe, à cet égard, point d'analyse chimique positive, l'action des réactifs précités nous permet d'être absolument affirmatifs.

Je vous ai dit que le rôle physiologique de ces granulations n'était pas sans importance. En effet, Messieurs, elles constituent pour les éléments anatomiques de l'embryon une véritable réserve nutritive. Abondantes dans toutes les cellules en voie de développement, elles disparaissent au fur et à mesure de l'accroissement, comme par une sorte d'usure. Elles s'amoindrissent en conservant toujours une figure semblable à elle-même. Elles gardent aussi jusqu'à leur complète disparition toutes leurs propriétés histochimiques distinctives. Lorsqu'arrivent sur un point les vaisseaux sanguins, elles disparaissent rapidement; elles subsistent longtemps au contraire, dans les mêmes éléments anatomiques, sur les points qui sont privés de vaisseaux, comme si leur rôle nutritif était préliminaire de celui du sang et suppléait pour ainsi dire à son absence. Ce rôle nutritif a été bien montré d'ailleurs par l'expérience suivante, due à M. le professeur Vulpian. Sur un certain nombre de têtards de sept jours, au moment du dégagement de la larve, on retranche la tête à l'aide de ciseaux; les expansions membraneuses sont abandonnées dans l'eau pendant plusieurs jours après qu'on les a mesurées. Ces expansions séparées de toute connexion avec les systèmes sanguin et nerveux central continuent à vivre néanmoins; elles s'accroissent même en ce sens que leurs éléments anatomiques continuent à se développer. Mais la croissance s'arrête court, et la queue de la larve cesse de vivre aussitôt qu'elle ne renferme plus de granulations vitellines, c'est-à-dire dès que la réserve nutritive qu'elle contient, et aux dépens de laquelle s'accroissaient ses éléments cellulaires, a cessé d'exister parce qu'elle a été comme dévorée par ces derniers. (*A suivre*).

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Avis.* — *Volontariat d'un an.* — Le doyen de la Faculté porte à la connaissance de MM. les étudiants, les dispositions suivantes prises par M. le ministre de la guerre : « Tous les jeunes gens qui, à un titre quelconque, demandent à jouir du bénéfice du volontariat, doivent déposer une demande écrite à la préfecture du département où ils veulent s'engager. Ce dépôt doit être effectué du 1er juillet au 31 août. Passé cette époque aucune demande ne sera admise et les jeunes gens qui appartiennent, par leur âge, à la classe de 1878, qui ne se seront pas fait inscrire dans les délais fixés seront tenus, suivant leur numéro de tirage, à toutes les obligations du service imposées par la loi. Les examens prescrits par l'article 54 de la loi du 17 juillet 1872 auront lieu du 16 au 30 septembre. Les engagements seront reçus du 25 octobre au 25 novembre. La mise en marche aura lieu le 8 novembre.

© BIU Santé

MALADIES DES OREILLES

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan(1);

Par le Dr C. MIOT.

Procédé de l'auteur. — L'opération se fait en quatre temps : 1er *temps*. Incision du tympan. — 2e *temps*. Introduction du ténotome. — 3e *temps*. Rotation du ténotome et section du tendon. — 4e *temps*. Rotation du ténotome en sens inverse, sortie de l'instrument.

1er *temps*. Le chirurgien saisit, comme une plume à écrire, le manche dans lequel est introduit le tympanotome, fait pénétrer la lame jusqu'au tympan qu'il incise à 1 mm. au-dessous et en avant de l'apophyse externe, 1 *Fig.* 23, puis il prolonge l'incision de haut en bas suivant la ligne 2, sur une longueur de 5 à 6 mm., de façon à ce que l'extrémité inférieure de l'incision soit assez éloignée du manche du marteau pour ne pas intéresser des vaisseaux qu'il importe de ménager.

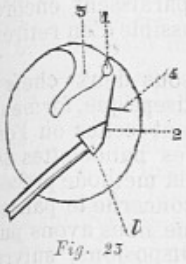


Fig. 23

Lorsque l'incurvation de la paroi antéro-inférieure du conduit auditif externe empêche de prolonger l'incision aussi loin, il est nécessaire d'en faire une seconde, 4, perpendiculaire à la première, afin de suppléer à la longueur de la plaie par sa largeur, et de rendre facile, par ce moyen, l'introduction du ténotome.

2e *temps*. Le chirurgien, tenant le manche du ténotome comme une plume à écrire, insinue sa lame, 1. *Fig.* 24, entre les lèvres de la plaie, parallèlement à la longueur de l'incision, I, et la fait saillir légèrement dans la caisse, en ayant soin de relever son extrémité arrondie jusqu'à ce qu'elle dépasse un peu l'apophyse externe, 1.

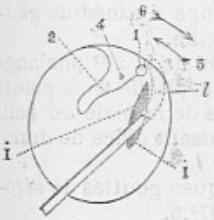


Fig. 24

3e *temps*. Il fait ensuite exécuter, au manche, un mouvement de rotation pendant lequel la lame se place en dedans du col et du manche du marteau, 2. En continuant ce mouvement de rotation suivant la flèche, 3, on rencontre le tendon réfléchi du *tensor tympani* inséré en 4, et on le coupe en exerçant une légère pression. Au moment de la section, on éprouve une sensation de résistance vaincue, et on entend, le plus souvent, un bruit comparable à celui que produirait une ficelle tendue qu'on couperait.

4e *temps*. Pour retirer l'instrument, on fait exécuter à sa tige un mouvement de rotation en sens contraire, comme l'indique la flèche, 6, jusqu'à ce que sa lame soit placée en face de la plaie. Il ne reste plus qu'à l'attirer à soi jusqu'à la sortie de l'oreille.

La lame ne doit pas être introduite trop profondément, afin de ne pas rencontrer le bec de cuiller que sa résistance osseuse, tout à fait différente de celle du tendon, permet de reconnaître. Son sommet doit à peine dépasser l'apophyse externe pour ne pas être arrêtée, pendant le mouvement de rotation, par la tête du marteau; de plus, l'instrument ne doit pas être trop abaissé au moment où il pénètre dans la caisse, de façon à ne pas passer au-dessous du tendon et à ne pas rencontrer la grande branche de l'enclume ou la branche antéro-supérieure de l'étrier, dont la résistance, semblable à celle du bec de cuiller, est facile à distinguer de la résistance demi-élastique du tendon.

Lorsqu'on n'a pas une grande habitude de cette opération, il est prudent de s'assurer de la position du tendon à l'aide du crochet, 3, *Fig.* 18, avant d'introduire le ténotome. On suit, pour son introduction, les règles indiquées plus haut.

Accidents pendant l'opération. — L'incision du tympan ne cause pas ordinairement une douleur assez vive pour empêcher de continuer l'opération. Cependant elle peut déterminer une syncope assez prolongée et obliger le chirurgien à laisser reposer le malade pendant quelques minutes, ou même à remettre l'opération à un autre jour. Ces accidents nerveux surviennent principalement chez les personnes blondes, à peau flasque et à chair molle, et lorsqu'on a négligé d'émousser la sensibilité du tympan et du conduit.

Pendant l'introduction du ténotome, la douleur, vive, cuisante, cause une syncope plus souvent encore que l'incision. Assez fréquemment la syncope ne se produit qu'après l'opération.

Le mouvement de rotation du ténotome doit être exécuté avec douceur afin que, si on rencontre la grande branche de l'enclume ou l'étrier, on ne courre pas le risque de désarticuler ces osselets, l'étrier principalement, et de produire une inflammation consécutive de l'oreille interne qui pourrait s'étendre au cerveau et causer la mort.

Il peut arriver que le fond de l'oreille, par suite des mouvements du malade, ne soit plus éclairé pendant que le ténotome est engagé dans la caisse; il faut alors maintenir l'instrument en place et éclairer de nouveau l'oreille avant de continuer l'opération. En agissant autrement, le chirurgien s'exposerait à causer des désordres graves. Si le ténotome était enclavé dans la chaîne des osselets, il faudrait le dégager doucement en lui faisant exécuter des mouvements peu étendus.

Hémorrhagie. — L'incision du tympan cause un écoulement sanguin qui est parfois assez abondant pour couvrir les lèvres de la plaie, une partie du tympan, et gêner l'introduction du ténotome; dans ce cas on laisse reposer le malade pendant quelques minutes, et, après avoir enlevé le sang épanché avec un mince bourdonnet de coton, on distingue suffisamment les lèvres de la plaie. Pour ne pas léser les gros vaisseaux qui longent le manche du marteau, il est très-important de commencer l'incision à un millimètre ou deux en avant du manche du marteau, et de la prolonger directement de haut en bas de manière à s'éloigner de cette apophyse.

Pansement. Soins consécutifs. — Après l'opération et lorsqu'on a laissé reposer le malade pendant quelques minutes, on a soin de projeter la membrane du tympan du côté du conduit, de manière à éloigner l'une de l'autre les surfaces de section du tendon. Pour obtenir ce résultat, on fait pénétrer de l'air dans l'oreille moyenne à l'aide de la méthode de Valsava qui réussit presque toujours, du procédé de Politzer, de Toynbee ou du cathétérisme. Au moment où l'air passe à travers la plaie du tympan, le malade ressent une douleur vive, cuisante, et on entend une crépitation humide, produite par l'air passant à travers le sang épanché, puis un sifflement dû à l'air qui s'échappe à travers la perforation du tympan.

Pour éviter les accidents inflammatoires qui pourraient survenir, le malade doit garder le repos à la chambre pendant un jour ou deux, maintenir un bourdonnet de coton dans le conduit, couvrir le pavillon avec un bandeau, et observer une demi-diète. Il est prudent de prendre ces précautions pendant quelques jours. Lorsqu'elles sont observées, il est rare que le malade éprouve autre chose qu'une cuisson vive; cependant, une douleur vive se fait parfois sentir et s'irradie le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Rarement il survient des élancements dans le fond de l'oreille. Ces douleurs ne troublent pas le sommeil du malade et disparaissent promptement.

Le jour de l'opération, il y a un écoulement sanguin produit par la section des artérioles du tympan et du tendon réfléchi du muscle tenseur de cette membrane. Cet écoulement, ordinairement insignifiant, peut cependant être parfois assez abondant pour former dans la caisse un épanchement considérable, s'échapper au-dehors par la trompe d'Eustache et rendre les crachats sanguinolents.

Après l'opération, le manche du marteau s'injecte et cesse d'être visible; les parties du tympan correspondant à l'incision sont généralement imbibées, plus ou moins rouges, et presque toutes recouvertes par un caillot sanguin. Quelque-

(1) Voir les nos 9 et 10.

© BIU Santé

fois, toute la moitié antérieure de la membrane est imbibée et présente une teinte d'un gris rougeâtre plus ou moins prononcé. La paroi supérieure de la portion osseuse est aussi plus ou moins rouge.

La plaie tympanique se cicatrise le plus souvent au bout d'un jour ou deux. Parfois, la cicatrisation ne se fait que sur la plus grande étendue de la plaie, dont l'autre partie reste béante pendant quinze ou vingt jours, souvent moins, rarement plus. La rougeur de la membrane diminue progressivement et disparaît d'autant plus vite que la cicatrisation est plus rapide. Le caillot sanguin tombe longtemps après la disparition de tous les symptômes inflammatoires ; la chute en a lieu ordinairement du quinzième au vingtième jour, parfois beaucoup plus tard. En disparaissant, il laisse à découvert une ligne grisâtre formée par le tissu cicatriciel; cette ligne s'efface peu à peu dans le plus grand nombre des cas. Quelquefois la plaie devient le siége d'une hypérémie violente, et il survient une inflammation suppurative aiguë de l'oreille moyenne qui s'étend à l'oreille interne, augmente la surdité et les bourdonnements. Toutefois, cette complication est très-rare. Je ne l'ai pas vue se produire, et le Dr Colladon, ennemi déclaré de la ténotomie, n'a pu en citer qu'un cas.

Résultats de la ténotomie. — Immédiatement après l'opération, les sifflements disparaissent, diminuent, ou sont remplacés par un léger bruit, semblable à celui que produit un petit coquillage appliqué sur le pavillon de l'oreille au niveau du méat. Mais ce bruit est si faible, comparé au sifflement insupportable qui obsédait le malade, qu'il se sent très-soulagé, la tête plus libre et est très-satisfait de son nouvel état.

Quelquefois les bourdonnements diminuent progressivement, et il faut attendre plusieurs semaines un résultat définitif. Dans d'autres cas, ils redeviennent assez forts, par suite d'une rétraction nouvelle du tendon qui se ressoude. Une seconde opération, semblable à la première, est alors nécessaire pour maintenir l'amélioration obtenue. Elle ne doit pas être faite moins de deux mois après la première.

Dans la plupart des cas, ils diminuent de moitié, des deux tiers, ou ils cessent complétement. Pour obtenir ce dernier résultat, il faut pratiquer l'opération avant que des lésions organiques, autres que celles du muscle tenseur, se soient produites, comme, par exemple, celles de l'articulation de l'étrier et de la fenêtre ovale.

Les bourdonnements produits par une pression intra-labyrinthique, sont modifiés avantageusement par la ténotomie du tensor tympani, parce que la section de ce tendon fait cesser la compression du liquide du labyrinthe (Weber-Liel), compression qui modifie la circulation de l'oreille interne.

Surdité. — La surdité, après la disparition des symptômes inflammatoires, diminue d'intensité, quand il n'existe pas de modifications pathologiques des fenêtres ou de l'oreille interne. Elle s'améliore d'autant moins que les lésions sont plus avancées. (*La fin au prochain numéro*).

CHIRURGIE DES ARMÉES

Les ambulances roumaines (1);

Par **BOUDET DE PARIS** et **E. MONOD**, internes des hôpitaux.

II. Le plus grand nombre des plaies que nous avons eu à traiter siégeaient aux doigts ou à la main. Cette circonstance s'explique par la situation des assiégeants qui, cachés derrière des parallèles plus élevés que hauteur d'homme, étaient obligés pour tirer d'élever les mains au-dessus de la tête ; c'est dans cette position qu'un grand nombre de soldats ont été blessés. Les mêmes conditions expliquent la fréquence relative des plaies de tête, qui ont été, pour la plupart, mortelles.

Profitant du nombre de cas semblables qui s'offraient à la fois à notre étude, nous avons cherché à nous rendre compte des résultats qu'on obtenait avec les différentes méthodes de pansement appliquées aux plaies chirurgicales des doigts.

Nous aurions voulu réunir un nombre d'observations plus considérable. Malheureusement il est arrivé ce qui se produit souvent en temps de guerre. Plusieurs des médecins auxquels nous nous sommes adressés n'avaient pas gardé le relevé de leurs opérations sur les doigts ; d'autres ne pouvaient nous fournir que des notes trop incomplètes pour que nous puissions en tirer aucune conclusion dans cette étude comparative des modes de pansement. Les vingt-six faits que nous avons recueillis nous paraissent encore former un total suffisant pour qu'il soit possible d'en retirer d'utiles enseignements.

Nous avons rangé nos observations sous deux chefs : celles où l'on a employé le pansement antiseptique, forment le premier groupe ; dans le second rentrent celles où l'on a fait usage du pansement simple ou des bandelettes de diachylon, sans rechercher, comme dans la méthode précédente, la réunion primitive. Pour ce qui concerne le pansement de Lister, nous ferons observer que nous avons pu, grâce au matériel abondant dont nous disposions, suivre rigoureusement les règles de son application. Nous ne saurions donc encourir le reproche d'avoir péché par vice d'exécution.

OBSERVATION I. — *Plaie par arme à feu du médius gauche; amputation. — Phlegmon de la main ; guérison.*

Gancea, soldat de ligne, âgé de 26 ans, blessé à Plewna le 19 octobre, entré à l'ambulance le 23 octobre. — Ouverture de l'articulation de la 2me et de la 3me phalange du médius gauche. Fracture comminutive de la phalangine.

30 *octobre.* Je pratique la désarticulation de la 2me phalange (méthode à un seul lambeau latéral) ; j'applique trois points de suture, et je laisse dans un des angles de la plaie un petit morceau de taffetas replié en gouttière, faisant office de drain. Pansement de Lister. *Soir*, T. A. 37°,8.

31 *octobre.* La plaie laisse suinter quelques gouttes de sérosité. Le pansement est renouvelé. T. A. 37°,5.

Soir. Le malade a refusé de manger. Il accuse une sensation de froid. Peau chaude. Pas de douleur locale au niveau de la plaie. T. A. 39°,2. Je prescris 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

1er *novembre.* — Il s'écoule, par les deux angles de la plaie, une suppuration abondante. J'enlève les sutures et je fais des lavages avec une solution phéniquée au 20e. Je rapproche les lambeaux avec une bandelette de diachylon et j'applique par-dessus plusieurs doubles de gaze Lister. T. A. 38°,6.

Soir. T. 40°. Continuation du sulfate de quinine.

2 *novembre.* Suppuration abondante. La plaie est recouverte de détritus grisâtres. Pas d'inflammation périphérique. Etat général bon. T. 39°,3. Même pansement. *Soir.* T. 39°,3.

3 *novembre.* T. 38°. *Soir.* T. 39°,6.

4 *novembre.* 38°,1. On constate un état phlegmoneux de la face dorsale de la main. Je remplace le pansement phéniqué par un large cataplasme.

Soir. En exerçant une pression sur le dos de la main on fait sortir, par la plaie, une assez grande quantité de pus teinté de sang. T. A. 39°,2. Sulf. de quinine.

5 *novembre.* T. 37°. Contre-ouverture sur la face dorsale de la main, vers la racine du médius. Je laisse un petit drain dans la plaie. — *Soir.* 38°,7.

6 *novembre.* Le pus s'écoule par le drain. Lavages avec une solution phéniquée au 40e. Je recouvre les deux plaies de quelques doubles de gaze, et j'applique plusieurs couches de ouate préparée, maintenues avec une bande de tarlatane. T. 36°,9. — 8 *novembre.* Nouvelle contre-ouverture à la racine du doigt. Même pansement.

10 *novembre.* La suppuration diminue. L'inflammation reste bien localisée. Etat général excellent. T. 36°,6.

17 *novembre.* Pansement aux bandelettes de diachylon.

2 *décembre.* La cicatrisation est complète. Le moignon est très-régulier. — On évacue le malade sur un hôpital du centre.

(1) Voir les nos 8 et 9.

© BIU Santé

Observation II. — *Plaie par arme à feu de l'index gauche; désarticulation. — Phlegmon de la main; guérison.*

Simoni, soldat de ligne âgé de 21 ans, blessé à Plewna, le 19 octobre. — Ouverture de la deuxième articulation phalangienne de l'index gauche avec fracture longitudinale de la 2me phalange se prolongeant jusqu'à son articulation avec la première.

31 *octobre.* Je pratique la désarticulation de la phalangine. (Méthode à deux lambeaux, supérieur et inférieur.) Quatre points de suture. Les deux angles de la plaie ne sont pas réunis. Pansement de Lister. T. A. (avant l'opération) 37°,3.

Soir. Douleur modérée. Etat général bon. T. 38°,5. Sulf. de quinine 0 gr. 50.

1er *novembre.* Il s'écoule par les deux angles de la plaie un peu de sérosité sanguinolente. Il n'y a pas trace de réunion, pas d'inflammation périphérique. T. 38°,2. *Soir.* T. 39°,4.

2 *novembre.* Insomnie. On voit sourdre aux deux extrémités de la plaie quelques gouttes de pus mêlées à des bulles d'air. Les sutures tiennent bien. T. 39°. *Soir.* T. 39°,4.

3 *novembre.* Suppuration abondante. J'enlève deux points de suture, et j'introduis deux petits drains dans les deux angles de la plaie. Pansement de Lister. T. 38°,7. *Soir.* T. 38°7.

4 *novembre.* Tout autour de la plaie il existe une rougeur de la peau et des phlyctènes, paraissant dues à la cautérisation produite par l'acide phénique. (Les lavages étaient faits avec une solution au 20e.) En même temps on constate un état plegmoneux qui s'étend à toute la main. La douleur et la tuméfaction s'arrêtent nettement au niveau des plis radio-palmaires. Cataplasme. T. 38°,5.

Soir. La douleur et le gonflement ont augmenté. Je fais une incision à la racine du pouce qui donne issue à du pus bien lié. Je place un petit drain dans la contre-ouverture. Cataplasme. T. 39°,5.

5 *novembre.* T. 37°,3. Suppuration abondante par le drain. Cataplasme. *Soir.* T. 37°,9.

6 *novembre.* Le pus continue à bien se vider par le drain; l'inflammation a disparu. Lavages phéniqués. Pansement avec quelques doubles de gaze phéniquée, recouverts d'une épaisse couche de ouate. — 10 *nov.* La suppuration est bien moindre; tout état inflammatoire a disparu.

16 *novembre.* La réunion des lambeaux est presque complète. Pansement aux bandelettes de diachylon.

23 *novembre.* Le blessé est évacué sur un hôpital du centre; son moignon est régulièrement cicatrisé.

Observation III. — *Plaie par arme à feu du médius droit. — Amputation. — Phlegmon de la main. — Guérison.*

Streja, 27 ans, soldat de ligne blessé à Plewna, le 19 octobre. — Fracture de la deuxième phalange du médius droit avec ouverture de la première articulation phalangienne.

Le docteur Miot pratique, le 25 octobre, l'amputation du doigt dans la continuité de la première phalange et applique le pansement de Lister après avoir réuni les lambeaux par des points de suture. Le 31 octobre, premier jour où je vois le blessé, je constate une suppuration abondante qui m'oblige à enlever les sutures. Je rapproche les lambeaux avec des bandelettes de diachylon. — On constate aussi un gonflement douloureux occupant toute la main.

2 *novembre.* Il existe un état phlegmoneux de la main; j'incise au point le plus fluctuant et le plus douloureux, sur la face palmaire, vers la racine du médius.

6 *novembre.* La plaie suppure régulièrement, la pression fait écouler du pus à la fois par la plaie primitive et par la contre-ouverture. — J'applique le pansement humide, avec une solution phéniquée au 40e.

10 *nov.* La suppuration a diminué; les lambeaux commencent à bourgeonner. — 12 *novembre.* Nouveau gonflement de la paume de la main. Je pratique une seconde contre-ouverture vers la racine du pouce. Je remplace le pansement phéniqué par de larges cataplasmes qui entourent la main.

17 *novembre.* La suppuration est arrêtée. — Tout gonflement inflammatoire a disparu. — Les lambeaux bourgeonnent régulièrement. — 19 *nov.* J'applique un pansement ouaté et le malade est évacué en pleine voie de guérison.

Observation IV. — *Plaie par arme à feu de l'index droit. — Amputation. — Phlegmon de la main. — Guérison.*

Purcaria, soldat de ligne, âgé de 26 ans, blessé à Plewna, le 19 octobre, entré le 23 octobre.

29 *octobre.* Plaie d'entrée à la partie inférieure et postérieure de la seconde phalange, — plaie de sortie à la région antérieure de la même phalange. La balle a complètement fracturé la phalange, l'articulation de la deuxième et troisième phalange est largement ouverte, les parties molles sont déchiquetées et présentent un commencement de gangrène. — Pansement avec poudre de charbon et cataplasmes.

2 *novembre.* Amputation. (2 lambeaux supérieur et inférieur); la section de l'os est faite avec la pince de Liston, au niveau du tiers inférieur de la seconde phalange. Pansement Lister. Un petit drain dans un des coins de la plaie qui est réunie par des sutures.

3 *novembre.* Léger gonflement du moignon. — Les sutures tiennent bien, — douleurs assez vives dans les autres doigts et à la paume de la main. On renouvelle le pansement avec la gaze Lister. Le soir, fièvre, — sulfate de quinine, opium.

4 *novembre.* Deux points de suture ont lâché, mais les lambeaux sont restés agglutinés, — gonflement du moignon — pas de pus, — douleurs vives, — fièvre, — pansement Lister.

5 *novembre.* Suppuration assez abondante, — fusée dans la gaine des fléchisseurs de l'index, — douleurs à la paume de la main, — fièvre. Suppression du pansement Lister. — Cataplasmes. — Bains de main. — 7 *nov.* Suppuration toujours très-abondante. — Phlegmon de la main.

8 *novembre.* Contre-ouvertures à la région palmaire. — Drainage. — Cataplasmes.

10 *novembre.* Gonflement de la main très-diminué, il s'écoule peu de pus par les incisions, la fièvre a complétement cessé. Lavages par les drains avec une solution à 2 pour 0/0 d'acide phénique. — Cataplasmes.

13 *novembre.* Gonflement totalement disparu. — Il sort seulement quelques gouttes de pus par les incisions palmaires. La plaie du doigt bourgeonne très-bien, il sort une gouttelette de pus lorsque l'on comprime au niveau des tendons fléchisseurs. Suppression des drains. — Pansement avec gaze Lister en 8 doubles, recouverte de taffetas gommé.

17 *novembre.* Petit foyer purulent à la face dorsale de la première phalange de l'index, — la plaie du doigt se referme rapidement.

19 *novembre.* Suppression du pansement à la gaze Lister. — Pansement avec bandelettes de diachylon, recouvertes de ouate phéniquée.

22 *novembre.* Les contre-ouvertures ne donnent plus de pus et sont presque cicatrisées; — quant à la plaie du doigt, il ne reste plus qu'un petit bourgeon à l'angle interne; même pansement au diachylon.

27 *novembre.* Cicatrisation complète, le blessé part en congé.

Observation V. — (Communiquée par M. Russ, chirurgien à Iassy.) — *Plaie par arme à feu du petit doigt de la main gauche. — Amputation. — Phlegmon de l'avant-bras. — Guérison.*

Stefanesco, soldat de ligne, âgé de 38 ans, a reçu une balle qui lui a fracassé le petit doigt de la main gauche. Il existe une fracture compliquée des deux dernières phalanges.

7 *octobre.* — On pratique l'amputation (méthode à deux lambeaux, antérieur et postérieur). Les lambeaux sont réunis par trois points de suture. Pansement de Lister.

10 *octobre.* — Rougeur et gonflement s'étendant sur toute la face dorsale de la main. On enlève les sutures; la pression fait sortir du pus par les gaines synoviales ouvertes. On prescrit des frictions sur la main avec l'onguent mercuriel et on applique le pansement simple.

18 *octobre.* — Il s'est formé à la partie antérieure de l'avant-bras un phlegmon dont on fait l'incision et le drainage. Pansement simple. — 28 *octobre.* — La plaie est en bonne voie de cicatrisation. Le malade est évacué. (*A suivre.*)

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Religieuses et Laïques.

La question de la *laïcité de l'Assistance publique* continue à être discutée dans la presse politique. Aussi croyons-nous devoir poursuivre, de notre côté, l'exposé des points qui nous paraissent les plus importants. Cette question qui est neuve pour les personnes peu au courant des changements que le temps a successivement apportés dans le mode d'administration des hôpitaux, est cependant posée depuis des siècles. Il y a trois ou quatre cents ans, les *clercs* étaient *tout* dans les hôpitaux et les médecins eux-mêmes, dont le rôle était limité, avaient un vernis religieux. Administration, pharmacie, économat, tout cela a passé dans les mains des *laïques*. Sans entrer à fond dans la démonstration de ce grand fait, l'envahissement des hôpitaux par les laïques, bornons-nous à dire, d'une façon générale, que cet envahissement était justifié par les abus commis par les clercs et à citer un seul exemple, les autres viendront en temps opportun.

« Le sieur Pereau a fait plainte au Bureau des Chapelains de l'Hostel-Dieu, qui faizant les testaments des malades d'icelui leur persuadent d'emploïer ce qu'ils ont de bien à faire dire des annuels dans l'Hostel-Dieu et de fixer la rétribution grande afin d'en profiter indirectement, en sorte que l'hospice n'en retire plus de profit comme autrefois, de quoi *mesme* les religieuses se plaignent (1). »

Ceci se passait en 1678. On voit aussi, par cet extrait, que, à l'occasion, nous n'hésitons pas à citer ce qui est à l'honneur des religieuses. Aujourd'hui, elles sont plus réservées et marchent tout à fait d'accord avec les aumôniers, surtout en ce qui concerne l'*action sur les malades*. C'est en province surtout que cette action se fait sentir; là, les médecins sont plus assujettis qu'à Paris. Une bonne sœur, par ses relations, peut faire ou défaire une clientèle, assurer la fortune d'un médecin ou le condamner à la misère. Le fait suivant, qui s'est produit en 1870, ne peut s'expliquer que de la sorte : « Un ex-prêtre aurait été renvoyé de l'hôpital civil de N... par le médecin en chef, sur les instances de la Supérieure des Sœurs, pour cause d'apostasie. »

Il arrive parfois que les religieuses ont affaire à des médecins qui ont souci de leur dignité et de leur indépendance. Pour s'en débarrasser, elles recourent à tous les moyens, en voici la preuve : « Il y a deux ans, avons-nous lu dans le *Temps* du 11 mai 1876, M. l'évêque X. annonça l'intention de retirer les sœurs de l'hôpital de Beaufort, si certain docteur, un libre-penseur, continuait à donner des soins aux malades. L'entreprise échoua devant la fermeté des autorités civiles. »

A Paris, les religieuses sont plus prudentes, parce que les médecins jouissent d'une autorité scientifique qui leur en impose malgré elles, et parce que les administrateurs eux-mêmes, ayant à défendre leurs prérogatives d'une part, et de l'autre, leur tranquillité, veillent, *autant que possible*, à ce qu'il ne survienne aucun fait de prosélytisme dans les salles des établissements qu'ils dirigent, car ils savent que les murs ont des oreilles et que la presse est toute prête à divulguer les faits de ce genre. Est-ce à dire qu'il n'y en ait pas, que les sœurs n'usent pas de mille artifices pour engager les malades récalcitrants à aller à la messe, à se confesser, à communier, etc.? Celui-là qui l'affirmerait serait bien aventureux. Il n'est pas besoin d'une longue expérience pour constater l'existence de tels agissements.

Nous abandonnons cet aspect du sujet, qui n'est que secondaire pour nous, et qu'il ne serait peut-être pas prudent de trop approfondir ici, pour en revenir à l'examen du point de vue financier.

« Dans les hôpitaux, écrit la *Patrie* du 10 mars, les traitements des sœurs ne dépassent guère 3 ou 400 fr. A des infirmières laïques, il faudrait donner 7 ou 800 francs, soit le double. »

Il y a là une double erreur. Dans la plupart des hôpitaux les sœurs ont, non point 300 ou 400, mais 200 fr., toutefois dans les asiles comme Sainte-Anne, Vaucluse, Ville-Evrard, leur salaire est de 300 fr. et la supérieure touche 500 fr. De plus, elles sont logées, — d'une façon plus convenable que les laïques ; — nourries, chauffées, éclairées, blanchies et ont une partie de la vêture. Voilà pour les religieuses.

Quant aux laïques, leur traitement est loin d'atteindre 7 ou 800 fr., comme l'affirme la *Patrie*. Il est ainsi fixé.

Sous-employés.	Minimum.	Augmentation annuelle.	Maximum.
1re classe (surveillants)....	380 fr.	24 fr.	500 fr.
2e classe (sous-surveillants).	320	12	380

Il faut cinq ans d'exercice dans l'un ou l'autre de ces grades pour obtenir le maximum. Le calcul de la *Patrie* est donc à refaire. Les charges, pour le budget, seraient donc moins lourdes qu'elle ne le suppose. Reste à savoir si, pour un chiffre donné de malades, le nombre des religieuses n'est pas plus fort que celui des laïques. Les unes et les autres occupant des services consacrés aux aliénés, nous allons nous servir de ces services pour élucider ce point.

A l'asile d'aliénés de Vaucluse, il y a 700 malades (350 hommes, 300 femmes et 50 enfants). Les hommes et les enfants étant soignés par des surveillants ou sous-surveillants laïques, nous n'avons pas à nous y arrêter. Eh bien! à l'asile, il y a 28 religieuses. Si nous en supposons 8, et nous forçons le chiffre, attachées à la cuisine, à la buanderie et à la lingerie, il en reste 20 pour le service direct de 300 femmes, soit une religieuse pour 20 malades.

A la Salpétrière, les trois sections comprennent 682 malades aliénées, épileptiques et idiotes. On y compte : 4 surveillantes (1), 18 sous-surveillantes, en tout 22 laïques, dont une pour 31 malades. Si nous admettons que les 4 surveillantes et les 18 sous-surveillantes reçoivent le maximum du traitement de leur grade, nous voyons que les 22 laïques de la Salpêtrière occasionnent, pour chacune d'elles, dans cette hypothèse, une dépense totale de 8,840 fr., ce qui fait, en moyenne, 480 fr.

Donc, à la *Salpêtrière*, nous avons du chef des surveillantes et sous-surveillantes une dépense de 800 fr. pour 60 ALIÉNÉES. A l'asile de *Vaucluse*, pour le même chiffre d'aliénées (60) il nous faut payer trois *religieuses* à 300 fr.

(1) *Recollement des Archives de l'administration générale de l'Assistance publique*, etc., p. 65.

(1) Y compris l'institutrice.

© BIU Santé

l'an, soit 900 fr. et nourrir, chauffer, blanchir trois personnes au lieu de deux.

D'où il suit que l'argument tiré de la dépense qu'entraînerait, dans les conditions actuelles, la substitution des *laïques* aux *religieuses* tombe à faux lorsqu'on fait porter la comparaison sur des établissements vraiment comparables. B.

Dans le dernier numéro, nous avons indiqué, par deux exemples empruntés, l'un aux hôpitaux, l'autre aux asiles, le temps consacré par les Religieuses au service des malades. Or, dans cet article, il s'est glissé une erreur que le lecteur a déjà corrigée, mais que nous devons cependant relever. A la page 220, colonne 2, ligne 27, il faut lire : De 2 à 5 heures, les Religieuses sont présentes dans les salles. A CINQ HEURES, toutes regagnent la Communauté.

La répartition du temps à l'*Hôpital de X..*, nous apprend que les *Religieuses* restent dans les salles des malades, pendant 8 à 9 heures au plus. A la *Salpêtrière*, les surveillantes et sous-surveillantes laïques se rendent à six heures du matin dans leurs salles et y restent jusqu'à huit heures du soir, c'est-à-dire 14 heures, dont il faut déduire une heure consacrée à chacun des deux repas, ce qui réduit à 12 heures le temps de leur présence dans les salles, tout en le laissant supérieur de trois heures à celui que donnent les Religieuses. Enfin, les précautions sont prises pour qu'il y ait toujours quelques-unes d'entre elles présentes dans les salles.

Faculté de médecine : cours d'été.

La plupart des cours d'été ont recommencé à la Faculté de médecine. Nous aurions voulu dire quelques mots de l'ouverture du cours du nouveau professeur de pathologie externe, M. GUYON. Un accident arrivé inopinément au rédacteur qui s'en était chargé nous empêche d'en parler. Nous dédommagerons nos lecteurs en indiquant plus tard les parties principales de sa première leçon qui a été publiée dans l'*Union médicale*.

Ouverture du cours de médecine légale.

M. RIGAL, agrégé, supplée cette année M. le professeur TARDIEU, que l'état de sa santé éloigne de la chaire de médecine légale. L'ouverture de ce cours a eu lieu le 22 mars, Dans une improvisation chaleureuse, M. Rigal rend hommage à M. Tardieu, dont l'enseignement est si goûté des élèves, ainsi qu'à M. Brouardel, dont les leçons, eurent l'année dernière, un succès si légitime. M. Rigal se propose d'étudier, durant le semestre d'été, deux questions spéciales et d'un intérêt supérieur, puisqu'elles touchent tout à la fois à la médecine pratique et à la médecine légale. Les empoisonnements et les avortements seront, en effet, l'objet du cours. Envisageant d'abord les empoisonnements en général, M. Rigal étudiera successivement l'action, l'élimination et la thérapeutique des divers poisons, et terminera son cours par un exposé des avortements.

CONCOURS POUR LE BUREAU CENTRAL (*Médecine*). — Ce concours a commencé le samedi 23 mars, et continué les lundis, jeudis et samedis, à 4 heures, alternativement à l'Hôtel-Dieu et à la Charité. — Les *juges* sont : MM. Archambault, Bernutz, Bourdon, Desnos, Guibout, Hervieux, Millard, Oulmont, Ledentu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 *mars* 1878. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. BARRIER montre à la Société une énorme concrétion, formée de cristaux de cholestérine, qu'il a trouvée dans les plexus choroïdes chez un vieux cheval. L'animal, examiné du reste pendant peu de temps, présentait l'ensemble de symptômes décrits par les vétérinaires sous le nom « d'immobilité. »

M. TRASBOT a observé plusieurs faits de ce genre. L'immobilité se produit chaque fois qu'il y a compression cérébrale, soit par tumeur, soit par épanchement hydropique. C'est une sorte de stupeur des mouvements, sans paralysie, ni ataxie.

M. GELLÉ a pu s'assurer, chez le chat, qu'une demi-heure de respiration suffit pour faire disparaître le liquide qui, à la naissance, remplit l'oreille moyenne. L'état de la caisse du tympan peut donc en médecine légale, donner d'utiles renseignements.

M. POUCHET fait, à ce propos, remarquer, que l'on ne sait pas comment disparaissent certains liquides du fœtus. Ainsi avant la naissance, les voies respiratoires sont remplies d'une sérosité que l'on ne retrouve plus chez le nouveau-né.

M. LABORDE présente quelques critiques sur le récent travail de M. Richet, sur le suc gastrique. Il est très-difficile de déterminer, par les procédés chimiques, la nature de l'acide qui y existe à l'état normal, M. Laborde rappelle qu'il a pu avec le violet de méthylaniline, prouver que le suc gastrique renferme de l'acide lactique. Cette méthode est aujourd'hui fréquemment employée en Allemagne.

M. RABUTEAU s'élève vivement contre cette méthode, qu'il trouve peu scientifique.

M. DELAUNAY lit une note sur l'asymétrie en biologie. L'asymétrie, à l'état physiologique, est en raison directe de l'évolution. L. D. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 *mars* 1878. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. DUPRÉ, de Montpellier, offre à l'Académie, de la part de M. Léon *Dumas*, de Montpellier, un instrument de son invention et une note explicative qui l'accompagne. Cet instrument, auquel il a donné le nom de *cliséomètre mixte*, est la réalisation du dessin renfermé dans un pli cacheté, dont l'Académie accepta le dépôt au mois de juin dernier. Il est destiné à indiquer avec précision l'inclinaison du plan du détroit supérieur du bassin. Ce problème ne se pose pas pour la première fois devant l'Académie, et les accoucheurs savent mieux encore qu'il n'a jamais été résolu. Nægelé, résumant les tentatives faites de son temps et formulant son opinion personnelle, avait affirmé non-seulement que ce problème est insoluble, mais encore qu'il est chimérique d'en poursuivre la recherche. Sans se dissimuler la témérité qu'il peut y avoir à relever le défi d'un homme aussi éminent, M. Dumas l'a fait. L'a-t-il fait avec succès ? L'auteur s'en réfère à une commission académique.

Suite de la discussion sur la désarticulation de la hanche.

M. J. GUÉRIN lit un long mémoire sur le meilleur mode de pansement des plaies. — L'Académie s'étant constituée en comité secret à 4 h. 30 m., afin d'entendre la lecture du rapport des prix, M. J. Guérin n'a pu terminer sa communication. Nous remettons donc à la semaine prochaine l'analyse totale de ce travail. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 22 *mars* 1878. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Élections.

Ont été nommés : *Membre titulaire*, M. FÉRÉ. — *Membres adjoints*, MM. BRISSAUD, DÉJERINE, TAPRET.

Séance du 28 *décembre* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

25. Périostite phlegmoneuse diffuse ; endocardite ; par MAYOR.

Le 24 décembre, au soir, entrait dans le service de M. BER-

© BIU Santé

NUTZ, à la Charité, un malade que l'on envoyait à l'hôpital pour y être traité d'un rhumatisme articulaire. C'est un garçon de 17 ans, exerçant la profession de garçon marchand de vin.

Le 25 décembre, au matin, on le trouvait plongé dans une sorte de sommeil avec respiration haute et bruyante, mais sans stertor. En le questionnant à voix très-haute, on le tirait de cet assoupissement, il répondait alors quelques mots, mais le plus souvent sans paraître avoir bien compris la question, puis il retombait dans sa torpeur. Les renseignements qu'il donnait étaient donc sans importance. Cependant il semblait très-affirmatif sur deux points : d'abord il niait énergiquement l'alcoolisme, ensuite il prétendait être malade depuis quinze jours et ne pas souffrir autre part qu'à la cuisse droite. Voici les signes que l'on constata alors : la cuisse droite présente un gonflement marqué avec tension et même un peu d'œdème. Les phénomènes sont beaucoup plus marqués au-dessus du genou que dans la partie supérieure du membre. La peau est saine, sa coloration est normale même au niveau du genou. Cependant cette articulation est énormément gonflée et a pris un aspect cylindrique. Quoiqu'il y ait une grande quantité de liquide dans la jointure, les culs-de-sac sous tricipitaux ne dessinent pas leur relief comme ils le font d'habitude dans les grandes hydarthroses ; le gonflement uniforme de la cuisse cache leur saillie. La jointure est chaude et très-douloureuse soit à la pression, soit pendant les mouvements provoqués.

En palpant au-dessus du genou, il semble que le fémur soit un peu gonflé. Cette tuméfaction ne cesse pas brusquement. Du reste, elle est difficile à apprécier, la douleur à la pression étant extrêmement vive le long de cette cuisse, surtout immédiatement au-dessus du genou. On ne trouve pas de fluctuation. L'articulation coxo-fémorale est douloureuse à la pression. Les ganglions inguinaux sont sains.

La jambe paraît saine bien qu'on y ait appliqué un vésicatoire. Les autres jointures des membres, celles du cou et de la mâchoire inférieure ne sont nullement gonflées ni douloureuses. Seul le genou gauche paraît contenir un peu de liquide; mais il est, du reste, parfaitement indolore soit à la pression, soit pendant les mouvements provoqués les plus étendus.

On remarque que le malade offre une légère déviation de la bouche. Le pli naso-génien gauche paraît moins accentué, la commissure est légèrement abaissée. Il y a un peu de paralysie faciale, mais elle ne porte point sur l'orbiculaire des paupières. Le bras gauche est inerte ainsi que la jambe; ces membres ont conservé leur sensibilité, car quand on les pince assez fortement pour faire sortir le malade de sa torpeur, il pousse une plainte et cherche, à éloigner, avec sa main droite, la cause de douleur. Pas de mouvements convulsifs ni de contracture. La tête et les yeux sont habituellement tournés vers la droite. Cependant le malade peut les tourner à gauche quand on le pince fortement de ce côté. Langue fortement déviée à gauche. La face et le bras paraissent sains à droite. Les pupilles sont égales, un peu dilatées. Langue saburrale, pas de vomissements, pas de diarrhée. Au cœur : souffle léger et doux à la pointe et au premier temps.

Soir. La torpeur est plus profonde. On ne peut tirer même une plainte du malade. Légère submatité à la base des deux poumons en arrière, râles bullaires fins en ce point. Le souffle cardiaque est beaucoup plus net. L'impulsion cardiaque est, comme ce matin, très-forte. Les bruits et le pouls sont réguliers. P. 120.

Les parents de l'enfant sont venus le voir et ont affirmé qu'il y avait quinze jours qu'il était malade. De plus il aurait eu, il y a deux ans, une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Ce sont là tous les renseignements qu'ils ont donnés à la religieuse du service.

26 *décembre*. Persistance de cet état typhoïde qui était si marqué le jour de l'entrée qu'il faisait croire, de prime-abord, à une dothiénentérie dont les autres signes, du reste, ne se retrouvaient pas chez ce malade. L'état des membres et de la face est toujours le même. Mais on ne peut tirer même une plainte du malade. Le souffle cardiaque est très-intense, perceptible surtout un peu au-dessous et à gauche de la pointe. Les battements sont très-forts, réguliers et fréquents (169). Mort à 11 heures et demie.

AUTOPSIE faite le 27 décembre à 2 heures. *Cavité encéphalique*. Le liquide sous-arachnoïdien paraît en quantité normale La dure-mère est saine. La pie-mère est un peu injectée.

Hémisphère gauche. Face externe : teinte hortensia avec ramollissement léger et un peu d'athérome aux méninges, au niveau des circonvolutions du lobe sphénoïdal et du lobe occipital. Rien sur les circonvolutions frontales et pariétales. Sur la face antérieure de la première circonvolution temporale et à sa partie moyenne se voit un point de ramollissement rouge, bien marqué, de un centimètre carré d'étendue. Face interne, rien d'anormal. — Face inférieure. L'état rosé et un peu ramolli observé sur la face externe empiète un peu sur la partie postérieure du lobe occipital. En outre, sur la partie antérieure de la deuxième temporale, de la première temporo-occipitale et de la circonvolution de l'hippocampe se voit une surface à l'état de ramollissement rouge foncé. Cette surface s'arrête en arrière à une ligne presque régulièrement transversale qui raserait la face postérieure du pédoncule cérébral. Du reste, elle n'est que l'affleurement d'un foyer de ramollissement contenu dans le lobe temporo-sphénoïdal et qui, à la coupe, a l'aspect suivant : on en trouve l'extrémité postérieure sur la coupe qui passe à un centimètre en arrière du sillon perpendiculaire externe. Il est situé alors à un centimètre et demi au-dessous de la face inférieure du cerveau. Sur les coupes successives, on le voit atteindre le diamètre d'un petit œuf de poule. Il atteint alors en même temps que la surface des circonvolutions celle de la corne d'Ammon qu'il détruit dans sa partie inférieure tenant ainsi fermé le plancher de la corne sphénoïdale du ventricule latéral. Puis il diminue rapidement de hauteur de telle façon que, sur la coupe qui enlève la partie postérieure de la couche optique, il n'atteint plus la corne d'Ammon et ne se retrouve plus que sur la partie antérieure de la deuxième circonvolution temporale. Sur la coupe qui passe immédiatement en avant de la couche optique, l'avant-mur prend un teinte rosée, plus loin la tête du noyau caudé offre ce même aspect sans paraître ramolli. Léger ramollissement et teinte hortensia des circonvolutions de l'intestin.

Hémisphère droit. Coloration rosée, état mou et légère adhérence aux méninges des circonvolutions suivantes : troisième frontale, partie inférieure de la frontale ascendante, partie inférieure de la pariétale ascendante sur sa face postérieure (sur ces deux circonvolutions, l'altération ne remonte pas à plus de deux centimètres); lobule pariétal inférieur, partie supérieure de la première temporale, lobule de l'insula, teinte hortensia sans ramollissement sur les autres circonvolutions temporales et sur celles de la face inférieure du lobe frontal. Rien sur la face interne.

A la coupe, le ramollissement paraît très-superficiel sur les circonvolutions qui en sont atteintes. Leur substance grise présente la couleur hortensia. Sur la coupe qui rase la partie antérieure de la couche optique se voit un petit point de ramollissement rouge, situé sur la face externe du noyau caudé. Sur une coupe faite à quelques millimètres en arrière de ce point, ce foyer de ramollissement s'est étendu et allongé en dehors de telle façon qu'il atteint le noyau extraventriculaire sur la partie supérieure duquel il empiète un peu. Très-peu étendu verticalement, il coupe transversalement la capsule interne. D'avant en arrière, il ne mesure pas plus de cinq à sept millimètres. Rien à noter sur les autres coupes. *Cervelet et protubérance*. Rien d'anormal.

Cavité thoracique. La plèvre est saine, les deux poumons sont très-congestionnés surtout dans les lobes inférieurs.

Cœur. Péricarde sain. Le tissu musculaire du cœur paraît sain aussi. Quant aux valvules, les pulmonaires et les aortiques paraissent suffisantes. Il en est de même de l'auriculo-ventriculaire droite. Mais la mitrale est insuffisante et à l'ouverture du cœur on constate que tandis que l'endocarde est sain partout ailleurs, il offre sur cette valvule des altérations marquées. D'abord on y voit sur la face auriculaire de ses valvules de petits vaisseaux très-évidents. En outre, sur la valve antérieure se voit une végétation, irrégulière à sa surface, de

© BIU Santé

la grosseur d'une petite noisette, très-friable. Trois cordages qui s'inséraient à son niveau sur le bord de la valvule sont rompus. Ils présentent à leur extrémité un peu de gonflement et d'irrégularité. La végétation paraissait être fixée primitivement en partie sur eux, en partie sur la valvule. Ce qui reste de cette végétation contient une sorte de bouillie brunâtre en petite quantité cependant.

Aorte thoracique saine, ainsi que les gros tissus qui en partent.

Cavité abdominale. Estomac plein de bile de couleur vert-foncé. La muqueuse présente dans le grand cul-de-sac un piqueté rougeâtre, et au niveau du pylore de nombreuses petites taches d'apparence purpurine. *Intestin* grêle sain. Foie sain. *Rein gauche.* Infarctus récents : un assez volumineux à la partie supérieure, deux plus petits à la partie inférieure. *Rein droit.* Très-fortement congestionné et parsemé d'infarctus. — *Vessie.* Fortement injectée. — *Rate* saine.

Membre inférieur droit. L'articulation du genou est pleine d'un liquide jaunâtre dans lequel flottent quantité de flocons fibrineux. La synoviale est fortement injectée, mais elle ne présente pas d'ulcération, pas d'orifice anormal. Immédiatement au-dessous des culs-de-sac sous-tricipitaux, lesquels semblent refoulés vers le bas, on trouve entre le périoste et l'os un foyer purulent qui remonte jusqu'un peu au-dessus de la partie moyenne du fémur. Immédiatement au-dessous de cette limite le périoste se détache facilement et l'os est rougeâtre.

Au niveau de sa partie moyenne, cette collection communique avec un autre foyer situé en arrière du fémur. Ce nouveau foyer s'arrête en bas à l'espace intercondylien, en haut au milieu du fémur. Il ne communique pas plus que l'autre avec l'articulation du genou. Il est limité en dehors par l'insertion du vaste externe. En dedans, les insertions de l'adducteur sont décollées en un point qui permet la communication des deux collections purulentes.

L'articulation coxo-fémorale est saine. Il résulte de cela qu'en bas le fémur est complétement dénudé. Il est rugueux, les petits sillons y sont plus marqués que d'habitude. Dans son quart supérieur, le périoste qui, immédiatement au-dessus des foyers, est encore facilement séparable, recouvre son adhérence normale avec l'os.

Sur des coupes verticales on remarque que la moelle osseuse, à partir du cartilage épiphysaire, est infiltrée de pus jaune-verdâtre irrégulièrement distribué, non collectionné, mais facilement entraîné par un filet d'eau. L'infiltration purulente qui est à son maximum un peu au-dessus du cartilage épiphysaire va en s'amoindrissant à mesure que l'on remonte pour s'éteindre sur le quart supérieur du fémur où la moelle reprend ses caractères normaux. Le tibia paraît sain. L'articulation tibiotarsienne est saine ainsi que le genou gauche.

Remarques. — Ainsi, dans ce cas, la durée de la maladie, la coïncidence d'une affection cardiaque, avec complication d'embolie, les antécédents pouvaient légitimement faire penser à une arthrite rhumatismale. Cependant, il faut remarquer entre autres faits, que le genou présentait un volume très-considérable. D'autre part, nous notons ici, comme cela est la règle du reste, l'absence de l'hémiplégie droite avec des lésions étendues et profondes du lobe postérieur gauche.

Fracture compliquée transversale multiple de la rotule. — Arthrite purulente, mort ; par Legendre, interne.

Au n° 3 de la salle Saint-Michel (infirmerie de la Salpêtrière, service de M. Périer) est entrée le 14 décembre une femme âgée de 91 ans, atteinte de fracture de la rotule. Il est difficile d'avoir de sa part des renseignements sur la nature de son accident, car à une surdité assez complète pour résister à l'interrogatoire par le cornet acoustique elle joint les signes d'une démence assez accusée.

Elle provient de Sainte-Anne où elle a été admise pour son aliénation; de là, elle a été dirigée sur la Salpêtrière de la division de Rambuteau. — Ce serait dans le premier établissement, d'après ce qu'elle a fait comprendre qu'elle se serait cassé le genou ; les certificats cependant n'en portent pas trace.

Elle dit être tombée, en glissant sur le genou gauche qu'il s'est produit dès le début un enfoncement très-marqué sur ce genou, qu'elle a eu beaucoup de difficultés à se traîner, mais qu'elle a continué à marcher cependant; que, du reste, elle n'a pas reçu de soins pour cette chute, qui a passé presque inaperçue.

De Rambuteau elle passe à l'infirmerie, le 14 décembre.

15 *décembre.* — *Genou gauche* très-gonflé, rouge, chaud à la palpation et qui est légèrement douloureux, on note de la fluctuation au centre de la région. — En dehors il existe une petite plaie de la dimension d'une pièce de 20 cent. En déprimant la peau on sent que la rotule est divisée en 3 fragments : 1 supérieur, plus volumineux, rattaché au tendon du triceps, mobile, et présentant un bord inférieur rugueux, saillant sous la peau — un inférieur relevé au ligament rotulien, plus petit, peu mobile — enfin on sent au dehors un autre fragment plus petit que les premiers faisant saillie sous la peau qu'il a perforée par pression, sans faire issue au dehors. Cette esquille est recouverte d'une couche pultacée, mais le pourtour de la perforation est ulcéré, et il est à craindre une ouverture de la cavité articulaire.

Les mouvements communiqués sont douloureux, mais supportables, les mouvements spontanés ne sont pas totalement abolis : elle fait glisser sa jambe sur le lit, quand elle est dans la flexion. En somme : rougeur, tuméfaction, chaleur de la région, sans empâtement, douleur modérée, épanchement articulaire assez abondant, permettant cependant de reconnaître les fragments rotuliens. — Rien au genou droit. — Mauvais état général, elle est profondément affaiblie, gâteuse — mais pas de phénomènes réactionnels. — Membre dans l'extension dans une gouttière métallique, le pied élevé.

16. Délire toute la nuit, agitation, a arraché ses liens et repoussé sa gouttière. — Plaie dans le même état — pas d'écoulement à sa surface. — Gouttière de Bonnet et camisole de force — cataplasmes permanents avec huile phéniquée.

17. Plus de calme. — Etat local semblable.

20. On sent plus nettement le fragment perforant, mais point d'écoulement de synovie, ni de sang. Tuméfaction plus notable. — Etat général aggravé, adynamie très-accusée, la gouttière est maculée continuellement par les évacuations inconscientes. — Pas de frissons. — Pouls peu accéléré.

21. Gouttière plâtrée remplaçant la gouttière de Bonnet. — Même état local. — Affaiblissement progressif. — Prend peu de nourriture.

22. Elle s'éteint dans la journée sans signes généraux plus accusés, sans plaintes. — Elle n'a point eu de frissons.

Autopsie. — Le genou est gonflé, la saillie des fragments disparaît sous cette tuméfaction ; à la pression, on ne fait pas sortir de liquide purulent par la petite plaie cutanée. Incision demi-circulaire au-dessus du genou, comprenant toutes les parties molles, puis dissection jusqu'à la cavité articulaire qu'on entr'ouvre ; il s'écoule alors une assez grande abondance de liquide purulent et sanguinolent, provenant de la cavité articulaire et de la bourse prérotulienne très-distendue, par la pression on le fait sourdre des bourses du poplité et du jumeau interne, communiquant avec la synoviale articulaire. A la surface du liquide nagent quelques grumeaux jaunâtres, ressemblant à de la graisse, le cul-de-sac supérieur de la bourse prérotulienne en est abondamment fourni (le microscope confirme la présence de globules graisseux). Ce liquide est recueilli dans un vase, sa quantité est de 200 grammes environ.

Les parties molles sont rabattues sur la partie supérieure de la jambe, et l'articulation s'offre alors à l'examen.

Rotule. La rotule est divisée en 3 fragments : Le *supérieur* est le plus volumineux, rattaché au tendon du triceps, il mesure 3 cent. 1/2 de hauteur : il présente sur sa face articulaire, au niveau de la fossette inférieure et externe déterminée par l'entrecroisement des crêtes, une perte de substance de 1 centimètre environ, dirigée transversalement aux dépens du tissu osseux et du cartilage diarthrodial. — Le fragment *inférieur*, plus petit, a 2 cent. de hauteur, il est relié au tendon rotulien et à une partie de l'aponévrose fémorale qui se continue sur la jambe, et qui n'est déchirée qu'en partie en ce point : il a donc une mobilité limitée.

© BIU Santé

La distance qui sépare les fragments est difficile à évaluer vu l'inconstance de leurs rapports, mais on peut facilement placer deux doigts entre eux.— Il faut encore noter que leurs bords correspondants présentent une inclinaison légère en avant, qu'ils portent les traces d'un travail inflammatoire qui en modifie l'aspect primitif; ils sont très-injectés, mousses au doigt, au lieu d'être irréguliers, déchiquetés, comme dans une fracture récente.

En dehors et en bas, il existe un petit fragment mobile, voisin du fragment inférieur et semblant chevaucher sur lui, provenant certainement du fragment supérieur, qui porte la trace de cet éclatement ; il est formé en grande partie de cartilage diarthrodial ; il n'a qu'un centimètre d'étendue dans son plus grand diamètre.

Au-devant de la rotule, la bourse prérotulienne est énormément distendue, c'est une large cavité avec de vastes culs-de-sac ; elle a du reste une longueur de 10 cent. 1/2 pour une largeur de 12 c. La synoviale est très-épaissie et vivement injectée : elle offre par place une coloration rouge foncée, et présente deux ou trois solutions de continuité superficielles aux points où la pression s'est exercée violemment, c'est-à-dire sur la face antérieure de la rotule, aux deux feuilles opposées.

Cavité articulaire. Elle ne semble pas distendue. Les cartilages diarthrodiaux des extrémités tibiale et fémorale présentent une teinte ecchymotique et des érosions superficielles. — Les ligaments sont intacts.

Téguments. — La plaie externe communique avec l'articulation au niveau du petit fragment externe de la fracture — la perforation est en bouton de chemise, ses deux extrémités élargies sont reliées par un petit conduit pouvant laisser passer un stylet, on l'introduit assez facilement de dedans en dehors, mais en raison des parties molles qui recouvrent la plaie extérieure, il est difficile de reconnaître si la communication existait complète entre la cavité articulaire et l'air extérieur.

Du côté droit. La bourse prérotulienne est un peu épaissie, mais elle n'est pas distendue.

Remarque. — Ce fait est uniquement intéressant par sa rareté : la mort est en effet exceptionnelle dans les cas de fracture de la rotule, dont la complication résulte seulement de la disposition des fragments. Il est probable qu'il y a eu fracture directe avec écrasement par chute sur le genou, que dans le choc le petit fragment articulaire, détaché de la portion principale de la rotule, et prenant point d'appui sur le rebord du fragment inférieur a successivement perforé les parties molles jusqu'à rupture de la peau. La synovite de la bourse prérotulienne aura été produite par le même agent, et aura emprunté son caractère spécial de gravité à la communication intra-articulaire de l'air, s'infiltrant à travers la fissure ainsi déterminée.

M. Houel pense qu'il y a eu un arrachement de l'extrémité antérieure de la rotule qui a mis l'articulation en communication avec la bourse prérotulienne, et a perforé la peau. Il y a eu alors inflammation de la bourse prérotulienne, puis de l'articulation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mars. — Présidence de M. Guyon.

Une lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique informe la Société qu'il lui est accordé pour 1878, une allocation de 600 francs. C'est la somme que la Société de chirurgie reçoit tous les ans depuis longtemps déjà.

De plus, un certain nombre de volumes destinés à la Société de chirurgie sont déposés au Ministère, et la remise aura lieu prochainement.

Enchondrome du testicule. A l'occasion du procès-verbal, M. Théophile Anger revient sur la grave question des tumeurs du testicule, pour communiquer un fait de sa pratique qui offre un grand intérêt clinique.

Il s'agit d'un homme de 43 ans, ayant une forte constitution qui entra à l'hôpital Beaujon, en 1875, pour une tumeur du testicule qui avait commencé à se développer neuf mois auparavant. Le malade avait été soumis à un traitement mercuriel prolongé ; et au moment de son entrée il avait une stomatite intense qui l'empêchait de manger, et qui avait déjà altéré la santé générale. M. Anger dut attendre quelques jours avant de faire l'opération ; le testicule malade fut enlevé le 12 août 1875. A la coupe on reconnut que la tumeur, formée de tissu cartilagineux, était isolée du testicule et entourée d'une membrane conjonctive qui semblait former une sorte de périchondre. On retrouvait l'épididyme parfaitement intact au-dessus de la tumeur qui paraissait s'être développée dans le corps d'Highmore.

Les suites de l'opération furent très-simples, le malade guérit en peu de jours. M. Anger l'a revu la semaine dernière : il se porte encore très-bien après deux ans et demi, et on n'observe, chez lui, aucun signe de généralisation.

M. Anger croit pouvoir expliquer la bénignité de l'enchondrome du testicule dans ce cas particulier, par l'isolement de la tumeur. Les néoplasmes du testicule se développent, en effet, de deux façons bien distinctes : tantôt l'enchondrome fait corps avec le testicule, et alors la récidive de la tumeur est la règle ; tantôt, au contraire, l'enchondrome refoule simplement le testicule et possède une gaîne propre, une membrane conjonctive qui l'isole des parties voisines. M. Anger a fait des injections dans les vaisseaux de ces tumeurs isolées du testicule ; et plusieurs fois, il a pu constater que les vaisseaux, au lieu d'arriver à la tumeur par toute la périphérie, pénétraient par un pédicule plus ou moins large. M. Anger conclut, en disant que cette disposition anatomique, qui rend difficile le transport des éléments morbides par les veines ou les lymphatiques, n'est peut-être pas étrangère à la bénignité des enchondromes isolés du testicule.

M. Desprès fait remarquer que l'observation de M. Anger, concorde avec plusieurs faits cités dans la thèse de M. Conche, qui a décrit la maladie kystique du testicule. Du reste, ces observations de non récidive, suffisent pour relever le courage des chirurgiens, qui n'oseraient plus pratiquer la castration, s'ils étaient sûrs que la généralisation de la tumeur doit se faire dans un délai rapproché.

M. Terrier a lu la thèse de M. Conche, qui décrit, sous le nom de *maladie kystique du testicule*, toutes les néoformations du testicule, à condition qu'il y ait des kystes. Mais ce travail lui semble tout à fait insuffisant pour se faire une opinion raisonnée sur la malignité ou la bénignité des tumeurs du testicule. M. Terrier déclare avoir lui-même inspiré une thèse de M. Perriquet intitulée : *Contribution à l'étude de la maladie kystique du testicule*. Cette étude n'a pas résolu davantage la question, car l'une des observations qu'elle renferme s'est terminée contrairement aux prévisions de l'auteur. Un homme encore jeune avait, dans l'intérieur du testicule, un kyste simple, sans tissus de nouvelle formation ; cette affection kystique paraissait analogue aux kystes de l'ovaire. M. Ranvier et M. Malassez, qui examinèrent la tumeur, ne trouvèrent aucune différence entre ce kyste du testicule et un kyste ordinaire de l'ovaire. Malgré cela, la récidive a eu lieu un an après la castration : le malade est mort d'accidents épileptiformes.

Quant au fait observé par M. Anger, M. Terrier ne partage pas les idées émises par son collègue sur les causes de la bénignité ; il n'admet pas du tout l'efficacité de la coque isolante.

M. Gillette lit un rapport sur un travail de M. le Dr Lecart, médecin-major à l'hôpital militaire de La Rochelle. Ce mémoire contient une observation de fracture transversale de la rotule, avec récidive au bout de six mois dans le col même et consolidation définitive, et une fracture de jambe, avec plaie et esquilles, guérie en 5 mois. Il n'y a, d'ailleurs dans ces deux faits, rien de particulièrement intéressant.

Hydarthrose double intermittente à forme chronique. M. Panas raconte l'histoire d'une jeune femme de son service, atteinte d'une singulière affection, à laquelle il n'aurait pas voulu croire s'il ne l'avait observé lui-même. On verra, par la description des symptômes, que cette femme pourrait à la rigueur, à l'aide de quelques légères modifications, servir très-utilement aux confectionneurs de miracles.

© BIU Santé

La malade a 22 ans ; elle ne porte aucune trace de scrofule ou de syphilis. Elle eut une première couche à l'âge de 18 ans; quinze jours après l'accouchement, elle était prise, un lundi soir, d'une hydarthrose subite et indolente dans les deux genoux. L'hydarthrose dura quatre jours, et disparut subitement comme elle était venue ; mais quinze jours après le début de la première attaque, le lundi soir, minute pour minute, le liquide reparaissait dans les deux genoux, et se résorbait au bout de quatre jours. Cet état s'est prolongé pendant quatre ans, avec une parfaite régularité, jusqu'au moment où la malade est devenue enceinte pour la seconde fois. L'hydarthrose ne s'est pas montrée pendant toute la durée de la grossesse ; une fausse couche survient et quelques jours après l'hydarthrose reparaît avec une marche périodique analogue. Ce n'est plus maintenant tous les deux lundis, mais tous les deux jeudis que l'attaque reparaît. L'hydarthrose dure même plus longtemps que la première fois, huit jours au lieu de quatre.

Les deux genoux n'offrent aucune déformation à l'aspect extérieur. Malgré l'examen le plus minutieux, M. Panas n'a pu constater qu'un épanchement des culs-de-sac synoviaux. Les vésicatoires, l'immobilisation, le sulfate de quinine, les frictions mercurielles, n'ont produit aucune amélioration. L'affection est, du reste, indolente, et la malade marcherait si on le lui permettait.

M. Le Dentu se rappelle avoir observé un fait à peu près analogue au précédent, alors qu'il était interne de Voillemier à l'hôpital Saint-Louis, il y a quinze ans. Le malade était un jeune homme de 18 à 20 ans qui, après avoir eu d'abord des douleurs à la hanche, fut pris d'hydarthrose double à répétition. L'évolution de l'épanchement durait en général quatre à cinq jours. Après avoir essayé plusieurs traitements, sans résultat, M. Voillemier appliqua des pointes de feu sur les deux genoux ; et, au moment de sa sortie, le jeune homme paraissait guéri.

M. Verneuil a eu aussi dans son service, à l'hôpital Lariboisière, une femme qui avait, à jour fixe, un épanchement considérable dans les deux genoux. L'observation est consignée dans une thèse de M. Tanonne (1868). M. Verneuil, a eu encore occasion d'observer un jeune homme de la province, qui présentait des symptômes analogues. Soigné d'abord par Nélaton, qui administra du sulfate de quinine, le malade fut guéri pour six ans. Après cet intervalle, il a été repris, et c'est alors qu'il est venu consulter M. Verneuil, qui a constaté chez lui un épaississement des culs-de-sacs synoviaux. Malheureusement, M. Verneuil, n'a pas revu ce malade.

Fracture du fémur intra-utérine. — M. Théophile Anger présente des pièces recueillies sur un nouveau-né, venu au monde à huit mois. La mère était devenue syphilitique, quatre mois après le début de la grossesse. Huit jours avant l'accouchement elle fit une chute sur le ventre, et à dater de ce moment elle garda le lit. Pendant l'accouchement l'enfant ne subit aucune manœuvre ; il sortit avec la poche des eaux, néanmoins on constata, le lendemain, une déformation de la hanche, avec rotation de la cuisse en dedans. M. Anger crut à une luxation congénitale du fémur. L'enfant mourut deux jours après, et à l'autopsie on a trouvé une fracture du corps du fémur, ou bien une disjonction épiphysaire à la base du grand trochanter. La fracture est irréductible, et les os ne présentent pas à la surface ces rugosités dont M. Parrot a si bien montré la nature syphilitique.

M. Anger rapporte cette fracture à la chute faite par la mère vingt jours avant l'accouchement.

M. Polaillon et après lui M. Lannelongue considèrent ce décollement épiphysaire comme étant causé par la syphilis. M. Lannelongue fait encore observer que le second fémur présente deux décollements presque aussi marqués à la partie supérieure et à la partie inférieure.

Tel n'est pas l'avis de M. Le Dentu qui ne trouve pas les lésions de la syphilis dans les pièces apportées par M. Anger. — Du reste la coupe de l'os sera pratiquée au niveau de la fracture, et toute cause d'erreur disparaîtra ainsi.

Ch. Avezou.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 mars 1878. — Présidence de M. Labric.

M. Luys présente des photographies et des graphiques relatifs aux faits de *localisations cérébrales* dont il a parlé dans la dernière séance. (Voyez page 204, dans le numéro 11 du *Progrès médical*). Relativement à la prédominance du lobe paracentral chez l'homme, dont la vie est beaucoup plus active que celle de la femme, M. Luys fait voir quelques graphiques concernant le cerveau de femmes qui, pendant leur vie, avaient présenté des hallucinations très-caractérisées et une agitation continuelle ; or, dans ces cas, le lobe paracentral était très-développé et faisait même au-dessus des autres circonvolutions une véritable gibbosité.

M. Luys obtient ces graphiques de la façon suivante : Il applique sur l'hémisphère cérébral un verre dépoli, qui a la propriété d'être parfaitement transparent surtout lorsqu'il a été mouillé légèrement ; il trace sur ce verre dépoli les contours des circonvolutions et décalque ensuite ce schéma sur du papier. Les graphiques obtenus de cette façon sont donc absolument précis. Ils sont en outre très-faciles à obtenir.

M. Raynaud présente une malade atteinte d'une affection à laquelle il croit pouvoir donner le nom de *Léontiasis syphilitique* et dépose une thèse de M. Goutard sur ce sujet.

M. Legroux, qui assistait à l'argumentation de cette thèse, a entendu M. Hardy avouer qu'il serait beaucoup plus réservé sur le diagnostic entre la scrofule et la syphilis dans le cas actuel.

M. Besnier dit qu'il faut toujours tenir grand compte de l'opinion de M. Hardy pour le diagnostic des affections cutanées. Il pense cependant qu'il s'agit là d'une forme de syphilide anomale rentrant dans la classe des syphilides papulo-hypertrophiques ; il se fonde en particulier, pour soutenir cette opinion, sur l'amélioration obtenue par l'iodure de potassium, qui serait resté sans effet s'il s'était agi d'une scrofulide.

M. Dumontpallier proteste contre cette assertion, et ajoute que l'on obtient parfois des résultats très-remarquables par l'emploi de l'iodure de potassium et de l'huile de foie de morue, dans certains cas de scrofule et surtout dans ces cas que Ricord a désignés sous le nom de scrofulate de vérole.

M. Besnier ne prétend pas nier d'une façon absolue l'action de l'iodure sur la scrofule, mais il est certain que les résultats de cette médication sur les scrofulides sont presque nuls, et qu'en tout cas ils ne sont nullement comparables, au point de vue de la rapidité et de l'efficacité, aux résultats si remarquables qu'on obtient dans les cas de lupus syphilitique. Il faut bien savoir, d'ailleurs, que ces effets, dans les syphilides tuberculeuses, ne sont obtenus que par des doses élevées. Certaines lésions, qui ne sont pas modifiées par des doses de 2 grammes par jour, peuvent guérir rapidement lorsqu'on arrive à des doses de 4 ou 6 grammes.

M. Dumontpallier cite plusieurs cas dans lesquels il a eu recours à l'*anesthésie obstétricale*, et se loue beaucoup de cette pratique. Il n'hésite plus maintenant à donner le chloroforme toutes les fois que le col est complétement dilaté et que pourtant le travail n'avance pas, la femme étant épuisée par les douleurs. Il suffit d'en donner des doses très-peu considérables au moment de chaque douleur, et l'accouchement se termine rapidement, en une demi-heure ou trois quarts d'heure au plus, sans que la femme ait couru le moindre danger ; elle n'a pas perdu connaissance un seul instant, elle a conservé la sensibilité cutanée; mais suivant l'expression de l'une des malades de M. Dumontpallier, elle a accouché comme à travers un voile. M. Dumontpallier invite ses collègues à expérimenter cette manière de faire, qui est maintenant employée d'une façon habituelle à l'hôpital de la Pitié.

M. Bucquoy rappelle que, depuis longtemps déjà, M. Danyau n'hésitait pas à recourir au chloroforme dans les conditions indiquées par M. Dumontpallier.

MM. Dujardin-Beaumetz, Legroux, Féréol, partagent l'opinion de M. Dumontpallier sur l'innocuité du chloroforme donné de cette façon et sur les bons résultats qu'on en retire.

M. Dumontpallier ajoute qu'en présence de ces nombreuses d hésions, il serait heureux de voir la Société médicale des

© BIU Santé

hôpitaux affirmer que l'emploi du chloroforme dans les accouchements n'offre que des avantages.

M. Hervieux tout en étant, au fond, d'accord avec M. Dumontpallier, avoue que la question, posée dans ces termes, lui paraît trop absolue. Il serait plus réservé, et pense qu'il y a, dans l'emploi du chloroforme en obstétrique, des indications et des contre-indications qu'il faut bien connaître. Le chloroforme a sans doute de grands avantages dans un certain nombre de circonstances, mais ce serait un abus d'y recourir dans tous les cas. A. S.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 27 mars. — Présidence de M. Gubler.

M. Vallin donne le compte-rendu de ses recherches sur le lait des vaches phthisiques. Ce lait peut-il, ainsi que beaucoup d'auteurs l'affirment, transmettre la tuberculose ? Il énumère succinctement les travaux connus sur cette question, et reconnaît qu'à l'heure actuelle il est impossible de se prononcer d'une manière définitive. Cependant les expériences affirmatives sont plus communes que les négatives. Il importera aussi de choisir, avec beaucoup de soin, les animaux destinés à l'expérimentation et ne pas oublier que les jeunes contractent la tuberculose avec une plus grande facilité. Quant aux traces de la maladie, il faudra les chercher non-seulement dans les poumons, mais encore dans le mésentère, l'épiploon; Bollinger l'a souvent constatée dans ces régions, et compare cette tuberculose acquise au *carreau* chez les enfants. L'idée qui a guidé M. Vallin dans son mémoire était surtout celle de provoquer une discussion, d'exciter l'intérêt, de provoquer de nouvelles recherches sur cette question d'une si haute importance. Il ajoute aussi qu'on peut rassurer le public contre les craintes que pourraient faire naître cette discussion. Contrairement à ce qu'on a avancé, les vaches qui se trouvent chez les nourrisseurs de Paris sont très-rarement atteintes de phthisie. Il a pu s'en convaincre par les difficultés qu'il a rencontré dans ses recherches pour trouver du lait de vaches phthisiques. Les nourrisseurs se défont de leurs animaux dès le moindre symptôme de maladie. La raison, c'est d'abord que le rendement du lait est amoindri (12 à 15 litres au lieu de 20), tandis que la dépense d'entretien reste la même, ensuite que la surveillance est bien faite. L'inspecteur des abattoirs de Grenelle a constaté que sur 25,000 vaches abattues, en 1876, pour la consommation, 25 à 30 seulement étaient phthisiques.

M. Decaisne confirme ce qui vient d'être dit au sujet de la rareté des vaches tuberculeuses. Dans ses visites chez les nourrisseurs il n'en a jamais trouvé.

M. Gubler. Je profite de la communication de M. Vallin pour lui soumettre quelques remarques au point de vue de l'expérimentation, et le mettre en garde contre des conclusions trop hâtives. Il est très-difficile d'abord de s'assurer que les lésions constatées sont véritablement des lésions tuberculeuses. Ensuite, les expériences sont faites généralement sur des lapins. Or, cet animal ne demande, pour ainsi dire, qu'un prétexte, pour devenir malade. Sans parler des travaux de Leber qui a déterminé des lésions identiques à la tuberculose en inoculant du charbon, des choses inertes (*sic*), il suffit de tenir renfermés des lapins dans un lieu humide pour qu'ils deviennent tuberculeux spontanément. On devra donc conclure avec la plus grande prudence.

M. Vallin. J'avoue volontiers que le lapin est un animal facile à rendre tuberculeux, et qu'il est assez difficile de distinguer les tubercules des autres tumeurs. Mais enfin il est un fait constant, c'est que le lait des vaches atteintes de *pomelière* donné en nourriture à des porcs donne à ces derniers une maladie dont ils meurent. Tuberculose ou non, l'ingestion de ce lait constitue un véritable danger.

M. Trasbot a fait des recherches sur le tubercule du bœuf et sur celui de l'homme. Il est convaincu qu'il n'y a entre eux aucune identité et ne croit pas qu'il puisse se transmettre d'une race à l'autre. Il a vu aussi une génisse, née d'une mère atteinte de *pomelière* qui n'est pas devenue phthisique en grandissant.

M. Laborde. Il suffit souvent de conditions hygiéniques mauvaises pour développer la tuberculose chez les animaux. J'ai pris des lapins de la même portée. Les uns, mis dans une cave humide, sont devenus tuberculeux, tandis que les autres, laissés en liberté dans un jardin, se portaient très-bien. Dans le laboratoire de physiologie si mal disposé au point de vue hygiénique, j'ai vu des chiens devenir phthisiques. Il ne faudra donc prendre pour sujet d'expériences que des animaux bien constitués et leur donner grand air et excellente nourriture. C'est alors seulement qu'on pourra conclure avec précision.

M. Vallin. Les auteurs dont j'ai cité les travaux sont des professeurs étrangers, ils ont tous l'habitude de l'expérimentation et il est fort probable qu'ils opéraient dans de bonnes conditions.

M. Cliquet lit, en son nom personnel et au nom de M. Lacassagne, un mémoire sur l'influence du travail intellectuel sur la forme et le développement de la tête. Après avoir rappelé les travaux de Parchappe, en 1836, et de Broca, en 1861, sur cette question, il arrive à ses expériences personnelles. Les expériences ont été faites à l'aide du conformateur et ont porté sur 190 docteurs du Val-de-Grâce, 133 soldats sachant lire et écrire, sur 90 soldats complétement illettrés et sur 91 détenus. Les diamètres mesurés ont été les diamètres longitudinal, antérieur et postérieur. Voici les moyennes des chiffres obtenus :

	Docteurs.	Soldats lettrés.	Soldats illettrés.	Détenus.
Diamètre long.	85,29	81,97	79,13	81,10
Diamètre ant..	48,91	43,65	42,35	41,12
Diamètre post.	52,58	49,66	50,27	49,90

Les différences en faveur des docteurs sur les illettrés, sont : D. long., 4 cent. 50 ; Ant., 6 cent. 37 ; Post., 2 cent. 82. Il est facile de voir que c'est surtout pour la région frontale que la différence devient considérable. Les auteurs ont remarqué aussi que les deux moitiés ne sont pas complétement symétriques. Chez les gens lettrés, la région frontale est plus développée à gauche, et chez les illettrés la région occipitale (instincts passionnels) est plus développée à droite. Ils terminent en posant les conclusions suivantes . 1° la tête est plus développée chez les gens instruits qui ont fait travailler leur cerveau, que chez les illettrés ou les individus dont l'intelligence est restée inactive ; 2° chez les gens instruits, la région frontale est relativement plus développée que la région occipitale, et si la différence entre ces deux régions existe au profit de la dernière, cette différence est minime, alors que chez les illettrés elle est considérable (1).

Après quelques observations de MM. Lagneau, Lunier et Gubler, la séance est levée à dix heures et demie.

A. Blondeau.

REVUE CHIRURGICALE.

VII. Etudes cliniques sur l'ostéosarcome des membres. Par G. Poinsot, (de Bordeaux). Paris, 1877, Delahaye, éditeur.

VIII. Des principales indications à remplir dans le traitement des plaies; par M. Raguet-Lépine; th. Paris, 1877. Delahaye, éditeur.

IX. Du traitement des varices et des ulcères variqueux par la liqueur iodo-tannique; par le Dr J. Pétaval. (*Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande.* Février et mars 1875.)

X. Quelques considérations sur la suppuration de la caisse du tympan. — Son traitement; par le Dr Maffre. Paris 1875.

VII. M. Poinsot insiste surtout dans son mémoire sur la difficulté du diagnostic de l'ostéosarcome. Au début, il peut simuler le rhumatisme, une névralgie, l'ostéite et la périostite; mais c'est surtout de la tumeur blanche qu'il est difficile à dis-

(1) Ces faits nous paraissent venir appuyer un travail publié il y a quelque temps, par M. C. Delaunay. M. Delaunay avait eu l'idée originale de faire des recherches chez les chapeliers de la rue Saint-Sulpice (fournisseurs des séminaires), et chez le fournisseur de l'Ecole polytechnique. Il est arrivé à constater que la pointure des chapeaux est plus élevée de 3 ou 4 numéros pour les polytechniciens,

© BIU Santé

tinguer. L'étiologie ne donne que de vagues renseignements. Les signes cliniques auxquels M. Gillette accorde une grande valeur ne sont pas absolument pathognomoniques : aussi s'il est vrai que l'ostéosarcome se développe d'ordinaire rapidement et d'une manière continue, on peut aussi voir la maladie durer plusieurs années et présenter une marche intermittente. Dans quelques cas les masses d'apparence fongueuse semblent occuper l'interligne articulaire et fuir vers l'intérieur de l'articulation lorsqu'on les presse. L'absence de suppuration est un bon signe de l'ostéosarcome. On trouve cependant quelquefois des foyers purulents : toutefois, comme le dit M. Gillette, il est rare de voir une tumeur blanche osseuse qui a déterminé de vives douleurs depuis longtemps ne pas donner lieu à des abcès de voisinage. M. Poinsot note ce fait intéressant que lorsqu'on pratique une ponction exploratrice sur un ostéosarcome il se produit assez souvent un écoulement de sang tout à fait disproportionné avec l'étendue de la plaie. La résistance absolue de l'ostéosarcome au traitement des tumeurs blanches ne fournit que des données peu précises. L'intégrité des surfaces articulaires et la liberté des mouvements sont de bons signes ; mais dans plusieurs cas d'ostéosarcome les surfaces articulaires ont été atteintes. En résumé aucun des signes donnés comme pouvant servir au diagnostic n'est caractéristique ; l'absence de suppuration à une époque avancée, les résultats de la ponction exploratrice, lorsqu'elle paraît le plus indiquée, sont seuls capables de mettre sur la voie. Il résulte de cette difficulté extrême du diagnostic que l'intervention chirurgicale arrive toujours tardivement et par conséquent dans de mauvaises conditions au point de vue de l'état général. L'amputation doit être pratiquée dès que le mal est reconnu. L'amputation dans la continuité est plus rarement suivie de succès définitif ; mais l'analyse des faits publiés donne ce résultat assez inexplicable qu'elle est moins fréquemment et moins promptement suivie de récidive dans le moignon. L'amputation éloignée doit être préférée ; elle a donné un grand nombre de guérisons radicales ; M. Poinsot rapporte un cas où la guérison se maintient depuis un an.

VIII. Après avoir fait une étude succincte des plaies en général et de leurs complications, l'auteur passe à l'examen des divers traitements employés. Dans les milieux salubres, les plaies mêmes graves se comportent souvent bien, tandis que dans des milieux insalubres, les plaies les plus légères guérissent difficilement ; il faut donc d'abord placer le malade dans de bonnes conditions hygiéniques. S'il s'agit d'une plaie dont on veut obtenir la réunion immédiate il faut préférer la méthode d'Azam que l'on peut compléter par le pansement de Lister. Quand on ne peut espérer la réunion immédiate il faut favoriser l'écoulement du pus par les moyens appropriés, etc. Si la plaie est compliquée de fracture, on agira de même ; mais s'il existe des foyers d'infection on emploiera avec avantage les pansements de A. Guérin ou de Lister. M. Raguet-Lépine étudie successivement non-seulement les pansements des plaies, mais aussi le traitement des complications des cicatrices vicieuses, etc. CH. FÉRÉ.

IX. L'auteur expose dans ce travail le mode opératoire et les résultats favorables des injections intra-veineuses de liqueur iodo-tannique comme moyen curatif des varices et des ulcères variqueux. Le manuel de l'opération est le même que celui des injections de perchlorure de fer. La dose de liqueur iodotannique à injecter est en moyenne de 7 à 15 gouttes. La plus grande immobilité est nécessaire après l'injection, et quelques auteurs veulent qu'on la prolonge pendant 10 à 12 jours ; néanmoins l'auteur a vu des malades indociles se lever dès le 2e ou 3e jour sans que cette imprudence ait entraîné de conséquences fâcheuses. Les suites de l'opération sont d'ordinaire simples et bénignes ; il survient quelquefois de petits abcès au niveau de la piqûre, mais sans aucune gravité. Les résultats sont surtout encourageants dans les cas où les varices sont accompagnées d'ulcères ; on observe, au bout de peu de jours, du côté de ceux-ci une amélioration réelle, et ils guérissent d'une façon relativement rapide quand on considère la durée de leur traitement par d'autres procédés. CH. H. PETIT.

X. Cette thèse, entreprise sous l'inspiration du Dr C. Miot, est un exposé de la thérapeutique de la suppuration de la caisse du tympan. L'auteur rappelle sommairement le début, les suites possibles, l'anatomie pathologique de l'affection, et les principaux moyens de traitement dirigés contre elle par les auteurs. Il reprend ensuite en détail la partie thérapeutique, et il étudie successivement : 1° le traitement direct ou immédiat, comprenant la perforation de la membrane du tympan, les injections et instillations, les douches... etc. ; 2° le traitement indirect ou médiat, auquel se rapportent les révulsifs, les gargarismes, les dérivatifs intestinaux ; 3° enfin, le traitement général. Plusieurs observations soigneusement recueillies sont annexées à ce travail, dans lequel on trouvera réunis un assez grand nombre de renseignements utiles.

BIBLIOGRAPHIE

Tratado de Patologia quirurgica général ; por BARTOLOMÉ NOVARO, tomo I (Paris, 1878, in-8° Denné).

M. BARTHOLOMÉ NOVARO, professeur suppléant à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres, vient de publier la première partie d'un traité de pathologie chirurgicale générale. Ce premier volume comprend deux études principales, celle du traumatisme au point de vue physiologique et pathologique, et celle des traumatismes en particulier.

Dans un premier chapitre, relatif au *traumatisme en général*, l'auteur étudie, en détail, les modifications physiologiques qui se produisent dans un tissu blessé. C'est faire l'étude des désordres locaux et généraux provoqués par une action traumatique quelconque sur un organisme sain ; ces lésions, réparées par un processus normal, serviront de point de comparaison pour l'étude de celles qui pourront survenir chez un sujet malade, sous l'influence de la même cause vulnérante. On voit ainsi quelle est la part que prennent les diathèses dans la réaction de l'organisme en cas de blessure, comment elles peuvent empêcher la cicatrisation, ou, dans des cas plus heureux, entraver seulement la marche du processus réparateur. Après avoir étudié les lésions locales, puis les phénomènes généraux, l'auteur tâche de saisir le trait d'union qui les réunit : il est ainsi conduit à s'occuper de l'étiologie de la fièvre traumatique. Dans cette étude, M. Novaro critique un certain nombre de théories allemandes, et semble surtout adopter la théorie de Claude Bernard, celle qui rattache l'élévation de la température dans la fièvre à une influence du système nerveux. Dans le deuxième chapitre de cette première partie, l'auteur étudie les réactions de l'organisme malade en cas de blessure. On voit successivement l'influence de l'état maladif, des mauvaises conditions hygiéniques, du climat ; on étudie ensuite la question de milieu noso-comial, l'influence du séjour à la ville ou à la campagne ; à ce propos, l'auteur cite des cas de guérison inespérée, survenus chez les *Gauchos* ; chez ces robustes habitants des prairies de l'Amérique du Sud, la cicatrisation, par première intention, est la règle, mais c'est qu'ils vivent d'une vie active et dépouillée des vices qui altèrent tant la santé de l'habitant de la ville. Les traumatismes les plus violents se guérissent chez ces sujets, avec une telle facilité, qu'il faut, comme l'auteur, en avoir été témoin oculaire pour y ajouter foi : c'est ce qui amènera plus tard M. Novaro à repousser, pour ces cas, le pansement antiseptique qui n'est alors nullement nécessaire : la pléthore, l'obésité, le lymphatisme, l'alcoolisme et les affections nerveuses sont ensuite étudiés, ainsi que l'état puerpéral avant et après l'accouchement ; dans cette partie de son travail, l'auteur ne fait, du reste, que suivre le professeur Verneuil dans les intéressants développements qu'il a communiqués au Congrès de Genève ; le reste de ce chapitre est consacré à étudier après MM. Verneuil et James Paget, l'influence des maladies aiguës sur la marche du traumatisme qui survient pendant leur cours, et celle des complications qui peuvent se produire pendant le cours du traumatisme et influer, par conséquent, sur la marche et sur la durée du processus réparateur.

La deuxième partie du volume paru, traite des *lésions traumatiques*. Dans le premier chapitre, celui des *plaies*, l'auteur

© BIU Santé

s'occupe des diverses lésions qui constituent un traumatisme : c'est une étude de pathologie générale des plaies basée sur les recherches modernes, et sur l'expérience propre de l'auteur et de ses compatriotes ; c'est ainsi qu'à propos des plaies sous-cutanées, M. Novaro préconise *l'insufflation* au cours des opérations chirurgicales : cette méthode est due au professeur Montes de Oca (de Buenos-Ayres) et non à M. Aguilar ; les bons avantages de cette méthode seraient dus, selon M. Novaro, à un changement dans la composition chimique de l'air insufflé, il perdrait son oxygène et serait bientôt formé par de l'azote et de l'acide carbonique, provenant, par diffusion, de celui qui est contenu dans le sang.

Dans le deuxième chapitre, l'auteur traite des *luxations traumatiques*, montre combien il faut de précision pour le diagnostic de la luxation, et avec quel soin on doit en parfaitement déterminer le mécanisme ; de ces données dépend, en effet, la facile réduction de la luxation qu'on doit toujours opérer par la méthode de douceur ; pour qu'une luxation se produise, il faut vaincre des dispositions osseuses, rompre un appareil ligamenteux, surmonter des résistances musculaires ; pour réduire une luxation, au contraire, on n'a, le plus généralement du moins, qu'à dominer le spasme musculaire, de là les avantages de la traction continue (méthode de Th. Anger), ou ceux qui résultent de l'emploi des anesthésiques. La plus grande difficulté consiste donc à faire exactement parcourir, en sens inverse, aux os luxés le trajet par lequel ils se sont échappés en se luxant. L'auteur, chaud partisan des méthodes de douceur, cite, à l'appui de son opinion, quelques cas intéressants dans lesquels il a pu réduire, rapidement et sans grand appareil, des luxations difficiles et anciennes.

Le volume se termine par un troisième chapitre consacré aux *fractures en général* ; après avoir rappelé les faits classiques que l'on trouve dans les principaux traités de pathologie externe, l'auteur décrit un certain nombre d'appareils de contention, et les envisage au point de vue des grandes indications auxquelles ils doivent répondre : puis il entre dans le détail de quelques-uns d'entre eux ; il cite, en particulier, l'appareil de M. Wilde, médecin argentin, avec lequel il a pu obtenir la consolidation osseuse des fractures de la rotule. C'est par un procédé semblable à celui de M. Trélat, en appliquant la griffe de Malgaigne sur des pièces métalliques moulées sur la rotule, et pourvues de crans pour diminuer convenablement l'écartement des fragments.

L'auteur se propose de compléter ces études de pathologie chirurgicale générale par un deuxième volume ; l'ouvrage de M. Novaro est inspiré principalement par les travaux de l'Ecole de Paris, quoique les recherches étrangères y soient largement représentées ; il est accompagné de nombreuses indications bibliographiques, disposées à la fin de chaque chapitre, et qui témoignent d'un travail important. On y trouvera également nombre de faits intéressants tirés de la pratique des chirurgiens de Buenos-Ayres ; conçu simplement, écrit dans un style sobre, le traité de pathologie chirurgicale générale de M. Novaro, aura, sans doute, parmi les compatriotes de l'auteur, un légitime succès : il contribuera à accroître, dans l'Amérique du Sud, le grand renom dont jouit déjà notre Ecole française ; aussi devions-nous faire bon accueil à ce premier ouvrage d'un des plus jeunes maîtres de la Faculté de Buenos-Ayres.

H. DE BOYER.

REVUE DE PHARMACOLOGIE.

Elixir toni-radical de Blottière au colombo.

M. le docteur Groussin, de Tours, nous communique la note suivante :

Madame H. (de Bayonne), âgée de 29 ans, femme d'un officier d'état-major, avait eu ses trois premières grossesses troublées par des vomissements rebelles, qui se prolongeaient jusqu'au quatrième mois inclusivement, et bien que d'une forte constitution, les fonctions digestives en avaient ressenti une atteinte assez sérieuse pour que, dans l'état de vacuité, elles fussent restées pénibles et difficiles.

A sa quatrième grossesse, cette dame entendit parler des bons effets de l'*Elixir toni-radical de Blottière au colombo* et voulut en tenter l'essai à tout hasard. Dès la fin du premier flacon, son état se trouva sensiblement amélioré et elle persévera dans cette médication si simple. A la fin de la première moitié du deuxième flacon, les vomissements étaient tout à fait suspendus.

Cette guérison ne se démentit pas et ayant épuisé deux flacons, Madame H. voulut diminuer la dose, parfois même interrompre l'usage de l'Elixir pendant un jour ou deux, mais les nausées et les vomissements reparaissaient. Actuellement (fin décembre 1877) Madame H. poursuit heureusement sa grossesse, grâce à six flacons d'Elixir de Blottière ; elle est enchantée et regrette de n'avoir pas connu plus tôt ce puissant et agréable régulateur de la faculté digestive constitué par l'*Elixir toni-radical de Blottière au colombo*, pharmacie à Paris, 56, rue de Sèvres.

13. Electuaire hydragogue (*Fouquier*).

Scammonée d'alep	} aa 15 grammes.
Jalap	
Scille en poudre	
Racine de jalap	5 —

Mêlez et ajoutez :

Sirop de nerprun	q. s.

6 à 13 décigrammes par jour. (*Dictionnaire de thérapeutique*, etc.)

14. Potion aromatique.

Essence d'orange	6 gouttes.
Essence de romarin	4 —

Dissolvez dans :

Alcool	10 grammes.

Mêlez avec :

Sirop de gomme	50 —
Eau	180 —

A prendre par cuillerées toutes les deux heures (*Ibid.*)

15. Lotions contre les crevasses du mamelon.

Quand les crevasses du mamelon ne sont point occasionnées par une maladie constitutionnelle, on les lotionne abondamment avec de la teinture de benjoin et la guérison a lieu dans l'espace de cinq à dix jours. Les premières applications sont seules douloureuses. La teinture de benjoin forme un vernis à la surface des crevasses, et les protège pendant la succion. Ce mode de traitement a l'avantage de ne point interrompre l'allaitement. (*Gazette obstétricale.*)

VARIA

Faculté de Médecine.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le professeur CHARCOT commencera son cours lundi prochain, 1er avril, à 2 heures.

Cours de thérapeutique et de matière médicale. — M. le professeur GUBLER commencera ce cours le vendredi 5 avril, à 4 heures (petit amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Cours de pharmacologie. — M. le professeur REGNAULT commencera ce cours le samedi 30 mars 1878, à midi, (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

ECOLE PRATIQUE.—*Cours libres.* — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 21 février 1878 et sur l'avis conforme de la Faculté, MM. les docteurs dont les noms suivent ont été autorisés à faire, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1877-1878, des cours sur les matières ci-après indiquées savoir :

M. le dr DARESTE : *Conférence d'embryogénie*, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 heures, au laboratoire d'embryogénie.

M. le dr BADAL : *Ophthalmologie. — Optométrie*, les samedis, à 4 heures, amphithéâtre n° 1.

M. le dr CHÉRON : *Gynécologie*, les jeudis, à 8 heures, amphithéâtre n° 3.

M. le dr DELEFOSSE : *Chirurgie des voies urinaires*, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures, amphithéâtre n° 1.

M. le dr FORT : *Médecine opératoire*, les mardis, jeudis et samedis, à midi et demi, amphithéâtre n° 3.

© BIU Santé

M. le dr Gellé: *Otologie*, les mercredis, à 4 heures, amphithéâtre n° 2.
M. le dr Lacombe: *Pathologie interne*, les lundis et vendredis, à 5 heures, amphithéâtre n° 1.
M. le dr Menière (P.): *Thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus et de ses annexes*, les vendredis, à 4 heures, amphithéâtre n° 2.
M. le dr Mallez: *Pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire*, les mardis, jeudis et samedis, à 4 heures, amphithéâtre n° 2.
M. le dr Migon: *Accouchements*, les mardis et samedis, à 8 heures, amphithéâtre n° 2.
M. le dr Picard: *Maladies de l'appareil urinaire*, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures, amphithéâtre n° 3.
M. le dr Reliquet: *Opérations des voies urinaires*, les lundis, mercredis et vendredis, à 5 heures, amphithéâtre n° 2.
M. le dr Sevestre: *Pathologie interne*, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures, amphithéâtre, n° 1.
Nota. — L'ouverture de chaque cours sera annoncée par des affiches manuscrites qui seront placées à l'Ecole pratique.

Concours d'agrégation.

Troisième série d'épreuves. (Leçon après vingt-quatre heures de préparation). Samedi 23, M. Pitres: Des épilepsies toxiques. — M. Strauss: Des céphalées. — Lundi 25, M. Carrieu: Eruptions médicamenteuses. — M. Debove: Spasmes fonctionnels. — Mardi 26, M. Teissier: Des convulsions dans les maladies aiguës. — M. Mairet: De la maladie hémorrhoïdaire.
La quatrième épreuve (Rapport de médecine légale), a été faite le mercredi 27 et lue le jeudi 28. Le sujet de cette composition était: Rapport sur un cas d'intoxication par la vapeur de charbon.
La cinquième série d'épreuves (Leçon sur deux malades), commencera le vendredi 29, à l'Hôtel-Dieu, à 9 heures, et continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure, les mardis, jeudis et samedis, à 4 heures 1/4.

Concours du prosectorat.

Juges: MM. Sappey, Béclard, Lefort et Guyon. — *Candidats*: MM. Bouilly, Campenon, Duret, Kirmisson. Les candidats ont à préparer: les *Conduits galactophores*, avec mémoire à l'appui. Les préparations devront être remises à la Faculté, le 1er juin.

Concours de l'adjuvat.

Même jury. *Préparations. Aponévroses et veines du cou*, avec l'embouchure du canal thoracique et de la grande veine lymphatique. Les pièces devront être remises le 15 juin.

Ecole supérieure de pharmacie. — *Année scolaire 1877-1878.*

2e semestre. Les cours commenceront le 4 avril. — *Botanique.* M. Chatin, mardis, jeudis et samedis, à midi. — *Toxicologie.* M. Bouis, lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. — *Pharmacie.* M. Baudrimont, mardis, jeudis et samedis, à 8 heures 1/2. — *Chimie organique.* M. Jungfleisch, mardis, jeudis et samedis, à 3 heures 1/2. — *Chimie analytique.* M. Personne, mardis, jeudis et samedis, à 5 heures. — *Travaux pratiques. Chimie. 1re année.* M. Paunier, mardis, jeudis et samedis, de midi à 4 heures. — *2e année.* M. Personne, mardis, jeudis et samedis, de midi à 4 heures. — *3e année. Botanique.* M. Chatin, lundis et mercredis, de midi à 4 heures. — *3e année. Physique.* M. Le Roux, vendredis, de midi à 4 heures.

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 25 au 30 mars 1878. — 192. M. Granet: De l'ankylose dans l'arthrite blennorrhagique. — 193. M. Tautain: De quelques lésions des artères coronaires comme causes d'altérations du myocarde. — 194. M. Fabre: Des polypes de la conjonctive. — 195. M. Troussaint: De la thoracentèse dans la pleurésie franche. — 196. M. Berlin: De la lymphorrhagie consécutive aux adénites et aux lymphangites suppurées. — 197. M. Broret: Des effets de la créosote dans le traitement de la phthisie pulmonaire. — 198. M. Mersmann: De l'étiologie de la scrofule et de sa distribution géographique. — 199. M. Ananieff: Contribution à l'étude de l'hémianesthésie saturnine. — 200. M. Schmitt: Etude sur les conditions de présence ou d'absence de la déformation caractéristique dans les fractures de l'extrémité du radius. — 201. M. Pauzat: Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes et, en particulier, de la dilatation forcée.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris et proclamation des noms des élèves nommés internes par suite du concours ouvert en 1878, pour entrer en fonctions le 1er avril 1878.

La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1878, a eu lieu le mercredi 27 mars 1878, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3. Dans cette même séance ont été rendues publiques les nominations des élèves internes admis à la suite du concours de 1878.

Internat en pharmacie.

Le concours pour l'internat en pharmacie vient de se terminer par la nomination des internes suivants qui entreront en fonctions le 1er avril 1878. — *Internes titulaires:* 1. Morel, Bouret, Lericil, Lafont, Truel, Canhelle, Heintz, Thomas, Bruneau, 10. Cartier, Dufitho, Masgrangeas, Daltez, Langlebert, Grandhomme, Gamand, Dubourg, Longuepin, Levan, 20. Duché, Jacquin, Lasnier, Nodet, Broca, Lendumay, Chastaing, Veraley, Lambert, Porcher, 30. Vescanier. — *Internes provisoires:* 1, Letellier, Query, Rousselet, Luneau, Noel, Martin, Labrousse, Plisson, Gamel. — 10. Delis, Sanson, Noline, Wurlin, Lefevbvre, Camus, Debrade, Pagelle, Presier, Douse, 20. Anglade.

Faculté de médecine de Paris.

Un fait des plus graves vient de se produire à la Faculté de médecine. Les règlements défendent aux élèves d'emporter des pièces anatomiques. Malgré cette défense formelle, plusieurs pièces avaient disparu des salles de l'Ecole pratique. En présence de ces faits, le conseil académique s'est réuni, et, après une longue délibération, il s'est contenté de faire rappeler, par affiches, aux élèves les articles du règlement. En même temps, les appariteurs avaient reçu l'ordre de mieux surveiller les élèves. Il y a quelques jours, un étudiant fut surpris en flagrant délit. M. Vulpian, doyen de la Faculté, consulta le conseil académique, qui a pris la résolution suivante, affichée à l'Ecole de médecine et à l'Ecole pratique: « Contrairement aux instructions de l'autorité supérieure, rappelées par une affiche apposée à l'Ecole pratique, un élève a tenté d'emporter une pièce anatomique hors de l'établissement. Cet élève est exclu de l'Ecole pratique. — *Le doyen de la Faculté:* Vulpian. »

Congrès périodique international des sciences médicales.

L'année dernière, à Genève, le dernier congrès périodique des sciences médicales avait exprimé le vœu que le prochain congrès (le sixième), ait lieu dans les Pays-Bas, en laissant d'ailleurs aux médecins et aux corps savants de ce pays le soin de désigner la ville où il se tiendrait. Ce projet va être réalisé. En effet, grâce au concours de l'association néerlandaise et de la section scientifique de l'académie royale néerlandaise, un comité d'organisation s'est constitué pour la sixième session du congrès. Ce comité est ainsi composé: *Président*, M. le professeur Donders, à Utrecht. *Secrétaire général*, M. le dr Guye, à Amsterdam. *Membres*, MM. le dr Van Coppelle, référendaire, pour les affaires médicales au ministère de l'intérieur à la Haye; le dr Fabius, à Amsterdam; le professeur Hertz, à Amsterdam; le professeur Heintius, à Leede; le professeur Huet, à Leyde; le professeur Huinzinga, à Gröningue; le professeur Koster, à Utrecht; le professeur Stokvis, à Amsterdam; le professeur J. W. R. Tilanus, à Amsterdam; le dr Zeeman, à Amsterdam.
Le comité a désigné Amsterdam, comme siége du congrès. Ce congrès, exclusivement scientifique, durera une semaine; il s'ouvrira le dimanche 8 septembre. Les langues officielles seront le français et l'allemand.
Toutes les communications relatives soit au congrès, soit aux questions qui pourront faire l'objet de ses délibérations, seront reçues avec reconnaissance par le comité. Elles devront lui être adressées avant le 1er juin 1878, époque à laquelle le comité fixera définitivement les statuts, arrêtera le programme des questions à discuter, et nommera les rapporteurs. Toutes les communications relatives au congrès doivent être adressées au secrétaire général, dr Guye, à Amsterdam. (*Revue scientifique.*)

Imprudence d'un pharmacien.

M. Champion, pharmacien, place Voltaire, à Paris, venait, le 5 février dernier, devant la 10e chambre correctionnelle, répondre de la mort d'une jeune fille, Mlle Honoré, âgée de 14 ans, victime d'une grande imprudence. Le médecin avait prescrit du sirop de nerprun. Le pharmacien Champion remit à la personne qui lui présenta l'ordonnance au lieu d'un flacon de sirop de nerprun, un flacon de chloroforme. La jeune malade avait à peine pris la potion qu'on apportait, qu'elle s'assoupit, tomba dans une langueur suivie de délire et expira au milieu de vives souffrances. Sur la demande du médecin chargé de constater le décès, une enquête eut lieu; on fit l'autopsie du cadavre; elle révéla que la jeune fille avait succombé à l'absorption du chloroforme. Le prévenu prétend que c'est la personne qui est venue chercher le remède qui a fait l'erreur emportant par mégarde le flacon de chloroforme à la place du flacon de nerprun. Un énergique démenti est opposé à cette assertion du prévenu. Un autre témoin dépose d'autres erreurs, qui auraient été commises par M. Champion, qui a donné de l'huile d'amande douce au lieu de l'huile de ricin, des pilules purgatives à la place de pastilles de Vichy. Le prévenu a été défendu par Me Danet. Le tribunal a condamné le pharmacien Champion à 200 fr. d'amende et en 1,500 fr. de dommages-intérêts envers la mère de la jeune victime. (*Lyon médical.*)

Bibliothèque des Internes de l'Hôpital civil d'Alger.

Le *Progrès médical* du mois de janvier contient un rapport fait au Conseil municipal de Paris par le docteur Bourneville, au sujet des bibliothèques médicales des hôpitaux. — Bien que s'occupant spécialement des hôpitaux de Paris, le rapporteur cite l'hôpital civil d'Alger, qui est la première ville de province où l'exemple donné par la capitale ait été suivi. En effet, les internes d'Alger ont fondé leur bibliothèque en 1873 et, depuis lors, elle n'a

© BIU Santé

cessé de prospérer ; les cotisations mensuelles fournies par les membres de l'internat permettent de l'entretenir et de faire relier les ouvrages brochés ; mais ses progrès seraient bien lents, si un grand nombre de médecins ne s'intéressaient à cette utile création ; citons, parmi ceux qui récemment encore contribuaient par leurs dons généreux à l'accroissement de la bibliothèque, le docteur de Mouchy qui nous a fait parvenir une quinzaine de volumes, et profitons aussi de la circonstance pour remercier un de nos anciens collègues, M. Dida, qui n'a pas oublié la bibliothèque dont il a été un des fondateurs et à laquelle il a envoyé de France, il y a quelques jours, trente magnifiques volumes. Ces exemples seront suivis, nous l'espérons, et nous aurons encore à enregistrer la libéralité de nombreux donataires.

Actuellement, la bibliothèque de l'internat contient 305 volumes concernant les sciences médicales et environ 60 volumes d'ouvrages littéraires ; des ouvrages scientifiques, 192 sont reliés et 113 brochés. — Si l'on met ces chiffres en regard de ceux qui ont été fournis par le docteur Bourneville sur quatorze hôpitaux de Paris, on voit que notre bibliothèque occupe le neuvième rang et est plus riche que six de ses congénères de la capitale.

(*Alger médical.*) VINCENT.

Bibliothèques aux Etats-Unis.

Aux Etats-Unis, la bibliothèque du Congrès est en même temps la bibliothèque nationale du pays. D'après le compte rendu des opérations pour l'exercice 1877, qui vient d'être publié, cet établissement contenait à la fin de l'année, 331,118 volumes, dont 39,796 uniquement consacrés à la jurisprudence, et environ 110,000 brochures.

La remise des exemplaires dus, non par les imprimeurs, mais par les éditeurs pour tout ouvrage qu'ils font paraître, s'opère à la bibliothèque même du Congrès, sans passer par aucun intermédiaire.

Ce dépôt se fait uniquement pour garantir la propriété littéraire de l'ouvrage. Aussi l'Etat prélève-t-il un droit d'enregistrement pour chaque dépôt effectué. Ce droit n'est, croyons-nous, que de 1 dollar (5 fr.) Pendant le dernier exercice, la recette a été, de ce chef, de 13,076 dollars (65,380 fr.), tandis que, l'année précédente, elle n'avait été que de 12,550 dollars, soit 62,750 fr. De même que l'imprimeur en France, l'éditeur américain est tenu de déposer un double exemplaire.

Un autre détail intéressant fourni par le rapport, et qui ne manquera pas d'être accueilli favorablement par tous ceux qui s'occupent de recherches dans les documents parlementaires, c'est que le Congrès fait dresser en ce moment une table ou index de sa volumineuse collection de *State papers*.

Ce travail commencé déjà, puis interrompu, vient d'être repris avec ardeur, et le rapport en recommande l'impression, lorsque l'œuvre sera achevée. Il est probable que cette mesure sera suivie par d'autres parlements en Europe. (*Journal officiel*).

Population de Paris.

Voici le mouvement de l'état civil de la ville de Paris pour l'année écoulée : Sur une population de 1,986,748 habitants, il y a eu 53,353 décès, soit une augmentation de 1,705 sur l'année 1876. C'est le Xe arrondissement (enclos Saint-Laurent), qui a donné le plus haut chiffre : 5,225 décès. L'arrondissement qui a donné le moins de décès, c'est le XVIe (Passy), avec 972 décès. En 1877, il a été célébré, dans les vingt arrondissements, 18,088 mariages, soit 96 de plus qu'en 1876. Le XVIe arrondissement a fourni le plus petit chiffre 380 ; le XIe (Popincourt), avec une population de 181,111 habitants a fourni 1,608 mariages, contre 1,695 en 1876. En 1877, les naissances ont atteint le chiffre de 58,472 ; en 1876, il n'était que 54,703, soit une augmentation en faveur de 1877, de 3,769. Les arrondissements qui ont donné le plus de naissances sont les suivants : X^e^, 6,205 ; XIe, 5,247 ; XIVe (Montrouge), 4,339 ; XVIIIe (Montmartre), 4,247 ; XIIe (Neuilly), 3,152. Les arrondissements qui en ont donné le moins sont : Les XVIe, 1,055 ; Ier, 1,610 ; VIIe (Palais-Bourbon), 1,683, et le VIIIe (Champs-Elysées), 1,778. — (*Journal officiel.*)

Population en Saxe.

On sait que la Saxe, maintenant aussi peuplée proportionnellement que la Belgique, sinon plus, est un des pays d'Europe où l'accroissement du nombre des habitants est le plus rapide.

En 1834, ce royaume avait 1,595,668 habitants ; en 1861, il en comptait 2,225,240 ; en 1864, sa population atteignait, 2,337,192 âmes ; en 1867, elle se montait 2,423,586 personnes ; en 1871, elle était de 2,556,244 ; en 1875, d'après le *Aus allen Welttheilen*, elle était arrivée à 2,760,586, habitants, soit une augmentation de 2 pour cent par an pendant les quatre années de cette dernière période.

Ce pays ne doit point tout ce croît à l'excès des naissances sur les décès ; l'immigration y contribue pour une grande part, la Saxe étant un des pays manufacturiers les plus actifs de l'univers. Ses villes grandissent encore plus vite que l'ensemble de sa population.

Ses grandes cités sont : Dresde, la capitale ; Leipzig, la ville commerçante ; Chemnitz, la ville industrielle. Voici quel a été, durant cette période de 1834 à 1875, l'accroissement de ces trois « métropoles, » en nombre rond :

Dresde avait 66,000 âmes en 1834, 128,000 en 1861, 145,000 en 1864, 156,000 en 1867, 177,000 en 1871, 197,000 en 1875.

Leipzig avait 43,000 habitants en 1834, 78,000 en 1861, 85,000 en 1864, 91,000 en 1867, 107,000 en 1871 ; 127,000 en 1875.

Chemnitz avait 21,000 âmes en 1834, 46,000 en 1861, 53,000 en 1864, 59,000 en 1867, 68,000 en 1871, 78,000 en 1875.

Ces trois villes ont des faubourgs qui en font réellement partie, et qu'en toute justice il faut leur attribuer, si l'on veut donner le vrai chiffre de leur population. Dresde à 30 de ces faubourgs, Leipzig 23, Chemnitz 18.

Ces faubourgs-là compris, Dresde avait, en nombres ronds, 204,000 habitants en 1871, et 244,000 en 1875 ; augmentation annuelle, 4,87 p. 100.

Leipzig avait en 1871 une population de 173,000 âmes, qui, en 1875, s'élevait à 213,000, ce qui donne par an la colossale augmentation de 5.79 p. 100.

Chemnitz avait 98,000 habitants en 1871 et 114,000 en 1875, ce qui donne un croît annuel de 4.05 p. 100.

L'instruction primaire en Italie.

En Italie, il vient d'être publié, par les soins du ministère de l'instruction publique, un document intéressant ; c'est une statistique de l'instruction publique, en prenant pour point de départ la loi récemment votée par le parlement italien sur l'instruction obligatoire dans les écoles primaires. On sait que, d'après cette loi, les enfants sont tenus de fréquenter l'école jusqu'à la dixième année, et une année encore après, l'école du soir, s'il en existe une dans leur localité. Mais il faudra du temps pour que la loi produise son plein et entier effet. Le ministre de l'instruction publique s'est donc adressé aux recteurs pour savoir combien d'enfants, pendant l'exercice 1877, avaient obéi aux prescriptions de la loi, et combien s'y étaient soustraits. Voici le résultat de cette enquête :

En 1877, sur une population de 26,801,145 habitants, l'Italie comptait 2,635,338 enfants en âge de suivre les cours de l'école, conformément à la loi votée dans le courant de cette même année. Or, on a constaté que 1,064,225 seulement avaient fréquenté l'école, (592,085 garçons et 472,140 filles) ; ainsi, plus de la moitié s'en étaient dispensés.

Le rapport dresse la répartition suivant les différentes contrées de l'Italie. Dans l'Italie centrale (population : 6,538,077 habitants), il y a 218,379 garçons et 230,535 filles qui ne vont pas à l'école, contre 117,843 garçons et 83,524 filles qui y vont. Dans l'Italie méridionale, qui compte 7 millions d'habitants (en chiffres ronds), le nombre des garçons et des filles fréquentant l'école est de 106,163 et de 79,195 respectivement, tandis que celui des garçons et des filles qui ne la fréquentent pas est, pour les premiers, de 266,025, et pour les secondes de 266,110.

En Sicile et en Sardaigne où l'on compte 3 millions d'habitants, la disproportion est encore plus forte. Pour 42,410 garçons et 31,316 filles allant aux écoles, on compte 141,020 enfants du sexe masculin et 137,604 du sexe féminin qui s'en dispensent entièrement.

Evidemment, il faut du temps avant que les meilleurs lois reçoivent toutes leurs applications. En Italie, il y a encore, ainsi que le fait remarquer la *Gazette d'Augsbourg*, nombre de communes où il n'existe ni maison d'école ni instituteur.

En second lieu, il arrive parfois que, là même où les deux conditions sont réunies, le local d'une part, et le nombre ou même la qualité des instituteurs sont insuffisants pour la quantité d'enfants à instruire. Quelquefois aussi les communes sont si étendues que la grande distance empêche les enfants de suivre les cours de l'école. Enfin, le contrôle relatif à la fréquentation des écoles, n'est pas facile à exercer dans les communes un peu étendues, et même, paraît-il, dans les grandes villes.

Enseignement médical libre.

Cours de pathologie interne. — M. le d^r^ SEVESTRE reprendra le mardi 3 avril, à 5 heures, à l'Ecole pratique (amphithéâtre n° 1), son cours de pathologie interne, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. (*Maladies du foie et des reins*, etc.).

Cours d'accouchements. — MM. BUDIN et PINARD ont commencé le vendredi 15 mars, à 4 heures 1/2, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et sera divisé en quatre parties : 1° anatomie, grossesse normale et pathologique ; 2° eutocie ; 3° opérations et dystocie ; 4° exercices pratiques, diagnostic, etc. — Pour les renseignements et pour s'inscrire, s'adresser, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Clinique d'accouchement pour les élèves sages-femmes. — M. CHANTREUIL, agrégé, a commencé son cours d'accouchement pour les sages-femmes le mercredi 27 mars à midi (amphithéâtre de l'hôpital des cliniques), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis, à la même heure.

Embryogénie. — M. DARESTE a commencé ses conférences à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, le lundi 25 mars, à 4 heures.

Maladies des voies urinaires. — M. RELIQUET, a commencé son cours sur les opérations des voies urinaires les lundis 25 mars à 5 heures dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours d'urologie. — Le cours d'été sur la pratique des analyses d'urine commencera le dimanche 31 mars, à 10 heures, à la Clinique, 37, rue Saint-André-des-Arts, et se continuera les dimanches suivants jusqu'au 1er juillet. — Le cours est gratuit et pour les médecins seuls. — On s'inscrit chez le professeur, M. le d^r^ Delefosse, 16, rue Notre-Dame-de-Lorette.

© BIU Santé

Cours particulier de technique microscopique. — M. le docteur Latteux, chef de laboratoire de la Faculté, commencera un nouveau cours, le lundi 1er avril, à 4 heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en état de faire les analyses que réclame journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences (coupes, injections, montage et conservation des préparations, etc.). On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de midi à 1 heure.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le docteur H. Picard commencera son cours le mardi 26 mars, à 5 heures, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie. — M. le dr Ch. Fauvel a recommencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continue les lundis et jeudis, à 9 heures. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'émarge de la région explorée.

Manipulations chimiques. — Les manipulations chimiques, sous la direction de M. Wilin, commenceront le jeudi 4 avril, à 1 heure 1/2. Messieurs les étudiants qui désirent prendre part à ces travaux, se feront inscrire à l'Ecole pratique de la Faculté (bureau du chef du matériel), du lundi 18 mars au samedi 30 mars, de 1 heures à 3 heures de l'après-midi. Aucune somme ne sera perçue pour cet objet au secrétariat. Il leur sera délivré une carte qui servira pour l'admission au laboratoire (Ecole pratique, pavillon nos 5 et 6).

Ecole pratique. — M. le dr P. Ménière (*d'Angers*), professeur libre de gynécologie a commencé le vendredi 22 mars la 2e partie de son cours de *thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus et de ses annexes*, et le continuera les vendredis suivants de 4 à 5 heures, amphithéâtre n° 2, à l'Ecole pratique pendant le semestre d'été.

Souscription pour élever un monument à Claude Bernard.

Le Progrès médical recevra toutes les souscriptions que ses lecteurs voudront bien lui adresser.

Total des trois premières listes.....	318 fr.

Quatrième liste.

Les internes en médecine de la Salpêtrière.....	30
id. de Necker.....	20
M. le Dr Gombault.....	5
M. le Dr H. Josias.....	10
M. A. Josias, interne des hôpitaux.....	5
Total général.....	388 fr.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 21 mars 1878, on a déclaré 1031 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 14 ; rougeole, 27; scarlatine, 1 ; variole, 2 ; croup, 29; angine couenneuse, 31 ; bronchite, 58 ; pneumonie, 73 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3; choléra nostras » ; dysentérie, 1; affections puerpérales, 4; érysipèle, 2; autres affections aiguës, 252; affections chroniques, 442, dont 182 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 58; causes accidentelles, 30. — Les 1,031 décès ci-dessus donnent une proportion de ••,• par 1,000 habitants et pour l'année.

Faculté de médecine de Paris. — M. Guéniot, agrégé, est rappelé à l'exercice pendant l'année scolaire 1877-1878. M. Brissaud (Edouard), né à Besançon, le 15 avril 1852, est nommé préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Gombault, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Baraban (Léon-Dominique), né le 15 septembre 1850, à Pelleville (Vosges), est institué chef des travaux d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Spillmann, décédé.

Ecole de plein exercice de médecine de Marseille. — M. Favre, professeur de chimie médicale, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième trimestre de l'année scolaire 1877, par M. Caillat, suppléant.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. le docteur Frébault, professeur-adjoint, est nommé professeur titulaire de pharmacie à ladite école.

Faculté des sciences de Dijon. — M. Jobert, professeur de zoologie, est autorisé à se faire suppléer, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1877-1878, par M. Viault, docteur ès-sciences.

Faculté des sciences de Nancy. — M. Lemonnier (Alexandre-Alexis-Georges), docteur ès-sciences, est nommé professeur de botanique.

La société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques, tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. Edouard Laboulaye, membre de l'Institut, le dimanche 31 mars, à 3 heures précises du soir, à l'hôtel de la Société d'Horticulture, rue de Grenelle-Saint-Germain, 84.

Ordre du jour : 1° Discours de M. Edouard Laboulaye ; — 2° Rapport sommaire sur la situation de l'œuvre, par M. Lunier ; — 3° Rapport sur les récompenses à décerner en 1878, par M. le Dr Durand-Fardel.

La société médicale d'Amiens, dans sa séance du 6 mars 1878, a décidé de mettre au concours, pour les années 1878 et 1879, les questions suivantes :

Année 1878. 1° Des accidents cardiaques dans le cours de la fièvre typhoïde. Médaille d'or de la valeur de 200 fr.; 2° Une médaille d'or de la valeur de 200 fr. sera décernée au médecin du département de la Somme qui aura présenté le meilleur travail sur un sujet quelconque ayant trait aux sciences médicales. Les mémoires doivent être inédits, manuscrits et écrits lisiblement ; ils doivent être envoyés, dans les formes académiques, au Secrétaire de la Société, avant le 1er octobre 1878.

Année 1879. 1° De l'albuminurie dans la diathèse goutteuse. Médaille d'or de la valeur de 200 fr.; 2° Une médaille d'or de la valeur de 200 fr. sera décernée au médecin du département de la Somme qui aura présenté le meilleur travail sur un sujet quelconque ayant trait aux sciences médicales. Les mémoires doivent être inédits, manuscrits et écrits lisiblement ; ils doivent être envoyés, dans les formes académiques, au Secrétaire de la Société, avant le 1er août 1879.

Société française d'hygiène. — La Société française d'hygiène, voulant propager dans les classes laborieuses les notions les meilleures d'hygiène et d'éducation de la première enfance, met au concours la question suivante :

« Faire connaître d'une manière succincte, et dans les limites d'une brochure in-12 de 32 pages, les meilleures conditions de l'éducation de la première enfance : 1° Au point de vue de la nourriture, depuis le jour de la naissance, jusqu'au moment où l'enfant peut faire usage d'aliments usuels; insister particulièrement sur l'allaitement maternel; démontrer que l'allaitement artificiel ne peut suppléer le premier que dans les cas de nécessité absolue.

2° Au point de vue du vêtement (Signaler les pratiques mauvaises, et celles qui réalisent les meilleures conditions : indiquer tous les soins corporels que nécessite le premier âge ; — 3° Au point de vue de l'habitation (faire connaître les avantages de l'exposition, de l'aération et de la propreté).

Dans le développement des différents points du programme, on tiendra compte des conditions actuelles des personnes auxquelles on s adresse, et l'on évitera surtout les théories purement idéales applicables aux classes privilégiées. Les récompenses consisteront en une médaille d'or et en deux médailles d'argent.

N. B. Les mémoires, écrits en français, devront être parvenus au secrétariat de la Société française d'hygiène, 71, rue des Saints-Pères, le 1er juin 1878. — Les mémoires couronnés appartiendront à la Société qui pourra les imprimer, à son gré, en totalité ou en partie. Elle s'engage à inscrire les noms des lauréats en tête de l'opuscule, qu'elle se propose de répandre à profusion et de faire distribuer dans les mairies, à chaque personne qui viendra faire une déclaration de naissance.

Nouveau journal. — *Periodico de ophthalmologia pratica*, rédigé par M. Lisboa, 1878, n° 1, Janeiro, typ. das horas romanticas, rua da Alalaya, 40 à 25, in-8 de 32 pages avec planche.

Cabinet médical, faisant 15,500 à 20,000 francs, à céder de suite. S'adresser à M. Jules Cauchois, 11, rue Moncey, à Paris. (*Gazette hebdomadaire*).

En vente **aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL,**
De midi à cinq heures.

Diagrammes pour reporter, au moment de l'autopsie, les *lésions cérébro-spinales,* par E. C. Séguin. Prix, la feuille : 0 fr. 10 c.

Schémas pour représenter à l'autopsie les lésions cérébro-spinales. Extrait des *Localisations cérébrales* de M. le Dr Charcot. Paris 1878. Une feuille carrée contenant 13 figures, avec légendes explicatives. Prix : 20 centimes.

Besson (I). Dystocie spéciale dans les accouchements multiples. Vol. in-8 de 92 pages. — Prix : 2 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, net 1 fr. 25.

Pitres (A.). — Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales. — In-8 de 152 pages, 2 planches coloriées. — Prix : 4 fr.; net 2 fr. 75 pour les abonnés du *Progrès médical.*

Raymond. Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée,

© BIU Santé

l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques. In-8 de 140 pages, avec figure dans le texte et 3 planches. 3 fr. 50. Pour les abonnés, 2 fr. 50.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'École-de-Médecine.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J. H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Les numéros de *mars* viennent de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

BOURNEVILLE. Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde. In-8 de 80 p. avec 4 pl. en chromo-lithographie et 2 pl. noires. 3 fr.

BERNARD (Cl.). — Leçons sur les phénomènes de la vie, communs aux animaux et aux végétaux. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 404 pages. — Prix : broché, 7 fr.

BERNARD (Cl.). — La science expérimentale. Paris 1878, 1 vol. in-18 de 441 pages. — Prix : 4 fr.

CHARCOT, professeur de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice de la Salpétrière, etc. *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques*, recueillies et publiées par le docteur BALL, 1874. 2e édition revue et augmentée. 1 vol. in-8 avec fig. intercalées dans le texte, et 3 planches en chromo-lithographie ; joli cartonnage en toile. 8 fr.

DREYFUS-BRISAC. — De l'ictère hémaphéique, principalement au point de vue clinique. Paris, 1878, in-8 de 103 pages.

GALLAND (T.). — De l'avortement au point de vue médico-légal. Paris, 1878, in-8 de VI, 133 pages.

LACASSAGNE (A). — Précis de médecine judiciaire, Paris, 1878. Un volume in-18 de 576 pages, avec 47 figures dans le texte et 4 planches en couleurs, cartonné à l'anglaise. Prix : 7 fr. 50.

LORAIN (P.). — Etudes de médecine clinique faites avec l'aide de la méthode graphique et des appareils enregistreurs. De la température du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies. Publication faite par les soins du dr Brouardel. Imprimé par autorisation de M. le garde des sceaux, à l'imprimerie nationale. Paris, 1877. Deux volumes grand in-8 de 611 et de 710 pages avec 200 figures intercalées dans le texte. Prix 30 fr.

MOREAU (P.) DE TOURS. De la démence dans ses rapports avec l'état normal des facultés intellectuelles et effectives. Paris, 1878, in-8 de 59 pages.

Société anatomique : Table analytique générale décennale, 1866 à 1875, des matières contenues dans les bulletins de la Société anatomique de Paris, précédée d'un catalogue des dessins, photographies, schèmes, tracés, contenus dans l'album de la Société. Un volume de 350 pages, prix 10 fr.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. LE BLOND. Le numéro de *mars* est paru : Un an : Paris, 18 fr., Départements, 20 fr.

WIKOWSKI (G.). — Anatomie iconoclastique, cerveau, bulbe, cervelet et centres moteurs, 3e édition, atlas in-4°. — Prix : 7 francs.

Librairie G. MASSON, boulevard Saint-Germain, en face l'Ecole de médecine.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES ; directeur, A. DECHAMBRE. Le tome II de la quatrième série, renferme les principaux articles, qui suivent : *Feu sacré*, par Laveran ; — *Fibreux* (Tissu), par Robin ; — *Fibrome*, par D. Mollière ; — *Fièvres*, par Lereboullet ; — *Fistule*, par Pozzi ; — *Fluxion*, par J. Grasset ; — *Fluxion dentaire*, par Magitot ; — *Fœtus* (Anat. et physiol.), par Pinard ; — *Foie*, par Chrétien, Campana et Rendu.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES : directeur, A. DECHAMBRE. La première partie du tome XXIe de la première série (COR-COU) contient, entre autres, les articles suivants : Coryza, par Brochin ; — Cosmétiques, par Coulier ; — Côtes, par Paulet ; — Cou, par Gillette.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, boulevard St-Germain.

JOUSSET DE BELLESME. — Physiologie comparée. Recherches expérimentales sur les fonctions du balancier chez les insectes diptères. Paris, 1878, in-8 de 96 pages avec figures intercalées dans le texte.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE SAINT-ETIENNE ET DE LA LOIRE. — Compte rendu de ses travaux contenant les procès-verbaux de ses séances ainsi que les notes ou mémoires lus dans ces séances. Tome 6e, année 1876. Saint-Etienne, imp. de J. Pichon, rue de la Croix, 13, 1 vol. in-8 de 712 pages.

FILHOL (E.). — Nouvelle analyse des eaux minérales d'Alet (Aude). — 1878, Vichy, imp. Wallon, in-8 de 14 pages.

BROUSSES (J.). — De l'épilepsie et du traumatisme dans leurs rapports réciproques. Paris 1878. Typ. A. Viollet, in-8 de 38 pages.

ROMÉE (H.). — Des indications thérapeutiques dans le catharre du sac lacrymal et dans le rétrécissement du canal nasal, observations. Anvers 1877, imp. J.-E. Buschmann, in-8 de 32 pages.

LADAME. — Congrès de Genève. Discours sur les remèdes secrets et annonces immorales dans leur rapport avec la prostitution. Neufchâtel. Bureau du Bulletin continental. In-8 de 34 pages.

DEROUBAIX. — Note sur quelques perfectionnements apportés à certaines sutures et spécialement à la suture-vaginale. Description d'une nouvelle suture dite à points ou fils d'attente ; occlusion vaginale pariétale. Genève 1878, imp. Ramboz et Schuchard, in-8 de 13 pages.

FIALLA (L.). — Guérison de six aveugles nés. Bucarest, 1878. Imp. Thiel, in-8 de 32 pages.

OUR PARKS. — To be or not to be. Papers read before the New-York academy of sciences, April 30 1877, and February 1, 1878 : by a physician. New-York, 1878. Brentano's literary emporium, 39, Union square, in-8 de 24 pages.

DUNCAN BULKLEY (L.). — On the recognition and management of the gouty state in diseases of the skin 1877. New-York. Putnam sons, in-8 de 23 pages.

DUNCAN BULKLEY (L.). — On the so-called eczema marginatum of Hebra (*Tinea circinata cruris*) as observed in America a clinica study. 1877. New-York, Putnam sons, in-8 de 28 pages.

DUNCAN BULKLEY (L.). — Are eczema and psoriasis local diseases of the skin or are they manifestations of constitutional disorders ? 1877, Philadelphia, in-8 de 19 pages.

BERGER O. — Angeborener der Brustmuskeln, 1878, Berlin, Druck von G. Reimer.

WESTPHAL (C.). — Ueber combinirte (primare), Erkrankung der Rückenmarksstrænge. Berlin, 1878, Druck von, G. Berustein, in-8 de 45 pages avec fig. en chromo-lith.

LEONARDO BIANCHI. Sulla terapia del crampo professionale o delle discinetie professionali. Napoli, 1877, in-8 de 15 pages.

LAPPONI GIUSEPPE. — Due casi di peritonite a corso rapido senza febbre, Bologne 1878, imp. Gamberini, in-18 de 36 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Charité. — Chirurgie. Service de M. GOSSELIN. Visite à 8 heures. Clinique les lundis, mercredis et vendredis. Consultation les mardis, jeudis et samedis. — Salle Sainte-Vierge : 8, spina ventosa ; 11, fracture de l'extrémité inférieure du radius, déformation classique ; 14, périostite albumineuse du fémur droit, suite d'ostéite fusta-épiphysaire ; 25, plaie contuse du dos du pied, fracture des trois derniers métatarsiens ; 30, cataracte sénile gauche ; 38, cataracte pigmentaire disséminée de l'œil droit ; 39, abcès profond de la fesse droite ; 48, arthrite du genou gauche, abcès froid du dos du pied. — Salle Sainte-Catherine : 1, abcès mammaires post-puerpéraux ; 4, furoncle de la lèvre inférieure ; 6, abcès de la fosse iliaque post-puerpéral ; 10, cancroïde de la face ; 16, métrite, ulcérations fongueuse du col.

Service de M. TRÉLAT. Visite à 9 heures 1/2. Clinique et opérations le jeudi. Consultations les lundis, mercredis et vendredis. Spéculum le mardi. Ophthalmologie le samedi. — Salle Saint-Jean (H.) : 2, hémorrhoïdes internes, hypertrophie prostatique ; 6, fracture transversale de la rotule ; 10, fistule à l'anus ; 20, contusion violente de la fesse ; 12 *bis*, gueule de loup ; 21 *bis*, iritis. — Salle Sainte-Rose (F.) : 4, adénôme du sein gauche ; 5, fracture de l'humérus gauche au tiers moyen ; 6, hémorrhoïdes externes, echthyma syphilitique sur les jambes et les pieds ; 8, fistule vésico-vaginale ; 11, contusion des deux genoux ; 13, cystocèle vaginale ; 15, bubon suppuré de l'aine gauche, acné varioliforme siégeant sur les grandes lèvres et à la racine interne des cuisses ; 16, ante-flexion et endométrite.

Médecine. Service de M. VULPIAN, suppléé par M. Dieulafoy. Visite à 9 heures. — Salle Saint-Jean-de-Dieu (H.) : 1, dilatation de l'aorte, insuffisance aortique, angine de poitrine ; 10, pleurésie traumatique ; 12, rhumatisme articulaire aigu, péricardite ; 13, paralysie diphthérique généralisée ; 17, ictère chronique, hypertrophie du foie, cirrhose hypertrophique ; 26, diarrhée de Cochinchine ; 30, intoxication saturnine, gastrite chronique. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 1, emphysème, cœur forcé ; 13, myélite, crises gastro-intestinales, état cholériforme ; 15, hystérie, contractures des membres inférieurs du bras droit et de la langue ; 20, ataxie locomotrice ; 22, chlorose, ictère catarrhal.

Service de M. HARDY. Visite à 9 heures (H.) : 2, lésions aortique et mitrale ; 4, rhumatisme articulaire sub aigu ; 7, métrite a frigore ; 8, lésion du cervelet ; 9, pyélo-néphrite ; 19, pleurodynie ; 20, bronchite chronique, emphysèmes, cœur forcé. — (F.) : 1, tabes ; 2, myélite ; mélanodermie parasitaire ; 9, pleurésie ; 10, maladie mitrale ; 13, paralysie générale ; 18, sclérose en plaques ; 19, et 21, chlorose ; 25, maladie mitrale ; 26, hystérie.

Service de M. LABOULBÈNE, suppléé par M. D'HEILLY. — Salle Saint-Félix : 1, pleurésie ; 4, fièvre typhoïde ; 5, pleurésie ; 12, pneumonie ; 6, rétrécissement aortique ; 16, insuffisance mitrale ; 24, ictère, foie gras. — Salle Saint-Vincent : 3, pelvi-péritonite ; 10, névralgie intercostale ; 19, ataxie, phthisie ; 25, métrorrhagie.

Service de M. BOURDON. — Salle Saint-Basile (F.) : 1, insuffisance mitrale ; 4, paralysie générale ; 13, chlorose ; 14, sclérose des cordons postérieurs ;

© BIU Santé

12, hystérie, ulcère simple ; 24, ulcère simple. — Salle Sainte-Julie : 1, hydro-pneumo-thorax. — Salle Saint-Louis (H) : 1, delirium tremens ; 2, arthrite blennorrhagique ; 4, cirrhose ; 10, asthme professionnel ; 11, névralgie brachiale; 13, sclérose en plaques ; 24, arthropathie ataxique; 25, pleurésie ; 28, fièvre typhoïde.

Service de M. Bernutz. — Salle Saint-Ferdinand : 1, cancer de l'estomac ; 4, anévrysme de la crosse de l'aorte ; 9, affection mitrale ; 21, atrophie musculaire ; 24, ataxie locomotrice. — Salle Saint-Joseph : 3, cancer de l'utérus ; 10, corps fibreux de l'utérus ; 12 *bis*, hématocèle rétro-utérine ; 22, colique hépatique ; 20, tumeur cérébrale.

Service de M. Empis. — Salle Saint-Michel : 6, fièvre continue ; 15 *bis*, pleurésie gauche ; 17, pleuro-pneumonie gauche ; 17 *bis*, syphilides ulcéreuses de la bouche ; 29 *bis*, sciatique. — Salle Sainte-Marthe : 2, pleurésie diaphragmatique ; 3, chorée hystérique ; 6, dégénérescence graisseuse du cœur, asystolie ; 13, rhumatisme articulaire aigu, endocardite ; 18, paralysie générale progressive ; 29, cancer de l'estomac.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Desnos. — Salle Sainte-Geneviève : 8, chorée, rhumatisme articulaire, endocardite ; 9, pneumonie, double, péricardite ; 5, fièvre typhoïde ; 19, pleurésie gauche, péricardite ; 30, cirrhose du foie ; 39, angine de poitrine. — Salle Sainte-Marthe : 4, emphysème pulmonaire ; 11, laryngite simple ; 24, tumeur cérébrale, hémianesthésie ; 48, bronchite aiguë ; 53, fièvre typhoïde ; 39, métrite sciatique (élongation du nerf sciatique).

Service de M. Peter. — Salle Sainte-Claire : 1, corps fibreux utérins ; 11, affection mitrale ; 16 néphrite scarlatineuse ; 18, cancer de l'estomac ; 23, rhumatisme noueux ; 24, chloro-anémie, tuberculose au début ; 39, carcinome du sein, tumeur médiastine, pleurésie. — Salle Saint-Benjamin : 7, épilepsie saturnine ; 3, vertige de Ménière ; 24, phthisie pulmonaire, carie du rocher, hémiplégie faciale.

Service de M. Gombault. — Salle Notre-Dame : 5, corps fibreux de l'utérus ; 7, corps fibreux, grossesse ; 23, endocardite ; 29, chorée hystérique ; 31, kystes de l'ovaire ; 33, pleurésie gauche ; 40, phlegmon du ligament large, abcès du sein. — Salle Saint-Michel : 3, insuffisance et rétrécissement aortique ; 6, pleurésie, alcoolisme ; 7, dilatation des bronches ; 11, insuffisance et rétrécissement aortiques, insuffisance tricuspide ; 13, rhumatisme aigu, endocardite ; 17, cirrhose hypertrophique ; 18, ataxie locomotrice ; 20, gommes des tendons, tuberculose pulmonaire ; 39, cirrhose atrophique (début).

Service de M. Dumontpallier. — Salle Sainte-Eugénie : 4, périmétrite ; 7, paraplégie ; 19, ataxie locomotrice ; 20, insuffisance mitrale ; 24, cancer du foie. — Salle Saint-Raphael : 1, myélite transverse ; 3, paraplégie syphilitique ; 7, néphrite interstitielle ; 24, pneumonie du sommet ; 33, néphrite interstitielle ; 41, néphrite parenchymateuse.

Chirurgie. Service de M. Verneuil. — Salle Saint-Louis : 14, nécrose du fémur ; 15, contusion de l'abdomen ; 16, fracture de la rotule ; 21, fistule à l'anus ; 22, fracture de jambe ; 27, sarcome de la région externe du genou ; 41, kyste synovial du poignet.

Service de M. Polaillon. — Salle Saint-Gabriel (H.) : 1, tumeur blanche du genou ; 4, hernie étranglée ; 13, hernie étranglée, kélotomie ; 15, épithélioma de la région temporala ; 27, abcès urineux ; 36, hernie étranglée avec gangrène du scrotum, kélatornie ; 44, tarsalgie des adolescents. — Salle Saint-Jean (F.) : 1, adéno-phlegmon du cou ; 10, épithélioma de la joue ; 12, fracture de la clavicule ; 19, hématocèle rétro-utérine ; 20, conjonctivite granuleuse ; 22, rétrécissement du bassin, rachitisme, grossesse de six mois.

Hôpital Saint-Louis. Service de M. Vidal. Salle Saint-Jean (F.) : 2, acné varioliforme : 8, 9, 12, 67, syphilis secondaire acnéique ; 15, syphilis pustulo-crustacée ; 60, lupus du pied ; 61, impétigo ; 64, scrofulide serpigineuse ? 65, eczema des mains ; 71, chancre de la lèvre ; 72, lupus, érysipèle ; 73, syphilide circinée ulcéreuse. (H.) : 20, syphilide tertiaire pustulo-crustacée ; 31, lichen scrofuleux ; 36, lichen ruber ; 34, trichophilie ; 30, favus ; 28, lupus du pied ; 26, psoriasis généralisé aigu ; 54, psoriasis ; 55, psoriasis invétéré.

Service de M. Fournier. Salle Saint-Thomas : 2, syphilis secondaire, tremblement, algidité, céphalie ; 9, nécrose ethmoïdale, attaques épileptiformes ; 13, lymphagites gommeuses ; 37, ostéome gommeux de la voûte palatine, syphilide ; 4, épithélioma sur un lupus guéri. — Salle Saint-Louis (H.) : 26, syphilis cérébral ; 27, hydroa vacciniforme ; 29, sclérose syphilitique du frontal ; 81, rhumatisme blennorrhagique ; 36, syphilis cérébrale, monoplégie ; 42, syphilide tuberculeux excentrique, vitiligo syphilitique ; 45, syphilis maligne précoce ; 47, exostose du grand trochanter, dactylite syphilitique.

Service de M. Guibout. Consultation le vendredi. Clinique des maladies des femmes le lundi. — Salle Henri IV : 45, eczéma généralisé ; 48, syphilis papuleuse ; 50, cancer du corps de l'utérus, pleurésie chronique ; 55, syphilides en groupes ; 60, pemphigus aigu ; 62, scrofulide pustuleuse crustacée. — Salle St-Charles : 1, insuffisance mitrale ; 9, ataxie locomotrice ; 14, insuffisance aortique ; 22, eczéma généralisé, phlegmon du pied ; 22 à 30, psoriasis ; 35, tuberculose aigue ; 38, gangrène des extrémités ; 40, eczéma.

Service de M. Besnier. Salle Saint-Thomas : n° 44, érythème scarlatiniforme généralisé ; 45, acné pilaris. — Salle Saint-Léon : 7, acné érythémato-tuberculeux ; 26, 34, 56, acné érythémato-pustuleux ; 35, acné pustuleux ; 8, acné pustuleux et eczéma marginé.

Service de M. Duplay. Salle Saint-Augustin : 14, rétrécissement de l'urèthre, pustule périnéale ; 18, impotence fonctionnnelle du long péronier latéral ; 21, coxalgie au début ; 26, kyste du corps thyroïde, 35, ostéite épiphysaire de l'extrémité inférieure du tibia droit ; 42, ostéite épiphysaire de la 2e phalange de l'annulaire gauche ; 52, calcul vésical. — Salle Saint-Augustin : 66, plaie pénétrante de poitrine, pneumo-thorax, épanchement pleural.

Hopital temporaire. Service de M. Marchand. Salle Saint-André : 8, fracture de l'extrémité externe de la clavicule ; 12, arthrite purulente du genou ; 21, mal de Pott, abcès par congestion de l'aine ; 22, tumeur blanche du genou, hygroma suppuré ; 28, mal perforant plantaire de cause mécanique ; 32, hydro-hématocèle de la tunique vaginale ; 33, fracture du col du fémur ; 35, épithélioma du larynx, trachéotomie ; 39, cancer du rectum ; 42, rétrécissement de l'œsophage ; 44, mal perforant, récidive sur le moignon après amputation de Lisfranc.

Service de M. Grancher. Salle Sainte-Julie : 3, rhumatisme articulaire subaigu chez un alcoolique ; 6, syphilis cérébrale ; 9, affection mitrale ; 16, névralgie trifaciale ; 18, syphilis laryngée ; 19, pleuro-pneumonie ; 20, ramollissement cérébral ; 21, myélite chronique ; 28, prostatite. — Salle Sainte-Thérèse : 1, abcès péri-néphrétique ; 11, sclérose en plaques ; 13, 15, affection mitrale ; 17, atrophie musculaire progressive ; 19, pleuro-bronchite tuberculeuse ; 21, rhumatisme blennorrhagique, insuffisance aortique ; 15, mal de Pott, paraplégie avec contracture ; 28, syphilis cérébrale. — Salle Saint-Julien : 2, rhumatisme articulaire, affection mitrale ; 5, ataxie locomotrice progressive ; 10, myélite chronique diffuse ; 12, corps fibreux de l'utérus ; 14, carcinome utérin ; 22, hémorrhagie cérébrale ; 29, kyste de l'ovaire ; 36, goître exophthalmique.

Service de M. Duguet. Salle Saint-Jean : 2, gastrite chronique ; 6, cancer de l'épiploon ; 26, rhumatisme articulaire aigu ; 20, rétrécissement mitral ; 28, sclérose en plaques. — Salle Saint-Louis : 5, insuffisance mitrale ; 12, atrophie musculaire progressive ; 18, ataxie locomotrice ; 20, paralysie générale progressive ; 29, pleurésie purulente. — Salle Sainte-Hélène ; 13, insuffisance mitrale ; 15, paralysie saturnine ; 21, ataxie locomotrice ; 22, maladie de Bright ; 23, paraplégie syphilitique ; 26, rhumatisme blennorrhagique avec atrophie musculaire consécutive.

Service de M. Audhoui. Salle Sainte-Anne : 1, insuffisance aortique, athérome ; 2, cancer du larynx ; 4, 5, épilepsie ; 7, atrophie musculaire progressive ; 11, arthrite blennorrhagique ; 17, paralysie saturnine ; 29, paralysie générale. — Salle Saint-François : 2, chlorose ; 5, brûlures et érysipèle de la face ; 8, chorée ; 10, cirrhose ; 11, chorée rhythmique ; 13, chlorose ; 24, insuffisance mitrale, tumeur de l'abdomen ; 30, épilepsie.

Service de M. Gouguenheim. Salle Saint-Joseph : 6, tumeur cérébrale, syphilis ; 7, tuberculose au début, alcoolisme ; 9, rhumatisme articulaire aigu ; 25, érythème papuleux ; 27, insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Geneviève : 2, tétanos ; 3, rhumatisme articulaire aigu ; 17, urticaire ; 15, cirrhose. — Salle Sainte-Marthe : 12, érysipèle de la face ; 11, paraplégie saturnine ; 16, mal de Pott ; 22, rétrécissement de l'œsophage, paralysie des cordes vocales ; 23, néphrite interstitielle.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Martineau. Clinique du mercredi. — Salle Saint-Alexis : 4, pelvi-péritonite, abcès ouvert dans le rectum ; 10, rétroflexion ; 15, chancre du clitoris, déviation utérine ; 16, cystocèle vaginale ; 18, chancre de la grande lèvre droite, grossesse de trois mois ; 28, épithélioma du col ; 39, végétations vaginales ; 41, syphilis, acné impétigineux de la face, eczéma du vagin. — Clinique du samedi. — Salle Saint-Louis : 2, métrite parenchymateuse endométrite arthritiques ; 7, métrite

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans constipation et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, anémie, chlorose, diabète*, etc.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de migraine venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre de diluer la créosote, ce qui est une condition essentielle de ses succès dans la phthisie. Grâce à sa solubilité le titre de cette préparation a pu être élevé à 0 gr. 20 par cuillerée. Cette dose, délayée dans un verre d'eau rougie, lui donne la saveur d'un vin coupé d'eau de goudron un peu forte et se prend sans plus de difficulté.

Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

ulvite, métrite parenchymateuse; 12, syphilis généralisée, endométrite scrofuleuse; 14, métrite chlorotique ; 15, végétations anales, métrite parenchymateuse ; 18, plaques syphilitiques ulcérées; 26, pelvi-péritonite, antéversion; 28, endométrite du col, pelvi-péritonite ; 32, syphilis, endométrite du col.

Service de M. Cornil. — Spéculum les lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 9 h. Consultation le jeudi, à 10 h. Examen des entrantes et clinique le vendredi, à 9 heures. — Salle Sainte-Thérèse (Enfants) : 1, impétigo du cuir chevelu; 2, tentative de viol, idiotie; 3, viol, syphilis, vaginite. — Salle Saint-Ferdinand ; 1, pelvi-péritonite, vaginite, syphilis; 4, syphilide circinée papuleuse; 5, kératite; 7, chancre mou, adénite inguinale suppurée double; 8, chancre du sein, syphilis; 11, rachitisme; 12, gommes ulcérées de la jambe. — Salle Saint-Clément : 2, iritis syphilitique; 4, syphilide papulo-squameuse; 6, syphilis, grossesse, ictère; 7, syphilis chloro-anémie; 10, épithélioma utérin; 12, syphilide papuleuse confluente, gommes des jambes; 13, roséole confluente; 14, impétigo de la face et des oreilles; 16, chancres mous multiples, inoculation, adénite suppurée; 17, syphilis, grossesse; 22, douleurs ostéocopes, syphilide pigmentaire; 24, roséole confluente, céphalie; 27, plaques muqueuses confluentes à la vulve, métrite du col; 29, rhumatisme chronique; 30, fissures de la langue; 31, avortement au 5e mois, pelvi-péritonite, syphilis; 33, syphilide impétigineuse de la face et du cuir chevelu; 35, douleurs ostéocopes des membres; 36, chancre mou, adénite suppurée; 38, laryngite syphilitique; 39, végétations syphilitiques; 43, syphilide circinée; 45, végétations syphilitiques, métrite; 46, vaginite, métrite; 44, onyxis double.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE — ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. — PILULES 20 cent. p. pilule.

FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — PARIS.

Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Prescrit tous les jours avec succès, dans les **Maladies consomptives, Phthisie, Diarrhée chroniques**, le **Rachitisme**, l'**Anémie**, la **Scrofule**, l'**Albuminurie** ; très-utile dans les convalescences, l'épuisement. — Prix du flacon : 3 fr. 50. — DÉTAIL : Pharmacie, 82, rue de Rambuteau ; — GROS : E. DURIEZ, pharmacien, 8, rue Neuve-Saint-Augustin, à Paris.

VIN PACOTTE

AU QUINQUINA, au CAFÉ

Et à l'écorce d'oranges amères

Médaille de bronze. Paris 1875

Ce vin doit à sa composition d'être essentiellement digestible et agréable à prendre. Préparé au malaga, il contient la dose de quinquina exigée par le *Codex*, il se recommande donc à l'attention des médecins.

VENTE EN GROS : pharmacie centrale, 7, rue de Jouy, et chez l'inventeur, H. PACOTTE fils, pharmacien à Pont-de-Vaux (Ain).

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)

DOSES : De 1/2 à 6 milligram. par jour.

LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, PARIS.

Recherches anatomiques sur les apo-névroses abdominales, par le Dr F. Poncet. Paris, 1877. In-8 de 16 pages, avec figures. — Aux bureaux du *Progrès Médical*.

ACIDE SALICYLIQUE BREVET KOLBE

SEULS CONCESSIONNAIRES, SEULS FABRICANTS

SCHLUMBERGER & CERCKEL, 26, rue Bergère, PARIS.

MÉDICAMENTS Salicylés PRÉPARÉS

RHUMATISMES..... **SALICYLATE de SOUDE** dosé à 50 c.

GOUTTE, GRAVELLE. **SALICYLATE de LITHINE**, pil. 10

SALICYLATE DE QUININE, paquets..... 10

ACIDE SALICYLIQUE MÉDICINAL, pilules..... 10

RHUME, Affections de la Gorge, PASTILLES SALICYLÉES.

VIN Tonique SALICYLÉ. — Ouate, Glycérine SALICYLÉES.

Par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, r. du Faubourg-Montmartre, 21, PARIS.

COTON IODÉ

Préparé par *J. THOMAS*, pharmacien de 4re classe

Lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris

48, AVENUE D'ITALIE, 48, PARIS

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut garantir les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc..., ont été guéris sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Le prix du flacon **3** francs **50** se trouve dans toutes les pharmacies.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

De l'influence des Maladies du foie sur la marche des traumatismes, par F.-E.-Maurice LONGUET. In-8 de 124 pages. Prix : 2 fr. 50.

Iconographie Photographique de la Salpêtrière, par BOURNEVILLE et REGNARD, paraissant tous les mois par livraison de 8 ou 16 pages de texte et 4 photographies. — 12 livraisons sont en vente et forment le premier volume. — Prix : 3 fr. la livraison, 32 fr. le volume complet. — Pour *les abonnés* du *Progrès médical*, 2 fr. la livraison ; le volume 20 fr.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie et l'Hystérie, compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, de 1872 à 1875, par BOURNEVILLE. — Vol. in-8° de 200 pages, avec 8 figures dans le texte et trois planches. Prix : 4 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 3 fr.

Du Tubercule du Testicule et de l'Orchite tuberculeuse, par le Dr RECLUS — In-8° de 208 pages, avec 5 planches. Prix : 5 fr.; pour les abonnés du *Progrès*, 4 fr. (franco).

SALYCILATE DE SOUDE

Procédé **KOLBE**, cachet Dr **QUESNEVILLE**, contre **goutte** aiguë et chronique, et **rhumatisme**, avec instruction. Flacon : 100 gr. **6** fr. 50 gr. **3** fr.

Quesneville, 12, rue de Bucy, Paris, au fond de la cour.

ROYAT

EMS FRANÇAIS

L'action tonique et résolutive des Eaux de Royat est surtout efficace contre : *anémie, chlorose, débilité* on *faiblesse générale, dyspepsies, bronchites, laryngites, diabète, gravelle urique, rhumatisme, goutte, maladies cutanées*, etc.

VÉSICATOIRE L. ROUVIÈRE

Argocystique et Indolore

(EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN)

1re MÉDAILLE EXPOSITION PARIS.

Attestations des médecins en chef des Hôpitaux

Employé dans les *Hôpitaux* et ordonné par tous les médecins après essai.—**Agit sûrement.**—Pas CAMPHRÉ.—**Jamais de cystite.**

Trois formes : 1° **Vésicatoire indolore**, la boîte.... 1f 50 — 2° — **instantané**, la boîte.. 1f 50 — 3° **Toile Vésicante**, le mètre..... 2f »

Paris : **Pharmacie centrale**, 7, rue de Jouy et ses succursales. — **A. Hugot**, rue Vieille-du-Temple, 19 et principales drogueries.

Vente en gros : L. ROUVIÈRE, pharmacien, à Nîmes (Gard).

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 14. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 6 AVRIL 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL COCHIN. — M. DESPRÉS.

Corps fibreux interstitiel du col utérin.

Leçon recueillie par BOUDET DE PARIS, interne du service.

Messieurs,

Le 4 février est entrée, dans nos salles, une femme âgée de 64 ans, et dont la maladie offre d'autant plus d'intérêt que la généralité des auteurs la citent comme peu fréquente à cet âge. Cette malade a un polype fibreux, développé dans la lèvre antérieure du col utérin, et vous savez que cette affection est ordinairement regardée comme l'apanage de la jeunesse.

Les livres classiques vous disent que les corps fibreux de l'utérus disparaissent lors de la ménopause, et c'est qu'en effet, chez les vieilles femmes, le principal symptôme du corps fibreux, l'hémorrhagie, manque souvent ou, du moins, a beaucoup perdu de son caractère spécial; et dans ce cas, ou bien l'attention du médecin n'est éveillée que tardivement, ou bien on soupçonne une affection cancéreuse.

Et cependant, Messieurs, cette maladie est beaucoup moins rare qu'on le prétend.

Mais avant d'entrer dans la discussion de cette opinion, je vais vous rappeler l'histoire de notre malade, en insistant sur les points qui me paraissent les plus intéressants.

Chez elle, la ménopause s'est effectuée à 45 ans. Elle avait toujours été bien réglée depuis l'âge de 15 ans et n'avait jamais eu de grossesse. Il y a 2 ans, c'est-à-dire 17 ans après la ménopause, elle eut quelques pertes sanguines d'abord peu abondantes, revenant d'une façon irrégulière trois ou quatre fois par mois, et durant chaque fois deux ou trois jours. Bientôt apparurent des douleurs de reins pour lesquelles elle consulta un médecin. Celui-ci, d'après ce que nous raconte la malade, supposa une affection quelconque des voies urinaires et ne pratiqua pas l'examen au spéculum. Peu à peu, les douleurs allèrent en augmentant, puis, aux pertes sanguines, succédèrent des pertes blanches et fétides.

Il y a trois mois, la malade sentit quelque chose qui remuait à l'intérieur chaque fois qu'elle allait à la selle, et cette grosseur, selon sa propre expression, semblait monter et descendre. Enfin, trois semaines avant l'entrée de cette femme à l'hôpital, une tumeur se fit jour par la vulve, dans un effort de défécation. Le médecin qui la vit à cette époque crut à un cancer, ainsi que le prouve le libellé de son diagnostic, et il lui conseilla de s'adresser à nous ces jours derniers.

La tumeur, grosse comme une petite tête de fœtus, présente trois lobes qui la font assez bien ressembler à trois mandarines réunies par un large pédicule. Ces lobes sont séparés par des tractus de tissu fibreux, et offrent une teinte jaunâtre, bien différente de la coloration violacée du pédicule. Sur le point le plus saillant, vous remarquerez quelques petites exulcérations causées par le frottement des vêtements.

En palpant cette tumeur, on éprouve une sensation de dureté bien limitée à ses lobes; le pédicule est beaucoup plus mou, et d'une consistance identique à celle du tissu utérin. En faisant pénétrer le doigt dans le vagin, on trouve immédiatement l'utérus qui fait corps avec le pédicule, et qui est, par conséquent, complétement abaissé. L'orifice du col, un peu dilaté, se trouve situé en arrière de la tumeur; la lèvre postérieure est appliquée sur la fourchette; quant à la lèvre antérieure, elle est confondue avec le pédicule, dans lequel on ne sent battre aucune artère volumineuse. On constate facilement, d'après la différence de coloration, le point d'implantation de la tumeur; le pédicule de la tumeur est jaunâtre et le tissu utérin est violacé.

Notez encore ce fait, le retour de la coloration de l'utérus chez les femmes qui ne sont plus réglées et qui ont un polype. Après la ménopause, en effet, le tissu érectile du col utérin s'atrophie, et l'organe prend la couleur du tissu de cicatrice.

L'exploration ne donne lieu à aucun écoulement sanguin; il suinte seulement une petite quantité de mucus vaginal légèrement fétide.

J'insiste, messieurs, sur les caractères de cette tumeur. Evidemment, nous n'avons pas là une de ces productions cancéreuses dont les végétations molles et fongueuses se déchirent sous le doigt en saignant abondamment. D'ailleurs, les symptômes de la cachexie cancéreuse font absolument défaut chez notre malade; elle a conservé son appétit; son embonpoint est satisfaisant, et la légère décoloration de ses muqueuses doit être attribuée à l'anémie produite par les pertes sanguines. Nous nous trouvons en face d'un corps fibreux qui s'est développé dans la lèvre antérieure du col, et qui s'est pédiculisé aux dépens du tissu utérin.

Vous retrouverez dans l'histoire de cette malade les symptômes habituels et la marche des corps fibreux de l'utérus chez les femmes réglées; tout y est, les hémorrhagies et la tendance à l'élimination spontanée.

Et ne croyez pas que ce cas soit exceptionnel : dans ces dernières années, j'ai observé plusieurs faits semblables. Il y a deux ans, j'ai reçu dans mon service deux vieilles femmes, l'une âgée de 60 ans, l'autre de 72, et toutes deux ont *accouché* d'un polype fibreux.

La première surtout a présenté des symptômes bien intéressants : elle est arrivée à l'hôpital disant que ses règles étaient revenues, accompagnées de quelques douleurs dans les reins et le bas-ventre. Neuf jours après, elle fut prise de véritables douleurs d'enfantement, expulsa son polype et mourut au bout de quelque temps, avec tous les signes d'une infection puerpérale.

La seconde de ces malades a succombé à une pneumonie intercurrente.

Enfin, j'ai vu en ville un autre cas semblable : la malade a survécu deux ans à l'expulsion du polype, mais je dois dire que la tumeur était beaucoup plus petite, de la grosseur d'un œuf environ, et que cette femme avait été entourée de soins minutieux avant et après l'expulsion du polype, et qu'elle avait un bien-être que n'avaient pas nos malades de l'hôpital.

J'ai enlevé en province un polype de l'utérus qui s'était sphacélé dans le vagin, chez une femme de 60 ans qui depuis un an était traitée pour un cancer de l'utérus et gardait le lit depuis trois mois; l'opération n'a été rien pour ainsi dire et la malade, qui a parfaitement guéri, vit encore.

En somme, nous devons conclure de tous ces faits, que les corps fibreux ne sont pas aussi rares, chez les vieilles femmes, qu'on le croit généralement; que, tout comme chez l'adulte, ils ont une tendance à l'élimination spontanée; et enfin, que leur pronostic est grave et qu'on ne saurait prendre trop de précaution pour les traiter.

Dans le cas actuel, nous allons être obligés d'intervenir, — en effet, notre malade est déjà anémiée profondément par les pertes de sang qu'elle a subies. — Hier encore, une petite veine superficielle s'est ouverte à la base de la tumeur, donnant lieu à une hémorrhagie très-abondante et qui n'a pu être arrêtée que par la compression de la tumeur avec des bandes et de l'amadou. Il est donc urgent de dé-

© BIU Santé

barrasser la malade de son polype, sous peine de la voir bientôt succomber à l'épuisement. Nous n'avons pas le loisir de choisir le moment propice et de préparer la malade.

Vous trouverez, dans vos livres classiques, la description des divers procédés opératoires que l'on met en usage dans les cas semblables; leur application varie, d'ailleurs, pour chaque genre de polype.

Dans la circonstance actuelle, nous avons le choix entre: 1° la ligature élastique; 2° l'écraseur linéaire; 3° le galvano-cautère. Je ne vous parle pas de l'excision avec le bistouri, procédé inapplicable ici, à cause de l'hémorrhagie qui suivrait infailliblement l'opération.

La ligature élastique pourrait être employée, mais, outre qu'elle ne fait pas mieux que l'écraseur, elle aurait le grand désavantage de condamner la malade à conserver sa tumeur pendant les huit ou neuf jours qu'elle mettrait à se sphacéler.

L'écraseur linéaire est certainement très-applicable; mais il a le tort de trop contusionner les parties voisines, et vous savez que l'utérus ne doit pas être contusionné.

Nous aurons donc recours à l'anse galvanique qui produira les mêmes effets que l'écraseur, en beaucoup moins de temps et sans contusionner les tissus.

Après l'opération, on fera des applications émollientes sur la vulve et des injections vaginales, car, aussitôt la tumeur détachée, l'utérus va remonter à sa place.

Maintenant, Messieurs, j'appelle toute votre attention sur les soins et la surveillance dont on doit entourer les malades après ces sortes d'opérations. C'est alors que commence le véritable danger, et pendant les douze jours qui suivent, il faut redouter la péritonite surtout. La malade devra rester tout ce temps au lit, dans le décubitus dorsal; tout mouvement lui sera sévèrement interdit, et elle ne devra même pas se lever pour aller à la garde-robe.

S'il survient une douleur de ventre, premier indice d'une inflammation du péritoine, nous appliquerons de suite un large vésicatoire sur l'abdomen, — nous éviterons la constipation par de légers laxatifs et quelques lavements, — s'il y a de la rétention d'urine, la vessie sera sondée plusieurs fois par jour. Bien entendu, nous nous garderons d'examiner et de toucher la malade jusqu'à ce que tout danger soit conjuré.

Ce traitement sera strictement observé, et j'espère que, dans une quinzaine de jours, la malade sera complétement rétablie et pourra songer à nous quitter.

L'opération a été pratiquée le jour même. Il y eut une légère hémorrhagie, due à la trop grande chaleur du galvano-cautère, dont le chauffage avait été difficilement réglé à cause d'un petit dérangement dans l'appareil. Elle a été combattue par l'application de deux petites serre-fines maintenues en place pendant vingt-quatre heures et par des applications de linges froids.

Il n'est survenu aucun incident fâcheux les jours suivants, et le 24 février, quinze jours après l'ablation de la tumeur, la malade quittait l'hôpital complétement guérie et l'utérus, remonté à sa place, n'avait plus de tendance à sortir.

L'examen anatomique de la tumeur avait confirmé le diagnostic porté par M. Després. C'était un fibrome; dans la couche périphérique seulement on trouvait du tissu musculaire, et cette couche était évidemment formée aux dépens du tissu utérin. A supposer que la tumeur eût été au début un myome, elle avait au moins subi la transformation fibreuse.

La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 31 mars, sous la présidence de M. Edouard Laboulaye, membre de l'Institut. Après avoir entendu une allocation chaleureuse de M. Laboulaye, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre, par M. Lunier, et le rapport de M. Durand-Fardel sur les récompenses, la Société a décerné 94 diplômes d'honneur, 17 médailles d'argent, 342 médailles de bronze et 44 livrets de caisse d'épargne de 25 francs. Un prix de 1,500 fr., qui ne sera décerné qu'au mois d'octobre, a été attribué en outre à l'auteur d'un excellent travail sur la législation comparée des débits de boissons.

ANATOMIE GÉNÉRALE

Collége de France. — M. RANVIER.

Dix-neuvième leçon (1).

Recueillie par le Dr J. Renaut.

Messieurs,

Il résulte de ce qui précède que les éléments anatomiques peuvent vivre aux dépens des granulations vitellines englobées dans leur masse ou disposées dans leur voisinage sous forme de petites particules, offrant une grande surface pour un très-petit poids, et réalisant la condition la plus favorable à la facilité des échanges nutritifs, ainsi que je vous l'ai montré plus haut. Aussi tous les éléments cellulaires sont gorgés de ces granulations, les cellules connectives, les cellules épithéliales, celles de la corde dorsale et les globules rouges du sang eux-mêmes les contiennent en quantité. Dans les cellules musculaires en voie de développement, elles sont surtout nombreuses, elles remplissent pour ainsi dire l'élément tout entier et se touchent sur presque tous les points. De distance en distance, elles s'écartent pour faire place aux noyaux. Le segment musculaire paraît de la sorte sous forme d'une lame ou d'un ruban étroit, irrégulièrement rectangulaire, sur l'un des grands côtés duquel se forme la substance musculaire proprement dite.

Le point d'apparition de cette dernière est en effet constamment latéral (2). Il affecte la forme d'une bande mince et étroite, occupant toujours le côté de la cellule qui regarde la corde dorsale, c'est-à-dire l'axe de l'expansion caudale de la larve. Cette bande est dès le début régulièrement striée, et, fait intéressant, *elle ne renferme aucune granulation vitelline dans son intérieur*. Il ne serait donc pas exact de dire, en suivant à la lettre la théorie de Max Schultze, que le protoplasma s'est directement transformé en substance musculaire striée. S'il l'avait fait, et si la transformation avait eu lieu *in situ* la bande musculaire renfermerait des granulations vitellines, à moins qu'on ne voulût supposer que ces dernières jouissent, comme le protoplasma, de la faculté de se changer directement en substance contractile. La vérité est que cette dernière est le produit d'une élaboration particulière qui se fait *au sein* du protoplasma cellulaire bien plus qu'à ses dépens, je vous en donnerai bientôt surabondamment la preuve.

Si maintenant nous suivons l'accroissement de cette sorte de cellule que l'on pourrait justement nommer *musculo-formative*, puisque la substance contractile striée s'élabore dans son sein, nous constatons que cet accroissement s'effectue avec une régularité parfaite. La matière musculaire augmente progressivement d'épaisseur en conservant les mêmes caractères. On dirait même que la striation longitudinale est due au dépôt de couches successives le long du ruban musculaire primitif, tant ces rubans juxtaposés sont réguliers et parallèles. Peu à peu, la couche protoplasmique latérale est envahie et diminue d'étendue. Vers le 12e ou le 14e jour après l'éclosion, les granulations vitellines disparaissent. Quelque temps après cette époque se montrent des granulations graisseuses vraies, que l'acide osmique teint en brun foncé ou en noir. Au fur et à mesure que le protoplasma est envahi par la substance musculaire qui se forme, les noyaux qu'il contient semblent englobés par cette dernière et prennent une forme allongée, pressés qu'ils sont entre les bandelettes musculaires juxtaposées parallèlement les unes aux autres. On les voit dans leurs intervalles sous forme de fuseaux, tandis que les noyaux de la zone protoplasmique latérale, non encore envahie, ont conservé leur configuration régulièrement arrondie. Il est cependant difficile d'affirmer que les noyaux de la substance musculaire proviennent tous des noyaux de la bande protoplasmique latérale, et qu'il ne

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876; nos 1, 2, 7, 9, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28 30 31, 40, 41, 42 et 43 de 1877; nos 11, 12 et 13 de 1878.

(2) Ce fait a été observé d'abord par Remak, puis confirmé par Kölliker et tous les histologistes qui se sont succédé depuis.

© BIU Santé

s'en est point formé quelques-uns directement au sein de la substance striée. Quant à l'origine première de ces noyaux protoplasmiques eux-mêmes, elle nous reste inconnue, puisque, dans l'œuf fécondé, la vésicule germinative (considérée comme l'équivalent morphologique du noyau dans l'ovule) se dissout d'abord, et que la segmentation du vitellus donne lieu à la production de sphères dépourvues de noyaux.

Je vous ai dit que les petits muscles de l'expansion membraneuse caudale des têtards offrent l'apparence polygastrique. Au premier abord leurs petits tendons délicats et filiformes semblent offrir un bon objet pour l'étude des rapports de la substance musculaire avec la cupule tendineuse qui lui fait suite. L'on ne peut, à dire vrai, constater ici qu'un seul fait instructif à cet égard ; c'est que jamais la zone protoplasmique latérale ne s'étend sur les extrémités de la cellule musculaire, et ne recouvre ses deux chefs. Le muscle et le tendon sont donc, sur ce point, unis entre eux par un ciment solide qui empêche le protoplasma de se répandre. Nous devons même faire cette remarque que c'est là la seule partie de la fibre musculaire en voie de développement où le protoplasma n'existe pas. Le rôle de ce dernier est, en effet, considérable. Il s'insinue en minces couches entre les cylindres primitifs développés dans son intérieur et il les sépare les uns des autres ; il contient les noyaux profonds et superficiels, de telle sorte que l'on peut dire que toutes les parties actives du muscle, noyaux et substance contractile, sont environnés par lui comme d'une atmosphère.

II. *Développement des faisceaux musculaires striés des mammifères.* — La première étude satisfaisante, sur ce point du développement, est due, comme tant d'autres, à Remak, dont Kölliker a peu à peu accepté les conclusions. Si l'on examine les masses musculaires du pied et de la jambe d'un embryon humain de deux mois, on constate, ainsi que l'a montré Kölliker, que ces masses sont formées par des rubans allongés, transparents, gélatineux, finement granulés et offrant en leur milieu un noyau unique. Si l'on remonte vers les muscles de la cuisse on voit que les noyaux deviennent de plus en plus nombreux dans la cellule musculaire ; on en compte 3, 4, et jusqu'à 10 ou 12. A mesure qu'elles se développent, les cellules musculaires qui, chez les vertébrés supérieurs et chez l'homme, sont chacune l'origine d'un faisceau primitif, prennent, ainsi que nous l'avions prévu, le *caractère de cellules à noyaux multiples*.

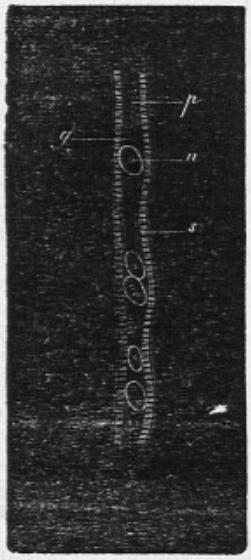


Fig. 25. — Faisceau primitif d'un embryon de mammifère (vers le 3e mois), examiné dans le sérum fortement iodé. — *n*, Noyaux entourés de substance glycogène, *g*. — *m*, Ecorce musculaire striée. — *p*, Cylindre protoplasmique central.

Il faut attendre le troisième mois pour pouvoir étudier, chez l'homme, la formation de la substance musculaire striée. Les faisceaux primitifs sont alors devenus cylindriques et possèdent une striation transversale très-régulière. Si on les dissocie convenablement dans du sérum fortement iodé, ils apparaissent sous forme de véritables tubes, constitués par un cylindre central de protoplasma granuleux semé de nombreux noyaux, et entourés d'une écorce mince de substance musculaire striée. Ils affectent en un mot la configuration que l'on voit exister, d'une façon persistante, sur les muscles des pattes de certains articulés et notamment des Cicindèles (*Fig. 25*). Au bout de peu de temps, sous l'influence de l'iode, la substance protoplasmique centrale, d'abord colorée en jaune, prend une teinte brun d'acajou. Ceci revient à dire que les noyaux sont plongés dans une masse de substance glycogène, et que le cylindre protoplasmique central est le véritable siége de cette matière, décelée il y a longtemps dans les muscles des embryons par M. Cl. Bernard. Le glycogène joue ici, vraisemblablement, comme partout ailleurs un rôle nutritif. Nous pourrions même établir entre lui et les granulations vitellines des muscles des batraciens en voie de développement, une certaine analogie fonctionnelle.

Les noyaux musculaires, contenus dans le protoplasma chargé de glycogène, sont elliptiques, à grand axe se confondant avec celui de la fibre légèrement renflée à leur niveau. Ce renflement se traduit à la périphérie et le faisceau est très-légèrement moniliforme. Souvent les noyaux sont juxtaposés les uns aux autres, par paires, d'autres présentent des signes non équivoques de division. Ces faits s'accordent avec les observations de Kölliker et montrent bien que, dans la cellule musculaire, initialement uni-nucléaire, les noyaux se multiplient au fur et à mesure du développement.

Quant à la substance musculaire elle est régulièrement munie de ses deux striations, longitudinale et transversale, quelle que soit d'ailleurs la minceur de la couche qu'elle forme autour du faisceau primitif. Ceci revient à dire que, d'une manière générale, *la substance contractile est dès son début définitivement constituée*. Elle s'accroît en épaisseur par une série de formations nouvelles, mais une fois qu'elle est apparue sur un point, sa forme ne se modifie plus.



Fig. 26. — Faisceau primitif d'embryon humain de 3 mois, affectant la forme d'une gouttière à demi ouverte *g*, — *cp*, cylindres primitifs, — *n*, noyau, — *s*, *n*, point où les 2 bords de la gouttière se rejoignent.

Il ne faudrait pas déduire immédiatement de ce qui précède que le développement des faisceaux primitifs des muscles de l'expansion membraneuse caudale des têtards et celui des muscles de l'homme et des mammifères, s'opèrent d'après un mode absolument différent. Nous avons vu que, chez la grenouille, la substance musculaire forme une bande latérale d'un côté, le protoplasma une bande latérale de l'autre, de façon que la cellule est départie, suivant son axe, en deux régions distinctes, l'une protoplasmique et l'autre musculaire. Chez les animaux supérieurs la répartition serait autre, le protoplasma formant un cylindre central, la substance musculaire un manchon périphérique.

Cependant, parmi les faisceaux musculaires dissociés soit dans le sérum iodé, soit après l'action du bichromate de potasse ou d'ammoniaque à 1 p. 1000, on en trouve toujours quelques-uns qui ont été fendus suivant leur longueur. Ils se sont alors déroulés et se présentent sous la forme d'un ruban strié en long et en travers, sur l'une des faces de ce ruban se voient des traces de protoplasma et des noyaux qui, bientôt, se détachent et sont entraînés par le liquide additionnel. Ici donc, comme chez la grenouille, la cellule musculo-formative est départie en deux masses distinctes, l'une protoplasmique, l'autre musculaire et l'homologie peut être rétablie entre les deux. Si, partant de cette idée, l'on examine attentivement les faisceaux musculaires embryonnaires, on ne tarde pas à se convaincre que le cylindre granuleux central n'est pas exactement enveloppé par la couche striée périphérique. Celle-ci semble écartée par places, pour laisser arriver jusqu'à la surface de l'élément le protoplasma formateur (*Fig. 26*).

Ainsi il n'existe, à vrai dire, aucune différence fondamentale entre le développement des muscles chez la grenouille

© BIU Santé

et chez les mammifères. Partant donc d'une conception générale unique, applicable chez tous les vertébrés aux premiers phénomènes du développement, nous allons pouvoir faire, dans la prochaine leçon, l'étude de l'accroissement, jusqu'à l'état adulte, des faisceaux primitifs striés dont nous venons d'élucider l'origine. (*A suivre.*)

MALADIES DES OREILLES

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan(1) ;

Par le Dr C. MIOT.

Du traitement consécutif. — Dans quelques cas on n'a d'autre traitement à prescrire que celui qui consiste à insuffler, matin et soir, ou moins souvent, de l'air dans la caisse à l'aide du procédé de Valsava, et à injecter dans l'oreille, deux fois par semaine, pendant quinze ou vingt jours, une solution de chlorhydrate d'ammoniaque ou de potasse caustique. L'observation suivante prouve même que, parfois, il n'est pour ainsi dire besoin d'aucun traitement consécutif.

Observation. — *Sclérose de la caisse droite. — Rétraction du tensor tympani. — Surdité et bourdonnements survenus à la suite d'une suppuration de la caisse droite. — Traitements variés sans succès. — Ténotomie du tensor tympani. — Guérison.*

25 *avril* 1877. — *Symptômes subjectifs.* — Mme S..., trente-huit ans, chloro-anémique, cuisinière, à la suite d'un refroidissement, a ressenti, pendant la nuit du 17 juin 1876, des douleurs vives dans l'oreille droite et dans la tête, suivies d'un écoulement séro-sanguinolent, puis séro-purulent, qui tarit au bout de trois mois.

Cette inflammation suppurative aiguë de la caisse a été traitée par mon confrère et ami, le docteur Gauthier, qui m'a adressé la malade.

Depuis le 17 *juin*, cette dame est à peu près sourde de l'oreille malade. Au mois d'octobre dernier, début d'un bourdonnement intense, continuel, comparable au bruit produit par un gaz s'échappant d'un robinet avec assez de force. Ce bruit, que rien ne diminue, si ce n'est l'aspiration de l'air renfermé dans le conduit, est très-désagréable à la malade, la rend triste et la préoccupe au point qu'elle y songe presque constamment. Il est plus fort la nuit que le jour et souvent l'empêche de s'endormir.

Symptômes fonctionnels. — Perception crânienne. — Crâne droit. — Les battements de la montre, appliquée sur les divers points de la surface crânienne, à droite, sont aussi bien perçus qu'à gauche. Le diapason, mis en vibration et appliqué contre le vertex, est mieux perçu à droite.

Acuité auditive. — La montre (2) placée en face du méat de l'oreille droite est entendue à 8 centimètres. La voix moyenne est entendue de la même oreille à 60 centimètres.

Symptômes objectifs. — Pavillon pâle, bien conformé. Conduit auditif externe, large, rectiligne, sec.

Oreille moyenne. — Le tympan a une coloration blanchâtre, sclérémateuse et une surface sèche, demi-brillante, couverte d'une très-fine poussière épidermique. Il est tendu, assez concave, peu mobile dans sa moitié antérieure, 1 (*Fig. 21*), très-mobile dans sa moitié postérieure, 2, qui bombe facilement du côté du conduit, quand la malade emploie le procédé de Valsava.



Fig. 27

L'apophyse externe, 3, est assez saillante, d'un blanc jaune pâle; le manche du marteau, 4, plus oblique en dedans et en arrière qu'à l'état normal, à peu près immobile, a la même teinte que l'apophyse externe. Un peu au-dessous du manche et à la partie postéro-inférieure du tympan, existe une partie déprimée, 5, grisâtre, très-mobile, de 2 millimètres 1/2 de largeur environ, produite par le tissu cicatriciel qui a oblitéré la perforation. La poche postérieure, 6, est très-visible. Le triangle lumineux est réduit à une raie, 8, et à un point, 7, assez brillants. La gorge est pâle.

Symptômes acoustiques. — L'insufflation d'air dans la caisse, au moyen de la sonde, permet de constater que les trompes sont larges, libres, sèches. Elle cause à la malade une sensation de bien-être dans l'oreille, allége la tête et diminue le bourdonnement. Après l'insufflation d'air, la montre est entendue de l'oreille droite à 10 centimètres. En faisant des aspirations énergiques avec le spéculum pneumatique (fig. 16) ou le tube, les bourdonnements disparaissent pendant quelques secondes.

Traitement : 1° Fer et quinquina ; 2° gargarisme au chlorhydrate d'ammoniaque; 3° injection de chlorhydrate d'ammoniaque en solution, au 60me, dans la caisse droite, deux fois par semaine. Procédé de Valsava, chaque matin.

3 *mai.* — L'acuité auditive de l'oreille droite a augmenté de quelques centimètres pendant les premiers jours du traitement, puis elle est restée stationnaire. Les bourdonnements, moins forts après chaque injection, reparaissent avec la même intensité au bout de quelques minutes ou de quelques heures. Je me décide à faire à cette malade la ténotomie du *tensor tympani*. Le 6 *mai*, assisté de M. P. Portalier, étudiant en médecine, je commence l'incision, 9 (*Fig. 27*), à 1 millimètre en avant et au-dessous de l'apophyse externe, et je la prolonge sur une longueur de 5 millimètres environ. Le tympan est dur, comme fibro-cartilagineux, et craque sous l'instrument comme du parchemin sec. La douleur pendant l'opération est supportable. Je retire mon bistouri, j'introduis le ténotome dans la caisse et je coupe le tendon ; au moment de la section, on entend un craquement comparable à celui qui se produit lorsqu'on coupe une corde à boyau tendue. Immédiatement après l'opération, la montre est entendue à 20 centimètres de distance, et le sifflement est remplacé par un bourdonnement très-faible. — *Prescription* : Garder le repos au lit. Bouillons, potages. Employer le procédé de Valsava, quatre fois par jour.

6 *mai*, le soir. — Caillot sur la paroi antéro-inférieure du conduit et sur la plaie du tympan. Crachats sanguinolents; du sang épanché dans la caisse s'est écoulé dans la région naso-pharyngienne. La réunion de la plaie du tympan doit être faite, puisque l'air ne passe plus à travers la perforation. *Oreille droite*, 2 centimètres à la montre.

9 *mai.* — Pas de douleur; le bourdonnement, aussi faible qu'un petit bruit de coquillage, ne gêne plus la malade. *Oreille droite*, 8 cent. 19 *mai. — Oreille droite*, 26 centimètres.

Traitement : Injection de chlorhydrate d'ammoniaque dans la caisse (solution au 60me) deux fois par semaine. Procédé de Valsava, trois fois par jour. Fer et quinquina.

25 *mai. — Oreille droite, 90 centimètres.* La voix moyenne faible est entendue de l'*oreille droite à 3 mètres.*

5 *février* 1878. — *Oreille droite*, 1 mètre à la montre. La malade suit bien la conversation de l'oreille droite. Les bourdonnements sont remplacés par un bruit de coquillage imperceptible.

Remarques. — Je suis persuadé que le résultat obtenu aurait été le même si la malade avait employé seulement le procédé de Valsava.

On commence ordinairement les injections quand l'hyperémie du tympan a disparu, et lorsque l'emploi du procédé de Valsava ne détermine plus de douleur, c'est-à-dire huit jours environ après l'opération, rarement plus tôt, assez souvent plus tard. On doit en suspendre l'usage pendant quelques jours et les remplacer par des insufflations d'air, si elles causent une inflammation aiguë. Il est parfois nécessaire de continuer l'emploi des injections dans la caisse pendant 6 à 7 mois, comme le prouve l'observation qui suit :

Observation. — *Otite sèche de la caisse gauche. — Rétraction du tensor tympani. — Bourdonnements. — Surdité. — Traitements variés sans succès. — Ténotomie du tensor tympani. — Guérison.*

10 *avril* 1877. — *Symptômes subjectifs.* — Mme F..., trente-quatre

(1) Voir les nos 9, 10 et 13.

(2) Ma montre est entendue à 4 mètres, dans un endroit calme, par une personne qui a l'ouïe fine.

© BIU Santé

ans. Nervoso-lymphatique. Chloro-anémique. Réglée à 12 ans et demi. Il y a deux mois, la malade a ressenti dans l'oreille gauche des bourdonnements qui sont survenus brusquement et ont duré trois jours. Au bout de huit jours, ils sont revenus avec des intermittences. Depuis un mois seulement, ils sont continuels, très-forts, et comparables au bruit produit par des feuilles agitées par le vent. Lorsque les bourdonnements sont très-intenses, la malade les diminue en secouant fortement la portion fibro-cartilagineuse du conduit au moyen du doigt. Fatigue physique et morale très-grande depuis quelques mois. L'insufflation d'air dans la caisse et les aspirations d'air faites avec le spéculum pneumatique font disparaître complétement le bourdonnement pendant deux à trois minutes, lui allègent la tête et lui donnent un sentiment de bien-être local.

Symptômes fonctionnels. — Crâne gauche bon à la montre. Diapason mieux perçu de l'oreille gauche. Oreille gauche, 30 centimètres. Voix moyenne mal entendue à 2 mètres.

Symptômes objectifs. — Conduit très-large, sec, rectiligne. Tympan gauche. — Surface demi-brillante, convexe en 1, (*Fig. 28*), à peu près plane en, 2, très-concave en, 3 ; coloration d'un gris blanchâtre. Apophyse externe, 4, saillante. Manche du marteau, 5, oblique en dedans, en arrière et en haut. Triangle lumineux, 6, assez brillant, rapetissé. Deux plicatures prononcées, 7, 8, partent de la partie moyenne du manche du marteau. Gorge saine.

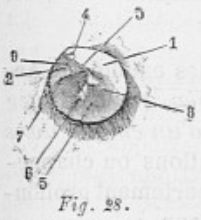


Fig. 28.

Symptômes acoustiques. — L'air insufflé dans l'oreille moyenne gauche produit quelques râles sous-crépitants dans la trompe et un bruit de souffle dans la caisse, diminue les bourdonnements, allège la tête de la malade, mais n'améliore pas sensiblement l'audition. — *Traitement* : Gargarisme au chlorhydrate d'ammoniaque. Injection de chlorhydrate d'ammoniaque en solution dans la caisse gauche, deux fois par semaine. Procédé de Valsava, une fois par jour.

6 *juin.* — Oreille gauche, 40 centimètres.

15 *juin.* — L'audition n'augmentant pas et le bourdonnement étant toujours le même, je pratique la ténotomie du tensor tympani gauche, après avoir incisé le tympan sur une longueur, 9 (*Fig. 28*), de 5 millimètres environ.— *Traitement* : Procédé de Valsava, trois ou quatre fois par jour. Repos à la chambre le jour de l'opération. Les bourdonnements ont diminué de moitié immédiatement après l'opération.

15 *juin*, soir. — Il y a une certaine quantité de sang dans le conduit auditif externe et dans la caisse. La malade a craché un peu de sang. — *Traitement* : Repos à la chambre. Procédé de Valsava, quatre ou cinq fois par jour.

16 *juin.* — Hier soir, les bourdonnements sont revenus très-forts, à deux ou trois reprises différentes, pendant dix minutes environ. Crachats sanguinolents. Même traitement.

20 *juin.*— Plaie cicatrisée. Pas de bourdonnements.— *Traitement* : Injection de chlorhydrate d'ammoniaque (solution au 60me) dans la caisse, deux fois par semaine. Procédé de Valsava, matin et soir.

4 *juillet.* — La malade n'a plus la sensation d'oreille pleine, bouchée. Elle n'a plus de sifflements pendant la journée ; mais elle est affectée, de neuf à dix heures du soir, d'un sifflement qui est bientôt remplacé par un battement sourd. Ces bruits siégent dans la région pariétale.

8 *août.* — Avant-hier, les bourdonnements étaient si forts que la malade eut l'idée d'introduire dans son oreille un bourdonnet de coton enduit avec un mélange d'huile et d'éther, qui les fit diminuer d'une manière sensible.

Traitement : Injection de chlorhydrate d'ammoniaque au 40e dans la caisse, deux fois par semaine.

6 *janvier* 1878. — Les bourdonnements sont excessivement faibles, l'audition est bonne. Oreille gauche, 70 centimètres.

La solution de chlorhydrate d'ammoniaque doit d'abord être assez faible : chlorhydrate d'ammoniaque, 40 centigr.; eau distillée, 30 gr., puis d'autant plus concentrée qu'on veut produire une hypérémie plus grande de la muqueuse de la caisse. Trop concentrée, toutefois, elle pourrait produire une inflammation très-vive et compromettre le succès de l'opération. Pour mieux faire pénétrer le liquide dans la caisse, Weber-Liel emploie une petite sonde qu'il introduit préalablement dans la portion osseuse de la trompe d'Eustache. Ce procédé est bon, mais il ne faut pas recourir trop souvent à son emploi, dans la crainte d'hypérémier fortement la muqueuse de la trompe. J'ai constaté que, dans la plupart des cas, on parvient à bien faire pénétrer le liquide dans la caisse, en agissant de la manière suivante. Après avoir introduit dans la trompe un cathéter dont la lumière de l'extrémité olivaire est de 1mm, de diamètre, on instille dans le pavillon de cet instrument plusieurs gouttes de liquide, et, après avoir assujetti la canule dans la sonde, on y insuffle de l'air avec assez de force, pendant que le malade fait un mouvement de déglutition. Une certaine quantité de liquide reflue dans la gorge, mais une autre pénètre dans la caisse sous la forme de gouttelettes très-fines et très-nombreuses.

Conclusion. — Les faits publiés jusqu'à ce jour et mes observations personnelles me paraissent démontrer les conclusions suivantes :

1° Il serait imprudent d'affirmer d'avance que la ténotomie sera suivie d'une amélioration ou d'une guérison, mais on peut dire que cette opération a d'autant plus de chances de succès que les symptômes indiqués dans le cours de ce travail existent, et que les surdités progressives avec sifflements continuels, plus forts pendant la nuit, et ayant résisté à tous les traitements rationnels, sont les plus propres à être modifiées par cette opération.

2° La ténotomie du tensor tympani produit des résultats d'autant plus avantageux qu'elle est faite à une époque plus rapprochée du début de la maladie. Ainsi, quand mes malades, au moment de l'opération, entendaient encore la montre à 10 centim. au moins, et mieux à 30 ou 40 cent., j'ai obtenu, soit la guérison, soit l'amélioration persistante d'une maladie qui, après avoir été parfois enrayée par un autre traitement, avait toujours repris une marche ascendante.

3° S'il y a une otite moyenne sclérémateuse coexistant avec la rétraction du muscle tensor tympani, cette maladie doit toujours être soumise à un traitement de deux mois environ, avant de pratiquer l'opération.

4° Dans les cas où il existe une paralysie consécutive de l'oreille interne, on peut obtenir un résultat d'autant plus avantageux que la paralysie est moins avancée. Lorsque la maladie est arrivée à ses dernières périodes, on a peu de chances de l'améliorer.

5° Dans tous les cas où l'opération et le traitement n'ont produit aucun résultat, il existait des modifications profondes de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne. Il est donc important de faire avec soin l'historique de la maladie, et de prévenir le malade de l'insuccès possible d'une opération qui constitue cependant sa seule chance de guérison.

6° Après l'opération, le traitement (procédé de Valsava, injection de chlorhydrate d'ammoniaque, insufflations éthérées dans la caisse), doit être continué pendant quatre ou cinq mois, si on veut obtenir un résultat complet.

En résumé, il résulte de ce qui précède que la ténotomie du tensor tympani n'offre aucun danger, et que, si elle n'est pratiquée que dans les cas où elle est formellement indiquée, elle modifie avantageusement et même guérit un état pathologique rebelle à toute autre thérapeutique (1).

(1) Ce mémoire a été lu en partie à la *Société de médecine pratique.*

Avis aux internes des hopitaux de Paris. — Prix Civiale. — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration avant le 15 août 1878, au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Faculté de Médecine de Paris.—Cours de M. Charcot.

M. Charcot a ouvert son cours d'anatomie pathologique lundi dernier. Ayant déjà exposé à diverses reprises, ses vues sur l'*enseignement de l'anatomie pathologique*, sur la méthode et les procédés qu'il convient d'adopter, quant à présent, pour étudier avec fruit cette branche de la médecine, il n'a pas jugé à propos d'y revenir cette année, et il est entré de plein pied dans son sujet.

On sait que la première partie du cours de cette année sera consacrée à l'étude du *tubercule en général et dans les principaux organes*. Cette première leçon a été, pour employer les expressions de notre savant maître, une *introduction* aux études qu'il va entreprendre.

Les chaleureux applaudissements qui ont accueilli M. Charcot à la fin de sa leçon, ont dû lui montrer que ses auditeurs lui sont reconnaissants du travail qu'il s'impose, et des efforts qu'il fait pour éclairer d'un jour nouveau, et rendre facilement compréhensibles les questions les plus difficiles et les plus obscures de la pathologie (1).

Hôpital de la Charité: Ouverture des leçons cliniques de M. le professeur U. Trélat.

M. Trélat a repris ses leçons cliniques du jeudi. Les auditeurs ont témoigné, par leur nombre et leurs applaudissements, au savant professeur de pathologie externe, combien ils appréciaient son enseignement clinique.

Dans sa première leçon, M. Trélat a présenté trois malades chez lesquels le diagnostic était particulièrement intéressant. Le premier est un homme de 52 ans, offrant au niveau de la région sous-orbitaire gauche une tumeur allongée, fluctuante, bien délimitée et dont la surface est couverte par une arborisation vasculaire. Le diagnostic *kyste sébacé* fut confirmé par l'ouverture même de la tumeur. Le deuxième malade, couché au lit n° 8 de la salle Saint-Jean, est atteint d'une hernie inguinale droite, irréductible, absolument vierge de tout étranglement intestinal ; l'examen de cette hernie permet de reconnaître qu'elle est manifestement épiplooïque, mais compliquée d'adhérences. Le troisième malade, qui a fait l'objet principal de la leçon, est un jeune homme, âgé de 14 ans et porteur de plusieurs tumeurs inégales, petites, indolentes, dures et transparentes, ayant pour siége le cordon spermatique droit. Après plusieurs examens minutieux accompagnés de fonctions exploratrices, M. Trélat conclut que ces tumeurs sont des kystes du cordon d'origine péritonéale. Les leçons cliniques de M. le professeur Trélat, paraissant dans le *Progrès médical*, nous ne saurions entrer dans de plus amples détails.

Religieuses et laïques.

Parmi les avantages que présentent les laïques sur les religieuses, nous avons insisté, au Conseil municipal, sur le suivant : « Les médecins des hôpitaux, qui ont à se plaindre du service des religieuses, n'obtiennent que très-difficilement leur déplacement. Avec des surveillantes laïques, dépendant exclusivement de l'administration, ce dernier inconvénient disparaît, car elles savent que leur position peut être compromise par la manière dont elle s'acquittent de leurs fonctions. »

Tous les médecins qui s'occupent sérieusement de leurs services et se tiennent au courant de ce qui s'y fait, reconnaîtront l'exactitude de notre opinion. Si nous nous sommes prononcé d'une façon aussi catégorique, c'est parce que nous avons été témoin des efforts infructueux tentés par des médecins d'hôpital pour obtenir le renvoi des religieuses qui s'acquittaient mal de leur service.

Afin de ne laisser aucun doute à cet égard dans l'esprit de tout homme impartial, il nous paraît bon de reproduire deux documents, extrêmement instructifs et trop peu connus.

L'article 15 des statuts des Dames hospitalières de l'Hôtel-Dieu, approuvé par décret du 26 décembre 1810, est ainsi conçu :

« La prieure distribue les sœurs dans les emplois. L'Administration *ne peut ni forcer son choix, ni destituer une sœur, ni la faire passer d'autorité d'un emploi dans un autre*. Elle peut demander ces destitutions ou changements, et en cas de refus, le préfet du département prononcera, sauf recours au Ministre de l'Intérieur. »

Que ressort-il de là? Que la supérieure de la communauté d'un hôpital a une autorité considérable, qu'elle peut mettre en échec l'Administration. L'influence de plus en plus prépondérante des directeurs et des économes, non point en province, mais *à Paris*, est parvenue, tout au moins dans quelques hôpitaux, à subordonner les religieuses à l'Administration. Mais, ce n'est pas sans résistance. Il n'est pas rare que, quand un agent de l'Administration donne un ordre à une Sœur, celle-ci lui réponde : « J'en parlerai à madame la Supérieure. » Ce qui veut dire, en d'autres termes : « Je n'obéirai que si ma Supérieure, la seule autorité que je reconnaisse, donne un avis conforme. »

« Ce qui manque le plus dans les hôpitaux, nous écrivait dernièrement un ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de la ville qu'il habite, c'est l'autorité des médecins et même des administrateurs. » Et, à l'appui, il nous communiquait un fait curieux et tout à fait démonstratif; nous allons le rapporter en laissant la parole à notre correspondant.

« Nous avons actuellement une épidémie de variole ; on avait mis, tout d'abord, les varioleux dans une salle où se trouvaient quelques paralytiques et gâteux. Nous avions obtenu, non sans peine, que ces derniers fussent soustraits au contact des varioleux et qu'on les mit dans une autre salle. Deux jours après, sans ordre de l'administration et à mon insu, les religieuses avaient réintégré ces paralytiques et ces gâteux dans la salle des varioleux. »

Les religieuses se considèrent donc comme les maîtresses absolues de l'hôpital. Le médecin, soucieux de la vie des malades ou des assistés qui lui sont confiés, prend toutes les mesures recommandées par l'hygiène pour restreindre les chances de contagion. Précaution superflue ! Les bonnes sœurs étaient là, qui veillaient, et à leurs yeux l'hygiène est une science diabolique.

L'article 15 des statuts des Dames Augustines de l'Hôtel-

(1) Nous reprendrons prochainement la publication des leçons de l'an dernier, qui seront complétées par les leçons de cette année.

© BIU Santé

Dieu nous a fait connaître la situation des religieuses vis-à-vis de l'Administration. Voyons, maintenant, quelle est celle des laïques.

« Pour secourir les femmes et les filles qui seront enfermées dans ledit Hôpital-Général, et lieux qui en dépendent, les directeurs pourront employer les personnes du même sexe qu'ils trouveront être les plus propres aux secours et assistance des pauvres, sous les mêmes ordres *et dépendance totale desdits directeurs.* » (*Edit du Roi, donné à Paris, au mois d'avril* 1656, vérifié en Parlement le 1er septembre suivant, et en toutes les autres Cours souveraines.)

« Pour tenir les pauvres chacun en leur devoir, pourront les directeurs choisir les personnes qu'ils jugeront plus capables d'avoir le soin et direction en chacune salle ou dortoir, en qualité de maîtres ou maîtresses, selon le sexe et âge de ceux ou de celles qui seront ès-dites salles ou dortoirs, auxquels il est enjoint, à peine de châtiment, d'obéir auxdits *maîtres ou maîtresses*, ou autres subordonnés en leur lieu, et y apporteront les directeurs telle autre conduite qu'ils jugeront convenable, pour le bien dudit hôpital et des pauvres. » (*Règlement que le Roi veut être observé pour l'*Hôpital-Général *de Paris* ; donné à Paris le vingt-septième jour d'Avril mil six cent cinquante-six. *Signés*, LOUIS. *Et plus bas*, par le roi, DE GUÉNEGAUD.)

« Les employés, autres que ceux désignés dans les sections précédentes (1), les *servants* (ou surveillants), domestiques, infirmiers et gens de peine, attachés à l'Administration et au service des hospices *sont à la nomination de l'Administration et* RÉVOCABLES PAR ELLE. « (Art. 18 de l'*Ordonnance du* 31 *octobre* 1821.)

Donc, de par le Roy, les servants, surveillants, maîtres ou officiers — car les surveillants ont été successivement désignés par ces noms — sont choisis par l'Administration qui peut les révoquer s'ils ne s'acquittent pas de leurs fonctions à la satisfaction des malades et des médecins ; l'Administration, en un mot, a toute autorité sur eux ; elle leur commande directement sans que ses ordres aient besoin de passer par l'intermédiaire d'une « Mère » (2). B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 *mars.* — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. GALEZOWSKI a expérimenté une plante australienne qui jouit d'une action mydriatique de beaucoup supérieure à celle de l'atropine. De plus, cette substance peut être employée chez les individus qui se trouvent mal de l'emploi de la belladone. Du reste, elle paraît avoir une action différente de l'atropine, car elle produit de la stase dans les veines de la rétine.

M. HAYEM ayant vu dans le *Scientific American* des dessins représentant les globules sanguins de l'anghiuma, un des animaux chez qui ces éléments sont le plus volumineux, a fait venir une préparation de sang desséché de cet animal. En raison du grand volume de ces globules, il a pu employer un faible grossissement et un éclairage oblique intense ; dans ces conditions, on distingue bien le relief des objets ; on peut s'assurer, sur les préparations présentées à la Société par M. Hayem, que certains éléments, pris par l'auteur américain, pour des globules blancs, ne sont autres que des hématoblastes. Les plus petits d'entre eux ont une épaisseur presque égale à celle des globules rouges, et on distingue à leur pourtour une enveloppe d'hémoglobine.

M. GRÉHANT a cherché par la voie expérimentale quelle proportion minima d'oxyde de carbone doit renfermer l'air atmosphérique pour que le poison se retrouve dans le sang des animaux plongés dans ce milieu. Le sang d'un animal qui avait respiré une atmosphère contenant 25^{cc} de CO pour 100 litres d'air au début de l'expérience, renfermait au bout d'une demi-heure 13^{cc},4 de CO sur 100. A ce moment, l'atmosphère ambiante ne contenait plus que $\frac{1}{719}$ de CO. Dans une autre autre expérience, alors que la proportion de CO dans l'air n'était que de $\frac{1}{1484}$, le sang renfermait 5^{cc},6 de ce poison. On voit donc à quelle faible dose l'oxyde de carbone peut agir sur l'hémoglobine et par suite sur la nutrition.

M. LELOIR décrit une altération spéciale des cellules épidermiques qu'il a rencontrée dans certaines végétations syphilitiques : on l'observe non dans les couches superficielles, mais seulement dans la couche intermédiaire et celle de Malpighi. L'altération débute par la formation d'une petite cavité entre le noyau et le protoplasma ; cette cavité augmente peu à peu, et le noyau se ratatine ; dans les périodes ultimes, le noyau disparaît ou n'est plus représenté que par quelques granulations.

M. BOCHEFONTAINE apporte un fait d'un grand intérêt au point de vue de l'histoire du spiroptère ensanglanté. Il a trouvé dans l'estomac d'un animal trois tubercules d'apparence fibreuse : l'un n'était formé que de tissu résistant, le second, de même consistance, présentait un canal central ; dans le troisième, enfin, se trouvaient deux spiroptères, dont l'un encore vivant. On peut supposer que ces animaux, parvenus dans l'estomac, s'y creusent une loge, et que le tissu fibreux du kyste, se développant progressivement, finit par étouffer le spiroptère.

M. DUVAL a pu déterminer l'origine réelle de la corde du tympan, c'est-à-dire du nerf intermédiaire de Wrisberg. Lorsqu'on suit la colonne des nerfs mixtes dans le bulbe, à l'extrémité du glosso-pharyngien, on voit se détacher un petit filet qui n'est autre que l'origine du nerf de Wrisberg. Ce nerf peut être considéré comme un filet ultime de la 8e paire. On peut rapprocher de ce fait l'innervation de la langue : on sait, en effet, que les vaso-moteurs des 2/3 antérieurs de cet organe viennent de la corde du tympan, ceux du tiers postérieur du glosso-pharyngien. En réalité, toute la circulation de la langue est sous la dépendance de la 8e paire.

L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 *avril.* — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie procède à l'*élection d'un membre correspondant dans la* 1re *division*. Sont présentés : en première ligne, M. Laussedat, de Moulins ; en deuxième ligne, M. Levieux, de Bordeaux ; en troisième ligne, M. Mignot.

Votants ; 69. Majorité : 35. Ont obtenu au premier tour de scrutin :

M. Laussedat, 50 voix ; M. Levieux, 9 voix ; M. Mignot, 7 voix ; bulletins blancs, 2 ; bulletin nul, 1.— En conséquence, M. Laussedat est proclamé membre correspondant de l'Académie de médecine.

Election d'un membre correspondant dans la 2e *division*. Sont présentés : en première ligne, M. Herrgott, de Nancy ; en deuxième ligne, M. Notta, de Lisieux ; en troisième ligne *ex*

*

(1) C'est-à-dire les médecins, les agents de surveillance (aujourd'hui directeurs), et les économes.

(2) ERRATA. Dans notre dernier article, nous avons dit que, à l'Asile de Vaucluse, il y avait 20 religieuses pour 300 malades, soit *une* religieuse pour 20 malades ; il faut lire : *soit une religieuse pour* QUINZE malades. — La moyenne du traitement des 22 surveillantes et sous-surveillantes des sections d'aliénés de la Salpêtrière est non pas de 480 fr. par an, comme on nous l'a fait dire, mais de 400 fr. seulement. — Enfin, quelques lignes plus bas, il faut lire : A l'asile de Vaucluse, pour 60 malades, il nous faut payer *quatre* religieuses à 300 fr. l'an, soit *1,200 fr.*, et nourrir, chauffer, blanchir *quatre* personnes au lieu de deux.

© BIU Santé

æquo : MM. Azam, Bourguet, Duboué et Vedrènes.— Votants : 71. Majorité : 36. Ont obtenu : M. Herrgott, 39 voix : M. Notta, 27 voix ; M. Duboué, 4 voix ; bulletin blanc, 1. — En conséquence, M. Herrgott est proclamé membre correspondant de l'Académie de médecine.

M. Poggiale fait la lecture de trois rapports sur les eaux minérales.

M. Bernutz lit son rapport sur le prix Huguier. Les conclusions de ce rapport sont lues en comité secret. A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 4 janvier 1878. — Présidence de M. Charcot.

1. M. Kirmisson présente un cas d'*anévrysme diffus primitif*.

2. Epithélioma du rectum. — Productions secondaires dans le foie et l'épicrâne. — Ulcérations hémorrhagiques de l'estomac ; par M. Merklen, interne.

Louise M...., âgée de 66 ans, admise dans le service de M. Empis, le 14 décembre 1877.

Cette femme, à son entrée à l'hôpital, est dans un état très-grave qui lui permet de ne donner que des renseignements incomplets sur le début et la marche de sa maladie. Elle raconte qu'il y a trois mois elle commença à s'affaiblir et à maigrir, que bientôt après ses digestions devinrent difficiles ; en même temps survint une tuméfaction considérable de l'abdomen et des membres inférieurs. Un ictère très-prononcé se manifesta quinze jours avant son entrée à l'hôpital ; les selles n'étaient pas décolorées, mais elles furent liquides et fréquentes pendant quelques jours, jamais sanguinolentes au dire de la malade.

L'existence d'un ictère chronique avec ascite, œdème cachectique, développement énorme du foie dont la matité descendait à cinq travers de doigt au-dessous des fausses côtes et se prolongeait jusque dans l'hypochondre gauche, permet d'établir sans hésitation, le diagnostic de cancer du foie. Mais à l'entrée de la malade et pendant les quelques jours qui suivirent, les phénomènes accusés par elle n'autorisaient pas à soupçonner dans quelque organe l'existence d'un cancer primitif. Il existait bien, au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure du côté droit, une tumeur indolente, du volume d'une grosse noix, adhérant à la peau et au maxillaire ; mais son développement, étant ultérieur à l'apparition des premiers symptômes de la maladie, on ne pouvait considérer cette tumeur que comme un noyau de généralisation.

Pendant les quelques jours qui précédèrent sa mort, la malade rendit plusieurs fois par l'anus, des quantités assez considérables de sang rouge. Ces hémorrhagies intestinales permettaient de supposer qu'il existait un cancer de l'estomac ou de l'intestin ; mais il n'était pas possible de le localiser. Mort le 2 janvier.

Autopsie faite le 4 janvier. — A l'ouverture de l'abdomen, issue d'une quantité notable de liquide ascitique coloré par la bile. Foie dépassant les fausses côtes dans une étendue de 12 centimètres environ ; estomac très-dilaté et refoulé par le foie. Un peu de sérosité également colorée en jaune dans les deux plèvres, surtout dans la plèvre droite. *Poumons*. Le poumon droit est très-congestionné, presque carnifié. Le poumon gauche est à peu près sain. *Cœur*. Ventricule gauche un peu hypertrophié. — Aorte légèrement dilatée présentant à sa face interne des points athéromateux multiples.

Foie. Volume trois fois supérieur à son volume normal. Cette augmentation de volume porte surtout sur son lobe droit dont la face supérieure présente une convexité très-prononcée. Vésicule biliaire très-petite, ne renfermant que du mucus sans trace de bile. Masse ganglionnaire au niveau du hile comprenant dans son épaisseur, les vaisseaux et les conduits biliaires qu'il n'est pas possible à suivre. A la coupe du foie, noyaux carcinomateux multiples. A la partie centrale du lobe droit et dans la moitié de son étendue, le tissu de néoformation paraît avoir remplacé complétement la substance hépatique.

Reins. Graisseux. — *Rate*. Consistante et augmentée de volume. — *Estomac*. Il est distendu par un énorme caillot sanguin. Ce caillot enlevé, on constate l'existence d'érosions et même d'ulcérations hémorrhagiques multiples, arrondies, à bords taillés à pic, les unes de la grandeur d'un grain de millet, d'autres atteignant 2 et 3mm de diamètre. Leur fond est coloré en noir. Elles existent sur les deux faces de l'estomac, surtout à sa partie moyenne ; elles n'intéressent que la tunique muqueuse.

Intestin. Il est également rempli de sang, mais ne présente sur aucun point d'ulcérations semblables à celles de l'estomac. La partie supérieure du rectum est le siége d'une tumeur très-ulcérée, occupant tout le pourtour de l'intestin, atteignant en hauteur 3 à 4 centimètres. Cette tumeur, d'apparence carcinomateuse, siége dans les tuniques muqueuses et celluleuses. Le péritoine, à ce niveau, présente quelques noyaux très-petits et non ulcérés. Il en existe de semblables sur la portion de la séreuse qui rencontre l'utérus ; mais ces noyaux n'intéressent pas le corps même de l'organe.

Crâne et cerveau. Le cuir chevelu décollé, on constate sous le péricrâne des noyaux multiples, de la grosseur d'une petite noisette, de consistance cartilagineuse, de coloration blanchâtre. Les noyaux siégent dans l'épaisseur même du péricrâne et n'intéressent pas le tissu osseux sous-jacent, dont ils se séparent avec facilité. Celui-ci, à leur niveau, est le siége d'une ostéite raréfiante. Le cerveau et les méninges sont intacts.

L'examen histologique a démontré que les tumeurs du rectum, du foie et de l'épicrâne étaient constituées par de l'épithélioma à cellules cylindriques.

Remarques. — Il s'agit, en résumé, d'un épithélioma du rectum avec noyaux de généralisation dans les différents organes que nous avons signalés. Les productions secondaires du foie sont très-fréquentes. Il n'en est pas de même de celles des os, qui cependant sont signalées.

Les érosions hémorrhagiques de l'estomac, observées dans ce cas, nous paraissent offrir un intérêt réel. Elles peuvent être attribuées à la congestion passive de l'estomac, et surtout du système veineux de la muqueuse, dépendant elle-même de la gêne de la circulation dans la veine porte.

3. Hémorrhagie de la partie antérieure des trois circonvolutions frontales gauches sans aphasie ; par MM. Péchaud, Lebec et Gaucné, internes des hôpitaux.

B..., âgé de 22 ans, a été trouvé dans un escalier et est apporté presque sans connaissance le 25 novembre 1877, à l'Hôtel-Dieu (service de M. le professeur Richet). Cependant malgré son état d'hébétude et de prostration, 1° A la question : Théophile, me reconnais-tu ? » posée par l'un de ses amis, il répond : « Oui, Paul, je te reconnais » sans erreur de nom ni hésitation. 2° « Quel est votre état ?, lui est-il demandé. — Réponse immédiate : « charretier. » 3° Dans la journée, la religieuse du service l'ayant interrogé pour savoir comment il allait, lui entendit prononcer distinctement ces paroles : « ça ne va pas mal, j'ai bien mal à la tête. »

On constate une petite plaie superficielle à la partie postérieure et médiane du crâne, mais sans dénudation osseuse.

Quels sont les symptômes objectifs ? Il y a une résolution générale, plus prononcée cependant du côté gauche. Au contraire des deux côtés existe un retard de la sensibilité générale, mais la motilité est conservée. Légère parésie faciale gauche : la pupille du même côté est plus dilatée qu'à droite, chute de la paupière gauche, l'œil droit est complétement sain.— Ajoutons la paralysie des sphincters ; le malade urinant dans son lit, selles régulières sans caractère spécial. A l'officier de justice qui lui demandait son domicile, le malade a répondu qu'il restait rue des Blancs-Manteaux. Outre le nom de sa rue, il lui a aussi donné celui de son père, de sa mère, etc.

28. — P. 48 ; T. 38°. — Ce qui frappe le plus aujourd'hui, c'est la chute considérable du pouls, sans autre phénomène nouveau.

29. — P. 44 ; T. 38°, 8. L'abaissement du pouls se maintient : mais le malade présente depuis la nuit précédente (7 h. 1/2 du soir) une agitation très-considérable sans délire.

1er *décembre*. — P. 56. — 2 *décembre*. P. 60. Le pouls se relève

© BIU Santé

légèrement, le malade est sorti de son lit, incontinence des urines et des fecès.

3 *décembre*. — P. 92 ; T. 38°,2. Le malade est plus calme.

4 *décembre*.— T. 38°,2. Prostration intense et coma, soit 38°,3. Application de 6 sangsues aux apophyses mastoïdes.

5, mort à 5 h. 1/2 du matin.

6. AUTOPSIE. — *Crâne*. La petite plaie constatée à la partie postérieure du crâne n'atteignait pas le périoste externe. — Pas de fracture de la voûte ni de la base. — Hémisphère droit sans lésion extérieure.

Hémisphère gauche. — Vaste épanchement sanguin coagulé sous la dure-mère. Entre la pie-mère et la substance corticale, se trouve du sang qui est aussi déjà coagulé. Au niveau de la base, le caillot comprime la moelle allongée sur sa face inférieure et ses deux faces latérales, surtout gauche. Le lobe occipital, surtout gauche, est aussi comprimé dans l'intervalle compris entre l'espace sous-arachnoïdien antérieur et le sinus caverneux. Le caillot est donc en dehors de la pie-mère, il est le prolongement du premier, décrit plus haut. Pas de caillot en arrière du bulbe.

Lobe frontal. — Il existe une attrition par suite d'hémorrhagie de toute la pulpe cérébrale appartenant à la corne frontale, ainsi que l'indique la figure, la 4e circonvolution frontale ascendante est intacte, ainsi que la scissure frontale parallèle. Sont aussi intacts, dans le lobe frontal de Gratiolet, la 1re frontale dans ses deux tiers postérieurs, et la 2e frontale dans sa moitié postérieure, ainsi que la scissure frontale supérieure qui leur est intermédiaire. De même la base, le pied ou tiers postérieur de la 3e frontale est intact ; il en est de même de l'insula, ainsi que cela a été facile à constater par deux incisions, l'une horizontale, faite à la face interne du lobe, l'autre verticale faite en avant de la marginale antérieure. En résumé sont intactes : les racines des trois frontales et la scissure frontale parallèle.

Sont détruits : 1° les deux tiers antérieurs de la 3e frontale et la scissure frontale inférieure intermédiaire ; 2° la moitié antérieure de la 2e frontale ; 3° la portion correspondante de la scissure frontale supérieure ; 4° et enfin le tiers antérieur de la 1re frontale.

Ajoutons toutefois que si extérieurement la 3e frontale ne présente qu'une légère altération, à l'intérieur le caillot paraît s'y prolonger. Attrition de la circonvolution de l'hippocampe.

Hémisphère droit. — La corne frontale y est bien moins atteinte que du côté gauche. On trouve du sang liquide dans les ventricules latéraux et le ventricule moyen, mais non dans le quatrième.

Tronc. — Les organes qu'il renferme ne présentent aucune espèce de lésion infarctique ou hémorrhagique.

RÉFLEXION. — Cette observation confirme une fois de plus la règle. Point d'aphasie sans lésion de l'extrémité postérieure de la circonvolution de Broca, avoisinant ou même atteignant l'insula de Reil. Nous opposerons à notre fait un cas d'aphasie dû à un ramollissement de la partie postérieure de la 3e frontale gauche et d'une petite partie du lobule de l'insula (Lucas-Championnière, *Bul. de la Soc. anat.*, 1875, p. 702).

M. LETULLE présente de la part de M. Deschamps, un cas de *lymphangite pulmonaire cancéreuse*.

Séance du 11 janvier 1878. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Arthrite de l'articulation sternale supérieure, avec fusées purulentes et emphysème spontané, survenue au déclin d'une fièvre typhoïde ; par V. MENARD, interne provisoire.

Le nommé X..., âgé de 29 ans, est entré, le 19 décembre, dans la salle Sainte-Geneviève, hôpital Temporaire, service de M. GOUGUENHEIM. La maladie a pris la forme ataxo-adynamique, vers le huitième jour, d'une fièvre typhoïde. Dans un accès de délire violent, X... a tué un de ses voisins en lui fracturant le crâne. Bientôt la prostration a succédé au délire ; une large escharre s'est développée au sacrum à partir de la troisième semaine ; enfin une congestion pulmonaire intense paraît avoir hâté la mort qui est arrivée le sept janvier.

Nous appelons l'attention sur une complication qui s'est montrée seulement dans les derniers jours. L'avant-veille de la mort, nous avons remarqué en auscultant le malade, une petite tumeur pré-sternale, fluctuante, peu douloureuse. Le malade qui répond encore aux questions, ne s'en est pas plaint. Le lendemain, la tumeur est beaucoup plus volumineuse, elle s'étend surtout vers la droite dans l'épaisseur des pectoraux et forme dans cette région une saillie appréciable à la vue. La main sent sur le bord inférieur du grand pectoral une crépitation fine qui se répète à chaque compression et qui ne peut se rattacher qu'à une infiltration des tissus par des gaz. En même temps on voit, sous l'influence des mouvements respiratoires, la première pièce du sternum passer successivement en avant, puis en arrière de la seconde ; les deux extrémités osseuses frottent l'une sur l'autre et donnent la sensation du craquement articulaire de l'arthrite sèche. Le malade succombe avec des râles bronchiques et trachéaux, une cyanose très-prononcée.

Autopsie.— Les plaques de Peyer sont pigmentées, noirâtres; il ne reste qu'une ulcération au voisinage du cœcum. Les *poumons* sont fortement congestionnés aux bords.

L'escharre au sacrum présente de larges décollements de la peau vers la région fessière. *Rien* de remarquable dans les autres organes. Les lésions sternales doivent surtout nous occuper. Nous avons enlevé les poumons avec le sternum, de manière à ménager les adhérences antérieures. En effet, les bords des poumons restent attachés au sternum. Ces adhérences se détachent facilement : il n'y a aucune communication entre les bronches et le foyer de suppuration. L'emphysème observé durant la vie était spontané. — Le foyer s'étend de chaque côté à 7 ou 8 centimètres de la ligne médiane, plus large à droite qu'à gauche. — La poignée est complétement séparée du corps du sternum ; les surfaces articulaires sont dénudées, mais sur les faces antérieure et postérieure, le périoste reste adhérent au-dessus et au-dessous de l'articulation, le foyer n'a pas de diverticulum du côté du médiastin.

RÉFLEXIONS.— Durant la vie du malade, en découvrant la tumeur nous avions pensé d'abord qu'il s'agissait là d'une hémorrhagie dans les couches sous-cutanées, provoquée peut-être par l'application de ventouses sèches sur la poitrine. Mais les lésions articulaires, la rapidité de développement de ces lésions nous a porté ensuite à croire que nous avions affaire à un accident lié à la septicémie et ayant son siége primitif dans l'articulation.

Quoi qu'il en soit l'articulation sternale supérieure est rarement atteinte d'inflammation aiguë. Nous avons recherché dans les traités classiques, et dans quelques monographies sur les complications de la fièvre typhoïde sans rien trouver qui s'y rattache. Cette observation démontrerait que l'articulation sternale inférieure, décrite par Maisonneuve, en 1842, peut être dans la septicémie, le siége d'accidents qui rappellent ceux qu'on observe si souvent dans les diarthroses.

M. MOUTARD-MARTIN présente un cas de thrombose artérielle survenue dans le cours d'un cancer de l'utérus. La thrombose siégeait dans l'artère radiale et dans l'humérale.

Rétrécissement de l'œsophage. Gastrotomie ; par M. LEDENTU.

M. LEDENTU présente des pièces relatives à un cas de gastrotomie pratiquée à la suite d'un retrécissement de l'œsophage consécutif à l'ingestion d'ammoniaque. Après avoir employé sans succès divers traitements, M. Ledentu s'est décidé à pratiquer la gastrotomie. Au moment où l'opération a été pratiquée le malade était extrêmement affaibli. Sa température était au-dessous de la normale.

M. Verneuil attire l'attention sur l'état d'hypothermie que présentait le malade au moment où il a été opéré. Cet état est toujours des plus fâcheux: il crée des conditions d'imminence morbide qui augmentent de beaucoup la gravité des opérations. Aussi conviendrait-il désormais dans des cas analogues de pratiquer la gastrotomie avant que l'inanition ait amené l'abaissement de température.

M. KIRMISSON présente des pièces relatives à un cas d'anévrysme faux primitif du creux poplité, consécutif à une rupture traumatique de l'artère poplitée.

© BIU Santé

Epithélioma pavimenteux lobulé du pied. — Amputation ; par L. Cruet, interne des hôpitaux.

Le nommé Lamy, Elie, âgé de 57 ans, jardinier, entre le 18 décembre 1874 dans le service de M. Alphonse Guérin, à l'Hôtel-Dieu. Cet homme est atteint, depuis longtemps déjà, d'une affection ulcéreuse du pied droit, qu'il n'est pas très-difficile de reconnaître à première vue pour un épithélioma. Voici ce que le malade raconte sur les débuts et la marche de son affection : il y a trois ans environ, il vit se développer, à la plante de son pied droit, en avant du talon, une sorte de durillon, assez semblable à celui qui se produit au début du mal perforant. Il enleva lui-même ce durillon, devenu une gêne pour la marche, et le derme se trouva mis à nu ; un bourgeon charnu se développa, devint saillant, assez douloureux pour que le malade en pratiquât l'excision à l'aide d'un rasoir, pensant ainsi supprimer le mal ; mais à partir de ce moment, celui-ci ne fit que s'étendre davantage sans que notre homme songeât d'ailleurs à réclamer les soins d'un médecin. Pendant plus de deux ans, il se contenta d'appliquer chaque jour de l'onguent canet, conseillé par un voisin, sur la partie de son pied atteinte par l'ulcération ; d'après lui, cependant, ce ne serait que dans les deux ou trois mois qui ont précédé son entrée à l'hôpital que le mal aurait fait des progrès aussi rapides et totalement empêché la marche. Quoi qu'il en soit, on peut aujourd'hui constater l'état suivant : Disons tout de suite que, sur les deux pieds, on remarque une déformation considérable, caractérisée à gauche par des cicatrices nombreuses sur les faces dorsale et plantaire du pied, amenant l'attitude vicieuse des orteils ; et à droite par la disparition complète des phalanges ; tout cela produit par une brûlure à l'âge de 6 mois. La tumeur que nous avons à décrire s'est donc développée, selon toute apparence, sur un tissu de cicatrice à la plante du pied droit. Rien dans les antécédents héréditaires du malade. La tumeur occupe toute la plante du pied qu'elle creuse, y compris le talon, et déborde de tous côtés sur la face dorsale du pied et en arrière en formant des bourrelets saillants. La surface de la tumeur est parsemée de nombreux bourgeons, et offre l'aspect granulé ; les bourgeons rouges par place, grisâtres ou noirs en d'autres endroits, saignant avec facilité et friables, donnent lieu à une suppuration fétide. La douleur est modérée et n'a jamais été très-vive, ce sont de petits élancements qui surviennent de temps en temps et irrégulièrement. L'examen du système lymphatique du membre présente une grande importance : à la partie supérieure et externe du creux poplité, assez profondément, on sent un ganglion dur, gros comme une petite noix, mobile et bien nettement limité ; au pli de l'aine, à la partie inférieure du triangle de Scarpa, trois ou quatre ganglions, gros comme des noisettes, mais moins durs et plus aplatis. L'état général du malade est assez satisfaisant ; tous les organes thoraciques et abdominaux sont en bon état ; cependant l'embonpoint a diminué avec l'appétit, la figure du malade prend une mauvaise teinte ; et il semble évident qu'au point où en est la tumeur, la cachexie ne tarderait pas à apparaître. Tel est l'état du malade constaté au moment de son entrée, état qui persiste en s'aggravant.

Dans les premiers jours de janvier, M. Marchand, qui supplée M. Guérin, se décide pour l'amputation du membre et la pratique le 15 à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la jambe, en employant la méthode circulaire. En même temps, le ganglion poplité, que nous avons signalé est extirpé en totalité ; tout le membre est ensuite placé sous le pansement ouaté. Mais laissons là le malade.

Une coupe médiane antéro-postérieure, faite sur le pied amputé, montre la profondeur de la tumeur, l'état des parties molles et des os. Toutes les parties molles du pied, à l'exception d'une légère couche de tissu fibro-graisseux sous-jacente aux os de la voûte plantaire, sont envahis par le tissu pathologique. La surface de section de ce tissu est grisâtre, sa consistance variable suivant les points. Tous les os du tarse sont ramollis et graisseux, au point de se laisser couper sans difficulté par un mauvais couteau d'amphithéâtre ; les os de la jambe même sont ramollis et jaunâtres dans le tiers inférieur. Le ganglion enlevé du creux poplité est dur, dense à la coupe, mais on ne saurait affirmer s'il est atteint d'engorgement simple ou envahi par les éléments cancéreux.

L'*examen histologique*, fait par mon collègue Déjerine, au laboratoire de M. Vulpian, confirme pleinement le diagnostic clinique : il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé, qui pourrait servir de type à la description de cette variété de tumeur. Celle-ci est remarquable en outre par le volume des globes épidermiques qu'on pouvait voir à l'œil nu, et qui, examinés au microscope, laissaient admirablement voir les cellules épidermiques, avec leur disposition concentrique et leur apparence feuilletée.

Cyanose congénitale. — Perforation de la cloison interventriculaire avec rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire ; par Cossy, interne.

Datel, Constant, âgé de 20 ans, sculpteur en bois, entre à l'hôpital le 24 août 1872. Aucun antécédent de famille. Le malade se rappelle avoir eu des battements de cœur depuis sa plus tendre enfance, battements de cœur qui ne le gênaient pas, dit-il. De tout temps aussi il a eu une coloration violacée de la face et des extrémités ; laquelle, presque nulle le matin, devenait plus marquée le soir ou lorsqu'il se livrait à un travail quelconque. Enfin, il a toujours eu, lorsqu'il se fatiguait, de l'oppression, peu marquée il est vrai, qui était accompagnée par des battements de cœur.

Jamais de rhumatisme, ni d'attaques de nerfs. A 2 ans il a eu une dothiénenthérie. En somme, jusqu'à cette année il a toujours bien pu travailler, vivant comme tout le monde, et disant s'être toujours bien porté, à part ces battements de cœur et cette oppression, qui ne paraissent le gêner que médiocrement. Le 1er janvier 1877, en allant chercher du lait il s'est foulé le pied gauche et au bout de quelques heures est apparue une enflure de ce pied qui, peu à peu, a gagné la jambe. Le même jour, l'autre pied s'est enflé et au bout de quelque temps les deux membres inférieurs présentaient une œdème très-considérable. Quinze jours après, la main gauche est également prise d'œdème, et un mois après, le bras droit. (Il affirme que ni la main, ni l'avant-bras droit n'ont été œdématiés.) En même temps que l'œdème il a été pris de toux et paraît avoir eu trois accès de bronchite depuis le 1er janvier.

Depuis le 1er janvier les battements de cœur ne sont pas devenus plus forts ; l'aspect de la face ne s'est pas modifié ; l'œdème a persisté stationnaire aux membres inférieurs et au bras droit.

Etat actuel, 25 avril 1877. — La face est légèrement bouffie et d'une façon uniforme. Les joues et les lèvres violacées. Les parties latérales du cou sont animées de battements au niveau du bord interne du sterno-mastoïdien. Les battements s'observent aussi au niveau du creux sus-sternal, et d'autres très-forts au creux épigastrique. La poitrine est bombée d'une façon tout à fait anormale, le sternum paraissant plié en deux et formant un angle assez prononcé à convexité antérieure.

La partie inférieure du sternum paraît atrophiée ou manquer. L'épine dorsale est bien conformée — on n'observe pas d'autre anomalie du côté du système osseux. — Le malade ne paraît pas avoir eu de rachitisme, il porte au-dessous de l'œil gauche une verrue de couleur violacée. On remarque sur la partie supérieure de la paroi thoracique antérieure des arborisations veineuses en assez grand nombre, s'étendant jusqu'aux épaules et au-delà ; paraissant également développées des deux côtés.

On observe un œdème assez prononcé des membres inférieurs et du membre supérieur gauche. Le membre supérieur droit n'est nullement œdématié. Les extrémités des doigts sont recourbées et les ongles très-remarquablement hippocratiques. Il n'y a pas d'œdème des parties génitales ni des parois abdominales — pas d'ascite.

Le foie est très-volumineux et descend environ à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes — Rien du côté de la rate. La respiration se fait bien entendre des deux côtés de la poitrine ; elle est soufflante aux deux sommets en arrière, mais sans aucune espèce de râles. En somme les poumons et

© BIU Santé

les plèvres paraissent parfaitement sains, malgré le caractère soufflant de la respiration aux deux sommets. Le malade ne tousse pas quand il est debout, mais beaucoup au contraire quand il est couché. Pas d'épanchement thoracique. Cette toux si fréquente la nuit n'existe que depuis 5 jours. Il n'a jamais eu de crachements de sang. Le malade a bon appétit, ne vomit pas, fonctions digestives normales. Albuminurie abondante, pas de douleurs de reins, ni de troubles visuels. Il voit bien, entend bien, fonctions intellectuelles intactes. Les deux pouls sont petits, très-faibles, réguliers synchrones.

Cœur. — *Inspection* : Le creux épigastrique est animé par des battements très-forts. *Palpation* : permet de sentir à ce niveau les battements du cœur dont le maximum de netteté est au niveau de l'appendice xyphoïde. La main, appliquée au dessous et en dedans du mamelon, perçoit ces chocs, mais beaucoup moins nets, et de plus, comme un frémissement doux. La *matité* du cœur ne dépasse en bas le mamelon que d'un ou deux travers de doigt. Elle paraît un peu plus étendue transversalement du côté droit ; au-dessus du mamelon elle est normale. La percussion d'ailleurs est rendue très-difficile par la conformation de la poitrine. A l'*auscultation*, on entend à la pointe, au niveau du mamelon et au niveau du creux épigastrique un double bruit de souffle très-fort, masquant complètement les bruits du cœur. Un souffle analogue, de même force et de même timbre, mais simple, existe à la base, au niveau du maximum des bruits de l'artère pulmonaire ; il se prolonge pendant toute la révolution cardiaque et masque complètement les bruits valvulaires. Lorsqu'on approche de l'orifice aortique, le souffle diminue de plus en plus et l'on recommence à entendre les bruits normaux du cœur, lorsqu'on porte son oreille au niveau et à droite de ce point maximum des bruits aortiques.

Vaisseaux du cou. — A l'auscultation, on n'entend pas de souffle, mais la propagation des battements du cœur.

M. Chauffard diagnostique : *Rétrécissement congénial de l'artère pulmonaire.* Le malade est mis au régime lacté intégral et prend 2 grammes de calomel.

1er *mai.* Le foie a diminué de volume.

6 *juillet.* L'état général est le même. La cyanose paraît plus prononcée qu'au moment de l'entrée. — L'œdème a complètement disparu des membres supérieurs et a bien diminué aux inférieurs. Le malade prend toujours le régime lacté sans dégoût.

7 *juillet.* Calomel et jalap, 1 gramme de chaque.

16 *juillet.* Le foie est très-diminué de volume. — L'œdème a complètement disparu. — La teinte bleuâtre persiste et les signes physiques ne sont pas modifiés. Le malade se sent bien et part pour Vincennes.

25 *juillet.* Le malade revient de Vincennes très-fatigué. L'œdème est très-considérable aux deux membres inférieurs et au membre supérieur gauche, surtout à l'avant-bras et à la main. Le malade tousse beaucoup, surtout la nuit et présente les mêmes signes physiques. Il est remis au régime lacté et prend de nouveau : Jalap et Calomel, 1 gramme.

1er *août.* L'œdème des membres supérieur et inférieurs est fort diminué. — Il disparaît complètement. — Mais le malade est très-étouffé ; parfois il a presque de l'orthopnée. — La cyanose est fort prononcée. — Le malade, très-fatigué, se lève fort peu. Mêmes souffles cardiaques. — Les jours suivants le malade va progressivement s'affaiblissant. — Les œdèmes reparaissent. — Il ne quitte bientôt plus son lit. Il meurt le 24 août à 5 heures du soir.

Autopsie. Pratiquée le 26 août à 10 heures du matin, 40 heures après la mort. Cavité thoracique : Le cœur est couché horizontalement sur le diaphragme. — La pointe répond au 6e espace intercostal. Le cœur est hypertrophié dans toute son étendue. — Les oreillettes sont énormes, les parois des ventricules paraissent fort épaissies. Les oreillettes ont leur cloison normale sans persistance du trou de Botal. — Mais à la partie supérieure de la cloison de séparation des ventricules existe un large orifice faisait communiquer les deux cœurs. — Il s'ouvre dans le ventricule droit, au niveau de l'infundibulum, de sorte que le sang peut passer presque directement du ventricule gauche dans l'artère pulmonaire. L'artère pulmonaire est très-remarquablement rétrécie et les valvules épaissies, rigides, rugueuses, laissent entre elles un intervalle à travers lequel l'on pourrait à peine faire passer un tuyau de plume. Le tronc de l'artère pulmonaire est aussi considérablement rétréci à son origine, mais plus haut, il reprend son calibre normal. L'aorte est normale. — Le canal artériel, réduit à un cordon fibreux imperforé long de 2 centimètres va de l'artère pulmonaire au niveau de sa bifurcation jusqu'à la sous-clavière gauche. Le *péricarde* est sain. Les *poumons* sont légèrement congestionnés et ne renferment pas de tubercules. Le *foie* est de volume normal. Il est brun-muscade et fort résistant à la coupe. La *rate* est dure, noire, volumineuse, Le *cerveau* est sain.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 avril. — Présidence de M. Guyon.

Lésions osseuses de la syphilis chez un enfant de 4 ans. M. Lannelongue présente à la Société des pièces anatomiques recueillies sur un enfant de 4 ans, qui a succombé dans son service à l'hôpital Sainte-Eugénie. Il s'agit de lésions osseuses multiples et variées, ayant pour cause principale la syphilis. Le père avait eu la syphilis un an avant la naissance de l'enfant. Sur le compte de la mère, on n'avait que des renseignements incomplets. L'enfant était entré à l'hôpital pour un phlegmon de la partie interne du genou, il avait en même temps des manifestations de la syphilis sur la peau et les muqueuses ; il est mort des suites d'une diphthérie contractée dans les salles.

A l'autopsie, les deux tibias et le maxillaire inférieur présentaient plusieurs altérations : d'une part, des productions osseuses nouvelles, de véritables exostoses en différents points des épiphyses ; d'autre part, des suppurations intra-osseuses. Sur le tibia gauche, l'abcès s'était ouvert à l'extérieur, et c'est ce qui avait provoqué le phlegmon du genou, constaté au moment de l'entrée de l'enfant à Sainte-Eugénie. Au centre de l'épiphyse supérieure de cet os, on trouvait une cavité purulente, qui empiétait sur la diaphyse, le cartilage épiphysaire ayant été totalement détruit. Le tubercule de Gerdy, placé en avant, était mobile ; la cavité osseuse était déjà en voie de réparation.

Un abcès analogue occupait la partie supérieure de la branche montante de la mâchoire ; pendant la vie, cet abcès avait produit une fracture spontanée.

« Je soutiens, dit en terminant M. Lannelongue, que, à part d'autres accidents syphilitiques du nez et de la peau qui, chez cet enfant, devaient mettre sur la voie du diagnostic, la forme des lésions osseuses se présentait sous des apparences qui n'auraient pas révélé leur nature, quand l'enfant fut amené à l'hôpital. Ainsi la lésion du tibia, qui avait suppuré, ne pouvait donner l'idée que d'une ostéopériostite ordinaire. Pourtant la présence d'une lésion osseuse analogue du côté de la mâchoire, eût pu attirer l'attention sur la syphilis. Mais d'autres altérations, et en particulier, une ulcération profonde, occupant la sous-cloison, et arrivant sous le lobule du nez, constituaient de meilleures raisons encore. Le diagnostic avait été bien posé, et l'autopsie l'a pleinement confirmé. »

M. Guéniot rappelle, au sujet de la communication de M. Lannelongue, qu'il a apporté, en 1869, à la Société de chirurgie, la première observation de suppuration diaphysaire des os dans la syphilis, mais sans rattacher ces lésions à la syphilis. Dans cette observation, toutes les extrémités diaphysaires étaient atteintes, sauf les extrémités supérieures des deux os de l'avant-bras. Une rondelle de pus séparait la diaphyse de l'épiphyse. Plus tard, M. Parrot a observé plusieurs faits analogues, et il en a donné une interprétation, que tout le monde admet aujourd'hui. Dans tous les cas, les lésions osseuses de la syphilis infantile sont toujours multiples.

Hydarthrose intermittente périodique. — M. Panas complète la communication qu'il avait faite à la séance précédente, sur sa malade atteinte d'hydarthrose double intermittente à forme périodique. Il a consulté la thèse de M. Rejoux (1877), qui

© BIU Santé

contient quatre cas à peu près analogues, en y comprenant l'observation de sa propre malade, qui avait été soignée d'abord à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Constantin Paul. M. Panas a soumis ces quatre observations à une analyse minutieuse, essayant d'esquisser avec ces minces données, une histoire de la maladie. Naturellement, cette histoire laisse beaucoup de points dans le vague; mais elle servira toujours de point de départ à des études nouvelles.

Deux fois sur quatre, l'état puerpéral paraît avoir exercé une certaine influence sur l'apparition de l'hydarthrose. Dans toutes les observations, les malades avaient différentes manifestations du rhumatisme ou de l'arthritisme : déviation du gros orteil, pieds plats, craquements dans les jointures, etc. C'est ainsi que chez la malade de M. Panas, qui n'a jamais eu de rhumatisme franc, on trouve des craquements dans toutes les articulations du pied, des doigts, du poignet et du coude. Les craquements subsistent même dans l'intervalle des attaques d'hydarthrose. En somme, M. Panas est porté à rattacher à l'arthritisme cette singulière affection.

M. Le Dentu donne de nouveaux détails sur le malade qu'il avait observé, en 1863, dans le service de Voillemier, à l'hôpital Saint-Louis. C'était un garçon de 23 ans, qui avait eu d'abord le genou droit malade. Philippe Boyer le soigna en 1856, à l'Hôtel-Dieu, et Robert lui fit trois ans plus tard, à Beaujon, des injections de teinture d'iode dans le genou. En 1863, le genou gauche était pris : l'évolution complète de l'hydarthrose se faisait en dix jours.

M. Trélat n'accepte pas la théorie de l'arthritisme invoquée par M. Panas. Il n'est pas rare de constater des craquements articulaires multiples, chez un individu atteint d'hydarthrose simple du genou. C'est plutôt la conséquence d'un état articulaire rhumatismal.

Névralgie des moignons. — M. Delens donne le résumé d'un travail sur la névralgie des moignons, dû à M. le docteur Chalot, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier. L'auteur a fait une analyse minutieuse de vingt-deux observations qu'il a trouvées consignées dans différents recueils, raconte fort longuement une observation personnelle, qui ressemble à une véritable odyssée. Après avoir passé en revue les nombreuses méthodes chirurgicales, qui ont été proposées pour combattre la névralgie des moignons, M. Chalot conclut en repoussant l'amputation simple, qui aboutirait à la reproduction de l'ancien moignon. A l'amputation il faut ajouter, selon lui, l'excision des nerfs dans la plaie, pour éloigner autant que possible de l'extrémité du moignon, les névromes qui se forment sur les nerfs excités. Ch. Avezou.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 22 mars 1878. — Présidence de M. Labric.

M. Libermann lit une observation d'*éléphantiasis syphilitique* de la jambe. Cette lésion présentait tous les caractères de l'éléphantiasis des Arabes, mais en constatant l'existence d'antécédents syphilitiques chez le malade, M. Libermann institua un traitement anti-syphilitique (Traitement mixte) énergique, et la guérison fut complète dans l'espace de trois mois.

M. Lereboullet présente un malade pour lequel il porte, à défaut d'autre, le diagnostic d'*asphyxie locale de l'extrémité supérieure droite*. Ce malade, âgé de 22 ans, a été atteint l'âge de 21 ans, d'une impotence fonctionnelle du bras avec difficulté considérable dans l'abduction et l'élévation du bras, faiblesse musculaire sans paralysie vraie ni atrophie. Il existe aussi dans toute la sphère du plexus brachial une anesthésie presque complète avec analgésie absolue de la main et de l'avant-bras. Les parties anesthésiées sont notablement refroidies, et la différence de température entre la main droite et la main gauche, atteint même, à certains jours, 8° à 10°. — Les régions malades présentent une teinte d'un rouge violacé, avec plaques noirâtres, sans ulcérations; les phalangettes sont rouges, luisantes, peut-être un peu atrophiées. — Il n'existe aucun symptôme de lésion centrale, aucune tumeur apparente comprimant les vaisseaux ou les nerfs, aucune trace de névrite.

M. J. Lucas-Championnière lit un travail sur l'*anesthésie obstétricale*. Chargé maintenant du service d'accouchement de l'hôpital Cochin, M. Lucas-Championnière peut réaliser la pensée qu'il avait depuis 12 ans à la suite d'une conversation avec Simpson, c'est-à-dire faire de l'anesthésie en obstétrique une application régulière et constante. Son travail actuel est basé sur une quarantaine d'observations (à l'exclusion des cas dans lesquels il y a eu une opération avec anesthésie complète).

Le but poursuivi dans cette méthode est de modifier les douleurs de telle façon que les souffrances ne soient plus ressenties, et cela sans déterminer la perte complète de la conscience. Ce résultat n'est pas toujours obtenu par le même procédé ni dans le même temps, mais l'action du chloroforme varie non-seulement suivant les dispositions individuelles, mais aussi avec la période du travail où l'anesthésie est entreprise. Il existe sous ce rapport de grandes variétés que l'on peut cependant rapporter à trois types :

1° Dans certains cas, et surtout si l'on commence de bonne heure, on donne quelques gouttes de chloroforme à respirer de temps en temps sur un mouchoir. La femme le porte elle-même à sa figure, elle respire au moment où elle sent la contraction; il survient un réel soulagement; la femme en travail sent à peine l'acuité de la douleur et continue la conversation. Elle arrive ainsi jusqu'à la dilatation complète, et l'accoucheur encore novice pour cette anesthésie, est averti par un appel plus pressant au chloroforme, que la tête est à la vulve.

Dans ces cas simples, mais en somme assez rares, la quantité de chloroforme employé est très-petite; il semble qu'on ait à peine entamé le flacon.

2° D'autres femmes, et surtout parmi celles qui n'ont commencé à prendre le chloroforme qu'après avoir souffert depuis une ou plusieurs heures, n'accusent de bien-être que lorsque le chloroforme a été donné un peu plus abondamment. Elles n'ont pas perdu connaissance, mais elles ont une tendance à l'assoupissement dont elles se rendent très-bien compte, et généralement dès que ce sentiment de torpeur s'efface, elles demandent avec instance de nouvelles inhalations de chloroforme. Dans l'intervalle, elles restent habituellement silencieuses. Mais il faut veiller à ne pas donner du chloroforme à des intervalles trop éloignés, parce que si on laissait une fois la vapeur du chloroforme se dissiper, il faudrait exagérer les doses pour revenir à une anesthésie suffisante. Avec cette précaution, on arrive ainsi jusqu'à la délivrance : les patientes s'agitent et témoignent qu'elles sentent les contractions, sans que la douleur soit trop forte.

3° Quelques femmes se montrent plus réfractaires encore : cela se voit tout particulièrement lorsque le travail est très-avancé, lorsque la poche des eaux est rompue depuis longtemps, lorsque l'utérus est dur et contracturé. Si on veut obtenir alors des phénomènes plus prononcés, on donnera d'emblée une proportion plus considérable de chloroforme, comme dans la méthode brutale de Simpson, et l'on poussera sans crainte jusqu'à ce que la femme soit complétement assoupie. Ce n'est pas encore l'anesthésie chirurgicale, c'est le sommeil qui précède souvent l'excitation; si on prend la peine de le prolonger pendant un quart d'heure ou vingt minutes, on pourra ensuite faire durer la demi-anesthésie jusqu'à la fin du travail.

En somme, et de quelque façon que les choses se passent, le résultat le plus évident de la demi-anesthésie est la suppression de la douleur, puis des phénomènes d'excitation qui l'accompagnent si communément. Quant aux contractions utérines, elles ne sont pas supprimées, mais elles sont régularisées; elles s'espacent et deviennent efficaces. En réalité, l'influence sur le travail est favorable, et d'ordinaire il marche rapidement, assez souvent même avec une rapidité surprenante. Il n'est jamais ralenti comme on l'a prétendu. L'enfant ne présente au moment de sa naissance aucun accident de stupeur. Les suites de couches sont bonnes et le relèvement des forces plus rapide que dans le cas où l'on a laissé souffrir la femme. En somme, cette anesthésie n'offre aucun danger, elle ne présente même pas d'inconvénients. Il est seulement un fait qu'il faut se rappeler : c'est que si l'on veut se maintenir à des doses faibles de chloroforme, il faut commencer avant que la femme ait beaucoup souffert.

© BIU Santé

M. Lucas-Championnière se demande s'il y a des contre-indications, et tout en admettant la chose comme probable, il croit qu'elles sont au moins très-rares. Au risque de passer pour émettre un paradoxe, il pense que l'existence d'une affection cardiaque, serait plutôt une indication de donner du chloroforme; en tout cas, il en a donné à des femmes atteintes d'affection cardiaque et s'en est très-bien trouvé; il l'a employé aussi avec avantage dans des cas d'affection pulmonaire graves, et en particulier chez une phthisique à la dernière période, et qui paraissait ne pouvoir arriver au terme de l'accouchement.

M. Bourdon demande à M. Lucas-Championnière s'il a fait usage du chloral. Quant à lui, il a eu recours à ce moyen avec les mêmes avantages que ceux que donne le chloroforme.

M. Proust présente un malade chez lequel on constate encore les traces d'une *paralysie du bras gauche* qui paraît pouvoir être rattachée à une lésion artérielle (*artérite syphilitique*?) Cet homme, âgé de 49 ans, a été pris subitement, il y a quatre mois, d'une douleur vive dans le bras gauche, douleur bientôt suivie d'une perte des mouvements du membre. La douleur n'a pas tardé à disparaître, mais le membre est resté paralysé. La sensibilité était aussi abolie, particulièrement dans la zone du nerf radial, M. Proust constata, en outre, que le membre était pâle, refroidi, manifestement atrophié (ainsi qu'on peut en juger par la mensuration comparative des deux bras); la peau et les ongles présentaient des troubles trophiques (*Glossy skin*); enfin, il était impossible de retrouver aucune trace de pulsations dans les artères du membre, y compris l'artère axillaire.

Le malade avait déjà eu, il y a un an, quelques accidents fugaces de paralysie dans ce membre; l'idée d'une embolie fut écartée en raison de ce fait, et comme on retrouvait des antécédents syphilitiques non douteux, M. Proust pensa que l'on devait admettre plutôt une artérite syphilitique, analogue à celles qui ont été décrites dans les artères du cerveau.

Le malade fut soumis au traitement mixte et à l'électrisation du membre. Aujourd'hui la paralysie a presque complétement disparu; la circulation s'est en partie rétablie, et le pouls radial, bien que confus encore sous le doigt, donne cependant un tracé sphygmographique.

En réponse à l'opinion de quelques membres de la Société, qui seraient plus disposés à considérer ce malade comme simplement hémiplégique, M. Proust ajoute que ce n'est pas, en tout cas, une hémiplégie ordinaire, et qu'il faut bien tenir quelque compte de l'obstruction ou du moins du rétrécissement des artères du membre.

M. Proust présente le *cerveau d'un homme amputé* autrefois du bras, et chez lequel la circonvolution frontale ascendante paraît un peu moins volumineuse que celle de l'autre côté.

M. Dujardin-Beaumetz, à propos de cette communication, dit qu'il se propose de montrer, dans une prochaine séance, le cerveau d'un vieillard qui possédait encore tous ses membres, et qui n'en présentait pas moins une dépression très-accentuée de la circonvolution pariétale ascendante. Les faits de ce genre seraient peut-être plus communs, si on les cherchait plus souvent. A. S.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. Précis de médecine judiciaire; par le dr Lacassagne, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Lauwereyns, lib.-éditeur.

II. De l'avortement au point de vue médico-légal; par T. Gallard. J.-B. Baillière, lib.-éditeur.

III. Société de médecine légale de France. Bulletin de l'année 1877.

IV. Réfutation des rapports affirmatifs du dr Bergeron; par le dr Dresch. Octave Doin, éditeur, 1877.

V. Simulation d'un hypospadias: outrage à la pudeur.

I. Dans un petit volume contenant moins de 600 pages, M. Lacassagne expose d'une façon assez complète toutes les questions relatives à la médecine judiciaire. Les discussions les plus récentes y sont relatées, discutées sommairement; des chapitres nouveaux sont ajoutés, qui n'ont pas encore place dans les livres classiques: ainsi la mort par la chaleur et par le froid extérieur, par inanition, les accidents causés par les anesthésiques.

Le livre de M. Lacassagne étant lui-même un résumé, nous ne pouvons qu'en indiquer les traits principaux. Après avoir tracé les droits et les obligations du médecin dans la société et devant la justice, l'auteur expose, dans une première partie, les questions relatives à la personne vivante ou au cadavre, questions qui se rencontrent dans toute procédure; c'est pour ainsi dire la médecine judiciaire générale.

Dans une seconde partie, sont étudiés les attentats contre la personne; ils forment trois chapitres distincts: les coups et blessures, les asphyxies et empoisonnements, les questions relatives à l'instinct sexuel et aux fonctions de reproduction. Notons quelques passages nouveaux et instructifs. A propos de l'empoisonnement par le cuivre, M. Lacassagne donne les conclusions formulées par M. Galippe, en disant qu'elles ont été contestées par Laborde, mais sans donner lui-même une appréciation personnelle. Ces conclusions sont les suivantes: « 1° Pour nous, sauf peut-être le cas de suicide, l'empoisonnement aigu par les composés de cuivre ne doit pas être réalisable, tant en raison de la saveur horrible de ces composés que de leurs propriétés émétiques énergiques qui suffisent à faire évacuer le toxique; 2° Quant à la possibilité de l'empoisonnement lent, nous n'y croyons pas, car il ressort des expériences de M. Bourneville et des nôtres qu'à petites doses, la tolérance s'établit sans influence fâcheuse sur la santé. »

L'auteur restreint aussi quelque peu la signification des taches de Tardieu comme signes de la mort par suffocation; c'est ainsi qu'on les a rencontrées sur des enfants certainement mort-nés, et chez des fœtus morts pendant des accouchements laborieux et même chez des enfants qui, dans ces conditions, succombent quelques heures ou quelques jours après la naissance. De plus, le docteur Caussé a démontré que l'absence de ligature du cordon ombilical empêche toute congestion interne de se produire, et qu'alors même dans des cas de suffocation bien évidente, il peut ne pas exister de taches sous-pleurales.

Tous les auteurs, et Tardieu en particulier, donnent une grande importance à ce fait, l'apparition et le volume du point d'ossification de l'épiphyse inférieure des fémurs au moment de la naissance. Selon M. Lacassagne, ce signe n'a qu'une valeur restreinte pour déterminer l'âge du fœtus, car ce point d'ossification peut se rencontrer chez des fœtus non à terme et manquer chez des enfants nés à terme.

Notons encore à propos de l'avortement, l'exposition des idées de M. Gallard et celles de M. le docteur Charpentier, sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure.

En résumé, le livre de M. Lacassagne est un bon manuel, ordonné avec méthode, exposant avec clarté l'état actuel de la science; inutile d'ajouter que, comme tous les manuels, il ne saurait tenir lieu de livres plus détaillés, et, en particulier, des monographies de Tardieu que le médecin légiste fera toujours bien d'avoir à sa disposition.

II. M. Gallard, étudiant l'avortement au point de vue médico-légal, expose d'abord avec clarté l'état actuel de la science empruntant beaucoup à la monographie de Tardieu; il insiste ensuite sur deux signes non signalés, mais qui lui paraissent dignes d'attention: ce sont, d'une part, les ecchymoses que l'on rencontre au fond du vagin à la suite d'un traumatisme exercé dans cette région; d'autre part, la déchirure des membranes de l'œuf dans les avortements qui ont lieu avant la fin du troisième mois de la grossesse. Disons de suite que ces signes sont encore controversés et que le médecin légiste ne devrait pas se baser sur leur présence pour affirmer un avortement criminel; les ecchymoses vaginales peuvent être dues en effet, rarement il est vrai, à une manœuvre médicale; d'autre part, le fait de la rupture des membranes ou de l'expulsion de l'embryon en deux temps, entre six semaines et trois mois, n'implique nullement l'idée d'avortement criminel. Telle est, du moins, la conclusion d'un travail de M. Charpentier sur ce sujet. Il n'en est pas moins utile de noter tous ces faits avec soin; on pourra peut-être alors bientôt fixer définitivement leur valeur médico légale.

III. Les annales de la *Société de médecine légale de France*

© BIU Santé

pour l'année 1877 contiennent quelques rapports et quelques faits intéressants. Notons d'abord un rapport de M. Polaillon sur un cas de viabilité, et l'exposé de matériaux pour servir à l'histoire des ecchymoses pleurales, péricardiques, etc., par le Dr Pinard. De son travail, l'auteur tire les conclusions suivantes : 1° que les ecchymoses se rencontrent tout aussi bien chez des fœtus morts, par suite d'arrêt de la circulation que chez les enfants morts par suffocation ; 2° que les cas dans lesquels on rencontre ces ecchymoses sur des fœtus morts avant la naissance ne sont pas si exceptionnels que paraît le croire M. Tardieu ; 3° enfin que chez des enfants morts quelques jours ou quelques heures après la naissance, par le fait même des conditions dans lesquelles ils se sont trouvés pendant le travail, on peut rencontrer avec des poumons pénétrés complètement par l'air, des taches ecchymotiques siégeant sur les poumons, le péricarde, le thymus, etc. Vient ensuite une note sur un cas d'empoisonnement par l'ammoniaque liquide chez une femme enceinte, par le Dr Français, et un remarquable projet de réforme du tarif des frais judiciaires en matière de médecine légale, par le Dr Penard. L'auteur fait sans peine remarquer ce que présente de dérisoire le tarif actuel, et appelle sur ce sujet l'attention de nos médecins législateurs. Signalons, sans pouvoir nous y arrêter, un rapport de MM. Emile et Paul Horteloup sur un cas de transmission de la syphilis d'un nourrisson à sa nourrice, et un autre de M. Devergie, sur une affaire de remède secret (pilules Crosnier).

Dans ce volume se trouvent relatés les faits de MM. Gallard et Leblond sur l'accouchement en un ou deux temps, le rapport de M. Charpentier sur le même sujet et la discussion qui a suivi ; nous avons noté précédemment les idées mises en avant par ces honorables confrères ; ajoutons que la Société réunie n'a pas voulu voter sur les conclusions de ces intéressants travaux, et qu'elle a mis aux voix et adopté l'ajournement. Si nous signalons encore un rapport de M. Motet sur un attentat à la pudeur avec responsabilité atténuée par suite de l'état mental du prévenu, et un autre de M. Demange sur les aliénés dangereux, nous aurons à peu près indiqué les principales questions abordées par la Société de médecine légale pendant l'année 1877.

IV. A propos d'une affaire criminelle qui est venue se dérouler devant la cour d'assises de l'Ariége, deux médecins, chargés de l'autopsie de la victime, avaient déclaré que la mort paraissait avoir été causée par une hémorrhagie cérébrale. Une consultation fut demandée à M. Bergeron qui, d'après l'exposé des faits et les dépositions des témoins, et quoique l'analyse chimique donnât un résultat négatif, se crut autorisé à affirmer l'empoisonnement par la strychnine. Nous ne voulons prendre parti ni pour l'un, ni pour l'autre de ces honorables médecins légistes ; avouons seulement que les faits venant corroborer l'opinion des médecins de l'Ariége, sont exposés avec vigueur par M. Dresch, et que, pour notre compte, nous n'oserions, sans avoir pratiqué l'autopsie et sans avoir trouvé le poison, être aussi affirmatif que l'a été M. Bergeron.

V. S. M..., âgé de 26 ans 1/2, arrêté sous la prévention d'escroquerie et d'outrage public à la pudeur, n'avait d'autre moyen d'existence que l'exhibition d'une prétendue infirmité ; M... disait que dans l'acte de la conception, une chaîne en or et une croix, *que sa mère avait cachées dans ses parties génitales*, avaient été enfoncées dans l'utérus et s'étaient, depuis, incorporées en lui : grâce à cette fable aussi singulière que peu physiologique, il montrait une chaîne sortant en partie par le canal de l'urèthre en avant, se reliant à une croix près de la racine de la verge, et pendant au-devant des bourses : il distribuait à l'appui de petites images représentant un phallus et le reste enrichis d'une croix dorée du plus bel effet. — Un grand nombre de curieux vinrent visiter cet homme, qui paraissait du reste protégé par certaines autorisations restrictives qui ne font guère honneur à ce mode particulier d'administration que nous n'envions pas à l'Algérie.

Soumis à une expertise médico-légale, ce magnifique escroc a présenté l'état suivant : La verge est atteinte d'un phimosis congénital ; à la base du pénis existe une bande cicatricielle de 12 millimètres de large, occupant toute la circonférence de l'organe.

Cette cicatrice, au niveau du canal de l'urèthre, offre une fistule à bourgeons charnus, fongueux et indurés, au milieu desquels se trouve une croix en or de 33 millimètres sur 22, reliée à une chaîne de même métal et descendant par deux extrémités libres et inégales sur le scrotum : l'urine sort par cette plaie sans passer par le méat. La croix est disposée de telle sorte que les quatre extrémités des branches sont cachées dans les chairs, la supérieure et l'inférieure dans le canal même, les latérales sous des bourgeons charnus nouveaux ; ce bijou est émaillé d'améthystes de 4 millim. de diamètre ; une autre chaîne, plus fine sort en avant par le méat.

Ces deux chaînes étaient unies entre elles par un système de nœud coulant, on put cependant extraire successivement la croix et ses attaches sans faire de débridements. — Dans la même séance on extrayait encore de ce canal de l'urèthre : 1° Deux fragments d'os, l'un de 1 centim. 1/2 de long, sur 6 millim. de large, l'autre conique et de 1 centim. sur 2 centimètres ; 2° une anse de tasse à café en porcelaine, en forme d'S, longue de 46 millim. sur 6 de large !

On se rendit bien compte du mécanisme auquel se sujet avait dû recourir : une constriction circulaire de la verge par un lien, dont on voyait encore la trace, avait amené une rupture de l'urèthre et une fistule du pénis ; par l'orifice anormal la chaîne urèthrale avait pu être passée et fixer la croix ; les corps étrangers avaient été superposés à la chaîne. Peu de temps après l'extraction, cet incorrigible malade se mettait encore dans le canal deux cailloux et une perle de verre ; on fut alors réduit à l'isoler complètement et à le surveiller... jusqu'au jour où le tribunal le condamnait à six mois de prison pour escroquerie et outrage public à la pudeur.

G. PELTIER.

BIBLIOGRAPHIE

Handbuch der kriegschirurgischen Technik ; von F. Esmarch. — Hannover, 1877.

Ce livre, publié depuis quelques mois seulement et déjà très-répandu en Allemagne, est un résumé fort bien fait et très-clair des progrès et des perfectionnements introduits récemment dans le matériel des ambulances. L'auteur n'a pas eu l'intention d'écrire là un traité de chirurgie militaire, mais bien plutôt un manuel que le chirurgien peut rapidement consulter lorsqu'il est sur le champ de bataille. Le texte est aussi court que possible, et il y a un grand nombre de figures, de sorte qu'un rapide coup d'œil suffit pour fournir les renseignements dont on a besoin.

Il se compose de deux parties bien distinctes. La première contient une description rapide des divers appareils, objets de pansement, bandages, etc., mis en usage aujourd'hui dans la chirurgie de guerre. L'auteur nous dit un mot du pansement par occlusion dans lequel il semble faire rentrer le pansement ouaté dont il ne parle d'ailleurs qu'incidemment, ce qui n'a pas lieu de nous surprendre, le livre venant d'Allemagne. Il s'étend davantage sur le pansement Lister dont il est un fervent partisan ainsi que sur les pansements antiseptiques divers. — L'auteur préconise l'emploi d'écharpes triangulaires pouvant, comme le mouchoir de Mayor, remplacer tous les autres bandages, et il nous donne la manière de les appliquer sur les différents points du corps. — Nous trouvons aussi une énumération des diverses attelles employées soit chez les blessés, soit chez les opérés, ainsi que la description assez détaillée de l'application des bandages plâtrés sur les membres fracturés par des projectiles de guerre. — Malheureusement sur tous ces points l'auteur ne fait que décrire, il ne discute ni la valeur ni les indications des méthodes.

On peut dire que cette première partie du livre d'Esmarch est un manuel de petite chirurgie de champ de bataille. L'idée n'est certes pas neuve, mais ce qui fait le mérite de l'exécution, c'est d'une part, que les descriptions sont fort claires, accompagnées de figures, et pouvant être facilement comprises par tout le monde ; d'autre part, nous trouvons là les appareils et les procédés les plus récents. Toutes les fois que l'auteur le peut, il nous indique en outre comment, lors-

© BIU Santé

qu'on n'a pas l'appareil dont il parle à sa disposition, on peut y suppléer à l'aide de diverses substances faciles à trouver partout.

Le livre d'Esmarch, excellent pour les chirurgiens militaires, le sera surtout pour les chirurgiens habitués à la pratique civile et hospitalière, et obligés de faire, sans préparation aucune, de la chirurgie de guerre ; ils y apprendront peu de choses nouvelles, mais ils y trouveront une énumération de procédés et de manœuvres fort simples auxquelles on n'attache pas grande importance, quand on en lit la description dans sa chambre, mais qu'on est fort heureux de connaître sur le champ de bataille, alors qu'on n'a pas de longs loisirs pour réfléchir. — Ce livre sera encore plus utile aux personnes dénuées de toute connaissance chirurgicale qui voudront servir d'infirmiers volontaires dans les ambulances en temps de guerre ; elles pourront y apprendre rapidement, et sans ennui, tout ce qu'elles auront besoin de savoir pour remplir leurs fonctions.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, il est question des opérations que l'on a à pratiquer près du champ de bataille, ligature d'artères, amputations, résections, et quelques autres opérations moins importantes. Cette deuxième partie ne nous semble pas avoir grande utilité, car la description des diverses opérations est complétement inutile aux aides et aux infirmiers, et elle est faite d'une manière trop sommaire pour pouvoir servir aux chirurgiens. C'est là, d'ailleurs, un reproche que l'on pourrait adresser à la plupart des auteurs de médecine opératoire qui, dans leurs livres, ont voulu être concis et qui n'ont réussi qu'à être vagues. Tous les chirurgiens savent bien quelle voie il faut suivre à peu près pour arriver sur telle ou telle artère, mais ce qu'ils pourraient, à la rigueur, oublier, c'est la direction précise de la ligne d'opération, la position à donner au membre à opérer, la place que chirurgien doit prendre, les points de repère qu'il doit reconnaître successivement avant de mettre à nu l'artère, etc., etc., toutes choses précises, de première importance, qui ne peuvent pas se résumer, et que les memento de médecine opératoire, comme celui que nous donne Esmarch, omettent presque toujours.

A propos des divers procédés d'amputation, l'auteur émet une opinion qui est bien différente de celle que l'on professe en France aujourd'hui. En règle générale il donne la préférence aux deux procédés suivants : 1° Le procédé circulaire, soit en seul temps, c'est-à-dire avec section de la peau et des muscles jusqu'à l'os d'un seul coup, soit en deux temps, c'est-à-dire avec dissection d'une manchette cutanée; 2° Le procédé à lambeaux de peau, avec section circulaire des muscles faite à la base de ces lambeaux ? Au contraire, il regarde comme inférieur aux deux précédents le procédé à lambeaux musculaires, et il se base, pour cela, sur l'étendue de la plaie et sur la section oblique des vaisseaux sanguins. Le procédé à lambeaux cutanés avec circulaire des muscles qu'Esmarch recommande, et qui paraît mauvais *à priori*, semble être assez à la mode en ce moment à l'étranger ; depuis un an, je l'ai vu très-fréquemment employé par de jeunes chirurgiens anglais et allemands; je dois dire que, souvent aussi, dans ces cas, j'ai vu survenir de la gangrène des lambeaux.

Enfin, dans le court passage qu'il consacre aux indications des amputions et résections, Esmarch, se basant sur la difficulté qu'on a d'immobiliser suffisamment le membre blessé, se prononce pour l'amputation dans les cas de fracture de cuisse lorsque le blessé doit être transporté. On sait que la question est encore à l'étude, et qu'un certain nombre de chirurgiens, se prononcent aujourd'hui pour la conservation qui recrutera vraisemblablement un plus grand nombre de partisans, à mesure que l'on perfectionnera les appareils immobilisateurs et les moyens de transport des blessés.

G. MAUNOURY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. Séance du lundi 8 avril 1878. *Ordre du jour :* Elections de trois membres titulaires; — Rapport de M. Horteloup sur l'emploi du forceps par les officiers de santé;— Rapport de M. Duguet sur un cas de validité de testament; — Suite du rapport de M. Leroux sur les ecchymoses sous-pleurales; — Rapport de M. Mayet sur l'empoisonnement par l'arsenic, à propos d'une communication de M. Bardy-Delisle; — Suite de la discussion sur la crémation.

VARIA

Le Congrès international d'hygiène de Paris en 1878, avec le patronage du Gouvernement français.

Le Comité d'organisation nous fait parvenir les documents suivants, sur lesquels nous rappelons l'attention de nos lecteurs.

Paris, le 2 avril 1878.

Monsieur,

Au mois de septembre 1876, se tenait à Bruxelles un Congrès international d'Hygiène et de Sauvetage. Le mérite des promoteurs, le nombre considérable des adhérents, l'importance des questions soulevées et mises à l'étude attirèrent, sur cette réunion d'hommes de science, l'attention sympathique des gouvernements.

Ce serait ne pas répondre aux nécessités présentes que d'échelonner à de trop longs intervalles ces réunions où les grands problèmes de l'hygiène peuvent être discutés et résolus, et il semble indispensable d'établir une certaine continuité dans ces études collectives si on veut arriver à des résultats pratiques. Ainsi l'ont compris les organisateurs du *Congrès international d'Hygiène* qui aura lieu à Paris, lors de l'Exposition universelle, pendant la première quinzaine d'août, lorsqu'ils sont venus demander le concours du Gouvernement français.

Désireux de faire le plus hospitalier accueil aux savants étrangers, nous souhaitons qu'au Congrès de Paris toutes les opinions se fassent jour, toutes les questions utiles soient traitées ; mais, comme nos honorables précurseurs, nous avons pensé qu'il convient d'attirer spécialement l'attention sur un certain nombre de points qui nous paraissent d'un intérêt plus actuel et plus urgent. Nous croyons aussi que de pareilles discussions ne peuvent être fructueuses qu'à la condition de tenir compte de toutes les opinions scientifiques, et il nous a semblé nécessaire de faire appel aux médecins, aux chimistes, aux physiciens, aux météorologistes, aux pharmaciens, aux architectes, aux ingénieurs, aux vétérinaires, aux administrateurs, c'est-à-dire à tous les savants qui, par leurs travaux, leur situation ou leur compétence spéciale, concourrent à établir et à appliquer les règles de l'hygiène.

Vous recevrez donc prochainement le programme des questions avec le règlement et les détails d'organisation du Congrès.

Nous n'avons aujourd'hui d'autre but, Monsieur, que de vous annoncer le premier développement d'une œuvre à laquelle votre compétence et vos travaux vous appellent justement à prendre part.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Pour le Comité d'organisation,

Le président, Dr. GUBLER. — *Le président d'honneur,* Dr. BOUCHARDAT.

Le Secrétaire général, Dr. LIOUVILLE.

Dans sa séance du 31 mars, le Comité d'organisation a adopté le règlement général suivant :

I. — INSTITUTION ET BUT DU CONGRÈS.

Article 1er. — Un Congrès international d'Hygiène, avec le patronage du Gouvernement français, se tiendra à Paris, pendant la première quinzaine du mois d'août 1878 (1).

Art. 2. — Le but de ce Congrès est de réunir à Paris, au moment de l'Exposition universelle, les savants de tous les pays qui voudront discuter les questions se rattachant aux progrès de l'Hygiène.

Les Gouvernements, les Administrations, les Sociétés scientifiques, les Corporations, les Syndicats, etc., sont invités à prêter leur concours à cette œuvre et à s'y faire représenter par des délégués.

II. — TRAVAUX DU CONGRÈS.

Art. 3. — Le Comité d'organisation a résolu d'appeler particulièrement la discussion sur un certain nombre de questions dont le programme est annexé au présent règlement.

---

(1) Le jour de l'ouverture sera ultérieurement indiqué.

© BIU Santé

Pour chacune d'elles, un mémoire, fixant l'état actuel de la science, rédigé sous la direction du Comité et par des rapporteurs spéciaux, sera adressé à tous les adhérents, au moins un mois avant l'ouverture du Congrès.

Art. 4. — Néanmoins, d'autres questions intéressant l'Hygiène, pourront être soumises aux délibérations du Congrès. Les auteurs seront tenus d'envoyer leurs mémoires au moins un mois à l'avance ; le Comité d'organisation demeurera juge de l'opportunité de chacune de ces communications.

Art. 5. — Le Congrès tiendra deux séances par jour :

La première, de 9 heures à midi, sera consacrée à l'examen des questions laissées à l'initiative individuelle et visées par l'article précédent ; la seconde, de 2 heures à 5 heures, sera réservée à la discussion des questions proposées par le Comité d'organisation.

Art. 6. — Un discours, une lecture, ne pourront durer plus de quinze minutes, à moins que l'assemblée consultée, n'en décide autrement.

Art. 7. — Les travaux du Congrès seront recueillis et publiés par les soins du Comité d'organisation.

III. — Composition du Congrès.

Art. 8. — Le Congrès se compose de membres adhérents, nationaux et étrangers.

Art. 9. — Les membres adhérents nationaux seront soumis à une cotisation de 20 francs. Ils auront droit à toutes les publications du Congrès.

Art. 10. — Les membres adhérents étrangers seront admis sans cotisation à prendre part aux travaux du Congrès.

Questions désignées pour la discussion, conformément à l'article 3 du précédent chapitre :

1° *Hygiène des nouveau-nés.* — De la mortalité des enfants nouveaux-nés dans les différents pays. Des mesures à employer pour la faire diminuer. Secours de l'administration, services spéciaux pour les femmes en couches, fermes, nourrices, tours, etc. Rapporteurs : MM. J. Bergeron, Bertillon, Marjolin.

2° *De l'altération des cours d'eau.* — De leur corruption : 1° Par les produits industriels ; moyens à employer pour prévenir et combattre les conséquences de cette altération ; 2° Par les eaux d'égout ; utilisation des eaux d'égout par le procédé agricole. Rapporteurs : MM. Durand, Claye, Proust, Schlœsing.

3° *Hygiène alimentaire.* — Des produits alimentaires avariés ou falsifiés : 1° Des moyens pratiques qui peuvent permettre de constater le bon état des viandes de boucherie servant à l'alimentation des villes et des campagnes ; 2° De l'emploi de certaines substances pour la coloration des produits alimentaires et des dangers qui peuvent en résulter pour la santé publique. Rapporteurs : MM. Bouley et Nocard, Bouchardat et Gauthier.

4° *Des logements des classes nécessiteuses.* — Maisons et cités ouvrières ; garnis et logements d'ouvriers dans les grandes villes. Rapporteurs : MM. Emile Trélat, O. Du Mesnil.

5° *Hygiène professionnelle.* — Des moyens de diminuer les dangers qui résultent pour les travailleurs des différentes industries de l'emploi des substances minérales toxiques ; mercure, plomb, arsenic, etc. Essais tentés pour les remplacer définitivement par des substances inoffensives. Rapporteurs : MM. Gubler et Napias.

6° *Prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses.* — Quelles sont les maladies transmissibles qui nécessitent l'isolement des malades dans les hôpitaux généraux et spéciaux, et comment concilier cet isolement avec les régences pratiques du service ? Rapporteurs : MM. Fauvel et Vallin.

L'article 4 du règlement laisse à l'initiative individuelle le soin de présenter d'autres questions intéressant l'Hygiène, qui seront traitées dans les séances du matin. Déjà le comité d'organisation, après délibération, a spécialement désigné les questions suivantes : Prophylaxie de la rage ; — Maisons mortuaires, cimetières, crémation ; — Ventilation des écoles ; — Hygiène des casernes et des prisons ; — Hygiène de la vue.

Notice hygiénique et médicale sur l'Attique ; par le Dr F. Villard, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons eu la bonne fortune, il y a quelques années, de visiter Athènes et de séjourner pendant quelques semaines dans la province de l'Attique. Nous avons dit ailleurs les impressions que nous avons éprouvées en parcourant cette vieille terre classique, champ des plus riches moissons pour le savant et l'archéologue. Aujourd'hui, nous voulons essayer ici, en condensant les notes que nous avons prises, de faire une exposition succincte de l'hygiène des habitants de l'Attique et des maladies auxquelles ils sont exposés.

I. L'Attique, située entre le 21° et le 22° de longitude est, et entre le 37°,5 et le 38°,5 de latitude nord, occupe la partie la plus orientale de la Grèce. Elle a une configuration très-irrégulièrement triangulaire, à bords découpés, et se trouve baignée par la Méditerranée dans les trois quarts environ de son pourtour. Elle communique avec le Péloponèse par l'isthme de Corinthe ; au nord, elle se continue avec la Béotie qui la relie au continent. L'Attique présente, comme le reste de la Grèce, un sol montagneux, accidenté ; le Parnès, l'Hymette et le Pentélique forment ses montagnes principales, mais aucune d'elles n'atteint une altitude considérable : la plus élevée, le Parnès a une hauteur de 1,400 mètres environ. Ces montagnes présentent elles-mêmes de nombreuses ramifications qui s'étendent vers le sud, jusqu'au voisinage du cap Sunium, et divisent le sol en vallées étroites et tourmentées. On n'y rencontre pas de grandes plaines ; la plus considérable, celle de Marathon, mesure environ dix kilomètres de long sur cinq de large. Elle a la forme d'un croissant dont la concavité est formée par le rivage de la baie de Marathon et la convexité par une série de monticules qui sont des émanations du Pentélique et du Parnès. Cette plaine est bordée au nord et au sud par deux marais : celui du sud, qui est le moins étendu, se dessèche souvent vers la fin de l'été ; l'autre est beaucoup plus vaste et ne tarit jamais ; il donne naissance à un petit ruisseau qui divise la plaine en deux parties. Vers le sud de l'Attique, on trouve d'autres plaines beaucoup moins étendues que celle de Marathon ; l'une d'elles, celle d'Anavyso est très-marécageuse. La plaine d'Eleusis, si célèbre dans l'antiquité, forme un bassin clos de toutes parts par les monts Corydalle et Icare, la chaîne du Parnès et celle du Cithœron ; elle est protégée contre les vents du sud par les montagnes de Salamine et arrosée par le Céphise. Terre classique de l'agriculture, cette plaine de Cérès, autrefois si fertile, toujours couverte de riches moissons, est aujourd'hui inculte et abandonnée ! L'Attique n'offre pas de lacs ; on n'y rencontre ni fleuves, ni rivières importantes et elle n'est arrosée que par de faibles cours d'eau, dont les principaux sont l'Illissus, le Céphise d'Eleusis et le Céphise d'Athènes.

D'une manière générale, le sol de l'Attique est stérile et inculte ; on y voit quelques bois de chêne, des massifs de pins et de mélèzes sur le flanc des coteaux ; de temps en temps, auprès des villes et des villages, on trouve quelques plantations de vigne, mais c'est là tout. Des roches nues et déchiquetées, des montagnes arides, des vallées desséchées, tel est en un mot l'aspect de la contrée.

L'Attique jouit d'un climat splendide ; le ciel y est d'une pureté parfaite et l'air d'une transparence telle qu'on ne peut s'en faire une idée dans nos contrées brumeuses. On ne distingue, à proprement parler, que deux saisons, l'été et l'hiver : l'automne et le printemps sont à peine accentués.

L'hiver est peu rigoureux et dure environ trois mois ; il commence en janvier pour finir en mars. Durant cette saison, la température moyenne prise au Pirée est de 5° à 7 heures du matin et de 9° à midi.

Au commencement d'avril, la végétation est dans toute sa splendeur ; l'époque des grandes chaleurs commence en mai et dure jusqu'en novembre. Voici quelle est la température moyenne durant cette période :

Mai	27° à 30°.
Juin, Juillet	31° à 34° et jusqu'à 40°.
Août	30° à 32°.

© BIU Santé

Septembre.....	30°.
Octobre.....	
Novembre.....	28°.

Les moissons se font en juin; avec le mois de juillet commence une période de sécheresse extrême durant laquelle les plantes sont brûlées, les sources taries, les ruisseaux desséchés. Alors, aucun nuage n'apparaît à l'horizon; mais on observe de brusques variations de température, causées par le vent de l'ouest ou zéphir, le véritable sirocco de l'Attique, qui est souvent très-violent vers la fin d'août et en septembre vers la fin des vendanges, et qui amène presque toujours à sa suite des pluies d'orage.

Les vents d'Est et du Sud-Est ne soufflent jamais pendant la belle saison; ils sont humides et règnent en novembre, décembre et janvier; ils sont le signal de pluies presque continuelles. Les vents froids et secs du Nord et du Nord-Est ne soufflent qu'en mars, et alors on observe quelquefois de la neige, mais rarement elle persiste à la surface du sol.

L'Attique, comme le reste de la Grèce, est un pays pauvre; la plus grande partie du sol y est sans culture, d'abord faute de bras et de capitaux, et ensuite parce que le sol est stérile. La principale cause de cette stérilité réside dans le déboisement des montagnes: « C'est un axiome très-accrédité en Grèce, dit M. About, que nuire à l'Etat, c'est ne nuire à personne; c'est en vertu de ce principe que les bergers incendient régulièrement les bois taillis, pour être sûrs que leurs troupeaux trouveront au printemps de jeunes pousses à brouter...; ils semblent convaincus que l'arbre est une créature malsaine: d'autres détruisent par désœuvrement, pour le plaisir de détruire. » Il ne faut pas chercher ailleurs la raison de l'aridité et aussi de l'insalubrité de l'Attique; le déboisement des montagnes, en effet, amène le tarissement des sources et des ruisseaux, et laisse le sol livré sans abri aux fureurs du vent du Nord, qui en emporte la terre végétale. Le sol, néanmoins, est susceptible de produire en certaines localités des céréales, le blé, le seigle, l'orge, le maïs, de la vigne, des arbres à fruits. La récolte de l'olivier est une des principales ressources des habitants de l'Attique, qui cultivent aussi avec succès l'oranger, le citronnier, le figuier et l'amandier.

L'absence de pâturages explique l'absence du gros bétail; mais les chèvres et les brebis y abondent. Le gibier, lièvres, perdrix, grives, cailles, etc., n'est pas rare; on trouve du poisson au voisinage des côtes, et sur le mont Hymette on recueille du miel qui ne paraît pas inférieur à celui dont l'antiquité nous a transmis les excellentes qualités.

§ II. — La population de l'Attique est d'environ 120,000 habitants: sur ce chiffre, la race grecque proprement dite, entre pour les deux tiers environ; le reste est albanais, c'est-à-dire slave. « La race grecque, a dit M. About, compose la grande majorité de la nation. C'est une vérité qu'on a essayé de mettre en doute. Suivant une certaine école paradoxale, il n'y aurait plus de Grecs en Grèce: tout le peuple serait albanais, c'est-à-dire slave. Mais il suffit d'avoir des yeux pour distinguer les Grecs, peuple fin et délicat des grossiers Albanais..... » La race grecque ne paraît, en effet, avoir que fort peu dégénéré; la guerre de l'indépendance avait, il est vrai, détruit une grande partie de la population; mais, depuis que le pays a reconquis sa liberté, il s'est repeuplé par le retour de nombreuses familles grecques, volontairement exilées dans le Levant. La plupart de ces dernières sont venues, les unes de Smyrne, mais le plus grand nombre de Constantinople, où elles habitaient un quartier spécial, connu sous le nom de Phanar, d'où la qualification de Phanariotes qui leur a été donnée. A Athènes, ils constituent aujourd'hui la partie de la population la plus instruite et la plus intelligente.

A côté des Phanariotes, se placent les Pallicares et les Insulaires: les premiers, les Pallicares, c'est-à-dire les braves, n'ont jamais abandonné le sol de la Grèce; ce sont les vrais descendants des Hellènes; confinés pendant longtemps dans les montagnes de la Thessalie et de l'Epire, ils ont conservé en partie les mœurs antiques et le costume national, bien qu'ils aient emprunté aux Turcs quelques-uns de leurs usages. Quant aux Insulaires, ils sont presque tous marins ou marchands: c'est parmi eux que l'on retrouve les types les plus parfaits de cette belle race grecque dont nous admirons la pureté, dans les chefs-d'œuvre de sculpture que nous a légués l'antiquité. On ne voit de belles Grecques, en effet, ni à Athènes, ni dans l'Attique, où le fond de la population est albanais: « elles ne se rencontrent, dit M. About, que dans certaines îles privilégiées, ou dans quelques replis des montagnes où les invasions n'ont jamais pénétré. Les hommes, au contraire, sont beaux et bien faits dans tout le royaume. Leur haute taille, leur corps svelte, leur visage maigre, leur nez long et arqué, et leurs grandes moustaches sans barbe, leur donnent un air martial. L'obésité est un mal inconnu chez eux.» — Les Albanais forment le reste de la population du pays: les uns sont nomades et conduisent des troupeaux; le plus grand nombre est adonné à l'agriculture: ils constituent, suivant M. About, une race forte et patiente.

On a beaucoup parlé et de bien des façons différentes, du caractère des Grecs et de leur valeur morale. Nous ne saurions mieux faire que de rapporter à ce sujet les lignes suivantes: « On reproche aux Grecs, dit l'auteur du *Guide en Orient*, leur indiscipline, leur jalousie et leur égoïsme, leur vanité et leur vantardise, et surtout le peu de dignité de leur caractère. .... Ces défauts, qui sont, d'ailleurs, ceux de toutes les races longtemps opprimées, se corrigeront de plus en plus, nous en avons la ferme conviction, à mesure que se répandra dans le peuple l'éducation pour laquelle la Grèce fait de si sérieux efforts, à mesure que la pratique de la liberté politique, qui a été si longtemps illusoire, relèvera le niveau moral de la nation. Nous avons mentionné l'aptitude des Grecs au commerce et à la marine, leur éloignement de l'agriculture et de l'industrie, l'incurie et le désordre de leur administration. Les Grecs sont un des peuples les plus intelligents de l'Europe; ils aiment l'étude, ils sont d'une sobriété exemplaire, commandée d'ailleurs par le climat; ils n'ont pas de passions violentes, et leurs mœurs sont chastes. Leurs qualités principales sont l'amour de la liberté, de l'égalité et le patriotisme..... Une grande idée vit toujours parmi eux, c'est la régénération de l'Orient par leur race et la conquête de Constantinople.» Nous n'ajouterons rien à ce tableau, dont nous avons constaté l'exactitude sur la plupart des points, sinon que partout où nous avons été en contact avec eux, à Athènes, à Constantinople, à Smyrne, nous avons trouvé les Grecs affables, prévenants, hospitaliers; ils aiment beaucoup à entretenir les étrangers de leur pays et de leurs aspirations nationales: c'est là un des côtés les plus saillants de leur caractère, et certes on ne saurait le leur reprocher.

Ce qui frappe au premier abord lorsqu'on arrive en Grèce et que l'on considère les habitants, c'est l'originalité des costumes; leur accoutrement est, en effet, des plus pittoresques et mérite d'être décrit. Nous ne parlons pas de celui des Phanariotes qui s'habillent à la française et vivent, du reste, comme les autres peuples de l'Europe. Quant aux Pallicares, leur toilette est bizarre; elle se compose d'abord d'une chemise de percale, avec un grand col rabattu sans cravate et d'un caleçon en coton. Ils portent, serrée à petits plis, autour de la taille, une espèce de jupe très-ample qui descend jusqu'à mi-jambes et que l'on appelle fustanelle; ils ont des guêtres agrafées jusqu'au genou et sont chaussés de babouches rouges. Pour garantir le tronc, ils revêtent un gilet et une veste à manches ouvertes et pendantes. Un bonnet rouge pour coiffure et une large ceinture en cuir où l'on voit suspendus le mouchoir, le sac à tabac et les armes complètent le costume qui est quelquefois d'une grande richesse et brodé d'or. En été, les Pallicares enroulent un mouchoir en guise de turban, autour de leur bonnet; en hiver, ils s'enveloppent dans un manteau de laine blanche, ayant assez l'apparence de la toison d'une brebis. Le vêtement des femmes varie à l'infini; à Athènes elles portent une jupe en soie ou en indienne, une veste de velours ouverte par devant, et sont coiffées comme les hommes, d'un bonnet rouge, autour duquel elles enroulent coquettement une natte de leurs cheveux. Quant aux Albanaises, leur costume est souvent très-élémentaire et composé simplement d'une longue chemise en coton brodée sur ses bords; elles y ajoutent quelquefois un tablier et un paletot de laine

© BIU Santé

blanche ; leur coiffure consiste en une écharpe brodée en soie de couleur.

Dans l'Attique, l'alimentation est peu variée, du moins dans les classes inférieures de la société et chez les habitants des campagnes. Du pain, des olives marinées dans du vinaigre, des légumes, du fromage de brebis, telle est la composition de la nourriture des paysans aisés. Rarement il s'y adjoint de la viande de poulet ; une fois par an, le jour de Pâques, on mange de la viande d'agneau, préparé à la *pallicare*, c'est-à-dire bourré d'herbes aromatiques et cuit tout entier à la broche devant un grand feu. Le plus souvent, la nourriture des gens pauvres ne se compose que de galettes de maïs cuites sous la cendre. L'eau est le plus souvent l'unique boisson des habitants des campagnes. Les personnes aisées boivent du vin ; en Grèce, ce liquide pour être conservé, est renfermé dans des outres enduites de résine, d'où il résulte une saveur assez désagréable. Les vins de Santorin et de Patras, les deux meilleurs crus de la Grèce, sont des vins estimés.

On fait encore usage, dans l'Attique, d'une boisson spéciale appelée Raki, qu'n'est autre chose qu'une infusion de certaines plantes aromatiques dans de l'eau-de-vie légère ; cette liqueur se prend pure ou bien étendue d'eau ; dans ce dernier cas, elle constitue une boisson rafraîchissante et légèrement stimulante. La consommation du café est entrée dans les habitudes des Grecs presque aussi complétement que dans celles des Arabes.

Avant de terminer ce qui a trait à l'alimentation, nous devons mentionner une pratique singulière, que les Grecs ont très-probablement empruntée aux Turcs et aux Arabes, c'est celle de l'éructation qui est considérée comme un signe de satisfaction à la suite d'un repas ; elle constitue une habitude dont un étranger ne saurait se scandaliser en Grèce et qu'il devrait considérer comme un acte de politesse à l'égard des hôtes de la maison. (*A suivre*).

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 1er au 6 avril 1878. — 202. M. de Lyon : Recherches expérimentales sur les fonctions des canaux semi-circulaires; sur leur rôle dans la formation de la notion de l'espace. — 203. M. Gonnet : Essai clinique sur l'adénopathie syphilitique tertiaire. — 204. — M. Villedary : Essai sur le lavage des soldats dans les casernes.—205. M. Beau: Essai historique sur la crémation. — 206. M. Jacquier : De l'emploi de l'oxyde de zinc dans la diarrhée. — 207. M. Bourbon : Contribution à l'étude du cancer primitif du médiastin. — 208. M. Tapret : Etude clinique sur la péritonite chronique d'emblée. — 209. M. Canard : Essai sur l'alcalinité du sang dans l'état de santé et dans quelques maladies. — 210. M. Morer : Du suicide en France, étude statistique. — 211. M. Pissot : Des troubles auditifs dans le mal de Bright. — 212. M. Duperrier : Variations physiologiques dans l'état anatomique des globules. — 213. M. Planty-Mauxion : Des kystes de la prostate. — 214. M. Fournier : Des effets généraux du chloroforme en injections hypodermiques. — 215. M. Debord : Des effets de l'insuffisance aortique sur la circulation intra-cardiaque et la circulation artérielle générale.

Enseignement médical libre.

Cours de pathologie interne. — M. le docteur Lacombe reprendra son cours le lundi 8 avril, à 5 h., amphithéâtre n° 1, à l'Ecole pratique, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine. Il traitera d'abord des maladies de l'appareil respiratoire.

Cours de gynécologie. — Le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, a repris son cours le jeudi 28 mars. Il le continuera les jeudis suivants, à 8 h. du soir, à l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique. Il traitera des affections utérines au point de vue de la pathogénie et du traitement.

Souscription pour élever un monument à Claude Bernard.

Le Progrès médical recevra toutes les souscriptions que ses lecteurs voudront bien lui adresser.

Total des quatre premières listes.....	388 fr.
Cinquième liste.	
Les internes en médecine de l'Hôtel-Dieu.....	45
id. de la Pitié.....	40
id. de Beaujon	20
Total général.....	493 fr.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 28 mars 1878 on a déclaré 1,043 décès, savoir : fièvre typhoïde, 11 ; rougeole, 25 ; scarlatine, 1 ; variole, » ; croup, 23; angine couenneuse, 24; bronchite, 68; pneumonie, 85 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 4 ; choléra nostras » ; dysentérie 3 ; affections puerpérales, 8; érysipèle, 7; autres affections aiguës, 244 ; affections chroniques, 472 dont 192 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 43 ; causes accidentelles, 25.

Amphithéatre d'anatomie. — Programme des cours de la saison d'été, année 1878. — 1° Cours de médecine opératoire. MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, directeur des travaux anatomiques, commencera ce cours le lundi 28 avril 1878, à deux heures. M. le docteur Tillaux, traitera des ligatures d'artères. M. le docteur Schwartz, premier prosecteur, traitera des amputations. M. le docteur Henriet, deuxième prosecteur, traitera des résections et des opérations spéciales. Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs. — 2° Conférence d'histologie. Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Grancher, médecin du bureau central, chef du laboratoire. — MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — *Nota :* Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire. MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 23 avril.

Faculté des sciences de Lille et de Rennes. — Par décrets en date du 15 mars courant, rendus sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, deux chaires de botanique ont été créées : l'une à la Faculté des sciences de Lille, et l'autre à la Faculté des sciences de Rennes.

Hopitaux de Montpellier. — Nous apprenons que le concours de l'internat pour les hôpitaux de Montpellier vient de se terminer par la nomination de MM. Caizergues, Fernandez. Apolinario et Jouillé; 12 candidats s'étaient fait inscrire, 9 ont subi toutes les épreuves qui du reste ont été, à divers points de vue, très-remarquables.

Hospices d'Orléans. — Un concours pour une place d'élève interne des hospices d'Orléans s'ouvrira le vendredi 25 avril, à midi, en la salle des amphithéâtres de l'Hôtel-Dieu, en cette ville. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans. — (*Gazette des hôpitaux.*)

Nouveaux journaux. — L'*Ecole nouvelle*; revue de l'éducation intégrale, paraissant tous les mois, sous la direction de M. G. Francolin, 24, rue de Chabrol. — Un an : 6 fr. — *Estudos médicos* (organe de la société des études médicales de Coimbra) (Portugal).

La Réforme économique, tome XI. — 1re livraison. Sommaire du numéro du 1er avril 1878 : La dette publique (1er article), par Jacques Derennes. — Le Japon et ses réformes nécessaires (1er article), par Maeda Massana. — Les artifices de comptabilité et le blé. — II. La marine marchande. — III. Produire à bon marché, vendre cher. — IV. L'impôt sur les boissons. — V. Les contributions indirectes et les fonctionnaires. — VI. Les salaires et l'impôt. — VII. L'assiette de l'impôt. — VIII. Prendre aux uns, donner aux autres. — IX. Les chemins de fer et l'impôt. — X. L'impôt sur la rente. — XI. L'impôt et l'agriculture. — XII. Faire aller le commerce. — XIII. Les emprunts perpétuels. — XIV. La vie à bon marché, par Menier. — La démographie (2e article. — *fin*), par le dr Bertillon. — Chronique économique : France. La situation économique : I. L'approche de l'Exposition. — II. Travaux parlementaires divers. — III. La discussion de la loi de rachat, par Achille Mercier. — Angleterre. La situation économique : L'industrie du fer et de la houille en Angleterre et aux Etats-Unis, par Edmond Barbier.— Russie. La situation économique : I. Les pertes économiques de la Russie pendant la guerre. — II. Quelques chiffres de statistique européenne, par J. Hellès. — Documents : I. Nos transports. — II. Le nouveau tarif général des douanes. — III. La grève des typographes. — Société d'économie politique : Réunion de mars 1878, par Achille Mercier. — Nécrologie : M. Beléguic, par A. Buisson. — Bibliographie. — Bulletin économique : Actes officiels. — Chambre des députés. — Sénat. — Le commerce de la France pendant les deux premiers mois de 1878. — Le traité de commerce franco-américain. — Le conseil supérieur des voies de communication. — Les chemins de fer, par Georges Lassez.— Bulletin politique.

La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 10 avril, à 8 heures précises du soir, à la mairie du Louvre. Ordre du jour : 1° Élection de deux membres titulaires et d'un associé; 2° Constitution médicale du mois de mars. Policlinique; 3° M. Passant : Des modifications à apporter dans le service des accouchements des bureaux de bienfaisance; 4° M. Amanieu : Tumeur à hydatides vraies de l'utérus ; 5° M. Grellety : De l'érysipèle lié à la menstruation.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Chauffard (E.) — La vie, études et problèmes de biologie générale, 1 vol. in-8, 526 pages, 7 fr. 50.

Manouvriez (A.), *de Valenciennes*. — De l'anémie des mineurs ; grand in-8 de 247 pages. Paris,1878. — Prix : 5 fr.

Seux (I) fils. — De certaines manifestations morbides survenues pen-

© BIU Santé

dant le rhumatisme et en particulier de la pleurésie rhumatismale. Paris, 1878, grand in-8 de 77 pages. — Prix : 2 fr.

Ollivier (J. C.). — Examen critique de l'homœopathie. Paris, 1877, in-8 de 34 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'École-de-Médecine.

Dreyfus-Brisac (L.). — De l'ictère hémaphéïque principalement au point de vue clinique. Paris, 1878, grand in-8 de 104 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Goubert. — De l'étiologie de l'avortement à répétition. Paris, 1878, grand in-8 de 92 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Labarrière (E.). — Essai sur la méningite en plaque ou scléreuse limitée à la base de l'encéphale. Paris, 1878, in-8 de 92 pages. — Prix : 2 fr. 50 cent.

Moutard-Martin (R.). Etude sur les pleurésies hémorrhagiques néo-membraneuse, tuberculeuse, cancéreuse. Paris, 1878, grand in-8 de 164 pages. — Prix : 3 fr. 50 cent.

Pouzet. — Contribution à l'étude de la goutte. Paris, 1878, grand in-8 de 85 pages. — Prix : 2 fr.

Rabère (C.). — Etude sur la mort subite dans la fièvre typhoïde. Paris, 1878, grand in-8 de 144 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Reliquet. — Leçons sur les maladies des voies urinaires, faites à l'école pratique de la faculté de médecine de Paris. 1er fascicule : *michon, spasme de la vessie et de l'urèthre*, action du chloroforme sur l'urèthre. Paris, 1878, grand in-8 de 144 pages. Prix : 2 fr. 50.

Ripole (A.). — Contribution à l'étude des hernies étranglées. Paris, 1878, grand in-8 de 140 pages. — Prix : 4 fr.

Vidal (E.). — Inoculabilité de quelques affections cutanées. Paris, 1878, grand in-8 de 16 pages. — Prix : 50 cent.

Viel. — Etude clinique et expérimentale sur les différences que peut présenter la symptomatologie de la méningo-encéphalite de la convexité du cerveau suivant le siége des lésions. Paris, 1878, grand in-8 de 126 pages. — Prix : 3 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Cochin. Médecine. Service de M. Bucquoy. Clinique les mardi et le vendredi, à 9 h. 1/2. Salle Saint-Jean (F.) : 3, pleurésie hémorrhagique; 4, pneumonie caséeuse; 6, insuffisance mitrale; 9, adénites cervicales; 10, tumeurs de la rate; 11, kyste hydatique du foie; 13, 16, rhumatisme articulaire; 14, kyste de la rate; 17, granulie aiguë; 19, aortite; 20, mal de Bright; 21, péritonite tuberculeuse; 22, ulcère simple de l'estomac; 23, phlegmatia alba dolens, rétrécissement mitral; 25, hystérie. — Salle Saint-Philippe (H.) : 1, 13, pleurésie; 3, rhumatisme articulaire aigu; 7, fièvre catarrhale; 9, mal de Bright, hydrothorax; 12, fièvre typhoïde, rechute; 14, rétrécissement de l'œsophage; 15, cancer de l'estomac; 19, insuffisance et rétrécissement aortiques; 21, pneumonie caséeuse.

Chirurgie. Service de M. Desprès. Clinique le mercredi et le samedi, à 9 h. 1/2. Salle Cochin (F.) : 2, fistule vésico-utérine; 4, fistule vésico-vaginale; 5, kyste hydatique du foie (ouverture par le caustique); 9, otite moyenne; 11, rétrécissement syphilitique du rectum; 17, abcès parenchymateux du sein; 18, iritis syphilitique; 21, périostite du fémur, abcès et fistule; 25, kératite cachectique, cataracte; 26, coxalgie au début.

Hopital Sainte-Eugénie. Service de M. Bergeron. Salle Sainte-Mathilde : 2, insuffisance mitrale; 7, chorée; 8, fièvre typhoïde; 9, gangrène des extrémités; 13, chorée; 16, bronchite capillaire; 15, mal de Bright aigu; 18, broncho-pneumonie; 22, syphilis acquise; 24, rougeole; 25, fièvre typhoïde; 26, chorée; 27, psoriasis herpétique; 30, hémianesthésie hystérique. — Salle St-Benjamin : 1, 2, fièvre typhoïde; 3, laryngo-typhus et pleuro-pneumonie; 6, fièvre typhoïde; 7, emphysème pulmonaire; 8, phlegmon péri-vésical; 9, rougeole; 14, pneumonie caséeuse; 16, coqueluche; 18, contracture des extrémités; 20, insuffisance mitrale; 21, tumeur blanche du coude, pleuro-pneumonie gauche; 26, 28, otite, suite de fièvre typhoïde; 27, vomique pleurale;

Service de M. Cadet de Gassicourt. Salle Saint-Joseph : 4, tumeur cérébrale, amaurose; 8, méningite tuberculeuse; 15, ulcère scrofuleux de la gorge; 17, coxalgie double; 18, purpura; 20, insuffisance mitrale; 21, chorée, bronchite; 22, rhumatisme articulaire aigu; 24, contracture des extrémités; 23, chorée; 34, croup opéré et guéri; pleurésie gauche; 35, diphthérie nasale et pharyngienne

Service de M. Triboulet. Salle Sainte-Marguerite : 1, hydrocéphalie chronique; 2, tuberculose généralisée; 3, coqueluche, broncho-pneumonie; 4, pleurésie tuberculeuse; 6, perforation syphilitique de la voûte palatine; 11, péritonite tuberculeuse; 12, coqueluche, broncho-pneumonie; 15, 17, rhumatisme articulaire aigu; 18, fièvre typhoïde; 20, tuberculose aiguë; 23, insuffisance mitrale; 24, paralysie faciale.

Service de M. Lannelongue. Salle Sainte-Eugénie : 1, fracture du tibia; 3, 4, phlegmon des gaînes du poignet; 15, syphilis infantile; 35, phlegmon de la paroi abdominale. — Salle Napoléon : 8, fracture du fémur au tiers inférieur; 10, ostéite suppurée; 15, fracture du bras compliquée de plaie; 20, tumeur ganglionnaire de l'aisselle; 24, adéno-phlegmon du creux poplité.

Hôpital de Lourcine. — Cours clinique sur les affections de l'utérus. M. le docteur L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, commen-

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** » au **Bromure de Camphre**, sont employées » avec succès toutes les fois que l'on veut pro- » duire une sédation énergique sur le système » circulatoire et surtout sur le système nerveux » cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et » un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** » ont servi à toutes les expérimentations faites » dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd*).

Chaque **Capsule** du Dr **Clin** renferme 0,20 Bromure de Chaque **Dragée** du Dr **Clin** renferme 0,10 Camphre pur.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie, 14, rue Racine, Paris.**

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enve- » loppe mince de Gluten, constituent le moyen le » plus parfait pour administrer certains médica- » ments à odeur et à saveur désagréables.

» L'**Essence de Santal**, associée au Copahu » et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès » dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite » du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections » des organes génito-urinaires.

» Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les » plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

Nota. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

Gros : chez **Clin et Cie, 14, rue Racine, Paris.** — Détail : **10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.**

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du Dr **Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du Dr **Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr **Rabuteau** destiné aux enfants.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du Dr **Clin.**

Conférences de Clinique chirurgicale, faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Pullna (Bohême). La plus ancienne et la meilleure Eau minérale naturelle purgative et altérante connue. (*Apéritive, Dérivative, Digestive, Tempérante, Antiphlogistique, Antiapoplectique*). — Douce et bienfaisante par excellence et presque insipide. Vente et détail partout. Chauffer la valeur d'un verre à vin ordinaire. — Aux enfants une cuillerée coupée de lait. — Prendre à jeûn et aussi avant le coucher. — Exempte des coliques et des Troubles intestinaux — Diète peu scrupuleuse. — Contrôle originaire : Chaque cruchon de provenance unique porte exclusivement la marque registrée : **Püllnaer Bitterwasser. Gemeinde Püllna**, et sa capsule conformément : **Püllnaer-Gemeinde-Bitterwasser.** — Le directeur général des Eaux minérales naturelles amères de Pullna, Antoine ULBRICH, fils du fondateur.

Leçons sur les Maladies du Foie, des Voies biliaires et des Reins faites à la Faculté de Médecine de Paris, par M. le professeur Charcot, recueillies et publiées par Bourneville et Sevestre. Un gros volume in-8 de 400 pages, orné de sept planches chromo-lithogr. et de 37 figures dans le texte. — Prix : 10 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical*, 7 fr.

Étude clinique sur l'athétose, par P. Oulmont. Paris, 1878, in-8 de 116 pages avec figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

Bromure de Camphre (Ses propriétés physiologiques et ses usages thérapeutiques), par L. Pathault. — 4e édition in-8° de 48 pages avec 6 figures. — 1 fr. 50.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)

Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.

LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

© BIU Santé

cera ce cours le jeudi 11 avril, à 9 h., et le continuera tous les jeudis à la même heure. Le mercredi et le samedi, à 9 h. Conférences cliniques et examen des malades. — Service de M. Martineau. Clinique du mercredi. Salle St-Alexis : 4, pelvi-péritonite, phlegmon du ligament large; 5, endométrite généralisée, névralgie de la vulve; 7, ménorrhagie, métrite herpétique; 13, chancre induré de la petite lèvre droite; 21, chancre du col de l'utérus; 28, épithélioma du col; 34, métrite folliculaire; 39, végétations vaginales; 41, acné impétigineux de la face; 43, métro-vaginite, pelvi-péritonite. Clinique du samedi. Salle Saint-Louis : 11, endométrite généralisée; 17, antéversion, ovarite droite; 21, eczéma de la vulve et du vagin, métrite; 30, lymphangite et adénite du ligament large droit, consécutive à endométrite (phlegmon du ligament large); 34, antéversion, endométrite, pelvi-péritonite gauche.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

BROMURE de ZINC

SIROP — 50 centigr. par cuillerée à soupe.
PILULES — contenant 20 centigrammes.
PILULES ARSENICALES — contenant 5 centigr. Br. de Zinc et 1 mill. Br. d'arsen.

Très-utile dans les cas de *Saturation* ou d'*Anémie bromurique*, le Br. de Zinc est beaucoup plus actif que le Br. de Potassium.—Doses de 0,20 à 4 gr. par jour.— FREYSSINGE, Phᵉ, 97, r. de Rennes — PARIS.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Médecine de Paris.

« ..... C'est, de toutes les préparations « ferrugineuses, celle qui, à poids égal, « introduit le plus de fer dans le suc « gastrique. »

Bulletin de l'Acad. de Médecine, t. XIX.

Pour démasquer les contrefaçons — impures et inactives — exiger la signature : **T. A. QUEVENNE** et l'étiquette ronde en petits caractères de quatre couleurs.

Dépôt : Pharmacie Émile GENEVOIX, 14, RUE DES BEAUX-ARTS, PARIS.

DIGITALINE

d'**HOMOLLE** et **QUEVENNE**

Approbation de l'Acad. de Méd. de Paris Méd. d'or de la Soc. de Pharm. de Paris

« ..... Les médecins feront bien de con- « tinuer à prescrire la **Digitaline** de « MM. **Homolle & Quevenne**, aux malades « ne pouvant pas supporter la digitale. »

Bulletin de l'Acad. de Médecine de Belgique 1874, t. VIII, p. 397.

Les signatures des Inventeurs en *lettres rouges* attestent l'authenticité de la VERITABLE DIGITALINE.

Dépôt : Pharmacie COLLAS, 8, RUE DAUPHINE, PARIS.

ACIDE SALICYLIQUE BREVET KOLBE

SEULS CONCESSIONNAIRES, SEULS FABRICANTS

SCHLUMBERGER & CERCKEL, 26, rue Bergère, PARIS.

MÉDICAMENTS Salicylés PRÉPARÉS

RHUMATISMES..... SALICYLATE de SOUDE dosé à 50 c°.
GOUTTE, GRAVELLE. SALICYLATE de LITHINE, pil. 10
SALICYLATE DE QUININE, paquets..... 10
ACIDE SALICYLIQUE MÉDICINAL, pilules..... 10
RHUME, Affections de la Gorge, PASTILLES SALICYLÉES.
VIN Tonique SALICYLÉ. — Ouate, Glycérine SALICYLÉES.

Par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, r. du Faubourg-Montmartre, 21, PARIS.

SOLUTION

De Salicylate de Soude

Du Docteur Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris (PRIX MONTYON)

La **Solution du Dr Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Cette solution très-exactement dosée contient :

2 grammes de *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche
0,50 centigr. — — par cuillerée à café.

VENTE EN GROS . CHEZ **CLIN & Cᵉ**, RUE RACINE, PARIS.

Détail dans toutes les Pharmacies.

PILULES DELAUNAY au Phosphate de Fer et de Manganèse. — Assimilation complète; pas de Constipation.

ÉLIXIR DELAUNAY au Quinquina. Une cuillerée à bouche, soit 20 g. de cet Elixir, représente 0,20 extr. de quinquina jaune calisaya.

Pour la vente en gros : A la Pharmacie, 3, rue de la Madeleine, à Troyes.
Dépôt à Paris : Société française, 11, rue de la Perle.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

De l'influence des Maladies du foie sur la marche des traumatismes, par F.-E.-Maurice LONGUET. In-8 de 124 pages. Prix : 2 fr. 50.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie et l'Hystérie, compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, de 1872 à 1875, par BOURNEVILLE. — Vol. in-8° de 200 pages, avec 8 figures dans le texte et trois planches. Prix : 4 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 3 fr.

De la Tête du Fœtus au point de vue de l'Obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Par P. BUDIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut et de la Faculté, etc. Gr. in-8° de 112 p., avec de nombreux tableaux, dix figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. Prix : 10 fr.

Pour les abonnés du *Progrès* : 5 fr. *franco.*



RÉCOMPENSE Nationale de 16,600 fr. Médaille d'OR, etc.



QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX

Apéritif, Fortifiant et Fébrifuge

Contenant tous les principes des 3 quinquinas et recommandé par les médecins contre l'*anémie*, le *manque de forces*, *chlorose*, *pâleur maladive*, *affections de l'estomac*, *fièvres invétérées*, *convalescences lentes*, etc.

Paris, 19 et 22, rue Drouot et Pharmcies.

LES DRAGÉES GRIMAUD

APPROUVÉES PAR PLUSIEURS SOCIÉTÉS DE MÉDECINE (Plusieurs médailles)

GUÉRISSENT RADICALEMENT

Incontinence d'urine, maladies des femmes, chloroses, aménorrhée, leucorrhée, paralysie de la vessie chez les vieillards, pertes séminales, chute du rectum chez les enfants, etc. Succès constatés dans les hôpitaux.

Poitiers **Prix : 5 francs le flacon** Poitiers

POITIERS, chez *l'Inventeur, M. GRIMAUD aîné*

Envoi de brochure sur lettre affranchie

Se trouve dans toutes les Pharmacies de France et de l'étranger

CONSTIPATION

HÉMORRHOÏDES, COLIQUES HÉPATIQUES

Guérie sans purger par les pilules de

PODOPHYLE COIRRE. 3 fr.

Gros, 79, rue du Cherche-Midi ; DÉTAIL : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.

EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE

RAKOCZY DE BUDE

EXIGER RIGOUREUSEMENT ETIQUETTE BLEUE

La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.

25 gram. de Sulfate de Magnésie } par litre.
20 gram. de Sulfate de Sodium }

Se prend à très-petites doses.

Loser Frères, propriétaires à Budapest (Hongrie)

DÉPÔT GÉNÉRAL A PARIS : CHEZ JEAN SKWARÇOW

35 bis, Rue de Trévise, 35 bis.

En vente : Chez tous les Marchands d'Eaux minérales, et Pharmaciens de Paris et de province.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 15. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 13 AVRIL 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Kyste du maxillaire inférieur.

Leçon clinique recueillie par ÉT. GOLAY, interne des hôpitaux.

Messieurs,

J'opérerai tout à l'heure devant vous un malade entré depuis quelques jours dans nos salles, et qui porte, au niveau de la mâchoire inférieure, une tumeur des plus intéressantes, en raison des questions de diagnostic qu'elle soulève.

Cet homme, que vous avez pu examiner au lit n° 63 de la salle Saint-Augustin, est âgé de 69 ans et exerce la profession de menuisier. Il paraît très-vigoureux, et quoiqu'il ait mené une vie des plus aventureuses, a toujours joui d'une excellente santé. On ne trouve dans ses antécédents et dans ceux de sa famille, aucune trace d'état diathésique quelconque.

Quant à la tumeur pour laquelle il entre à l'hôpital, le malade, qui paraît peu soucieux de lui-même, ne donne sur son développement que des renseignements assez vagues et même probablement faux à certains égards.

Le mal aurait débuté, dit-il, il y a une dizaine d'années, par une petite grosseur siégeant au niveau de l'os malaire du côté droit; mais il nous paraît certain qu'il y a, à ce sujet, erreur de la part du malade, et que la première tuméfaction perçue par lui devait plutôt avoir pour siége l'épaisseur de la joue. Quoi qu'il en soit, la tumeur, pendant neuf ans, est restée complétement indolente, et n'a pas dépassé le volume d'un petit œuf. Ce n'est qu'à partir de l'année dernière qu'elle a acquis les dimensions énormes que nous constatons aujourd'hui, et qu'elle a commencé à être gênante, et à devenir le siége de quelques élancements douloureux. Ce n'est même, dit-il, que depuis six mois qu'elle fait saillie dans la bouche et donne lieu à des troubles du côté de la mastication et de la déglutition.

Voici les caractères que cette tumeur présente aujourd'hui : régulière, sphérique, elle soulève la peau de la joue, et de la région parotidienne du côté droit, dans toute leur étendue; et y fait une saillie du volume des deux poings. Elle s'étend : d'une part, de l'apophyse mastoïde et de l'oreille à la commissure labiale; d'autre part, du bord inférieur du maxillaire inférieur à l'apophyse temporale de l'os malaire. Ses limites très-nettes en bas, où elle se termine par un bord régulièrement arrondi sont beaucoup plus vagues à la partie supérieure et en avant, du côté de la fosse temporale et de la joue. La peau qui la recouvre, n'a contracté avec elle aucune adhérence; elle glisse à sa surface, et a conservé ses caractères normaux dans toute son étendue. De même, le tissu cellulaire sous-cutané a conservé son intégrité parfaite.

La surface de la tumeur est régulière, tout en offrant une consistance très-inégale et très-variable suivant les points; c'est là un caractère des plus importants à bien étudier au point de vue du diagnostic. En arrière, vers l'angle de la mâchoire, la tumeur présente des points manifestement durs, qui donnent aux doigts la sensation de portions osseuses; ailleurs, et disséminées irrégulièrement dans la masse, se trouvent des parties plus molles dépressibles, au niveau desquelles la palpation donne vaguement la sensation de fluctuation. En outre, on éprouve, en palpant légèrement la partie inférieure de la tumeur, une sensation particulière qui, plus aisée à percevoir qu'à décrire, a cependant une très-grande valeur au point de vue du diagnostic.

On sent, en effet, quelque chose d'analogue à une lame parcheminée qui se laisserait déprimer par le doigt et reviendrait ensuite sur elle-même par élasticité. Ce phénomène que vous rencontrerez dans un certain nombre de tumeurs osseuses, s'accompagne parfois d'un bruit spécial qu'on a décrit sous le nom de *crépitation parcheminée* et qu'on a comparé au bruit qu'on obtient, en écrasant une coquille d'œuf. Cette crépitation manque chez notre malade. Néanmoins, la sensation parcheminée dont je viens de parler a une grande importance, si on la rapproche de cette autre sensation de résistance osseuse que présente la tumeur en certains points. Elle nous indique que la tumeur est formée aux dépens d'un os aminci et réduit à l'état d'une lamelle très-mince, qui même a disparu par places. Aussi devez-vous penser à l'existence probable d'une tumeur développée dans l'épaisseur du maxillaire inférieur. Le bien fondé de cette hypothèse nous est du reste encore prouvé par l'adhérence intime de la masse morbide au maxillaire inférieur. Elle est telle, que cet os semble faire partie de la tumeur, et que celle-ci suit tous les mouvements que le malade imprime à sa mâchoire.

Depuis environ six mois, avons-nous dit, la tumeur proémine dans la bouche. On constate, en effet, entre les arcades alvéolaires une saillie de la production morbide. Plus en arrière, la branche montante du maxillaire ne peut être isolée de la masse et semble faire partie constituante de la tumeur. Ce prolongement buccal gêne beaucoup le malade, car il l'empêche de fermer la bouche et d'exécuter librement ses fonctions de mastication et de déglutition.

La muqueuse qui revêt ce prolongement, du côté de la cavité buccale, a, comme la peau, conservé son intégrité parfaite : tout au plus est-elle un peu œdémateuse; mais on n'y constate ni adhérence, ni ulcération quelque petite qu'elle soit. Quant à la douleur, elle est fort peut prononcée : c'est à peine si le malade accuse avoir ressenti, de temps en temps, au niveau de la tumeur, quelques élancements.

Un point intéressant à élucider chez notre malade, eût été de savoir la manière dont ont évolué ses dents. Il eût été, en particulier, ainsi que nous le verrons, utile de savoir, si la dent de sagesse du côté droit avait évolué normalement; et sous l'influence de quelle cause étaient tombées les grosses molaires qui lui manquent du côté de la tumeur. Malheureusement, il ne donne, à ce sujet, aucun renseignement : ses dents sont tombées, dit-il, sans qu'il s'en aperçoive. Nous sommes réduits, à ce sujet, à nous contenter de ce que nous constatons. Tout le fond de la mâchoire inférieure du côté droit est privé de dents : la rangée dentaire s'arrête à la première petite molaire; aussi, la seconde petite molaire et les grosses molaires manquant complétement, le bord alvéolaire se présente-t-il sous forme d'une saillie régulièrement arrondie.

Quel est le siége exact de la tumeur? A première vue, on pourrait penser à une tumeur de la région parotidienne; mais, avec un peu d'attention, il est facile de s'assurer que la glande parotide est tout à fait étrangère à l'affection. L'adhérence intime de la masse morbide avec la mâchoire inférieure prouve qu'il s'agit évidemment d'une tumeur du maxillaire; et nous pourrions même ajouter d'une tumeur ayant pour siége la branche montante en totalité, et le quart postérieur de la partie horizontale de cet os.

Nous pourrions nous demander dès maintenant, s'il s'agit d'une tumeur bénigne ou d'une tumeur maligne, car il s'agit d'un malade arrivé à un âge où la fréquence des tumeurs de mauvaise nature est bien connue.

La longue durée de la maladie, qui date au moins de dix ans, est un premier caractère en faveur de la bénignité.

© BIU Santé

L'intégrité parfaite des téguments, et, plus encore, celle de la muqueuse buccale qui, plus que la peau, est sujette à être envahie par les productions malignes, l'absence d'engorgement ganglionnaire, sont aussi de bons signes pour admettre la bénignité de la tumeur. Il est vrai qu'il existe dans la région sus-hyoïdienne, un petit ganglion qu'on sent sous la peau; mais comme il est mou, petit, mobile, il peut à la rigueur être considéré comme un ganglion normal repoussé en avant par le développement de la production morbide.

Si l'on ajoute à ces signes l'indolence complète de la tumeur à la pression, et l'intégrité absolue de la santé générale du malade, on peut affirmer *à priori* que l'affection est de nature bénigne.

Mais quelle est, Messieurs, la nature intime de cette tumeur? Vous savez que le maxillaire inférieur peut être le siége de tumeurs solides, de tumeurs liquides, de tumeurs mixtes, c'est-à-dire constituées à la fois par des parties solides et par des parties liquides.

Par la palpation, nous avons constaté chez notre malade, des parties dures et des parties molles; et nous avons même pu percevoir au niveau de ces dernières une sorte de fluctuation. Nous pouvions donc éliminer de suite l'idée d'une tumeur essentiellement solide. Il restait à savoir si elle était purement liquide ou si elle était mixte.

Un moyen de nous en assurer était de pratiquer une ponction. C'est ce que nous avons fait, en enfonçant sur l'un des points les plus mous de la tumeur l'aiguille la plus fine de l'aspirateur de Potain. Nous avons retiré trois cents grammes d'un liquide jaune foncé et d'un aspect chatoyant dû à la grande quantité de cholestérine qu'il contient. Je reviendrai tout à l'heure sur la nature de ce liquide; pour le moment, je dois vous dire que la ponction, en vidant la poche, m'a permis de m'assurer qu'il s'agit d'une tumeur essentiellement liquide, limitée par des lames osseuses distendues et amincies. En effet, à mesure que le liquide était extrait de la poche, on voyait la peau se déprimer et s'enfoncer comme aspirée par des trous creusés dans l'épaisseur de l'os maxillaire; et une fois que la ponction fut terminée, je ne pus trouver en aucun point, pas plus au moyen du doigt introduit dans la bouche, que par la palpation extérieure, de masse donnant la sensation d'une tumeur solide. Il s'agissait donc évidemment d'une collection liquide développée au sein d'une cavité creusée dans l'os. Le maxillaire inférieur avait donc été distendu par une production liquide et boursouflé sous forme d'une coque, qui très-amincie en certains points, avait conservé en d'autres une certaine épaisseur. Cette hypothèse explique en effet très-bien les différences de consistance que nous avions constatées sur les différents points de la tumeur.

L'analyse chimique et histologique du liquide pouvait-elle nous éclairer sur la nature des lésions et sur l'origine de la tumeur? M. Tourneux, interne en pharmacie du service, y a trouvé une quantité considérable de cholestérine, de l'albumine, du mucus, du chlorure de sodium et de l'indican. Vous le voyez, à part la cholestérine, c'est la composition du liquide qu'on rencontre habituellement dans les kystes; aussi ne pouvions-nous rien tirer de cette analyse pour le diagnostic.

L'examen histologique était plus important.

M. Sabourin, interne des hôpitaux, qui a bien voulu examiner ce liquide au microscope, y a trouvé une grande quantité de cholestérine, des globules rouges du sang, quelques globules blancs, des leucocytes de pus à différents degrés d'altération: mais pas d'autres éléments figurés pouvant faire supposer l'existence d'une autre tumeur au sein de la poche. Quelle est donc l'origine de ce kyste du maxillaire inférieur?

Messieurs, il est actuellement admis universellement que la presque totalité des kystes de la mâchoire ont une origine dentaire. Les travaux de Guibout, de Forget, de Broca, de Magitot, ont mis ce point hors de doute. Les rares observations qui semblent faire exception à cette règle sont pour le moins contestables ou se rapportent à des tumeurs mixtes, à des myxo-sarcomes de la mâchoire. Or, nous avons vu que, chez notre malade, la tumeur était constituée par un kyste uniloculaire sans mélange de tumeur solide.

M. Magitot, qui a publié sur les kystes des mâchoires un travail des plus complets, admet deux sortes de kystes des mâchoires: les kystes folliculaires et les kystes périostiques.

Les premiers se développent à l'intérieur du sac dentaire avant que l'évolution des dents soit terminée: ce sont des kystes par vice de développement.

Les seconds se développent autour d'une dent toute formée, dans l'intérieur du sac périostique qui enveloppe les racines d'une dent malade. Dans ce cas, l'appareil dentaire a été complet; il y a eu ou il existe encore des dents cariées, et l'affection a été précédée d'accidents du côté des dents. Rien de cela n'a existé chez notre malade; aussi, pouvons-nous à son sujet, écarter de suite l'idée d'un kyste périostique. Il s'agirait donc, chez notre malade, d'un kyste folliculaire, c'est-à-dire d'un kyste développé dans un follicule dentaire.

Pour vous faire bien comprendre la pathogénie de ce genre de tumeurs, je crois qu'il ne sera pas sans utilité de vous rappeler en quelques mots le mode de développement des dents.

La dent se développe aux dépens d'un organe, renfermé dans l'épaisseur des mâchoires, et désigné sous le nom de follicule dentaire. Celui-ci se compose 1° d'un sac clos de toutes parts (sac folliculaire), constitué par une membrane conjonctive ou vasculaire; 2° du bulbe dentaire, organe très-vasculaire, d'une structure particulière, destiné à sécréter l'ivoire; 3° enfin, d'un organe spécial, placé entre la paroi folliculaire et le bulbe et auquel est réservée la sécrétion de l'émail (organe de l'émail).

Ces trois parties constituantes du follicule dentaire sont accolées, et aucun vide n'existe normalement entre elles. Mais on conçoit très-bien que sous l'influence d'une cause morbide qui nous échappe, il puisse se faire dans la cavité du sac folliculaire une sécrétion anormale qui arrête l'évolution régulière et devient l'origine d'un kyste dans une cavité préformée.

Dans ces cas, l'organe de l'émail disparaît rapidement, le bulbe plus ou moins atrophié, dissocié, peut même disparaître en partie, mais, le plus souvent, on le retrouve lorsqu'on le cherche avec soin sur un des points de la paroi kystique où il est facile de reconnaître sa véritable nature d'après sa structure histologique. Parfois même, au lieu d'être atrophié, le bulbe dentaire peut subir diverses modifications de structure et devenir l'origine de ces tumeurs si bien décrites sous le nom d'*odontomes* par le professeur Broca.

Ces tumeurs, de même que les kystes qui correspondent à cette période de l'évolution dentaire, sont connues sous le nom d'odontomes ou de kystes embryoplastiques. Ils sont caractérisés par la présence en un point du kyste, du bulbe dentaire, reconnaissable à sa structure.

Les mêmes lésions du follicule dentaire peuvent survenir à une période plus avancée de l'évolution, lorsque le bulbe a déjà commencé à sécréter de l'ivoire et qu'une dent très-imparfaite est déjà formée. Les kystes de cette période (nous laissons de côté les odontomes dont nous n'avons pas à nous occuper) sont désignés sous le nom de kystes *odontoplastiques*, et sont caractérisés par la présence en un point du kyste de masses d'ivoire plus ou moins considérables, suivant le degré de développement de la dent.

Enfin, à une période plus avancée encore, lorsque la couronne est à peu près complétement formée, et que le développement de la dent est presque achevé (période coronaire) on peut aussi voir survenir un kyste dans la cavité du follicule. Ce kyste est reconnaissable à la présence d'une dent complète implantée dans l'épaisseur de l'os et dont la couronne fait saillie dans la cavité kystique.

Revenons maintenant à notre malade. D'après ce qui

© BIU Santé

précède, vous concevez combien il eût été intéressant d'obtenir de notre malade quelques renseignements sur l'évolution de ses dents. Il lui manque plusieurs molaires inférieures du côté de la tumeur. Sont-elles tombées ou ne sont-elles jamais venues? C'est ce que nous n'avons pas pu apprendre.

Au premier abord, il pourrait vous paraître singulier, chez un homme de près de 70 ans, de rattacher le kyste qu'il porte, à l'évolution dentaire. Cependant, vous n'ignorez pas que la dernière molaire ou, comme on l'appelle, la dent de sagesse ne se montre souvent que très-tard. — Quelquefois même, elle ne pousse jamais, soit que son évolution semble arrêtée, soit qu'elle ait subi une hétérotopie, c'est-à-dire qu'elle occupe un siége anormal, d'où résulte un arrêt de son développement. On l'a vue au niveau de l'angle de la mâchoire, dans la branche montante du maxillaire inférieur, dans l'apophyse coronoïde. Elle présente encore parfois une anomalie de direction qui peut influer sur son évolution : c'est ainsi qu'on l'a vue parfois complétement renversée, la couronne regardant en bas. Cette disposition existait dans un kyste enlevé par Lisfranc, et dont j'ai fait reproduire les dessins dans mon livre.

Donc, plus que toute autre dent, la dent de sagesse est sujette à un retard dans son évolution, à des anomalies de siége et de direction qui doivent prédisposer à la formation d'un kyste, aux dépens de son follicule, même chez des individus adultes ; et je ne crains pas d'affirmer qu'il s'agit d'un kyste de cette nature chez notre malade. Nous sommes arrivés à éliminer chez lui toute idée de tumeur solide ; à constater l'existence d'un kyste uniloculaire, occupant la partie la plus reculée de la branche horizontale, et toute la branche montante du maxillaire ; ce qui nous conduit à admettre, comme origine de ce kyste, le follicule de la dent de sagesse.

Nous ajouterons, pour compléter ce diagnostic que, vu l'âge du malade, il y a tout lieu de supposer que ce kyste appartient à la période odontoplastique et plutôt même à la période coronaire, et que nous trouverons la dent de sagesse plus ou moins parfaite et complétement développée sur un point de la paroi kystique.

Quelques mots, en terminant, sur le pronostic et le traitement. Cette tumeur n'a pas de gravité par elle-même ; mais elle peut continuer à grossir, et finir, comme on l'a observé quelquefois, par s'ouvrir spontanément à l'extérieur. Si un pareil accident arrivait, le malade serait exposé, non seulement à des fistules intarissables ; mais aussi à une inflammation du kyste, qui, lorsqu'elle atteint des cavités aussi vastes, se termine quelquefois par la mort. C'est pour cela que nous croyons nécessaire de pratiquer l'ablation complète de cette tumeur.

Lorsque les kystes folliculaires sont peu développés, l'incision de la poche suivie de lavages fréquents peut suffire pour permettre aux parois osseuses de se rapprocher graduellement et pour faire disparaître la tumeur. Mais, lorsque ces kystes sont très-volumineux, lorsque leurs parois osseuses fortement distendues sont très-amincies, et que le maxillaire est, pour ainsi dire, détruit, il n'y a rien à espérer de l'incision qui ne servirait qu'à exposer le malade à des fistules intarissables et même à des accidents mortels. Il faut enlever la portion d'os malade et pratiquer une résection plus ou moins étendue du maxillaire. Cette opération qui n'est ni très-grave, ni très-difficile, est celle qui convient le mieux au cas de notre malade. Aussi, allons-nous la pratiquer tout à l'heure, en suivant le procédé classique et en cherchant autant que possible à conserver intact le nerf facial.

P. S. — Il s'agissait, en effet, d'un kyste développé dans l'épaisseur du maxillaire inférieur. Les lames osseuses qui le limitent présentent une épaisseur variable suivant les points, mais qui ne dépasse nulle part deux millimètres. La portion externe de la tumeur, celle qui faisait saillie sous la peau, est beaucoup plus développée que la portion interne qui proéminait du côté de la cavité buccale.

La face externe ou tégumentaire était recouverte par les fibres du masséter qui s'y épanouissait largement et s'y insérait; la face interne ou buccale par les fibres du muscle ptérygoïdien interne. Les parois du kyste sont osseuses dans la plus grande partie de leur étendue. Ce n'est guère qu'à sa partie moyenne, dans le point qui, avant l'ablation de la tumeur et l'évacuation du liquide, était le plus distendu et le plus proéminent sous la peau, qu'existe sous forme de bande antéro-postérieure un espace où les parois ne sont plus constituées que par une sorte de membrane fibreuse, très-mince, au milieu de laquelle sont disséminés quelques îlots de substance osseuse.

La distension de l'os porte sur la branche montante du maxillaire en entier; l'apophyse coronoïde et le condyle eux-mêmes y participent et se montrent sur le bord supérieur de la tumeur, sous forme de grosses saillies triangulaires. Elle envahit également l'angle de la mâchoire, et le cinquième postérieur de sa branche horizontale.

La surface intérieure du kyste, rosée et blanchâtre suivant les points, est tapissée par une membrane analogue comme aspect à une muqueuse. Elle présente des dépressions et des saillies qui correspondent à celles de la surface extérieure.

A la partie antérieure de la cavité, sur le prolongement virtuel du bord alvéolaire, et, séparée de la paroi antérieure du kyste par une profonde dépression, se trouve une éminence osseuse. De sa base, partent quatre rayons osseux disposés en croix qui, très-saillants dans le voisinage de l'éminence, diminuent graduellement d'épaisseur et de hauteur pour aller se confondre finalement avec les parois du kyste. Au sommet de cette éminence se trouve une dent, dont la couronne très-bien conformée, ressemble, en tous points, à celle des grosses molaires. Elle occupe le siége habituel de la dent de sagesse, et ne se trouve séparée du bord alvéolaire que parce que la partie postérieure de la branche horizontale du maxillaire participe à la distension dont la branche montante est le siége principal. Cette dent de sagesse est légèrement mobile sur l'éminence qui la supporte, ce qui est dû, vraisemblablement à ce qu'elle est pourvue de racines peu développées.

ANATOMIE GÉNÉRALE

Collége de France. — **M. RANVIER.**

Vingt-et-unième leçon (1).

Recueillie par le Dr J. Renaut.

Sommaire. — I. Phénomènes d'accroissement des faisceaux musculaires striés. Migration des noyaux vers la périphérie. — Origine de la substance contractile. Discussion. La substance contractile n'est point le résultat de la transformation directe du protoplasma. La fibrille et le cylindre primitif n'ont point d'équivalent cellulaire. Le développement de la fibre musculaire et de la fibre connective ne sont nullement comparables. — II. Mode intime de nutrition de la fibre musculaire. — Disposition du protoplasma; il forme une masse diffuse répandue entre les cylindres contractiles. — La substance musculaire est englobée par le protoplasma et renfermée dans son intérieur; le faisceau primitif baigne dans la lymphe ; le sang n'aborde l'élément contractile qu'en traversant trois milieux : 1° l'espace connectif (ou lymphatique) ; 2° le sarcolemme ; 3° le protoplasma. — Le muscle se nourrit quand il agit. — III. Lésions élémentaires de la fibre musculaire. Elles sont de trois ordres : nutritives, formatives et mixtes. — Dégénération graisseuse, pigmentaire, vitreuse; fin de l'étude des muscles striés ordinaires (rouges et pâles). — (*30 mars 1876*).

Messieurs,

Nous venons de voir que, dans tous les cas, et aussi bien chez la grenouille que chez les vertébrés supérieurs, le faisceau musculaire a d'abord la forme d'une gouttière plus ou moins repliée sur elle-même, et qui, lorsqu'on l'étale, se développe comme le ferait un ruban quadrangulaire dont l'on disjoindrait les bords affrontés. L'une des faces de cette lame, ou ruban musculaire, est occupée par une

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876 ; nos 1, 2, 7, 9, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28 30 31, 40, 41, 42 et 43 de 1877; nos 11, 12, 13 et 14 de 1878.

© BIU Santé

couche de protoplasma semée de noyaux ; l'autre face est le siége du développement de la substance musculaire proprement dite. Comment concevoir maintenant le mode de transformation d'un pareil système en un faisceau primitif cylindrique, tel que l'est, dans l'état adulte, la fibre musculaire de la grenouille, par exemple ?

En suivant les progrès du développement l'on remarque

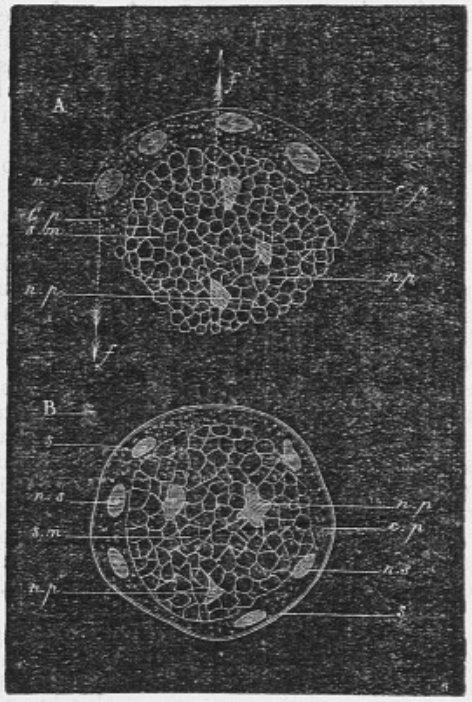


Fig. 29. — Schéma du développement d'une fibre striée de grenouille (coupe transversale idéale).

A. La zone protoplasmique *c p* se courbe en croissant en glissant le long de la substance musculaire dans le sens de la flèche *f*. La substance musculaire s'accroît en sens inverse (*f'*) mordant sur le protoplasma et englobant certains de ses noyaux *n p* qui deviennent profonds et prennent l'empreinte des cylindres primitifs qui les entourent. — *n s*, Noyaux superficiels.

B. La même fibre plus développée, munie d'un sarcolemme (*s*) et entourée de toutes parts de la zone protoplasmique dont les cornes se sont rejointes (mêmes indications.)

que, peu à peu, de plane qu'elle était, la fibre musculaire devient cylindrique. Voici, d'une manière générale, quel est le schème de cette transformation. Le développement de la substance contractile se fait toujours en gagnant sur la zone protoplasmique, et dans un sens tel, par exemple, que celui indiqué sur la *fig. 29* A, par la flèche *f'*. En mordant sur cette zone, la substance musculaire englobe un certain nombre de ses noyaux qui deviennent profonds. Le reste du protoplasma recouvre toujours la zone musculaire, et cette dernière, s'accroissant dans une direction perpendiculaire à son plan d'étalement primitif d'une part, et de l'autre dans le sens latéral, prend bientôt la forme d'un cylindre dont la coupe est irrégulièrement circulaire (*Fig. 29* A. *s*, *m*.) Il en résulte que la couche protoplasmique s'incurve comme une tuile courbe qui serait appliquée sur le cylindre précité ; en même temps on conçoit naturellement qu'elle paraisse éprouver un mouvement de glissement dans le sens de la flèche *f* et que, sur une coupe transversale, sa section prenne l'apparence d'un croissant granuleux semé de noyaux. En effet, le cylindre contractile qui s'accroît, l'étale en la refoulant. Au bout d'un certain temps les deux extrémités du croissant protoplasmique se rejoignent ; le cylindre contractile est dès lors entouré d'un anneau complet de protoplasma. Ensuite apparaît le sarcolemme, dont l'origine est assez controversée, mais qu'il me paraît naturel, d'après ce que nous savons de la structure, de considérer comme une production de l'ordre des cuticules, développée non aux dépens, mais probablement sous l'influence de la matière protoplasmique. Celle-ci disparaît peu à peu, parce que le cylindre musculaire qu'elle entoure continue à s'accroître et à prendre la place qu'elle occupe au-dessous du sarcolemme ; quand elle est complétement remplacée par la substance contractile, le faisceau musculaire primitif peut être considéré comme normalement développé.

Ici se présente une difficulté qu'il faut résoudre. Nous comprenons facilement l'évolution de la fibre musculaire de la grenouille, et les modifications qu'elle subit pour passer à l'état parfait. Nous concevons moins bien les phénomènes d'accroissement des faisceaux primitifs des mammifères. Nous avons vu qu'à l'état adulte les noyaux des faisceaux musculaires de ces animaux sont placés au-dessous du sarcolemme, par conséquent à la périphérie du faisceau. Comme pendant la période embryonnaire ces noyaux occupent le centre, il faut qu'à une certaine phase du développement ils aient quitté leur situation primitive pour gagner la périphérie. Ce transport est assez difficile à expliquer ; je crois cependant, Messieurs, qu'il s'effectue très-probablement de la façon suivante. De nouvelles couches musculaires, s'ajoutant successivement au dedans des premières sous l'influence de l'activité du protoplasma, (c'est-à-dire l'accroissement étant concentrique, et les cylindres primitifs mordant sans cesse sur le boyau protoplasmique axial), les noyaux que contient ce dernier sont nécessairement comprimés. Peut-être alors sont-ils mécaniquement refoulés dans ces fentes, dont je vous ai parlé dans la dernière leçon, et qui, traversant suivant un plan la substance contractile, font communiquer le protoplasma central avec la périphérie. Les noyaux cheminent dans ces fentes au fur et à mesure du développement ; quand ce dernier est parfait, tout l'espace est occupé par la substance contractile, et tous les noyaux, pour ainsi dire exprimés de sa masse, ont été se loger sous le sarcolemme qui les arrête et auquel ils se sont accolés ne pouvant aller plus loin. Cette hypothèse concorde bien avec le fait que je vous ai fait connaître, à savoir : que le développement d'un faisceau musculaire strié peut être considéré comme d'autant plus complet, et cet élément anatomique d'autant mieux spécialisé pour sa fonction, qu'il possède moins de noyaux englobés dans sa masse contractile. Dans cet ordre d'idées les muscles rouges seraient formés d'une substance striée qui n'aurait pas complétement expulsé les noyaux, puisqu'on en observe d'intérieurs à cette dernière. Ainsi les considérations tirées de l'étude embryologique des muscles viennent à l'appui de celles d'un tout autre ordre qui m'avait amené à formuler la règle que je viens de vous rappeler. C'est donc là une présomption de plus acquise en sa faveur.

Je dois maintenant revenir avec détails sur un point de développement que j'ai négligé à dessein dans la dernière leçon, afin de vous exposer clairement, et sans trop longues parenthèses consacrées à des questions de détail, le mode général de développement des fibres musculaires. Je veux parler de l'origine exacte et de l'équivalent morphologique de la *substance musculaire striée*. Aucun point dans la science n'a peut-être été plus discuté que cette origine, aussi l'historique en est-il fastidieux et je ne le ferai pas. Vous pourrez, du reste, le trouver avec ses moindres détails dans le travail récent de M. Frédéricq (de Gand), sur la génération et la structure du tissu musculaire. D'une manière générale, les auteurs qui ont traité cette question peuvent être divisés en deux groupes d'opinion contraire. Les uns avec Margo, Moritz, Calberla et Kunckel d'Herculais, soutiennent que chaque fibrille musculaire prend son origine dans une cellule distincte qui se transforme en elle-même et qu'elle représente. La majorité des histologistes est d'un avis opposé, et soutient que la fibrille n'est ni le résultat de la transformation d'un élément cellulaire, ni son équivalent morphologique.

Nous allons discuter la première opinion. Voici, Messieurs, comment Calberla, dont le travail est, je crois, le plus récent, comprend aformation des fibrilles. Il en étudie le développement, sur les larves de divers batraciens, à l'aide de la dissociation dans le liquide de Czerny, composé de salive humaine mélangéeau quart avec du liquide de Müller dilué.

© BIU Santé

D'après lui, les masses embryonnaires destinées à fournir les muscles se divisent en traînées de substance granuleuse. Bientôt, sur l'un des bords de chacune d'elles paraît un noyau. Les granulations protoplasmiques de la traînée se rangent ensuite en série sur le bord opposé; l'arrangement de ces granulations prend rapidement une grande régularité, puis enfin revêt l'aspect parfait de la striation musculaire transversale. De nouvelles bandes longitudinales de substance contractile s'organisent, à côté de la première, jusqu'à épuisement du protoplasma, de telle sorte que chacune des traînées primitives, répondant à une cellule, donnerait naissance, d'après la description même de Calberla, non à une fibrille élémentaire, mais à un groupe de ces dernières, c'est-à-dire à un cylindre primitif.

Les observations de M. Kunckel d'Herculais, faites sur les larves de diptères, l'ont conduit à un résultat analogue. Chacune des fibrilles striées viendrait d'une cellule dont le noyau disparaîtrait ensuite complétement par atrophie. Je n'ai point vérifié les assertions de M. Kunckel chez les diptères, je ne puis donc en récuser absolument l'exactitude, mais chez les autres animaux, j'ai vu le développement de la substance musculaire striée s'effectuer par un mécanisme si différent, que la contradiction complète, entre le développement des muscles des batraciens et des diptères (muscles dont la substance contractile présente d'ailleurs une apparence identique), m'étonnerait au plus haut degré.

Et tout d'abord, Messieurs, il me paraît bien difficile de suivre pas à pas le développement d'une fibrille élémentaire. Calberla a cru le faire et n'avait sous les yeux que des cylindres primitifs. Chez les insectes, et notamment dans les muscles moteurs des ailes; nous avons vu que ce que l'on considère comme une fibrille est vraisemblablement un cylindre primitif. Les filaments musculaires séparés par des traînées granuleuses fournissent, en effet, par division, des filaments plus petits, striés comme eux, et que l'on peut avec raison considérer comme se rapprochant davantage de la fibrille élémentaire que les faisceaux dont ils émanent. Ces faisceaux eux-mêmes ne renferment point trace de noyau; pour soutenir la théorie, M. Kunckel est forcé de supposer *à priori* que ce noyau a disparu par atrophie complète et totale. Quant à M. Calberla, dont j'ai pu vérifier les assertions sur les batraciens en voie de développement, je considère que son opinion n'est nullement fondée. Il suffit de dire qu'il admet que les granulations vitellines se transforment *in situ* en substance protoplasmique, et qu'il prétend avoir vu les grains du protoplasma se ranger en série afin d'engendrer la striation musculaire, pour conclure que les idées *à priori* jouent un grand rôle dans son travail. Ce qui montre bien, au contraire, que, si la substance musculaire naît au sein du protoplasma, elle est plutôt élaborée par lui que le produit direct de sa transformation, c'est que jamais elle ne renferme de granulations vitellines. Toutes les parties qui proviennent de la masse de segmentation de l'œuf (et jusqu'aux globules sanguins) en sont, au contraire, pénétrées. Les substances de formation secondaire n'en contiennent pas. Or, la substance contractile striée se comporte absolument comme ces dernières.

L'opinion de M. Frédéricq (de Gand), doit enfin être rappelée ici. Je dois dire tout d'abord qu'il n'admet nullement l'origine cellulaire des fibrilles élémentaires des muscles. Il dit explicitement en effet que : « Les fibrilles » musculaires ne doivent pas plus être rangées dans la » classe des éléments cellulaires que les fibrilles con- » jonctives. » Mais hors de là, il admet que le développement des muscles d'une part, et de l'autre celui des éléments du tissu connectif nés comme eux du feuillet moyen du blastoderme, sont exactement similaires. Pour lui, le faisceau primitif est d'une nature complexe et se compose de deux catégories d'éléments bien distincts. Les uns, les noyaux et le protoplasma qui les entoure, ont directement pour origine une multiplication de cellules embryonnaires; ils offrent tous les caractères de corps cellulaires et doivent être considérés comme tels au même titre que les cellules fixes du tissu connectif. « La matière » contractile au contraire, dont la nature fibrillaire est dé- » montrée par le développement, a une tout autre ori- » gine. Elle ne provient pas d'une métamorphose directe » des cellules embryonnaires; mais elle a été formée à la » surface et en dehors de celles-ci. » On ne saurait être plus explicite, mais il convient de se demander si la conception est rigoureusement exacte.

Je vous ferai remarquer, Messieurs, qu'elle le serait absolument si l'on pouvait adopter, comme le fait l'auteur, les idées de Franz Boll sur le développement du tissu cellulaire lâche. Voici, en effet, comment cet histologiste comprend la formation du tissu connectif. Ce tissu est d'abord composé, comme tous les autres, par des cellules embryonnaires indifférentes. Bientôt, certaines de ces cellules, destinées à devenir des cellules fixes du tissu connectif, prennent une apparence fusiforme ou allongée, puis leurs deux pôles revêtent un aspect pénicillé, se décomposant en une multitude de filaments très-grêles qui s'étendent au loin. Ces filaments représenteraient une portion du protoplasma qui s'est spécialisée, ou une substance qui serait née du protoplasma pour former les rudiments des fibrilles connectives. L'origine des faisceaux connectifs devrait donc être cherchée dans une élaboration particulière émanant directement des cellules fixes. Primitivement, ces fibrilles seraient partie intégrante d'un corps cellulaire. Il y aurait quelque analogie entre ce mode de développement et celui de la substance musculaire striée, qui s'opère aussi lui dans la masse d'un élément cellulaire, par une sorte d'élection ou de sécrétion intérieure. Mais je vais vous montrer combien cette analogie est forcée ou même peu exacte au fond.

Je prends un embryon de bœuf de 25 à 35 centimètres de long, et, à l'aide d'une seringue de Pravaz contenant du sérum fortement iodé, je pratique, dans son tissu cellulaire sous-cutané, une injection interstitielle. Ce tissu connectif est en voie de développement; il offre une apparence gélatineuse, c'est du tissu muqueux analogue à celui de la gélatine de Wharton. Il se fait une boule d'un jaune brunâtre dont un mince fragment est retranché à l'aide de ciseaux courbes sur le plat, porté sur la lame de verre et recouvert d'une lamelle. Contrairement à l'assertion de Flemming, vous pouvez constater, Messieurs, que cette méthode ne rompt ni ne fragmente les éléments cellulaires délicats qui entrent dans la composition du tissu. Les cellules fixes du tissu connectif sont déjà formées, elles se montrent sous forme de lames protoplasmiques grenues, renfermant un noyau, et présentant, à leur périphérie, de nombreux prolongements délicats qui s'anastomosent avec leurs similaires venus de cellules semblables plus ou moins voisines. Il résulte de cette disposition un réseau cellulaire composé d'expansions protoplasmiques pleines et offrant de grandes variétés de formes. Ce réseau très-nettement coloré en brun par l'iode, peut être suivi dans toutes ses ramifications. Or, à ce moment les faisceaux connectifs commencent à paraître, et sont dès le début totalement indépendants du système précité. Jamais une fibre conjonctive, que l'on reconnaît toujours parce qu'elle n'est que peu ou point teintée par l'iode, ne fait suite à un prolongement protoplasmique grêle. Les expansions du protoplasma, semées de vacuoles et colorées en jaune brun, s'étendent dans des directions variées. Entremêlées de diverses façons avec ces filaments d'origine cellulaire, les fibres connectives les croisent, conservant dans tout le champ de la préparation leur direction propre, et ne se confondent jamais avec eux; l'indépendance entre le système de cellules et le système de fibres est parfaite; les cellules restant toujours extérieures aux fibres, et sans aucun rapport avec la direction de ces dernières. Que conclure de ces faits? Evidemment que les faisceaux connectifs se développent en dehors des cellules, n'ont aucun lien d'origine avec elles, et conséquemment, ne peuvent, en aucun cas, être considérés comme des éléments anatomiques homologues de ces dernières. (*A suivre.*)

© BIU Santé

CHIRURGIE DES ARMÉES

Les ambulances roumaines (1);

Par **BOUDET DE PARIS** et **E. MONOD**, internes des hôpitaux.

Aux observations qui précèdent nous pouvons ajouter les trois faits suivants, dont nous ne possédons pas la relation détaillée, mais qui se sont passés sous nos yeux dans les services de nos collègues à l'ambulance.

OBSERVATION VI. — *Amputation du doigt dans la continuité de la première phalange.*

Pansement de Lister. Suppuration le troisième jour et enlèvement des sutures. — Abcès consécutif limité à la racine du doigt. Le blessé est évacué trois semaines après l'opération en pleine voie de guérison.

OBSERVATION VII. — *Désarticulation des deux dernières phalanges.* — Pansement de Lister. — Suppuration le troisième jour. — On enlève les sutures. — Abcès consécutif du dos de la main. — Le blessé est évacué au bout de trois semaines ; la cicatrisation est presque complète.

OBSERVATION VIII. — *Désarticulation métacarpo-phalangienne du médius.* — Pansement de Lister. — Phlegmon de la main, puis de l'avant-bras. — Mort par infection purulente.

Le Dr Economo, qui était à la tête d'un service de chirurgie à l'hôpital militaire de Turnu, a employé dans quatre cas le pansement de Lister à la suite d'amputations de doigts :

OBSERVATION IX. — Sabon Michale. *Amputation du petit doigt de la main gauche* (dans la continuité de la phalangine).

OBSERVATION X. — Davidu Alexandru. *Désarticulation de la deuxième phalange de l'indicateur gauche.*

OBSERVATION XI. — Nita Gheorghe. *Amputation du médius de la main gauche.*

OBSERVATION XII. — Mariu Nicolas. *Amputation de la deuxième phalange du petit doigt de la main gauche.*

Dans aucun de ces cas on n'a pu obtenir la réunion primitive des lambeaux ; et les quatre fois des fusées purulentes se sont produites du côté de la racine des doigts ou de la main.

Nous rapporterons encore l'observation suivante qui ne provient pas du théâtre de la guerre, mais qui peut être rapprochée des précédentes. C'est un fait que l'un de nous a eu l'occasion d'observer l'année dernière dans le service de M. Panas, à Lariboisière.

OBSERVATION XIII. — *Carie de la phalange unguéale du gros orteil du côté droit. — Amputation. — Pansement de Lister. — Suppuration abondante et sphacèle partiel des lambeaux. — Guérison.*

La nommée D..., âgée de 60 ans, entre le 12 janvier 1877, dans le service de M. Panas, salle Ste-Marthe, n° 23. — Elle présente une carie du gros orteil droit ; l'amputation dans la continuité de la dernière phalange est pratiquée le 20 janvier, par M. Lucas-Championnière, qui remplaçait, à ce moment, M. Panas. — La plaie est réunie par des points de suture ; dans l'un de ses angles on laisse un petit morceau de taffetas replié en gouttière et faisant office de drain. — M. Lucas applique le pansement de Lister.

21 *janvier.* — Le pansement est renouvelé. La malade accuse d'assez vives douleurs.

22 *janvier.* — Les douleurs persistent ; il n'y a pas de réunion primitive ; il s'écoule un peu de sérosité par la plaie. On enlève les sutures.

25 *janvier.* — La plaie suppure assez abondamment ; la suppuration est un peu fétide. On renouvelle le pansement de Lister.

28. — La suppuration est toujours abondante et assez fétide. On constate à la partie inférieure de la plaie un point sphacélé.

31. — La partie sphacélée s'est éliminée ; les surfaces bourgeonnent bien.

14 *février.* — La cicatrisation est presque complète.

15. — La malade quitte l'hôpital.

Notre seconde catégorie de faits renferme les cas où le pansement de Lister n'a pas été employé à la suite des opérations pratiquées sur les doigts. Il a été remplacé soit par un pansement phéniqué simple, soit par l'application de bandelettes de diachylon.

OBSERVATION I. — *Plaie par arme à feu du pouce gauche. — Amputation. — Réunion complète le douzième jour.*

Holbron, soldat de ligne, âgé de 24 ans, blessé à Rahova le 19 novembre. — Ouverture de l'articulation phalangienne du pouce gauche, avec fracture comminutive de la première phalange. Il existe à la face palmaire et à la face dorsale du doigt une double plaie irrégulière, recouverte de détritus sphacélés.

24 *novembre.* — Je fais l'amputation de la première phalange, très-près de l'articulation métacarpo-phalangienne (méthode à un lambeau antéro-latéral). Je rapproche le lambeau au moyen de deux points de suture, sans chercher à obtenir un affrontement exact des surfaces. J'applique par-dessus une cuirasse de bandelettes de diachylon. *Soir*, pas de douleur. — T. A. 37°,2.

25. — Douleur modérée. Le malade a dormi. Un peu de gonflement de la main. Je laisse les bandelettes en place, et je les entoure de charpie trempée dans une solution phéniquée. — T. 38°,4. — *Soir* : Peau chaude, T. A. 39°,3. Douleur vive s'irradiant le long de l'avant-bras et même du bras. J'enlève le diachylon. Je trouve la plaie réunie dans presque toute son étendue. Un seul point de suture est resté en place, je l'enlève. Il existe un gonflement douloureux de l'éminence thénar. Pas de gonflement de l'avant-bras. Je remets quelques bandelettes de diachylon pour assurer le contact du lambeau, et j'entoure le pouce et toute la main d'un cataplasme.

26. — Le malade a bien dormi. La température est tombée à 38°. La douleur est modérée. On continue l'application de cataplasmes. — *Soir* : T. 38°.2.

27. — Pas de douleur, T. 37°,4. — Je remplace le cataplasme par de la charpie trempée dans une solution phéniquée. — *Soir* . il existe un gonflement douloureux à la racine du pouce. J'enlève les bandelettes de diachylon, et je constate que la réunion primitive s'est faite sur toute la longueur de la plaie, excepté en un point central où existe un petit orifice qui laisse écouler par la pression une goutte de pus. Je refais un pansement au diachylon, que je recouvre de charpie humide.

Même pansement les jours suivants.

2 *décembre.* — J'enlève le diachylon, la suppuration est très-minime ; aucune inflammation périphérique. Pansement simple.

4. — Une petite collection purulente bien localisée s'est faite au niveau du point douloureux signalé à la racine du pouce; je la ponctionne avec la pointe d'un bistouri. La plaie d'amputation est cicatrisée.

OBSERVATION II. — *Plaie par arme à feu de la main gauche. — Amputation du deuxième métacarpien. — Phlegmon de la main. — Guérison.*

Dumitri, chasseur, âgé de 27 ans, blessé à Plevna le 19 octobre. — *Fracture comminutive* du deuxième métacarpien de la main gauche avec ouverture de l'articulation métacarpo-phalangienne. L'amputation du deuxième métacarpien dans la continuité est pratiquée par le Dr Stanesco. On applique le pansement simple.

2 *novembre.* — A mon arrivée dans l'ambulance, je constate l'existence d'un phlegmon peu étendu de la main, qui nécessite une contre-ouverture vers la racine du pouce.

6 *novembre.* — La plaie suppure régulièrement. On fait des lavages phéniqués quotidiens. Pansements humides.

10 *novembre.* — Suppuration moindre. La plaie bourgeonne bien.

16 *novembre.* — Les lambeaux sont maintenus en contact avec des bandelettes de diachylon.

(1) Voir les nos 8, 9 et 13.

© BIU Santé

19 *novembre*. — La suppuration est presque nulle.

23 *novembre*. — Le blessé est évacué sur un hôpital du centre. La cicatrisation est à peu près terminée.

OBSERVATION III. — (Communiquée par le Dr RUSS.) — *Plaie par arme à feu de l'indicateur droit. — Désarticulation des deux phalanges. — Guérison.*

Zarica, âgé de 27 ans, soldat de ligne blessé le 7 novembre.— *Fracture compliquée de la phalangine de l'indicateur droit*, avec ouverture de l'articulation. On pratique la désarticulation des deux dernières phalanges, en formant un lambeau postérieur. Pansement aux bandelettes de diachylon. Par-dessus les bandelettes on applique un gâteau de charpie trempée dans une solution d'acide phénique au 100e.

La réunion secondaire est achevée le 26 *novembre*, jour auquel le malade quitte l'ambulance. Il n'y a pas eu de fusée purulente ni d'inflammation des lèvres de la plaie.

La réunion secondaire a été obtenue sans complications de fusées purulentes ou de phlegmons, dans les neuf cas suivants qui nous ont été communiqués par le Dr Economo. Dans aucun de ces cas on n'avait recherché la réunion primitive; le seul pansement employé a été le pansement aux bandelettes de diachylon.

OBSERVATION IV. — *Désarticulation des deux dernières phalanges de l'indicateur droit.*

OBSERVATION V. — *Désarticulation du médius gauche.*

OBSERVATION VI. — *Amputation de la deuxième phalange de l'indicateur gauche.*

OBSERVATION VII. — *Désarticulation de la troisième phalange de l'indicateur gauche.*

OBSERVATION VIII. — *Amputation de la deuxième phalange de l'indicateur gauche.*

OBSERVATION IX. — *Amputation de la deuxième phalange du médius droit.*

OBSERVATION X. — *Amputation de la deuxième phalange de l'indicateur gauche.*

OBSERVATION XI. — *Amputation du petit doigt de la main gauche.*

OBSERVATION XII. — *Amputation de la phalangette de l'indicateur droit.*

Dans un seul des cas où il a employé le pansement au diachylon, M. Economo observa un phlegmon de la main.

OBSERVATION XIII. — *Amputation de la deuxième phalange du petit doigt de la main droite. — Phlegmon de la main. — Guérison.*

Il ressort des faits qu'on vient de lire que dans tous les cas où l'on a employé le pansement de Lister à la suite des plaies d'amputation ou de désarticulation des doigts, la réunion primitive n'a pas été obtenue une seule fois et on a toujours observé des complications d'abcès ou des phlegmons plus ou moins étendus. Voici ce qui se passait invariablement du côté de la plaie. Dès le deuxième ou le troisième jour on voyait s'écouler par les angles quelques gouttes de sérosité ou de séro-pus, qui devenait du vrai pus le jour suivant et nous obligeait à enlever les sutures. Vers le cinquième ou le sixième jour, une douleur localisée à la racine du doigt ou à la main, jointe à de la rougeur, était l'indice de la formation d'un abcès. Après l'ouverture de cette collection purulente, la suppuration devenait beaucoup moindre du côté de la plaie qui commençait dès lors à bourgeonner et se réunissait par seconde intention.

Dans plusieurs cas, une fusée purulente nouvelle a nécessité une deuxième contre ouverture. En général, ces complications qui retardaient la guérison, n'ont pas présenté une grande gravité. Cependant, nous avons vu deux fois le phlegmon s'étendre à l'avant-bras (observ. V et IX), et, dans ce dernier cas, le blessé est mort d'infection purulente.

Si nous nous reportons aux faits de la seconde catégorie, ceux où le pansement de Lister n'a pas été employé, nous trouvons que, sur un nombre égal de cas, on n'a observé que deux fois des complications inflammatoires du côté de la main. Ainsi, d'un côté, treize cas d'amputation pansés suivant la méthode de Lister et treize fois formation d'abcès ou de phlegmons; d'un autre côté, treize cas d'amputation non pansés suivant cette méthode, et deux fois seulement phlegmons consécutifs.

Comment expliquer une différence aussi marquée dans les résultats obtenus? Nous pensons qu'il faut en chercher la raison dans la disposition anatomique des parties qui s'oppose au succès de la réunion primitive. En effet, les gaînes synoviales de la face palmaire et de la face dorsale du doigt sont deux portes largement ouvertes à la fusée rapide des liquides qui se forment à la surface de la plaie. Quelque précaution que l'on prenne pour leur ménager une voie d'écoulement aux extrémités de la plaie, on ne peut pas empêcher qu'une partie fuse le long de la gaîne et devienne le point de départ de suppurations à distance. Ainsi s'expliquent naturellement, suivant nous, les résultats défavorables que nous avons toujours observés à la suite du pansement de Lister appliqué dans ces conditions. Nous nous bornons à ces simples remarques, n'ayant pas l'intention de soulever ici une question de doctrine en recherchant si les réseaux lymphatiques jouent un rôle dans la pathogénie des complications qui nous occupent. Nous insistons seulement sur un fait d'observation que nous avons pu vérifier bien des fois : lorsqu'on exerçait une pression sur le doigt depuis sa racine jusqu'à son extrémité libre, c'est toujours par les gaînes ouvertes qu'on voyait le pus refluer.

Nous croyons donc pouvoir conclure que la réunion primitive ne doit jamais être cherchée dans les plaies d'amputation ou de désarticulation des doigts. Ce principe une fois posé, le choix du pansement est d'une importance secondaire. Les bandelettes de diachylon qui maintiennent les lambeaux en contact sans s'opposer au libre écoulement du pus, nous paraissent le topique le plus commode et le plus avantageux. Nous nous sommes bien trouvés d'y associer pendant la période inflammatoire un pansement humide, en recouvrant le diachylon de charpie trempée dans une solution phéniquée. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Etudes expérimentales sur les traumatismes cérébraux : M. H. Duret.

Depuis les travaux de l'Académie de chirurgie, depuis Dupuytren, on n'a fait que peu d'efforts pour éclaircir la pathologie chirurgicale de l'encéphale. On avait pris l'habitude d'attribuer certains groupes symptomatiques à la commotion, à la contusion, à la compression cérébrale; mais aucune donnée d'anatomie ou de physiologie pathologique n'était venue justifier ces dénominations vagues. Les auteurs les plus récents, respectueux de l'autorité, ont conservé les mots sans en élucider le sens. On sentait bien qu'il n'y avait que confusion dans tout cela, mais on se contentait de douter, et on attendait patiemment qu'un homme de bonne volonté vînt faire un peu de lumière.

Par ses beaux travaux sur l'anatomie et la physiologie du cerveau, M. Duret était mieux que personne préparé à des recherches de cette nature; aussi ce n'est pas en vain qu'il a tenté un vigoureux effort.

M. Duret distingue les accidents déterminés par les traumatismes cérébraux en *primitifs* (commotion, contusion, etc.), *secondaires* (méningite, encéphalite, etc.) et *tertiaires*. Dans la production des accidents primitifs, le choc du liquide céphalo-rachidien joue un rôle très-important.

Ce liquide, issu par transsudation des dernières rami-

© BIU Santé

fications artérielles, a ses sources dans les parties les plus profondes des centres nerveux, dans les gaines péri-vasculaires qui communiquent avec les aréoles de la pie-mère. Il se rassemble dans les sillons tertiaires, secondaires et primaires qui séparent les circonvolutions, en formant des *rivuli*, des *rivi*, des *flumina*. Ces flumina vont se jeter dans des *lacs* : lac *calleux*, lacs *sylviens*, lac *central* (espace sous-arachnoïdien antérieur de Magendie) communiquant par un canal péri-pédonculaire avec le lac *cérébelleux supérieur* (espace sous-arachnoïdien postérieur); le collet du bulbe est entouré par des canaux basilaires et vertébraux engainant les artères. Pour M. Duret il est hors de doute que le trou de Magendie existe réellement et qu'il y a communication entre le liquide ventriculaire et le liquide sous-arachnoïdien. Le liquide céphalo-rachidien possède dans l'intérieur du crâne une tension supérieure à la pression atmosphérique, il s'écoule quand, à travers une ouverture du crâne, on a incisé l'arachnoïde. Cette tension est sous la dépendance de la tension artérielle, car elle tombe à zéro si on coupe les carotides. Il est animé d'oscillations en rapport avec les mouvements d'expansion du cerveau produits eux-mêmes par les ondées artérielles et exagérées pendant l'expiration. Malgré la rigidité du crâne, les changements de volume de l'encéphale sont rendus possibles par l'extensibilité des parois du canal rachidien dans lequel le liquide reflue à chaque systole cardiaque, à chaque respiration ; ces oscillations d'origine cardiaque et respiratoire sont synchrones dans les cavités crânienne et rachidienne (Salathé).

En raison de l'élasticité du crâne, au moment d'un choc, il se forme, au niveau du point percuté, un cône de dépression, et à l'extrémité opposée de l'axe de percussion un cône de soulèvement immédiatement rempli par les liquides cérébraux. Mais à l'instant précis où se forme le cône de soulèvement, il y a une tendance au vide qui suffit pour provoquer quelques ruptures vasculaires. Quel que soit d'ailleurs le point percuté, sous l'influence de la pression, le liquide céphalo-rachidien reflue sur tous les points dans les gaines lymphatiques où il produit des ruptures de petits vaisseaux qui sablent la substance cérébrale.

Ainsi, les effets de la pression peuvent se faire sentir partout ; mais c'est dans la région diamétralement opposée au point d'application du choc qu'ils sont le plus marqués. En outre, il est un point vers lequel l'action de la pression se manifeste presque constamment, quel que soit le siége et la direction du traumatisme, c'est le plancher du quatrième ventricule ; cela s'explique par ce fait que quand les ventricules cérébraux sont comprimés au moment du choc, le liquide ne peut s'échapper que par l'aqueduc de Sylvius qui dirige le choc céphalo-rachidien sur le ventricule bulbaire. A la suite d'injections de liquide ou de matière coagulable dans le crâne, comme à la suite de chocs sur la convexité et *surtout sur la région frontale*, on observe fréquemment des hémorrhagies, des déchirures, de véritables éclatements du bulbe, manifestement produits par la pression excentrique du liquide qui s'est précipité dans le quatrième ventricule. Dans quelques cas le plancher est à peu près intact, mais le trou de Magendie a été déchiré. En raison de la transmissibilité des chocs dans la cavité crânienne, dans la rachidienne, les effets de la pression pourront se produire sur la moelle elle-même.

Parmi les troubles produits par le choc céphalo-rachidien, M. Duret distingue des troubles généraux et des troubles locaux. Les troubles généraux se groupent en deux périodes.

La première période présente une phase initiale de *tétanisme;* au moment du choc, l'animal est renversé, se raidit, souvent les yeux se convulsent, les pupilles se contractent, le spasme porte en même temps sur les muscles de la vie organique (expulsion de l'urine, etc.); la respiration reste suspendue quelques instants ; puis revient, pénible, stertoreuse ; le pouls, d'abord petit et précipité, devient très-lent et plein. Cette phase de contracture peut durer de quelques secondes à un quart d'heure, suivant la violence du choc. Ces phénomènes trouvent leur explication dans l'excitation des corps restiformes par le choc céphalo-rachidien : l'irritation directe de ces parties du bulbe, montre en effet qu'elles sont très-sensibles et excito-motrices. (Vulpian.)

Une seconde phase de cette période est caractérisée par la *résolution*. Quand le choc n'a pas été très-violent, on voit au bout de peu de temps reparaître quelques mouvements, la respiration devient fréquente, mais le pouls reste lent ; puis peu à peu la connaissance revient. Quand le choc a été grave, les phénomènes de cette phase se prolongent jusqu'à la période de réaction. Ces symptômes de la deuxième phase sont sous la dépendance de troubles vasculaires. Au moment du traumatisme, le choc céphalo-rachidien a produit un spasme réflexe de tout le système artériel et des vaisseaux de l'encéphale, mis en évidence par la suspension du cours du sang dans le cerveau et par l'arrêt des battements cérébraux (phase tétanique). A ce spasme succède la paralysie des vaisseaux amenant la congestion encéphalique, qui rend compte du prolongement des troubles fonctionnels (coma, résolution).

La deuxième période, dite de réaction inflammatoire, comprend les phénomènes de méningite et d'encéphalite traumatiques.

Lorsqu'il existe des troubles localisés, c'est qu'au choc céphalo-rachidien se sont ajoutées des lésions localisées dont le siége varie suivant le point d'application de la force. Les chocs latéraux se répercutent sur l'hémisphère du côté opposé ; les chocs occipitaux à la fois sur les lobes frontaux, sur les parties postérieures de l'hémisphère et au niveau du bulbe. Quant aux chocs frontaux, qui sont les plus fréquents, ils retentissent surtout vers la base, vers la protubérance, le bulbe, et même quelquefois vers la moelle. Les troubles qui correspondent à ces lésions localisées, hémorrhagies, déchirures, etc., consistent en excitations ou en paralysies, suivant le degré et le genre de la lésion produite. La nature de ces excitations et de ces paralysies varie suivant la région atteinte, qu'il s'agisse d'une région motrice ou d'une région sensible.

M. Duret montre encore que le choc traumatique et le choc de l'hémorrhagie cérébrale ont des manifestations semblables et le même mécanisme, le reflux brusque du liquide céphalo-rachidien dans le ventricule bulbaire et l'excitation des corps restiformes. Le mode de production du choc embolique est un peu différent.

Dans un prochain numéro, nous analyserons la fin de cet excellent travail.

Ch. FÉRÉ.

© BIU Santé

Quelques mots sur la prison Saint-Lazare.

Dans une visite que nous avons faite, il y a quelque temps à la prison de Saint-Lazare, nous avions recueilli des notes que nous nous proposions d'utiliser si l'administration nous envoyait des renseignements que nous avions réclamés. Ceux-ci, sans doute par oubli, ne nous étant point parvenus force nous est de nous en tenir aux brèves observations qui suivent.

Le service médical est composé de :

Trois médecins en chef, de quatre médecins-adjoints et de trois internes. Ni les uns ni les autres ne sont nommés au concours.

Cette organisation paraît assez complète au premier abord ; en effet, il y a là des médecins-adjoints pour remplacer les titulaires en cas de maladie ou de congé.

Aussi, le service, ne doit-il jamais être en souffrance. Cependant, il est une lacune qui nous a frappé : Saint-Lazare renferme onze cents femmes ; parmi elles, il y en a qui entrent avec des enfants que l'on garde jusqu'à 3 ans ; d'autres sont enceintes et accouchent dans la prison. Il nous semble qu'il y aurait peut-être lieu d'organiser un service spécial consacré aux femmes enceintes et aux enfants.

Une autre amélioration qui est tout à fait urgente, c'est la démolition du service actuel des bains. La salle des bains ordinaires contient huit baignoires ; elle est malpropre et insuffisante. Quant à la salle des bains sulfureux, c'est quelque chose de dégoûtant. Nous nous contenterons de dire que les baignoires, qui datent d'une époque assurément très-reculée sont, en raison de l'espace, accolées *les unes aux autres*. Dans le service des bains de l'hôpital Saint-Antoine, nous ne connaissons rien de plus mauvais et de plus laid que l'installation balnéaire de Saint-Lazare. Quant à l'hydrothérapie, c'est chose inconnue. Le préfet de police, M. Gigot, paraît animé des meilleures intentions, d'un vif désir de bien faire. Nous sommes heureux de lui fournir une occasion d'agir et d'agir utilement.

Nous terminerons par un dernier renseignement qui s'ajoute à ceux que nous avons donnés dans les derniers numéros : il concerne les *Religieuses*. Ces dames, à Saint-Lazare, sont au nombre de 60 : 44 sont payées par la préfecture de police et 16 sont au compte de l'entrepreneur qui a l'exploitation du travail des femmes de Saint-Lazare. Les Religieuses, d'après le directeur, reçoivent chacune 600 francs par an.

B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 avril 1878. — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

M. JOLYET a constaté que, lorsqu'on plonge le cœur d'une grenouille dans une solution de sulfate de magnésie, les battements se ralentissent pour s'arrêter peu à peu. Si on lave ensuite le cœur, on peut, après une suspension de deux heures, voir les battements reprendre leur type normal. Cette action du sulfate de magnésie, qui lui est commune avec le sulfate de potasse, peut être rapprochée des effets produits par la ligature de Stannius. Les sels agissent non sur le muscle cardiaque, mais sur l'innervation.

M. RABUTEAU pense, au contraire, que ce sont des poisons musculaires.

M. BROWN-SÉQUARD montre à la Société, des grenouilles américaines, de grandes dimensions, très-propres aux expériences physiologiques. Il s'en est servi pour reprendre les recherches sur les fonctions des canaux semi-circulaires, à la suite desquelles, en 1852, il a observé, le premier, les symptômes, décrits plus tard sous le nom de maladie de Menière. Chez la grenouille on peut, quatre fois sur cinq, enlever les canaux semi-circulaires, sans voir se produire les phénomènes de rotation, les paralysies et les contractures que l'on a rattachés à la perte des fonctions de cet organe. Il faut, pour que ces symptômes se montrent, non-seulement enlever les canaux semi-circulaires, mais blesser le nerf auditif, ou ouvrir son sac.

M. Brown-Sequard se déclare plus adversaire que jamais de la théorie des localisations cérébrales : les symptômes que l'on attribue à la perte des fonctions des centres cérébraux sont dus à une irritation à distance. Il n'est pas plus logique d'attribuer telle fonction à telle partie du cerveau, que de placer le sens de la vue dans l'intestin, par cette raison que les vers intestinaux peuvent donner lieu à l'amaurose.

M. RABUTEAU communique le résultat d'expériences sur les ferrocyanures confirmatives des faits avancés par MM. Regnault et Hayem dans leur communication à l'Académie. Ces sels ne sont pas diurétiques ; ils s'éliminent rapidement par les urines.

M. POUCHET a pu suivre la formation des globules sanguins sur un embryon de lapin de 17 millimètres de long. Ils se développent dans la vésicule ombilicale, qui joue le rôle de l'aire vésiculaire d'un poulet de trois jours. On ne trouve pas d'hématoblastes, mais des hématies très-petites, greffées sur un noyau.

Répondant aux dernières communications de M. Hayem, M. Pouchet signale chez le caïman la présence d'éléments très-petits ayant les réactions des globules blancs qui peuvent se transformer soit en hématies, soit en globules blancs.

M. HAYEM nie l'existence de semblables globules indifférents. Le plus petit des globules blancs est toujours plus grand que les grands hématoblastes et a un noyau plus gros.

Si les auteurs diffèrent d'opinion sur les globules de sang, cela tient en partie aux réactifs employés. Ainsi l'acide osmique, préconisé par M. Pouchet, rend sphériques les hématoblastes allongés d'où l'erreur de M. Pouchet. Mieux vaut examiner le sang à 0°, sans aucun réactif.

M. GELLÉ fait des recherches d'anatomie comparée sur l'oreille; à mesure qu'on monte dans l'échelle des êtres, on voit le manche du marteau diminuer de volume, tandis que la branche descendante et l'enclume se développent. Des faits analogues peuvent être constatés du côté des muscles de l'oreille moyenne.

L. D. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 avril 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. H. BOULEY lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Huzard.

Élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

Sont présentés : en première ligne, M. Bouis ; en deuxième ligne, M. Jungfleisch; en troisième ligne et *ex æquo*, MM. Bouchardat et Gauthier ; en quatrième ligne, M. Hardy.

Votants : 65 ; majorité : 33. Ont obtenu au premier tour de scrutin : M. Bouis, 57 voix; M. Bouchardat, 5; M. Jungfleisch, 2; M. Gautier, 1. En conséquence, M. Bouis est proclamé membre titulaire de l'Académie de médecine. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. GUBLER fait la lecture de son rapport sur les diverses communications de M. Foa, de Padoue. Ces communications, on le sait, visaient l'historique, les propriétés et les usages du maïs. Dans son rapport, M. Gubler, s'attache à démontrer que le maïs, tout en étant une excellente fécule alimentaire, peut être nuisible à la santé, s'il est impur. La pellagre, si commune en Italie, ne reconnaîtrait pas une autre cause; elle résulterait du développement, sous l'épiderme, d'une poussière constituée par les spores d'un champignon parasite qui se mélange à la farine de cette graminée ; c'est l'ustilago carbo.

M. DEPAUL ne partage pas toutes les opinions émises par

© BIU Santé

M. Gubler sur les effets nuisibles du maïs. Le maïs agit, il est vrai, sur les reins, non comme diurétique, mais comme tous les mets qui renferment une notable quantité d'eau. Depuis longtemps, malgré l'absence de preuves suffisantes, on prétend que la pellagre est due au maïs. Les cas de pellagre nostras cités et définis par M. Gubler, ne ressemblent pas à ceux que M. Depaul a observés en Italie. En France, dans les Basses-Pyrénées, les Hautes-Pyrénées et les Landes, où on fait un usage immodéré du maïs, la pellagre est une chimère. Cela tient à ce que le maïs subit diverses préparations avant de servir à l'alimentation, préparations qui ont pour objet de le débarrasser de tous corps étrangers, parasites ou autres, capables d'engendrer des indispositions ou des maladies.

M. Gubler répond à M. Depaul que le fond de son rapport est absolument conforme aux observations qu'il vient de produire. Le maïs est, sans conteste, une excellente nourriture, à la condition qu'il ne soit pas altéré, ni ne renferme des parasites vénéneux.

M. J. Lefort. — Deux chimistes italiens ont, il y a quelques années, extrait du maïs altéré, un alcaloïde vénéneux et capable de donner la pellagre, non-seulement aux animaux, mais même à l'homme.

Quelques observations, sur ce sujet, sont échangées entre MM. Chauffard, Bouillaud, Magne et Gubler.

Concluons que le maïs pur est une excellente nourriture, digne d'être expérimenté, quant à son action efficace, sur les organismes débilités. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 11 janvier 1878. — Présidence de M. Charcot.

Fractures du sternum et de la colonne vertébrale chez un sujet affecté d'une insuffisance mitrale; par M. Desnos, interne des hôpitaux.

Le nommé Bonnet (Antoine), âgé de 67 ans, carrier, est amené, le 9 janvier 1878, à l'infirmerie de l'hospice de Bicêtre. Il vient d'être pris sous un éboulement d'une masse considérable de terre et a aussitôt perdu connaissance. D'après les renseignements pris, il paraît avoir été enseveli tout d'un coup, la masse de terre étant tombée perpendiculairement sur lui, atteignant d'abord la tête et les épaules, de telle sorte qu'il s'est affaissé sur lui-même. Dégagé immédiatement, voici l'état dans lequel il se présente une heure après l'accident.

La connaissance est revenue, mais la stupeur est encore considérable. La respiration est haletante, stertoreuse, le malade est courbé en avant. En outre, il présente une fracture comminutive du tiers inférieur de la jambe droite avec issue du péroné, large ecchymose et emphysème remontant jusqu'à la partie supérieure de la jambe.

A la région sternale on constate au-dessus du troisième cartilage costal, une dépression considérable, limitée en bas par une saillie irrégulière sur laquelle la peau est tendue. La main perçoit une crépitation abondante à chaque mouvement respiratoire. Les côtes attenantes à chacun des deux fragments du sternum présentent des fractures à divers niveaux.

La région vertébrale est incurvée en avant d'une façon à peu près régulière, cependant au niveau de la cinquième dorsale, une légère saillie est appréciable. La motilité et la sensibilité des membres inférieurs sont intactes; il n'y a pas de troubles de l'urination ni de la défécation. Le malade n'en présente jamais jusqu'à sa mort.

La dyspnée est intense, il y a 40 inspirations par minute; la respiration stertoreuse, bruyante, accompagnée d'un râle trachéal très-sonore rend difficile l'auscultation: mais il n'y paraît pas y avoir de symptômes stéthoscopiques. — Le pouls, très-régulier à ce moment, bat 80 fois par minute. — La température rectale est de 36° 4 à 9 heures du matin, de 37° 6 à midi, et de 38° 5 à 6 heures du soir.

10 *janvier*. La dyspnée augmente, la température reste à 38°, le pouls devient très-irrégulier, présente des intermittences de rhythme et de force, bat 120. — Le râle trachéal empêche d'entendre les bruits du cœur.

11 *janvier*. Même état, dyspnée très-intense, même irrégularité du pouls. — Face légèrement cyanosée.

12 *janvier*. Le pouls est de plus en plus faible, extrêmement irrégulier. Cyanose complète de la face et du cou. Mort à 6 heures du soir.

Autopsie. — Le sternum est fracturé entièrement à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs. Le trait de la fracture oblique de haut en bas, d'avant en arrière et un peu de gauche à droite, passe au dessous de l'union de la première avec la seconde pièce du sternum qui sont parfaitement soudées. Sauf les deux premières côtes et les côtes flottantes, toutes sont brisées à des niveaux différents principalement à la partie moyenne. Il n'y a pas de pneumo-thorax; 300 grammes environ de liquide sanguinolent dans la plèvre droite. Une légère ecchymose existe à la face antérieure du péricarde, se continuant avec une ecchymose plus considérable à la face postérieure. A l'intérieur, 200 grammes environ de liquide sanguinolent. Nous n'avons pu constater aucune lésion traumatique directe des organes intra-thoraciques, ni du péricarde, ni de la plèvre, de la trachée ou des bronches.

Le corps de la cinquième *vertèbre dorsale* est brisé en un grand nombre de fragments; ceux-ci sont maintenus en place par les ligaments antérieur et postérieur. Le canal médullaire présente son calibre normal, cependant un des fragments repousse légèrement le ligament postérieur, et à ce niveau il y a une légère ecchymose de la pie-mère rachidienne. Quand les ligaments vertébraux sont incisés, le corps de la vertèbre se disjoint et la partie centrale apparaît réduite en bouillie. Il n'y a pas de fracture des lames ni des apophyses.

Le *cœur* présente un volume triple du volume normal; les parois du ventricule gauche extrêmement hypertrophiées. Le cœur droit un peu augmenté de volume présente des valvules suffisantes. La valvule centrale a disparu, remplacée par un bourrelet calcaire à peu près complétement immobile. Les valvules sigmoïdes présentent des plaques d'athérome qu'on retrouve aussi sur l'aorte: elles sont insuffisantes. — Le foie est congestionné, les reins normaux.

Mal de Pott dorsal. — Abcès ossifluent péritrachéal. — Mort par compression des nerfs respiratoires; par M. Cossy, interne des hôpitaux.

Le 16 janvier 1878, se présente à la consultation, un jeune homme de 15 ans et demi, d'apparence rachitique, à l'air souffreteux, un peu voûté, respirant péniblement, toussant, crachant et présentant à un examen superficiel les signes de la bronchite capillaire. Admis à l'hôpital et interrogé le soir même, il donne les renseignements suivants : Il y a trois mois, il a été traité à la Pitié pour une bronchite; il dit avoir craché un peu de sang à diverses reprises; depuis ce temps, il n'a pas cessé d'être souffrant; il tousse, il crache beaucoup et est sujet à des accès de dyspnée tellement violents qu'il est obligé de se mettre sur son séant et même de descendre de son lit. Il n'a pas sensiblement maigri, ne présente ni frissons vespéraux, ni sueurs nocturnes, il a grand appétit, pas de diarrhée, pas de constipation. Pas de fièvre; le pouls ne présente ni fréquence, ni caractères particuliers. L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal. A la percussion de la poitrine, on ne trouve rien de particulier. A l'auscultation, on entend dans les deux poumons et dans toute leur étendue de nombreux et bruyants râles sonores, sans râles humides, le tout couvert par un bruit trachéal très-intense, véritable cornage, rappelant tout à fait la respiration qu'on observe dans le croup; la toux est sourde et un peu rauque. L'inspection attentive de la gorge, rendue difficile par la dyspnée et à laquelle le malade s'oppose à cause de la douleur, montre l'absence d'angine diphthéritique. Il n'y a pas de dysphagie. En présence de ces symptômes, on ne sait trop quel diagnostic porter; l'idée la plus probable serait celle d'une hypertrophie des ganglions bronchiques, peut être de nature tuberculeuse. A minuit, l'interne de garde est appelé près du malade; il le trouve en proie à une dyspnée des plus intenses, avec menace de suffocation, expectorant avec difficulté des crachats peu abondants et sans caractères; le bruit trachéal est très fort la toux rauque. Une sueur abondante couvre le visage du

© BIU Santé

malade, la face n'est pas cyanosée. L'auscultation révèle les mêmes symptômes que dans la journée. La pupille droite est notablement dilatée. Au bout de quelques instants, ces symptômes s'amendent ; le malade se recouche et dit que cet accès n'est point plus violent que ceux des nuits précédentes ; il ajoute même qu'à la suite de ces accès, il est tranquille jusqu'au matin. Une demi heure plus tard, l'interne de garde est rappelé ; cette fois, il trouve le malade sur sa chaise, la tête renversée en arrière, ne pouvant plus parler, paraissant ne plus comprendre les questions qu'on lui pose, couvert de sueur ; le cornage est très violent, pas de toux, pas de cyanose de la face. Suffocation imminente. Les symptômes de compression étant évidents, la trachéotomie semble indiquée. Pendant qu'on se dispose à l'opération, l'état du malade s'aggrave rapidement, et il expire sans convulsions, évidemment asphyxié.

Autopsie. A l'autopsie, pratiquée le 19 janvier, on constate les faits suivants : A l'ouverture de l'abdomen, on ne remarque rien de particulier dans le péritoine ; seuls les ganglions mésentériques sont très-volumineux ; la coupe n'y révèle aucune altération tuberculeuse. L'intestin grêle est fortement injecté au voisinage de la valvule iléo-cœcale, et sur une longueur environ 15 centimètres on trouve d'innombrables granulations tuberculeuses du volume d'un grain de millet, sans aucune trace d'ulcération ; dans le cœcum, on retrouve les mêmes granulations, mais moins nombreuses ; il n'y a pas non plus d'ulcérations. Le foie est graisseux par places, normal dans son volume et ne présente pas de tubercules. La rate est un peu diffluente, congestionnée ; on y trouve 1 ou 2 tubercules du volume d'un pois et de rares granulations. Dans le pancréas, rien d'anormal. Les reins sont un peu congestionnés, mais sans aucune espèce d'altération. Dans la vessie, la prostate et le testicule, on ne rencontre point de tubercules ; les organes génitaux enlevés présentent une remarquable atrophie.

A l'ouverture de la boîte crânienne, on remarque que les sinus de la dure-mère sont engorgés de sang, les méninges fortement injectées ; et le liquide céphalo-rachidien très-abondant. Le cerveau est un peu ramolli dans son ensemble, mais sans lésion localisée. Nulle part on ne trouve de tubercules.

A l'ouverture de la poitrine, au moment où l'on désarticule la clavicule droite, on voit s'échapper en retirant le couteau, un filet de pus abondant, jaunâtre, mal lié, un peu séreux. Les organes thoraciques sont enlevés avec le plus grand soin et l'on constate qu'aucun d'entre eux n'est le siége d'un foyer purulent ; mais en arrière de la trachée et de l'œsophage au niveau des 3 premières vertèbres dorsales, on trouve une vaste poche suspendue au-devant de la colonne vertébrale, véritable abcès sessile dont la nature est facile à établir, car, après avoir ouvert la poche, dont la paroi épaisse paraît formée aux dépens d'un exsudat organisé, on trouve les 3 premières vertèbres dorsales érodées ; les corps vertébraux sont détruits à la profondeur d'environ 1 centimètre, et le grand ligament vertébral n'existe plus ; nous sommes donc en présence d'un mal de Pott, avec abcès ossifluent. Les tubercules trouvés dans la rate et l'intestin dénotent l'état diathésique du malade : dans le poumon gauche on trouve encore quelques tubercules au sommet, mais non ramollis ; les ganglions bronchiques sont volumineux, mais non tuberculeux ; le cœur et le péricarde ne présentent rien d'anormal. La trachée n'est pas déformée ; à l'intérieur on n'y trouve absolument rien de particulier, sinon au niveau de la première vertèbre dorsale une légère érosion. Rien d'anormal dans le pharynx et l'œsophage. Les nerfs voisins de la collection purulente ne paraissent nullement altérés. La moelle épinière paraît saine au niveau de la lésion des vertèbres.

Réflexions. En présence de ces faits, quelle explication de la mort peut-on donner ? Y a-t-il eu compression de la trachée par cause mécanique, par l'abcès lui-même ? Non, car d'une part, la trachée ne paraît nullement déformée, et, que d'autre part, l'œsophage étant interposé entre le foyer et la trachée, il y aurait eu dans le cas de compression, des symptômes de dysphagie, dont l'absence a été rigoureusement observée. Nous sommes donc obligés d'attribuer la mort à une compression des nerfs voisins de la lésion.

Athérome et oblitération partielle de l'aorte. — Bruit de galop. — Mort par asystolie; par M. Latile.

Pitels (Elisabeth), âgée de 58 ans, marchande de légumes, entre à l'Hôpital temporaire (service de M. Rendu), le 29 octobre 1877.

Réglée à 17 ans, elle a eu 14 enfants. Jamais de rhumatismes ni aucune autre maladie, a cessé d'être réglée il y a cinq ans. Pas d'antécédents alcooliques. — Il y a neuf mois, elle vit survenir un léger œdème des membres inférieurs, se mit à tousser un peu et a avoir des battements de cœur en marchant. Pas de troubles de la vue, ni de troubles digestifs. — Il y a trois mois, elle fit un séjour de six semaines à l'Hôpital temporaire, elle en est sortie améliorée. — Depuis lors elle a repris son travail et l'œdème a bientôt reparu, ainsi que la toux. Jamais d'hémoptisies. — La malade prétend qu'elle urine moins depuis deux mois. — A son entrée, la malade présente le tableau d'une asystolie en voie de se produire, l'œdème des membres inférieurs est très-accusé, état luisant de la peau des jambes. — Pas d'ascite ; ni diarrhée, ni vomissements. — Appétit médiocre. — L'auscultation du poumon fait percevoir : du côté gauche seulement à la base quelques râles muqueux d'œdème ; à droite il y a, de plus, un peu d'obscurité du son, et du murmure vésiculaire. — Les veines jugulaires externes présentent le pouls veineux ; il y a reflux de bas en haut, mais il est lent à se produire. — Pas de battements hépatiques. — Diurèse très-faible (500 gr.). La circulation, quoique médiocre, est encore suffisante, le facies n'est pas asphyxique, la dyspnée est supportable. — Le pouls est assez soutenu, mais irrégulier. — Le cœur est très-volumineux, les limites de la matité cardiaque sont notablement plus étendues que normalement, impulsion en masse et sur une large surface. — Matité cardiaque, 8 à 10 centimètres carrés. — A l'auscultation les bruits paraissent sourds, bien qu'il n'y ait pas de lame pulmonaire au devant du cœur (matité), on ne perçoit aucun souffle ni à la base ni à la pointe. — L'urine n'est pas albumineuse.

Traitement. — Tisane de queues de cerises. — Juleps avec 20 gouttes de teinture de digitale. — Vin de quinquina.

5 *novembre*. — La malade n'est guère en meilleur état qu'à son entrée, elle est assez oppressée, sommeil agité et rare, l'œdème a gagné la paroi abdominale. — Il y a toujours reflux par les veines jugulaires. — Pas de bruit de souffle au cœur. — L'urine, examinée, ne renferme pas d'albumine et à peine quelques traces d'acide urique.

10 *novembre*. — La malade a été prise de délire cette nuit, elle est allée se promener en chemise, on a été obligé de recourir à la camisole de force. — Ce matin, à l'examen du thorax : côté droit, submatité au quart inférieur, vibrations conservées, silence respiratoire absolu. — Côté gauche : pas de matité, quelques râles et bruits de frottement à la base ; vésicatoire à la base, côté droit ; eau-de-vie allemande, 10 gr.

13 *novembre*. — On constate un léger nuage d'albumine dans les urines, on perçoit aussi un bruit de galop à la pointe. — Même état général.

16 *novembre*. — Le bruit de galop est très-nettement accusé ; on ne retrouve plus d'albumine dans les urines.

18 *novembre*. — La diurèse se rétablit (2 lit.), l'œdème ne diminue pas, battements de cœur pénibles, légers accès d'oppression.

21 *novembre*. — 1,800 gr. d'urine dans les 24 heures, léger nuage d'albumine, le bruit de galop persiste avec le même caractère d'évidence, l'œdème n'a pas augmenté, fonctions digestives assez bonnes, pas de troubles de la vue. — En présence du bruit de galop nettement accusé, M. Rendu croit à la possibilité d'une néphrite interstitielle.

25 *novembre*. — 1,000 gr. d'urine seulement ; point de côté ; à la base gauche submatité, râles fins quasi crépitants. — Cataplasme sinapisé, côté gauche ; vin de quinquina, lait.

27 *novembre*. — 1,000 gr. d'urine, l'albumine est notablement plus accusée, et la chaleur et l'acide nitrique forment un nuage plus évident, l'œdème des membres inférieurs ne diminue pas, pas d'ascite.

© BIU Santé

4 *décembre*. — La diurèse s'élève, la proportion d'albumine n'augmente pas, céphalagie, somnolence, toux peu fréquente, un peu d'oppression.

18 *décembre*. — L'oppression a augmenté, la malade reste constamment assise sur son lit, submatité en arrière dans le quart inférieur des deux côtés, murmure vasculaire affaibli, peu de râles muqueux, le choc du cœur se fait sur une large surface, exagéré dans sa force, le bruit de galop persiste. — Aucun bruit de souffle ni à la pointe ni à la base.

27 *décembre*.— La diurèse faiblit, 700 gr. à peine, légère opalescence par la chaleur et l'acide nitrique. — Malaise plus accusé, dyspnée assez notable, insomnie. — A la base droite en arrière, submatité, obscurité de la respiration, au-dessus râles muqueux fins. — Pouls (soir), 120. Vésicatoire. Jalap et scammonée, 0 gr. 25.

4 *janvier*. — Amélioration, oppression moindre, bruit de galop toujours net, l'œdème des membres inférieurs semble diminuer, urines plus abondantes, 1,200 gr.

9 *janvier*. — La malade est beaucoup plus oppressée depuis hier, battements du cœur exagérés, tumultueux, peu de toux. — Matité au quart inférieur en arrière et à droite, respiration très-pénible dans la même zone, l'œdème a un peu augmenté, céphalalgie, somnolence.

10 *janvier*. — L'oppression s'est assez brusquement accrue hier, la malade, assise sur son lit, en proie à une dyspnée intense. — Pouls fréquent, vue faible, extrémités refroidies, diurèse très-faible, battements du cœur irréguliers et peu nets, pouls veineux aux jugulaires très accusé, la face n'est pas asphyxique, elle est plutôt pale ; la malade succombe le 11 au matin dans un état d'oppression qui est allé en s'aggravant.

Autopsie (le 13 janvier). A l'ouverture du thorax on constate un épanchement pleural double, peu abondant. *Poumons*. — Sains en toute leur étendue, sauf un peu de congestion aux deux bases.

Cœur. — Quelques cuillerées de liquide dans le péricarde. Cœur très-manifestement hypertrophié, surtout le ventricule gauche. — longueur prise de la base de l'aorte : 16 cent. largeur : 14 cent.— épaisseur des parois du ventricule gauche: 2 cent. 1/2. — Valvule nitrale suffisante, ne présente aucune trace d'altérations. — Oreillette droite très-dilatée, pleine de caillots cruoriques, orifice auriculo-ventriculaire droit dilaté, admet facilement quatre doigts. — Orifice aortique suffisant.

L'aorte se présente sous l'aspect d'un tube rigide à parois solides, plaques calcaires étendues depuis son origine jusqu'à la naissance des artères rénales; ces plaques calcaires sont très-épaisses, imbriquées les unes sur les autres et séparées par des fentes, quelques-unes font saillie dans la lumière du vaisseau et sont soulevées au niveau du point où l'aorte traverse l'anneau du diaphragme. On observe des concrétions calcaires superposées qui obstruent presque complétement la lumière du vaisseau et ne laissent qu'un petit pertuis qui admet à peine une plume d'oie. — Ces plaques calcaires s'étendent aux artères coronaires, au tronc brachio-céphalique, à la carotide et à la sous-clavière dans une étendue de 4 à 5 cent. Chose à remarquer: les valvules sigmoïdes de l'aorte sont simples, suffisantes et dépourvues de tout dépôt athéromateux. Les artères radiales ne présentent nulle trace de dépôts calcaires et sont absolument saines, il en est de même des artères de l'encéphale.

Reins. — Légèrement augmentés de volume, surface rénale d'un rouge brun, se déchirent facilement à la coupe. Congestion générale des diverses substances, substance médullaire d'un rouge foncé, substance corticale couleur lie de vin ; on aperçoit les glomérules comme de petites taches rouges.

Foie. — Au bord antérieur du lobe droit, kyste hydatique du volume d'une petite orange ; les parois sont épaisses, indurées par places ; dans l'intérieur on trouve une assez grande quantité de vésicules dont le volume varie d'un pois à une noix, plusieurs d'entre elles contiennent un liquide de consistance gélatineuse.

M. de Boyer présente le cerveau d'une femme qui avait été conduite à l'hôpital sans paralysie localisée. A l'autopsie on trouve une volumineuse tumeur qui avait détruit tout le lobe sphénoïdal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 avril. — Présidence de M. Houel.

La Société procède à la nomination d'une commission de trois membres, qui sera chargée d'examiner les titres des divers candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante. MM. Farabeuf, Marjolin et Lucas Championnière ayant obtenu la majorité des suffrages, sont proclamés membres de la commission.

De la mortalité après les opérations de fistules vésico-vaginales. — M. Verneuil appelle l'attention de ses collègues, sur une complication plus fréquente qu'on ne le croit généralement dans les fistules vésico-vaginales. Dans son récent ouvrage, intitulé *Chirurgie réparatrice*, M. Verneuil avait donné les résultats de sa pratique à ce sujet : sur un total de 80 opérations, il a perdu six malades, dont cinq de péritonite consécutive et une de complications antérieures à l'opération.

En 1859, une femme atteinte de fistule vésico-vaginale, succomba dans le service de M. Verneuil, avant d'avoir été opérée : à l'autopsie, on trouva une oblitération à l'uretère avec hydronéphrose. Pollock, de Londres, s'est trouvé en présence d'un cas analogue : une de ses malades mourut d'une affection rénale quatorze jours après l'opération. M. le docteur Belin a relaté dans sa thèse inaugurale (1859) une opération de fistule vésico-vaginale, faite par Jobert, opération qui fut aussi suivie d'un insuccès, par le fait de complications rénales.

Ces faits ne sont pas très-rares : dernièrement encore, M. Verneuil opérait, après M. Delens, une malade qui mourait quelque jours après d'une néphrite double, avec calcul dans la vessie.

Enfin, au mois de décembre dernier, une dame de province entrait dans le service de M. Verneuil, à la Pitié, avec une fistule vésico-vaginale ancienne. La malade était très-affaiblie, elle avait, le soir, des accès de fièvre avec frissons ; ses urines contenaient une notable proportion d'albumine. La paroi antérieure du vagin très-courte, conduisait sur la perte de substance qui admettait facilement deux doigts. L'urèthre était resté perméable. A cause du mauvais état général, M. Verneuil ne voulut pas opérer la malade ; il n'a eu qu'à se louer de sa conduite, car, après un séjour de sept à huit semaines à l'hôpital, la malade est tombée dans un état d'adynamie profonde, et finalement elle a succombé à des accidents urémiques.

Pendant la vie, M. Verneuil avait diagnostiqué une oblitération de l'uretère : l'autopsie a confirmé ce diagnostic.

Les deux reins étaient scléreux, et offraient les lésions caractéristiques de la néphrite interstitielle. On notait encore une dilatation très-marquée de l'un des bassinets, avec rétrécissement de l'uretère correspondant, mais sans oblitération complète. Le col utérin était entièrement détruit, l'orifice de la cavité utérine restant perméable.

M. Verneuil a actuellement dans son service deux autres malades qui se présentent à peu près dans les mêmes conditions. Instruit par l'expérience, il se gardera bien de tenter une opération, et il recommande à tous les praticiens de s'abstenir en pareil cas.

« La conclusion à tirer de ces faits, ajoute en terminant M. Verneuil, c'est qu'il y a un nouveau chapitre à ajouter aux complications des fistules vésico-vaginales ; ce chapitre pourrait s'intituler: *Des lésions rénales consécutives aux fistules*. »

M. Desprès émet l'hypothèse que ces lésions rénales pourraient bien être causées par la pénétration de l'air dans la vessie. Il y a aurait production de ce que les Allemands appellent *néphrite parasitaire* ou *rein chirurgical*.

M. Le Dentu déclare cette opinion inadmissible : en effet, la forme anatomique de la néphrite parasitaire est caractérisée par de petits abcès situés tant dans la substance corticale que dans la substance médullaire. Or, les reins de la malade de M. Verneuil sont simplement scléreux.

Périostite albumineuse du fémur. M. Terrier communique un fait exceptionnel qu'il a observé, en 1877, à l'hôpital Beaujon, sur une jeune femme de chambre de 22 ans. Depuis plus de 20 mois, la malade souffrait dans la cuisse droite de dou-

© BIU Santé

leurs intolérables qui la forçaient à garder le lit. Plusieurs médecins avaient cru à une névralgie rebelle; M. Damaschino avait fait pratiquer au niveau du point le plus sensible, des injections de nitrate d'argent. Lorsque M. Terrier vit la malade pour la première fois, elle avait un phlegmon superficiel produit par les injections caustiques, plus une tumeur profonde qui occupait la partie postérieure et inférieure de la cuisse. M. Terrier diagnostiqua un abcès osseux : il pratiqua dans la tumeur une ponction capillaire aspiratrice qui donna issue à 150 grammes environ de liquide citrin, filant et visqueux. Ce liquide, examiné par M. Raymond, offrait tous les caractères de la synovie, et renfermait en même temps quelques globules de pus. Peu à peu, l'épanchement se reproduisit et la tumeur remonta jusqu'à la partie supérieure de la cuisse. M. Terrier se décida alors à passer un drain dans la collection : il s'échappa 400 grammes environ du même liquide visqueux. M. Terrier ne trouva point le fémur dénudé. Un érysipèle vint compliquer cette opération ; il s'en suivit une suppuration interminable.

La malade est encore à l'hôpital Beaujon. Les fistules sont aujourd'hui cicatrisées.

M. Terrier croit qu'il s'agit ici d'une *périostite albumineuse*, telle que l'a décrite M. Poncet, de Lyon, d'après les idées de M. Ollier. Tantôt cette périostite attaque l'os jusqu'à son centre: des gouttelettes graisseuses se trouvent alors mélangées au liquide visqueux ; tantôt la collection liquide s'est formée simplement aux dépens des couches externes du périoste. La malade de M. Terrier offre un exemple de cette seconde variété.

M. Lannelongue déclare qu'il a observé deux faits analogues chez de jeunes enfants.

Le premier malade avait une tumeur blanche suppurée du genou qui nécessita l'amputation. Mais, en dehors des fongosités articulaires, cet enfant portait encore, sur le tibia, à son tiers inférieur, une tumeur indépendante dont on retira par la ponction un liquide filant et citrin. Après l'amputation, la tumeur fut disséquée avec soin, c'était une poche bien limitée, située dans la partie superficielle du périoste; elle contenait un liquide albumineux avec des leucocytes et des globules rouges.

Le second malade, un tout petit enfant, est entré depuis trois jours seulement à l'hôpital Sainte-Eugénie. Il avait une tumeur blanche suppurée du coude, et au-dessous de l'olécrâne, sur le cubitus, une seconde tumeur molle et indépendante. M. Lannelongue a ouvert cette collection, il est sorti du liquide albumineux; la poche, parfaitement limitée, était extérieure à l'os; sa surface interne était molle et tomenteuse.

M. Lannelongue croit que le nom de *périostite albumineuse* ne convient pas parfaitement à ces collections liquides bien limitées que Boyer a signalées le premier dans son ouvrage. Il préfère la dénomination de *kystes du périoste*, à cause de la délimitation toujours bien tranchée qui forme le caractère saillant de ces tumeurs. Ch. Avezou.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique des maladies du système nerveux; par M. Rosenthal, professeur de pathologie nerveuse à l'Université de Vienne; traduit de l'allemand par le Dr Lubanski, médecin-major. — G. Masson, éditeur, 1878.

Il vient de paraître une traduction d'un ouvrage récent du professeur Rosenthal, sur les maladies du système nerveux ; le traducteur est M. le docteur Lubanski, et l'ouvrage est présenté au public médical par M. le professeur Charcot, qui se plaît à reconnaître les services que ce livre lui a rendus dans son enseignement. C'est assez dire que ce traité a une haute valeur, comme le nom bien connu de son auteur pouvait, du reste, le faire supposer. Le professeur Rosenthal expose d'abord les idées générales qui l'ont guidé dans la rédaction de son travail ; il montre quelle importance il faut accorder aujourd'hui à l'histologie et aux recherches expérimentales, dans l'étude des lésions nerveuses. Du reste, il s'est conformé scrupuleusement à cette méthode, et les nombreux détails qu'il donne au sujet de l'anatomie microscopique et de la physiologie expérimentale de chaque lésion, constituent une des parties les plus neuves et les plus intéressantes de son ouvrage. Cependant, à ce sujet, qu'il nous soit permis de faire une légère critique : entraîné par sa profonde érudition, l'auteur oublie quelquefois un peu que son traité, bien que clinique, est aussi un livre didactique. Il se laisse souvent aller à citer, à propos d'une affection, les opinions quelquefois discordantes de nombreux auteurs, de telle sorte que, dans bien des cas, le lecteur, s'il n'est pas très-familiarisé avec la pathologie du système nerveux, peut hésiter sur le degré d'importance qu'il devra accorder à tel ou tel symptôme. M. Rosenthal semble avoir senti ce léger défaut, car en plusieurs circonstances, par exemple au sujet des tumeurs cérébrales, il donne à la fin de la symptomatologie un résumé des principaux signes qui indiquent nettement l'existence des lésions étudiées, ainsi qu'une ou plusieurs observations souvent personnelles destinées à fixer dans l'esprit un type clinique bien caractérisé. Les études si approfondies auxquelles s'est livré l'auteur sur l'électricité médicale, lui permettent de s'en servir dans une foule de cas, comme d'un excellent moyen de diagnostic.

L'ouvrage est divisé en dix classes, établies ainsi : 1° maladies des méninges et du parenchyme de l'encéphale ; 2° maladies de la moelle allongée; 3° maladies de la moelle ; 4° hystérie ; 5° névroses cérébrales et spinales avec crampes ; 6° névroses avec tremblement et troubles de coordination ; 7° névroses toxiques, troubles nerveux des maladies fébriles, paralysies anémiques et réflexes; 8° névroses de l'appareil sexuel ; 9° maladies du système nerveux périphérique ; 10° névroses vaso-motrices et trophiques. Ces dix classes se subdivisent en sous-classes, puis en chapitres ; chaque chapitre correspond à un type morbide nettement délimité, puis à son tour il comprend les formes souvent variées que peut revêtir l'affection.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'étude très-approfondie qu'il fait de chaque maladie, au sujet de laquelle il cite la plupart des auteurs qui l'ont étudiée ou en ont publié même une seule observation. Il indique de préférence ses compatriotes, mais néanmoins il donne à l'école de la Salpêtrière la large part qui lui revient dans l'étude des maladies du système nerveux.

La pathologie du cerveau et de ses enveloppes est faite avec tout le soin qu'elle comporte, souvent même avec un amour de détail qui révèle quelquefois un peu plus l'anatomo-pathologiste que le clinicien. C'est ainsi que, parmi douze classes de tumeurs cérébrales, nous voyons celles de la fosse cérébrale moyenne et du ganglion de Gasser, celles de la région pituitaire, etc., former des groupes spéciaux, dont la symptomatologie est décrite séparément.

Cette classe des affections cérébrales renferme, à propos de chaque lésion, de fort intéressants détails sur le fonctionnement physiologique certain ou probable de chacune des parties étudiées. Il est pourtant regrettable, à ce sujet, que l'auteur n'ait pas indiqué les résultats très-importants auxquels sont arrivés le professeur Charcot, ses élèves et nombre de chirurgiens dans la localisation des centres moteurs de la couche corticale. Nous n'avons pas vu non plus que la plus évidente de ces localisations, celle de l'aphasie, fût indiquée, et le nom de Broca prononcé à ce sujet.

La syphilis du cerveau est étudiée avec grand soin. M. Rosenthal montre comment les lésions peuvent être dues, soit à des productions gommeuses des parois osseuses ou de la substance cérébrale elle-même, soit, fort souvent, à des altérations spécifiques des grosses artères de la base du cerveau. Ces altérations consistent surtout en transformation cartilagineuse de la tunique interne des artères, d'où oblitération, puis ramollissement, ou encore thromboses et embolies, principalement dans les branches de la sylvienne qui se rendent au noyau lenticulaire ou à la couche optique. Une observation due à Duchek, de tubercule enkysté du corps strié gauche, ayant produit des mouvements incoordonnés des muscles de la face et des extrémités du côté droit, peut être, jusqu'à un certain point, rapprochée de l'observation d'athétose publiée

© BIU Santé

ici même il y a peu de temps, par Landouzy. (N°s 5 et 6. — 1878).

En traitant des lésions du cervelet et des pédoncules cérébelleux, l'auteur fait une intéressante étude de la valeur séméiotique des mouvements de manége : le sens de la rotation, son amplitude, la position de la tête pendant ce temps, etc., peuvent d'après Friedberg, donner des renseignements sur le siége et l'étendue de la lésion.

Dans l'étude des parasites du cerveau, M. Rosenthal étudie le procédé par lequel le cysticerque ou l'échinocoque arrive dans l'encéphale ; il pense que l'animal pénètre dans les vaisseaux de l'estomac, suit le torrent circulatoire, puis parvenu dans les petites artères du cerveau, sort tout comme un globule blanc, continue quelquefois sa route dans la gaine lymphatique et finalement vient se fixer dans une partie quelconque des centres nerveux, donnant lieu à des symptômes fort variables.

En décrivant l'apoplexie de la moelle allongée, il expose l'histoire d'un malade de Waters dont l'affection, consécutive à un coup violent sur la tête, présenta une série de symptômes et des lésions bulbaires (fissures dans le plancher du 4e ventricule), tout à fait analogues à ceux que Duret a obtenus expérimentalement sur des chiens dans le cours de ses études sur la contusion cérébrale. (*Progrès médical*, 8 et 15 décembre 1877).

Les myélites sont étudiées avec grand soin; elles sont divisées en trois parties : myélites parenchymateuses et interstitielles aiguës ; myélites chroniques primitives et enfin myélites secondaires, par compression. Chaque type est décrit, avec détail, suivant la cause qui l'a produit et surtout suivant le siége de la lésion. Les accidents résultant des dégénérescences ascendantes des cornes postérieures, et descendantes des cornes antérieures sont bien indiquées ; celles-ci avaient du reste été signalées depuis longtemps par Türck et nombre d'observateurs. — Cependant la forme sclérose en plaques n'est pas classée à part et se perd dans l'étude d'ensemble des diverses myélites.

Le sclérose latérale simple, la sclérose latérale amyotrophique, l'hémiplégie spinale, avec son symptôme caractéristique d'hémianesthésie croisée, la paralysie infantile viennent ensuite. Au sujet de cette dernière, contrairement à l'opinion généralement reçue de Charcot et Joffroy, l'auteur croit que la lésion primitive consiste dans une stase vasculaire avec exsudation consécutive dans la même partie de la moelle, ce qui expliquerait le début fébrile de la maladie. Ultérieurement les cellules des cornes antérieures dont la nutrition serait ainsi compromise s'atrophieraient.

L'hystérie est étudiée avec un soin particulier par le professeur Rosenthal ; il décrit avec une grande exactitude les symptômes si variables, les complications, les cas particuliers, les troubles psychiques, la catalepsie, le somnambulisme, etc., que peut présenter cette affection protéique. En décrivant l'état de mort apparente que l'on rencontre chez certaines hystériques, il montre que, dans tous les cas, l'excitabilité électrique disparaît *toujours* de une heure et demie à trois heures après la mort et que par conséquent son absence à ce moment est un signe certain de mort réelle.

Au sujet de la nature de l'hystérie, n'ayant pas plus que les observateurs français de nombreux examens histologiques à produire, il établit d'abord que les troubles sensitifs périphériques de l'hystérie obéissent toujours aux lois établies par Voigt pour la distribution des nerfs cutanés ; d'où il conclut que les accidents périphériques représentent bien exactement les lésions centrales. Quant à la nature de ces altérations, la part importante que prennent les centres vaso-moteurs dans les anesthésies et les hypéresthésies permet d'attribuer en grande partie les symptômes de l'hystérie « à une infériorité congénitale ou acquise dans la force de résistance du système nerveux vaso-moteur. » L'anatomie pathologique de l'hystérie pourrait donc se résumer ainsi : hypérémie médullaire, souvent accompagnée d'anémie cérébrale.

Dans l'étude consacrée à la catalepsie, nous trouvons une explication ingénieuse de cette affection. Quelques autopsies ayant montré des altérations dans le domaine du corps strié et dans la couche corticale des lobes antérieurs, il est permis de croire, pense l'auteur, que tandis que l'excitation volontaire partie de l'écorce, éprouve une grande difficulté à marcher, à travers la couronne rayonnante et les ganglions moteurs, vers les cornes antérieures, l'excitation réflexe au contraire peut encore se transmettre facilement à travers la calotte du pédoncule de la couche optique et des tubercules quadrijumeaux aux racines antérieures de la moelle. Les troubles de la motilité dans la catalepsie s'expliqueraient ainsi facilement.

Les symptômes de la rage indiquent que cette terrible maladie porte son action sur le système nerveux : l'hydrophobie doit donc être décrite avec les affections nerveuses. L'examen histologique du cerveau et de la moelle, pratiqué dans trois cas par Meynert, le premier (en 1869), et par Hammond, a montré une hypérémie vasculaire intense, puis de l'œdème et une dégénérescence amyloïde des parois vasculaires avec transformation colloïde des éléments conjonctivaux ainsi qu'une atrophie plus ou moins complète des cellules et des tubes nerveux. L'écorce cérébrale et les noyaux du pneumogastrique et de l'hypoglosse, dans un cas ; la moelle, principalement à la région lombaire, dans un autre, étaient surtout atteints. Le sang présentait une diminution considérable des matériaux solides (2,9 0/0 au lieu de 4,42 0/0) dans un cas de Ragsky.

La crampe des écrivains peut être artificiellement produite chez certaines personnes en faisant passer un fort courant, pendant qu'on écrit, à travers les électrodes placés sur les deux premiers interosseux et sur l'éminence thénar.

Le bégayement résulte d'un trouble de coordination portant sur l'émission des sons, trouble circonscrit comme celui de la crampe des écrivains. La cause en est dans une faiblesse congénitale des centres respirateurs et phonateurs de la moelle allongée.

Citons encore les accidents nerveux survenant dans le cours d'autres affections, les lésions nerveuses rhumatismales que l'auteur, afin de les étudier, a produites artificiellement sur lui-même au moyen de la glace et de l'électricité ; — les lésions diverses des nerfs crâniens et des nerfs périphériques avec leur valeur séméiologique ; — les affections dues à des lésions des centres vaso-moteurs ou du sympathique (migraine, maladie de Basedow, maladie d'Addison, troubles trophiques de la peau.) Tous ces chapitres contiennent d'intéressants détails et de nombreuses observations sur une série d'affections encore mal connues et dont l'étiologie et l'anatomie pathologique sont entourées d'une grande obscurité.

Cette analyse déjà trop longue ne peut donner qu'une idée imparfaite de la valeur du livre du professeur Rosenthal. Il marque un progrès important dans l'histoire des maladies nerveuses et constitue une œuvre qui sera justement appréciée par tous les médecins qui se livrent à l'étude de la pathologie du système nerveux.

II. Etude sur les rapports existant entre les lésions de la couche optique et l'hémianesthésie de cause cérébrale, par M. Lafforgue (Thèse inaugurale, Paris, 1877).

M. Lafforgue a voulu apporter son contingent aux nombreux travaux publiés chaque année sous l'inspiration de notre savant maître, le professeur Charcot. Dans la première partie de sa thèse il résume l'histoire physiologique de la couche optique, depuis Saucerotte en 1769 jusqu'aux observateurs modernes.

Passant rapidement sur le rôle que plusieurs physiologistes ont assigné aux couches optiques, il montre comment les idées émises par Todd et Carpenter en Angleterre, par M. Luys en France, idées qui tendent à faire des couches optiques le siége du sensorium commune sont en opposition formelle, non-seulement avec les travaux de Türck, Charcot, Vulpian, etc., mais aussi avec les nombreux résultats que fournit fréquemment la clinique.

Il analyse alors en détail les 33 observations, citées par M. Luys à l'appui de sa théorie, et montre qu'il est impossible, en se basant sur cet ensemble de faits, d'admettre qu'une lésion, limitée exclusivement aux couches optiques, puisse ame-

© BIU Santé

ner des troubles, soit dans la sensibilité générale, soit dans les sensibilités spéciales, à moins toutefois qu'il n'y ait des phénomènes de compression sur la partie postérieure de la capsule interne. C'est qu'en effet il existe en ce point un faisceau de fibres sensitives, décrit par Meynert, et dont la lésion produit infailliblement l'hémianesthésie du côté opposé.

Il cite alors un certain nombre d'observations, recueillies dans le service de M. Charcot, qui viennent confirmer ce fait, et il conclut en affirmant que l'hémianesthésie, de cause cérébrale, résulte bien, dans tous les cas, d'une lésion de la partie postérieure de la capsule interne (destruction ou encore compression de voisinage), tandis que l'altération de la couche optique est incapable de produire *par elle-même* des troubles sensitifs. J'ai donné du reste, dans ma thèse inaugurale, un grand nombre d'observations de lésions de la couche optique, recueillies dans les services de MM. Vulpian et Charcot, observations qui viennent à l'appui des idées de M. Lafforgue.

Des planches explicatives, d'une exactitude parfaite, puisqu'elles sont dues au crayon de M. Pitres, représentent des coupes, faites au niveau de la région étudiée, dans plusieurs des cas pathologiques cités dans la thèse.

Dr Raymond.

Manuel des Conseillers municipaux; par A. Souviron, Chef de bureau à la Préfecture de la Seine. — Un volume in-18 jésus de 350 pages. — 3 fr. 50. André Sagnier, éditeur, 31, rue Bonaparte, Paris.

Nous n'avons pas l'habitude d'analyser ici les ouvrages qui, comme celui dont le titre précède, n'ont aucun lien avec les sciences ou les institutions médicales. Si donc nous faisons exception aujourd'hui, c'est parce que nous savons que beaucoup de nos lecteurs appartiennent aux Conseils municipaux et que, maintes fois, nous avons été consulté sur les livres ayant pour but d'aider plus particulièrement les conseillers municipaux dans l'accomplissement de leur tâche. Il ne faut pas oublier, en effet, que s'il a été publié beaucoup d'ouvrages pour guider le Maire et le Secrétaire de mairie dans l'accomplissement de leurs fonctions, jusqu'à présent il n'existait aucun traité complet d'administration communale écrit expressément et spécialement en vue du Conseil municipal. L'auteur du *Manuel des Conseillers municipaux* a voulu remplir cette lacune.

Cet ouvrage a pour objet exclusif de faire connaître aux Membres des Conseils municipaux, les règles à suivre et les conditions à remplir pour que leur participation à la gestion des affaires de leur Commune soit aussi complète, aussi éclairée, aussi utile que possible.

La première section, divisée en quatre chapitres, traite des *Assemblées des Conseils municipaux* et de la procédure relative à leurs délibérations. La seconde section concerne les matières que les Conseils municipaux peuvent *régler*, c'est-à-dire sur lesquelles ils statuent définitivement, en dehors de toute tutelle administrative ; elle est divisée en seize chapitres.

Les onze chapitres de la troisième section, subdivisés eux-mêmes en plusieurs paragraphes, sont consacrés aux objets sur lesquels les Conseils municipaux ne font que *délibérer* leurs délibérations étant subordonnées à l'approbation de l'autorité supérieure. Dans la quatrième section sont examinés en détail tous les cas où les Conseils municipaux peuvent être appelés à donner leur *avis*. Enfin, la cinquième section traite notamment des attributions électorales du Conseil municipal et des fonctions spéciales qui peuvent être déléguées dans certaines circonstances aux Conseillers municipaux.

A mesure qu'il passe en revue, dans l'ordre qui vient d'être indiqué, les affaires de toute sorte qui font l'objet des délibérations du Conseil, l'auteur du *Manuel des Conseillers municipaux* reproduit les textes de lois, les avis ou arrêts du Conseil d'Etat, les instructions ministérielles, tous les documents officiels enfin, qui ont déterminé, étendu ou restreint la compétence du Conseil municipal à l'égard de ces diverses affaires ; il expose les conditions administratives, l'état d'instruction, les délais, etc., dans lesquels chacune d'elles doit être présentée au Conseil par le maire ; il précise, en un mot, les droits et les devoirs des Conseillers municipaux dans toutes les circonstances où leur intervention a été prescrite par la loi. Le *Manuel des Conseillers municipaux* fournit ainsi au Conseiller soucieux d'exercer son mandat avec conscience, les moyens de contrôle les plus sûrs et les plus efficaces.

M. Souviron, comme chef de bureau à la préfecture de la Seine, est chargé de surveiller la rédaction des procès-verbaux des séances du Conseil municipal de Paris et du Conseil général de la Seine, séances auxquelles il assiste ; il est chargé aussi de l'impression de tous les Rapports, Mémoires ou documents de ces deux Conseils. Ceux qui, comme nous, ont été à même de voir avec quel soin M. Souviron s'acquitte de ses difficiles et laborieuses fonctions, seront heureux de contribuer au succès de son livre, convaincus qu'il a fait tous ses efforts pour accomplir une œuvre utile.

B.

VARIA

Notice hygiéniqne et médicale sur l'Attique ; par le Dr F. Villard, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

§ III. — La ville la plus importante de l'Attique et en même temps de la Grèce, c'est Athènes, qui compte environ quarante-deux mille habitants ; le Pirée qui vient ensuite, n'a qu'une population de huit à neuf mille individus. En dehors de ces deux villes, on ne compte que de chétives bourgades, telles qu'Eleusis, Kiphissia, Marathon, etc., et de misérables hameaux où il serait impossible au voyageur de trouver un gîte.

Le Pirée moderne est une ville récente qui n'offre rien de particulier à noter. Comme tous les ports, elle présente une population multiple au milieu de laquelle il est facile de reconnaître les indigènes à leur costume bariolé. En sortant du Pirée par le côté ouest, on aperçoit bientôt la petite île de Kolouri, l'ancienne Salamine, avec ses montagnes arides et rocheuses. Le Pirée est situé près de la baie de Phalère, laquelle est bordée de marécages, et se trouve distant d'Athènes d'environ sept kilomètres. La route qui y conduit est assez belle ; elle traverse d'abord des landes stériles qui vont se confondre à droite avec les marais de Phalère ; bientôt on aperçoit quelques amandiers, puis on traverse un ruisseau qu'un enfant de quatre ans pourrait enjamber facilement, c'est le Céphise. On pénètre ensuite dans un bois d'oliviers et à la sortie on aperçoit Athènes que dominent les ruines qui s'élèvent sur le sommet de l'Acropole.

Athènes est bâtie à peu près au centre d'une plaine, entre le Céphise et l'Illissus, au pied du mont Lycabette et du rocher de l'Acropole. L'emplacement de la ville moderne ne correspond pas exactement à celui de l'ancienne Athènes qui s'étendait au sud, sur les rives de l'Illissus, sur les collines de l'Aréopage, du Pnyx, des Nymphes, etc.

Athènes est une ville construite dans le style oriental. La plupart de ses maisons, en beau marbre pentélique, sont peu élevées en général et surmontées de terrasses. Une partie de la ville, celle qui avoisine le palais du roi est propre et assez belle ; on y trouve de belles places, des rues larges, droites et bien percées. Les deux principales de ces rues sont la rue d'Hermès et la rue d'Eole, perpendiculaires l'une à l'autre, et auxquelles viennent aboutir un grand nombre de rues secondaires. Ces deux rues sont bordées de magasins et de cafés ; les maisons y sont construites avec élégance : c'est là le quartier aristocratique d'Athènes. Mais, si l'on descend au fond de la ville, dans cette partie qui avoisine l'Acropole et près de laquelle se tient le bazar, on ne trouve plus que des ruelles étroites, boueuses, couvertes d'immondices, sans pavé et bordées de maisons étroites, présentant à peine quelques ouvertures. Si on pénètre dans l'intérieur de ces habitations, on se trouve en présence de la misère la plus grande ; des enfants presque nus, des femmes couvertes de haillons, sont d'abord ce qui frappe les regards. Il n'y a point de meubles, ni tables, ni chaises : on s'asseoit et on mange par terre. Les habitants de ces tristes demeures sont repoussants de malpropreté ; la

(1) Voir le n° 14.

© BIU Santé

vermine leur ronge le corps ; ils couchent par terre pêle-mêle, hommes, femmes, enfants, tout habillés, enveloppés de mauvaises couvertures en hiver, étendus sur des nattes d'osier en été. — Ce quartier de la ville est le plus populeux ; près de là, se tient le bazar, l'endroit le plus fréquenté et le plus animé d'Athènes, toujours encombré de nombreux marchands et de citoyens de tout rang et de toutes conditions qui viennent eux-mêmes faire leurs provisions.

Athènes possède quelques belles places, entre autres celle du Palais du Roi, vaste rectangle, bordé de cactus et planté d'acacias et de sycomores. De cette place part la rue d'Eole, qui aboutit à une route poudreuse, laquelle se rend au village de Patissia, charmante petite localité et but ordinaire de promenade des Athéniens de toutes conditions.

Au nord-est de la ville, s'élève le Lycabette, rocher escarpé, du haut duquel la vue embrasse une grande partie de l'Attique. D'abord Athènes, l'Acropole, le Pirée, la baie de Phalère, Egine, Salamine ; plus loin, vers le nord-est, on aperçoit le Pentélique, des flancs duquel on a tiré le marbre des monuments de l'ancienne Athènes et d'où l'on en tire encore pour l'édification de la ville moderne ; au sud-est, le regard est borné par l'Hymette, dont les pentes arides sont couvertes de plantes aromatiques et nourrissent encore les abeilles qui l'ont rendu si célèbre dans l'antiquité.

Au pied du mont Lycabette, s'élève un magnifique édifice, fondé par souscription, c'est l'Université, qui compte environ six cents étudiants ; on y trouve des collections d'histoire naturelle, d'anatomie, mais surtout une collection géologique curieuse à visiter. Derrière l'Université, se tient l'hôpital civil qui compte environ quatre-vingts lits dont dix seulement pour les femmes. Il est bâti dans une excellente situation, protégé par le Lycabette et entouré de magnifiques plantations. Il est divisé en trois services : deux pour la médecine et un pour la chirurgie. Les salles ne contiennent pas plus de dix lits chacune ; elles sont parfaitement aérées et les malades s'y trouvent placés dans de bonnes conditions hygiéniques. En dehors de l'hôpital civil, on trouve encore à Athènes un hôpital militaire, et deux autres hôpitaux spéciaux, l'un pour les maladies vénériennes et l'autre pour les maladies des yeux. Ce dernier est une jolie petite construction, élevée par souscription, et bâtie dans le style byzantin ; il peut contenir une trentaine de malades environ.

A Athènes, il existe un jardin botanique parfaitement installé sur la route de Patissia ; on y voit aussi plusieurs musées. Le plus intéressant sans contredit est celui du temple de Thésée ; là se trouvent réunis des chefs-d'œuvre de sculpture qui démontrent que les artistes grecs avaient une parfaite connaissance des formes anatomiques extérieures du corps humain. Parmi ces sculptures, on remarque particulièrement des statues d'Apollon, de Mercure, de Bacchus, etc., un bas-relief représentant Esculape tout jeune, ayant auprès de lui un cheval et un serpent, un autre bas-relief à trois personnages c'est Triptolème recevant le blé des mains de Cérès en présence de Proserpine, etc. Toutes ces productions qui appartiennent à diverses époques de l'art grec, excitent vivement l'intérêt et l'admiration.

IV. Les auteurs anciens, Aristophane entre autres, nous ont appris que les Grecs avaient l'habitude de se réunir tous les jours dans les boutiques des parfumeurs, des orfèvres, des barbiers, etc., et que là ils discutaient avec bruit les intérêts de l'Etat et les réformes à introduire dans leur organisation politique. Sous ce rapport, les Grecs d'aujourd'hui n'ont rien changé aux pratiques de leurs pères. Une de leurs plus grandes distractions, en effet, réside dans les discussions politiques, et c'est dans la boutique de l'épicier, du barbier ou du pharmacien, mais surtout dans les cafés qu'ils se réunissent pour se livrer à leurs conversations. « C'est là, dit M. About, que les citoyens, assis devant les cafés, ou debout au milieu de la chaussée, agitent les questions de paix ou de guerre et remanient, en fumant des cigarettes, la carte d'Europe. Tandis que les hommes d'Etat professent en plein air, les bourgeois font retentir de leurs discussions la boutique de l'épicier, du barbier ou du pharmacien. Ces trois sortes d'établissements sont des salons de conversation à l'usage du peuple. Le pharmacien réunit surtout les gens établis et l'élite de la bourgeoisie. »

Les Grecs aiment beaucoup la promenade ; c'est encore là une vieille coutume dont l'origine remonte à une époque fort reculée. Autrefois, en effet, dans les intervalles de la journée, surtout le matin avant midi et le soir avant le souper, on se rendait en foule soit sur les bords de l'Illissus, pour y jouir de la pureté de l'air, soit sur la place publique, l'endroit le plus fréquenté de la ville, pour s'y entretenir des nouvelles du jour ou des affaires de la République. Il en est encore ainsi aujourd'hui ; matin et soir, mais surtout le soir, de nombreux promeneurs encombrent la place du Palais du Roi. Maintes fois alors nous avons vu un orateur improvisé se placer sur un des bancs de la place et s'adresser à la foule pour approuver ou blâmer un ministre, pour discuter soit un projet de loi, soit un article de la Constitution. Quelquefois ses paroles étaient accueillies par des huées et des sifflets ; souvent son discours était applaudi ; mais jamais, ce qui nous a surpris, nous n'avons vu le moindre désordre résulter de ces discussions en plein vent qui se renouvellent tous les jours. Si nous voulions passer en revue toutes les habitudes des Grecs modernes, il nous serait facile d'établir, comme nous venons de le faire, qu'il existe la plus grande analogie entre la plupart d'entre elles et celles des Grecs anciens.

Il résulterait de ce parallèle, ce qui est une vérité historique bien démontrée, que les invasions et la servitude peuvent bien modifier les habitudes extérieures d'un peuple, mais qu'elles sont impuissantes à détruire ce qui constitue pour ainsi dire son autonomie physiologique, c'est-à-dire, son caractère, ses mœurs naturelles, ses tendances intellectuelles.

Nous avons dit précédemment que l'usage du café était général dans l'Attique : aussi le nombre des établissements où l'on consomme cette liqueur est-il considérable à Athènes. Le plus souvent on prépare cette boisson à la manière des Turcs, c'est-à-dire que le café réduit en poudre et mélangé à du sucre est mis avec l'eau dans une bouilloire et rapidement porté à l'ébullition : on le verse ensuite dans les tasses. La consommation du tabac accompagne presque toujours celle du café ; les Grecs fument la cigarette ou le narghilé, espèce de pipe turque, composée d'une carafe pleine d'eau, d'une monture en cuivre supportant le fourneau et d'un long tuyau flexible terminé par une embouchure. — Les autres consommations les plus usitées dans les cafés d'Athènes consistent, outre le Raki dont nous avons déjà parlé, en un verre de mastic, espèce d'anisette, contenant en suspension une substance résineuse qui se précipite sous forme d'un nuage blanc lorsqu'on la mélange avec de l'eau. On peut se faire servir un verre d'eau sucrée avec une cuillerée de confiture de cerise, un morceau de *leukoum*, pâte blanchâtre, édulcorée d'essence de roses, un verre de limonade au citron.

L'eau que l'on boit à Athènes est fade et d'une digestion difficile ; mais, pendant les grandes chaleurs, les sources tarissent complétement dans la ville et aux environs, et l'on est obligé d'aller souvent fort loin chercher l'eau nécessaire à la consommation des habitants. Cette eau est transportée dans des outres qui ont contenu du vin et qui ont été préalablement enduites de résine ; il en résulte que ce liquide conserve une saveur fort désagréable et à laquelle on a bien de la peine à s'habituer. Dans l'antiquité, il existait sur les bords de l'Illissus, près d'Athènes, une fontaine célèbre, la fontaine Callirhoë, qui fournissait une eau pure et limpide, exclusivement consacrée au service de la déesse de la Sagesse, protectrice de la cité. Ce n'est plus aujourd'hui qu'une mare boueuse d'où s'exhalent des odeurs nauséabondes.

Nous avons dit un mot de la misère du bas peuple d'Athènes : c'est une misère excessive et un dénûment absolu. — Dans les campagnes, les maisons des paysans sont de misérables huttes en pierre n'ayant qu'une pièce, sans cheminée, sans cave sous-jacente, et où s'entassent, pêle-mêle, le soir, hommes, femmes, enfants et animaux domestiques. « L'intérieur, dit madame de Gasparin, ressemble à une écurie ; les vêtements déchirés, couverts de taches, y pendent à des clous ; chaque trou de la muraille donne asile à de vieilles hardes mêlées avec des épis de maïs, des morceaux de fromage rance,

© BIU Santé

des clous rouillés ou des bouteilles cassées. Au milieu de tout cela, des raisins, des sacs de froment, des tonneaux d'huile. Il n'y a pas de cheminée, la fumée va où elle peut. D'ustensiles, point : quelques vases pour faire bouillir de l'eau, quelques pots de terre pour la tenir fraîche, une planche à pétrir, deux ou trois tonnelets, cinq ou six morceaux de fer aplatis en forme de pelle, recourbés en forme de pincettes ; une table ronde, haute de huit pouces, quelquefois une planche fixée sur deux pieds en guise d'escabeau ; voilà le mobilier. Les femmes n'ont pas de ménage à tenir ; elles ignorent les premiers principes d'ordre et de propreté ; jamais un balai dans les mains, rarement une aiguille, plus rarement un morceau de savon. Les plus habiles savent tisser des manteaux ou des tuniques, tourner le fuseau et broder patiemment les ornements de leurs vêtements ». Cette description n'a rien d'exagéré ; elle est l'expression exacte de la situation des paysans de l'Attique, aussi bien de ceux qui habitent aux portes d'Athènes, comme à Colonne, à Eleusis, que de ceux qui se trouvent à Marathon ou au voisinage du cap Sunium.

(*A suivre.*)

Liste des prix de la Faculté de médecine de Paris pour l'année 1876-1877.

La Faculté avait à décerner pour l'année scolaire 1876-1877 :

1° Les prix provenant des libéralités de : MM. le baron Trémont, de la valeur de 1,000 fr. ; le baron Barbier, 2,000 fr. ; Mme la comtesse de Chateauvillard, 3,000 fr. ; MM. Corvisart, une médaille et 400 fr. ; Lacaze, 10,000 francs ; de Monthyon, une médaille et 300 fr.

2° Les prix pour les thèses les plus remarquables soutenues devant elle pendant l'année.

1° *Prix Trémont* (Commission : MM, A. Vulpian, doyen, Bouchardat, Depaul, Verneuil et Trélat). — Ce prix, de la valeur de 1,000 fr. a été partagé en parties égales entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

2° *Prix Barbier* (Commission : MM. Gosselin, Richet, Verneuil, Broca, Trélat, Guyon). — Sept mémoires ont été présentés. La Faculté a décerné le prix de 2,000 fr. à M. le docteur Badal, né à Salers (Cantal), le 11 mars 1840, docteur de la Faculté de Strasbourg (1864), auteur d'appareils destinés aux études ophthalmologiques. Elle a accordé une mention honorable à M. le docteur Minière (Joseph-Théodore) pour les appareils destinés au traitement de la spermatorrhée.

3° *Prix Chateauvillard* (Commission : MM. Gosselin, Lefort, Peter et Verneuil). — Quatre mémoires ont été présentés à la Faculté. La Faculté a décerné le prix de 2,000 fr. à M. le docteur Sanné (Albert), né le 23 janvier 1839, à Paris. Elle a accordé une mention très-honorable à M. le docteur Galezowski pour son ouvrage sur l'ophthalmologie.

4° *Prix Corvisart* (Commission : MM. Lasègue, Hardy, G. Sée, Potain et Ball). — Cinq mémoires ont été présentés. La Faculté a décidé que le prix serait partagé de la manière suivante : 1er prix. Une médaille d'or et 200 fr. à M. Valmont (Félix-Marc-Louis), né à Barentin (Seine-Inférieure), le 19 mai 1852, externe à l'Hôtel-Dieu. 2e prix. 200 fr. à M. Surre (Abely-Calixte-Alexis), né à Saint-Girons (Ariége), le 16 octobre 1848, externe à la Charité. — Mention honorable. M. Miltran (A. Grdjikian), élève à la clinique médicale de la Pitié.

5° *Prix Lacaze* (Commission : MM. Lasègue, Chauffard, Charcot et Parrot). Ce prix qui n'est décerné que tous les deux ans, le sera en 1878.

6° *Prix Monthyon*. — Trois mémoires ont été soumis à la Faculté. La Faculté a décerné le 1er prix à M. le docteur Joanny Rendu, né à Paris le 24 juillet 1844, pour son ouvrage sur l'isolement des varioleux, à l'étranger et en France. — Un 2e prix à M. le docteur Manouvriez (Anatole-Hippolyte), né à Valenciennes (Nord), le 5 juin 1848, pour son mémoire intitulé : Maladies prédominantes dans l'arrondissement de X. — Une mention honorable à M. le docteur Hocquard (Charles-Edmond), né le 15 janvier 1853, à Saint-Nicolas (Meurthe), pour ses Mémoires dans l'armée de Lyon en 1875 et 1876.

7° *Thèses récompensées* (Commission : MM. Wurtz, Sappey, Béclard, Pajot, Le Fort, Jaccoud, Ball et Guyon).

1° *Médailles d'argent*. — MM. Richet (Charles). Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité. — Vacher (Louis). De la voix chez l'homme. — Meunier (Aubin). Etude parallèle des globules rouges et blancs du sang et des principaux éléments de l'urine dans quelques maladies aiguës. — Mercier (Pierre). De la congestion pulmonaire rapide et de l'œdème aigu des poumons avec ou sans expectoration albumineuse, — Testut (Léon). De la symétrie dans les affections de la peau. — Vignaux Jean-Clément). De l'énucléation dans le traitement de l'ophthalmie sympathique. — Bouilly (Georges). Des lésions traumatiques portant sur des tissus malades. — Teissier (Louis-Joseph). Du diabète phosphatique. — Robin (Albert). Essai d'urologie clinique : la fièvre typhoïde.

2° *Médailles de bronze*. — Henriet (Léon). Etude sur le traitement des affections calculeuses chez l'homme par la lithotritie. — Cusset (Jean). Appareil branchial des vertèbres et quelques affections qui en dérivent chez l'homme. — Hutinel (Victor). Contributions à l'étude des troubles de la circulation veineuse chez l'enfant et en particulier chez le nouveau-né. — Salathé (Auguste). Recherches sur les mouvements du cerveau et le mécanisme de la circulation des centres nerveux. — Calvet (Léopold). Essai sur le morphinisme aigu et chronique. — Dupuis (Louis). Etude expérimentale sur l'action physiologique de la quinine. — Bez (John). De la contemporanéité des fièvres éruptives et de leur coexistence avec la fièvre typhoïde chez le même individu. — Boyet (Isidore). De l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques. — Léger (Henri). Etude sur l'aortite aiguë. — Delaunay (Jacques-Victor). — Mapoury (Gabriel). Etude clinique sur la fièvre primitive des blessés. — Pitres (Jean-Marie). Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux au point de vue des localisations. — Michel (Joseph). Etude sur les arthropathies de l'ataxie locomotrice. — Bouruet (Mathieu). De la dysphagie dans la péricardite et en particulier sur la péricardite hydrophobique. — Longuet (Maurice). De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes. — Raguet-Lepine (Jules). Des principales indications à remplir dans le traitement des plaies. — Gœtz (Edouard). Etude sur le spina-ventosa. — Defeaux (Emile). Contribution à l'étude des tumeurs du sein d'origine épithéliale. — Affre (Emile). De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac. — Valtat (Emile). De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations.

3° *Mentions honorables*. — MM. Hogg-Douglas, Beauregard (Henri), Bureau (Louis), Sidky-Mamoud, Barnay (Marius), Patrigeon (Gabriel), d'Arsonval (Arsène), Bertholon (Lucien), Rochas (Félix), Janicot (Jean), Monod (Frédéric), David (Théophile), Heydenreich (Albert), Barié (Louis), Vibert (Charles), Mirza-Ali, Erpaggi (Charles), Guyard (Joseph), Chauvet (Louis), d'Arolla (Henri), Gombault (François), Darey (Jean), Iszenard (Paul-Charles), Parinaud (Pierre-Henri), Chocnel (Fernand), Hervouet (Henri), Mahot (Henri), Chevalier (Gabriel), Arnulphy (Bernard), Coursserant (Germain), Ravaud (Louis-Henri), Hachard (Frédéric), Passerat (Edouard), Ricklin (Eugène), Lebrun (Paul-Eugène).

Liste des prix de la Faculté pour l'année scolaire 1877-1878. — *Prix Corvisart*. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille d'or de 400 fr. Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies dans le service de clinique auquel il est attaché ; 2° la réponse à la question proposée. Les mémoires doivent être déposés sans désignations du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître. Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il juge dignes d'obtenir des médailles.

Prix Monthyon. — Le prix Monthyon qui consiste en une médaille de vermeil et une somme de 600 fr. en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir. Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne, tous les ans, un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Chateauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse Chateauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 fr., est décerné chaque année par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er janvier de l'année qui suit leur publication.

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 8 au 13 avril : 216. M. Lionnet (Camille) : Des variétés de la paralysie générale dans leurs rapports avec la pathogénie. — 217. M. Defossez : Essai sur les troubles des sens et de l'intelligence causés par l'épilepsie. — 218. M. Lahaye : Essai sur la forme cérébrale de l'insolation. — 219. M. Labitte : De la colonisation des aliénés. — 220. M. Senand : Etude clinique sur les rapports entre la congestion pulmonaire et la pleurésie aiguë avec

© BIU Santé

épanchement. — 221. M. Cuffer : Recherches cliniques et expérimentales sur les altérations du sang dans l'urémie et sur la pathogénie des accidents urémiques. De la respiration de Cheyne Stokes dans l'urémie. — 222. M. Rouire : De l'atrophie diabétique et de son traitement. — 223. M. Belin : Essai sur la lymphangite superficielle et principalement sur la forme réticulaire. — 224. M. Colnot : Etude sur le délire hypocondriaque. — 225. M. Limbot : Contribution à l'étude des encéphalopathies d'origine cardiaque. — 226. M. Larue : Appréciation des principaux pansements au point de vue de la chirurgie d'armée. — 227. M. Brémond : Contribution à l'étude des fractures de la rotule. Du cal osseux. — 228. M. Guillemot : Du refroidissement cadavérique. — 229. M. Laboulée : Contribution à l'étude des fractures du membre inférieur. — 230. M. Mignon : Du traitement des kystes de l'ovaire par la voie vaginale. — 231. M. Kourchiot : Contribution à la syphilis de l'œil. De l'iritis.

La Bibliothèque Astor à New-York.

Nous trouvons dans le *New-York* Hérald un résumé du compte-rendu annuel présenté par le comité de direction d'une des principales bibliothèques, la bibliothèque Astor, (*Astor Library*), ainsi nommée du nom de son fondateur. Si nous en parlons, c'est uniquement pour faire remarquer les sommes énormes dont disposent les bibliothèques aux Etats-Unis. Ainsi le chiffre des acquisitions de livres a dépassé, l'an dernier, 50,000 dollars ou 250,000 fr. Il n'y a pas, croyons-nous, en Europe, de bibliothèques, soit même le Bristish Museum de Londres, qui dispose annuellement d'une pareille somme pour augmenter et enrichir ses collections.

La bibliothèque Astor n'est pas une fondation de l'Etat : c'est un établissement créé et doté par un particulier ; ses ressources se montent aujourd'hui, en capital, à un million de dollars ou cinq millions de francs. L'excédant des recettes sur les dépenses y est en général de 10,000 dollars (50,000 fr.) Parmi les ouvrages acquis et qui concernent principalement les sciences naturelles, l'art, l'architecture, etc., nous trouvons nombre d'ouvrages français. Plusieurs mutilations d'ouvrages précieux, surtout d'ouvrages artistiques, ayant eu lieu pendant le courant de l'année, l'établissement a dû recourir aux sévérités d'une loi, promulguée à cet effet, il y a quelques années, par la législature de l'état de New-York. — (*Journal officiel*).

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard commenceront lundi prochain, 15 avril, à 4 h. 1/2, la seconde partie de leur cours, qui comprend les opérations, la dystocie et les exercices pratiques. S'adresser 29, rue Monsieur-le-Prince.

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 4 avril 1878, on a déclaré 1,166 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 18 ; rougeole, 27; scarlatine, 1; variole, 1 ; croup, 31; angine couenneuse, 36; bronchite, 54; pneumonie, 101; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2; choléra nostras » ; dysenterie, »; affections puerpérales, 4; érysipèle, 4; autres affections aiguës, 305; affections chroniques, 508, dont 223 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 50; causes accidentelles, 24. — Les 1,166 décès ci-dessus donnent une proportion de 30,5 par 1,000 habitants et pour l'année.

Prix Aubanel. — *La Société médico-psychologique* de Paris décernera au mois d'avril 1879, le prix Aubanel, de la valeur de 2,400 fr., au meilleur mémoire manuscrit sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse. Les mémoires écrits en langue française porteront une épigraphe reproduite sur un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de leur auteur. Ils devront être parvenus le 31 décembre 1878, à M. le dr Motet, secrétaire général de la Société, à Paris, rue de Charonne, n° 161.

M. le directeur général de l'Assistance publique, d'accord avec M. le préfet de la Seine, vient de faire ouvrir, à l'Hôtel-Dieu, deux nouvelles salles contenant chacune 24 lits. Ces salles sont uniquement destinées aux services de la Faculté de médecine, ce qui permettra aux deux professeurs de clique de reprendre leurs leçons interrompues depuis l'inauguration du nouvel Hôtel-Dieu. Le vœu dont la *Gazette médicale* s'était faite, il y a quelque temps, l'interprète est ainsi accompli. (*Abeille médicale.*)

On annonce la mort de Mme Wurtz, mère du professeur de chimie organique. Le cours de M. Wurtz est provisoirement suspendu.

Médecins députés. — Parmi les députés nommés aux élections du 7 avril 1878, nous trouvons les docteurs dont les noms suivent : Naquet (Vaucluse); Poujade (Vaucluse); Soye (Aisne). Tous appartiennent au parti républicain.

Assistance publique. — Par décret du 27 mars 1878, ont été nommés membres du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris : MM. Marbeau, conseiller d'Etat; Lauth, membre du conseil municipal de Paris; Vulpian, doyen de la Faculté de médecine; Moutard Martin, membre du corps médical des hôpitaux; Goupy, représentant du conseil des prud'hommes; Péan de Saint-Gilles, notaire, pris en dehors de toute catégorie.

Par décret en date du 8 avril 1878, M. Lafond, membre du conseil municipal de Paris, a été nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'assistance publique, à Paris, en remplacement de M. Clavel, qui ne fait plus partie du conseil municipal.

Vacance médicale. — Saint-Pol (Pas-de-Calais). On demande un jeune docteur de la Faculté de Paris, de préférence républicain, à qui serait assurée, comme début une somme de 1,600 fr. avec le titre de médecin du bureau de bienfaisance et médecin des épidémies. — S'adresser chez M.G. Graux, 29, rue de Caumartin.

En vente **aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL,**
De midi à cinq heures.

Diagrammes pour reporter, au moment de l'autopsie, les *lésions cérébro-spinales,* par E. C. Séguin. Prix, la feuille : 0 fr. 10 c.

Schémas pour représenter à l'autopsie les lésions cérébro-spinales. Extrait des *Localisations cérébrales* de M. le Dr Charcot. Paris 1878. Une feuille carrée contenant 13 figures, avec légendes explicatives. Prix : 20 centimes.

Besson (I). Dystocie spéciale dans les accouchements multiples. Vol. in-8 de 92 pages. — Prix : 2 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, net 1 fr. 25.

Marcano (G.). De la psoïte traumatique. Paris, 1878. In-8 de 122 pages. Prix : 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr.

Miot. De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan. In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50, pour les abonnés du *Progrès médical*, 2 fr. 50.

Pitres (A.). — Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales. — In-8 de 152 pages, 2 planches coloriées. — Prix : 4 fr.; net 2 fr. 75 pour les abonnés du *Progrès médical*.

Raymond. Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques. In-8 de 140 pages, avec figure dans le texte et 3 planches. 3 fr. 50. Pour les abonnés, 2 fr. 50.

Record d'observation médicale. — Quotidien, hebdomadaire, statistique, mathématique, uniforme, international. Paris, 1877. Aux bureaux du *Progrès médical*.

Teinturier (E). Les Skoptzy, étude médico-légale sur une secte religieuse russe dont les adeptes pratiquent la castration. — Un joli volume in-12 orné de gravures représentant les différents modes de castration employés par ces fanatiques. — Prix : 1 fr. 50; net 1 fr. pour les abonnés du *Progrès médical*.

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie

Hugues (J.-L.). — Quelques considérations sur le traitement de la phthisie pulmonaire par la créosote vraie, in-8, Paris, 1878. — Prix : 1 fr. 50.

Faraoni (M.-L.). — Du Tayuya, de ses effets dans le traitement de la syphilis et de la scrofule, in-8, traduit de l'italien par le dr F. Bremond. Paris 1878. — Prix : 1 fr.

Librairie J. DUMAINE, 30, rue Dauphine, à Paris.

Chassagne (A.). — Les hôpitaux sans étages et à pavillons isolés, in-8 de 84 pages avec une grande planche et préface du dr Marmottan, Paris, 1878.

Imprimerie E. FAZIOLA et PAPINI, à Genève.

Secondi (R.). — Cura radicale del Distacco Retinico médiante la iridectomia, plaquette in-8° de 20 pages, Genève 1878.

Westphal. — Aus der Nervenklinikcasuistick Zwei Falle von Nevrodermie, in-8 de 38 pages avec planche en chromo-lithographie.

John P. Morton and Company à Louisville, What and why ? par J. M. Bodine, in-8 1878.

Dr Francesco Valardi, à Milan. — Annuario delle scienze Mediche par P. Schwardi et G. Pini, année 1877, in-12, Milan, 1878.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Necker. — Service de M. Blachez. — Salle Saint-Louis (H.) : 2, cirrhose ; 7, pleurésie gauche ; 9, rhumatisme articulaire ; 20, pneumonie; 23, pleurésie gauche ; 24, paralysie saturnine ; 30, ataxie locomotrice ; 34, myalgie saturnine. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 2, rhumatisme noueux ; 5, pleurésie purulente, empyème ; 6, rhumatisme articulaire aigu ; 15, insuffisance mitrale ; 20, fièvre typhoïde ; 21, rhumatisme noueux ; 22, hémichorée hystérique ; 28, péritonite tuberculeuse ; 30, emphysème.

Service de M. Delpech. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 5, rhumatisme articulaire ; 9, rougeole ; 10, érysipèle de la face ; 11, bronchite capillaire ; 16, fièvre typhoïde ; 18, pleurésie ; 22, pneumonie ; 23, fièvre typhoïde ; 24, péritonite tuberculeuse ; 27, pleuro-pneumonie ; 33, typhlite ; 35, fièvre intermittente ; 36, pleurésie. — Salle Sainte-Anne (F.) : 6, péritonite syphilitique ; 7, coliques hépatiques ; 13, rétrécissement mitral ; 16, pleurésie ; 18, péritonite aiguë ; 19, péritonite tuberculeuse ; 20, pelvi-péritonite ; 21, pneumonie ; 27, rhumatisme articulaire.

© BIU Santé

Service de M. le professeur Broca. — Salle Saint-Pierre (H.) : 6, fracture du bras ; 7, contusion du genou ; 8, fracture du calcaneum ; 9, fracture de cuisse ; 15, lymphangite ; 18, résection de l'extrémité inférieure du cubitus ; 20, fracture de cuisse sus-condylienne ; 20 *bis*, arthrite cervicale ; 28, fracture du col du fémur ; 29, fracture de jambe ; 31, fracture du maxillaire supérieur ; 34, fracture spiroïde du tibia ; 38, hygroma pre-olécranien ; 42, fracture sous-trochantérienne ; 46, fracture de l'extrémité inférieure du fémur ; 54, fracture de jambe. — Salle Sainte-Marie (F.) : 1, abcès de la marge de l'anus ; 6, rétrécissement du rectum ; 11, abcès de la mamelle ; 13, fracture longitudinale du rocher ; 22, coxalgie ; 23, goitre.

Service de M. le professeur Guyon. — Salle Saint-Vincent (H.) : 1, calcul de la vessie développé autour d'un morceau de sonde ; 2, spasme de l'urèthre, cystite ; 3, 6, 25, carcinôme de la vessie ; 5, 10, 16, cystite tuberculeuse ; 8, infiltration d'urine, rétrécissement, uréthrotomie interne ; 9, cystite pyelo-néphrite tuberculeuse ; 12, rétention incomplète d'urine ; 14, rétention incomplète d'urine, orchite suppurée ; 17, rétrécissement ancien, fistule périnéale, uréthrotomie externe ; 21, calcul vésical ; 22, abcès et fistule urineux ; 23, calcul vésical ; 28, fistule périnéale. — Salle Saint-André (H.) : 2, hydrocèle vaginale ; 5, hydrocèle enkystée spermatique ; 7, fracture comminutive du coude ; 12, plaie de l'avant-bras, section des nerfs et de l'ar-

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans constipation et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, anémie, chlorose, diabète*, etc.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de migraine venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre de diluer la créosote, ce qui est une condition essentielle de ses succès dans la phthisie. Grâce à sa solubilité le titre de cette préparation a pu être élevé à 0 gr. 20 par cuillerée. Cette dose, délayée dans un verre d'eau rougie, lui donne la saveur d'un vin coupé d'eau de goudron un peu forte et se prend sans plus de difficulté.

Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

PILULES DELAUNAY au Phosphate de Fer et de Manganèse. — Assimilation complète; pas de Constipation.
ÉLIXIR DELAUNAY au Quinquina. Une cuillerée à bouche, soit 20 g. de cet Elixir, représente 0,20 extr. de quinquina jaune calisaya.
Pour la vente en gros : A la Pharmacie, 3, rue de la Madeleine, à Troyes.
Dépôt à Paris : Société française, 11, rue de la Perle.

MALADIES DE POITRINE, RHUMES, ETC.
SIROP ANTIPHLOGISTIQUE de BRIANT
PARIS, Pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli, PARIS
Un rapport *officiel* constate :
« *Que cette préparation composée d'extraits de plantes adoucissantes et calmantes est propre à l'usage auquel elle est destinée et qu'elle ne contient rien de nuisible ni de dangereux.* »

Étude clinique sur l'athétose, par P. Oulmont. Paris, 1878, in-8 de 116 pages avec figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

EPILEPSIE
Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)
Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.
LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

VIN PACOTTE
Au QUINQUINA, au CAFÉ
Et à l'écorce d'oranges amères
Médaille de bronze. Paris 1875
Ce vin doit à sa composition d'être essentiellement digestible et agréable à prendre. Préparé au malaga, il contient la dose de quinquina exigée par le *Codex*, il se recommande donc à l'attention des médecins.
Vente en gros : pharmacie centrale, 7, rue de Jouy, et chez l'inventeur, H. PACOTTE fils, pharmacien à Pont-de-Vaux (Ain).

LAITS MÉDICAMENTEUX
Du Docteur BOUYER.
Iode, Arsenic, Mercure, etc., Animalisés.
Récompenses nationales.
Approbation des Sociétés savantes.

Lait iodique. — Quinze années d'expériences ont démontré que cette préparation était la plus sûre pour administrer l'iode sans danger et avec succès contre maladies chroniques de la poitrine, Phthisie, Scrophule, Lymphatisme, Goître, Dyspepsies, Engorgements et Catarrhes des organes génito-urinaires, Albuminurie, Epuisement, Diathèses diverses et tous les états morbides où il faut relever ou modifier la nutrition abaissée ou pervertie.

Lait arséniaté contre : Fièvres, Névroses, Vésanies, Dartres, Rhumatisme, etc.

Dans les maladies du cœur, nul traitement n'est plus efficace, quand il est continué plusieurs mois, que le suivant : une cuillerée à café de lait administré le matin, et une granule de digitaline le soir.

Ces Laits s'administrent sous forme de Sirops, de Poudres et de Chocolats.

Dépôt : Pharmacie CHEVRIER, 21, rue du Faubourg-Montmartre, Paris.

Pullna
(Bohême). La plus ancienne et la meilleure Eau minérale naturelle purgative et alterante connue. (*Apéritive, Dérivative, Digestive, Tempérante, Antiphlogistique, Antiapoplectique*). — Douce et bienfaisante par excellence et presque insipide. Vente et detail partout. Chauffer la valeur d'un verre à vin ordinaire. — Aux enfants une cuillerée coupée de lait. — Prendre à jeûn et aussi avant le coucher. — Exempte des coliques et des Troubles intestinaux — Diète peu scrupuleuse. — Contrôle originaire : Chaque cruchon de provenance unique porte exclusivement la marque registrée : **Püllnaer Bitterwasser. Gemeinde Püllna**, et sa capsule conformement : **Püllnaer-Gemeinde-Bitterwasser.** — Le directeur général des Eaux minerales naturelles amères de Pullna, Antoine ULBRICH, fils du fondateur.

VIN TANNIQUE
DE BAGNOLS-SAINT-JEAN
NATUREL
Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876



Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinaire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE
RÁKÓCZY DE BUDE
EXIGER RIGOUREUSEMENT ÉTIQUETTE BLEUE
La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.
25 gram. de Sulfate de Magnésie } par litre.
20 gram. de Sulfate de Sodium }
Se prend à très-petites doses.
Loser Frères, propriétaires à Budapest (Hongrie)
DÉPÔT GÉNÉRAL A PARIS : CHEZ JEAN SKWARÇOW
35 bis, Rue de Trévise, 35 bis.
En vente : Chez tous les Marchands d'Eaux minérales, et Pharmaciens de Paris et de province.

© BIU Santé

tère cubitale ; 15, érysipèle plegmoneux du cuir chevelu ; 16, cancroïde de la jambe ; 18 *bis*, fracture du péroné et arrachement de la malléole interne ; 19, fracture du tiers moyen de la jambe ; 28, hydarthrose double, injection de teinture d'iode ; 29, fracture de cuisse ; 31, phlegmon peri-rotulien. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 1, phlegmon retro-utérin suppuré ; 2, cystite ; 5, arthrite du tarse ; 6, carcinôme du rectum ; 7, névralgie du sein ; 10, fracture du péroné ; 11, anus contre nature ; 12, phlegmon diffus de l'avant-bras ; 13, plaie articulaire de l'annulaire ; 14, cysto-sarcome de l'ovaire 15, cystite tuberculeuse ; 16, polype de l'urèthre ; 17, arthrite aiguë du genou.

Hôpital de Lourcine. — Salle Saint-Louis : Clinique du samedi, 1, syphilis, plaques syphilitiques papulo-hypertrophiques. — Lymphangite ancienne à droite avec induration du tissu cellulaire péri-utérin du ligament large ; 7, vaginite, endométrite généralisée, lymphangite péri-utérine à gauche ; 20, syphilis, trois chancres indurés, syphilide papuleuse ; 25, vaginite chronique, végétations ; 27, ovarite droite, endométrite du col, lymphangite péri-utérine, phlegmon du ligament large ; 30, phlegmon du ligament large, lymphangite et adénite du ligament large à droite ; 34, phlegmon du ligament large à gauche.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF
Breveté s. g. d. g. — de la marque
A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et MOURGET (de Limoges)
SEULS FABRICANTS
Se méfier des contrefaçons
Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE — ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. PILULES 20 cent. p. pilule.
FREYSSINGE, Phᵉⁿ, 97, r. de Rennes — PARIS.
Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

D'après l'opinion des Professeurs
BOUCHARDAT — GUBLER — TROUSSEAU
Tr. Pharm. page 300. *Comment. du Codex*, page 813. *Thérapeutiq.*, page 214.
LE VALÉRIANATE d'ammoniaque DE PIERLOT
est un névrosthenique et un puissant sédatif
DES NÉVROSES, DES NÉVRALGIES, DU NERVOSISME
Une cuillerée à café, matin et soir, dans un demi-verre d'eau sucrée.
THÉ SAINT-GERMAIN (Codex, pᵍᵉ 538) DE PIERLOT : Purgatif sûr et agréable.

VIANDE CRUE ET ALCOOL
ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO
Prescrit tous les jours avec succès, dans les **Maladies consomptives, Phthisie, Diarrhée chroniques**, le **Rachitisme**, l'**Anémie**, la **Scrofule**, l'**Albuminurie** ; très-utile dans les convalescences, l'épuisement. — Prix du flacon : 3 fr. 50. — DÉTAIL : Pharmacie, 82, rue de Rambuteau ; — GROS : 20, place des Vosges, à Paris.

SAXON-LES-BAINS (Valais Suisse)
L'Eau de Saxon est la plus riche du monde en iodure et en bromure de potassium ; elle contient aussi de la lithine et de la glairine. Elle est indiquée dans la goutte, le rhumatisme, les névroses, les accidents consécutifs de la syphilis, les maladies de la peau, les engorgements lymphatiques et scrofuleux, etc. **Saison du 1ᵉʳ mai au 15 octobre.** L'établissement est aménagé avec tout le confort désirable.
MM. les médecins qui adresseront des malades à Saxon, seront tenus au courant de l'action du traitement. Les eaux supportent admirablement le transport. Dépôt central à la Cᵗᵉ de Vichy, boul. Montmartre, 22, à l'angle de la rue Drouot.
Nota. — *Depuis l'année dernière les jeux ont été supprimés à Saxon comme aux eaux d'Allemagne.*

ACIDE SALICYLIQUE BREVET KOLBE
SEULS CONCESSIONNAIRES, SEULS FABRICANTS
SCHLUMBERGER & CERCKEL, 26, rue Bergère, PARIS.
MÉDICAMENTS Salicylés PRÉPARÉS
RHUMATISMES..... **SALICYLATE de SOUDE** dosé à 50 cᵉ.
GOUTTE, GRAVELLE. **SALICYLATE de LITHINE**, pil. 10
SALICYLATE DE QUININE, paquets..... 10
ACIDE SALICYLIQUE MÉDICINAL, pilules..... 10
RHUME, Affections de la Gorge, PASTILLES SALICYLÉES.
VIN Tonique SALICYLÉ. — Ouate, Glycérine SALICYLÉES.
Par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, r. du Faubourg-Montmartre, 21, PARIS.

TRAITEMENT de la PHTHISIE PULMONAIRE
et des affections chroniques des voies respiratoires.
CAPSULES MOLLES DE **BOURGEAUD**
A LA **CRÉOSOTE VRAIE**
ET A L'HUILE DE FOIE DE MORUE
FORMULE DES Dʳˢ BOUCHARD ET GIMBERT
(*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1867*)
BOURGEAUD, pharm., fournis. des hôp.
20, rue de Rambuteau, à Paris
Ces capsules, à enveloppe très-soluble, d'odeur agréable, à saveur sucrée, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de **créosote vraie** du goudron de hêtre et 50 centigr. d'huile de foie de morue. Les grosses, 5 centigr. de **créosote vraie** et 2 grammes d'huile de foie de morue. Bien préférables à toutes les autres préparations caustiques de la créosote, lesquelles ne sont absorbables qu'à l'aide de quantités considérables de liquide et par conséquent, difficilement tolérées par l'estomac. Les seules employées dans les hôpitaux de Paris.
Doses : 5 à 10 **petites capsules** et 2 à 4 **grosses capsules** matin et soir, d'après l'avis du médecin.
La Boîte, 4 francs.

DRAGÉES BLOT au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opium* Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à Toulouse : toniques dépuratives, anti-blennhorragiques, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires*, catarrhe vessie. Bᵗᵉ 4ᶠ, fᵒ 4.20.
Pour éviter imitation exiger : Ethe Blot
Dépôt dans toutes les Pharmacies.
M. GALLEPIE, pharmacien, 30, *rue Mon*fera une remise spéciale à MM. les Etudiants, sur les **Dragées Blot** et sur tous les médicaments en général.

THERMO-FILTRE
Pour rendre instantanément potable et fraîche l'eau de rivière.
INDISPENSABLE AUX CHASSEURS & AUX COLON
On l'expédie franco *dans toute la France contre la remise préalable de 3 fr. en timb.-poste*
TOSELLI, 190, rue Lafayette, Paris

VÉSICATOIRE L. ROUVIÈRE
Argocystique et Indolore
(EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN)
1ʳᵉ MÉDAILLE EXPOSITION PARIS.
Attestations des médecins en chef des Hôpitaux
Employé dans les *Hôpitaux* et ordonné par tous les médecins après essai.—Agit sûrement.—Pas CAMPHRÉ.—Jamais de cystite.
Trois formes : 1° Vésicatoire indolore, la boîte.... 1ᶠ 50
2° — instantané, la boîte.. 1ᶠ 50
3° Toile Vésicante, le mètre..... 2ᶠ »
Paris : **Pharmacie centrale**, 7, rue de Jouy et ses succursales. — **A. Hugot**, rue Vieille-du-Temple, 19 et principales droguerie.
Vente en gros : L. ROUVIÈRE, pharmacien, à Nîmes (Gard).

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 16. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 20 AVRIL 1878

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés et description d'un nouveau tube laryngien;

Par **ALBAN RIBEMONT**, ex-interne des hôpitaux et de la Maternité.

La respiration artificielle est le moyen le plus énergique de rappeler à la vie un enfant né en état de mort apparente. On doit y avoir recours toutes les fois que la fonction respiratoire ne s'établit pas promptement par l'emploi des moyens d'excitation périphérique : frictions, flagellations, titillation de la muqueuse pituitaire, douches, bains chauds, sinapisés, etc...; quelques auteurs même, conseillent l'insufflation d'emblée, convaincus que « les excitations périphériques ne suffisent pas, dans l'état de paralysie où se trouve le cerveau, et que l'insufflation redonne immédiatement au sang ses propriétés physiologiques, et rend le cerveau plus propre à ressentir les excitations portées sur les muqueuses, la peau, etc. » (1).

La valeur de la respiration artificielle n'est plus à discuter, aujourd'hui qu'elle a sauvé la vie à des milliers d'enfants. Pratiquée tout d'abord sans le secours d'aucun instrument, la bouche de l'opérateur s'appliquant sur la bouche ou sur l'une des narines de l'enfant, l'insufflation était aussi répugnante qu'imparfaite.

Aussi dès la fin du siècle dernier a-t-on créé un grand nombre d'appareils, qui, tous, sont essentiellement composés d'un réservoir, au moyen duquel on projette de l'air athmosphérique ou de l'oxygène pur (2) à travers une canule introduite dans la bouche ou dans la cavité des fosses nasales (Voir *Fig. 30*).

Trop compliqués la plupart, partant peu commodes, ces appareils avaient, en outre, deux inconvénients sérieux. L'air lancé par eux, avait plus de tendance à s'engager dans l'œsophage qu'à pénétrer dans les poumons. D'autre part, il était difficile, sinon impossible d'aspirer les liquides visqueux parfois mélangés de méconium, qui, chez le nouveau-né, occupent non-seulement l'arrière-gorge, mais souvent remplissent le larynx et la trachée.

Les tubes laryngiens de Fine, d'Albert, de Chaussier, pénétrant jusque dans la trachée, parurent ne présenter ni l'un ni l'autre de ces désavantages. L'instrument imaginé par le médecin de la Maternité est le seul dont l'usage se soit généralisé en France; on en trouvera dans une thèse publiée en 1818 une description complète. L'auteur, le docteur Dozes la fait précéder de l'appréciation suivante : « C'est un instrument aussi simple qu'ingénieux au moyen duquel on peut faire parvenir l'air dans les poumons par l'ouverture de la glotte, de manière qu'il ne peut refluer ni par l'œsophage, pour s'introduire dans l'estomac, ni par les fosses nasales pour s'échapper au dehors. Cet instrument remplit toutes les conditions exigées » (3).

Il en donne alors une description détaillée : « C'est un tube métallique conique, de 18 à 20 centimètres de long.... aplati sur les côtés afin qu'il ne vacille pas entre les doigts et qu'il s'accommode plus facilement à l'ouverture de la glotte. » La grosse extrémité est arrondie pour recevoir le bout d'un soufflet, ou être placée dans la bouche.

L'autre plus petite, aplatie, et qui doit pénétrer dans les voies aériennes, porte deux yeux latéraux, et se termine par une surface arrondie, mousse. Enfin, à 35 millimètres au-dessus de la petite extrémité, ce tube présente une courbure arrondie, où se trouve placée transversalement une rondelle percée de plusieurs trous qui servent à fixer une petite éponge molle et très-fine.... « par ce moyen l'ouverture du larynx se trouve exactement fermée, *et l'air insufflé doit nécessairement dilater les poumons*..... L'usage de cet instrument est aussi très-facile. »

Le manuel opératoire différait un peu de celui qui est employé de nos jours. Le larynx refoulé en arrière était fixé, maintenu à travers les téguments et parties molles du cou, entre le pouce et le médius de la main gauche, tandis que l'index de la même main, introduit dans la bouche, déprimait la base de la langue.

Usage très-facile, pénétration assurée de l'air dans le parenchyme pulmonaire, impossibilité de son reflux à l'extérieur ou dans les voies digestives: autant de points de la plus haute importance, autant d'avantages dont la possession eût fait du tube de Chaussier un instrument bien parfait. Dozes nous paraît avoir porté sur lui un jugement trop enthousiaste. Déjà, en 1807, Meunier et Noël de Strasbourg avaient formellement nié qu'une canule courbe comme celle de Chaussier fût d'un facile usage : « Nous avons tenté, disent ces auteurs, l'introduction par la bouche d'une canule courbe pour arriver à la glotte ainsi que l'ont recommandé le professeur Chaussier et plusieurs médecins célèbres. Mais les essais multiples que nous avons faits, de concert avec notre collègue Flamant et M. Lobstein, chef des travaux anatomiques de l'Ecole, ont presque toujours été infructueux.

» Quelques précautions que nous ayons prises, le bec de la canule au lieu de s'engager dans la partie supérieure de la trachée-artère, a presque toujours glissé dans l'œsophage. »

Aussi devant ces insuccès presque constants, Meunier et Noël formulaient-ils cette conclusion trop sévère : « L'incertitude de ce procédé doit entraîner sa proscription. »

En 1827, Leroy (d'Etioles) (1), arrêté par les mêmes difficultés, chercha à rendre la pénétration du tube dans le larynx, moins incertaine. Il imagina, à cet effet, un petit appareil ingénieux, oublié aujourd'hui, qui devait diriger sûrement l'extrémité de la sonde derrière l'épiglotte. Enfin, Marc déclarait en 1835 que le tube de Chaussier était d'un usage très-difficile, et il lui préférait les simples canules introduites seulement dans l'une des fosses nasales.

L'introduction de la sonde laryngienne n'était pas d'ailleurs le seul temps difficile de l'opération. L'insufflation, elle-même, ne se faisait pas sans un notable reflux de l'air à l'extérieur, reflux contre lequel on s'efforçait de lutter au moyen de manœuvres complexes sur lesquelles nous reviendrons.

M. le professeur Depaul, souvent mis à même de constater la production de ce reflux, modifia, en 1845, le tube primitif de Chaussier, de façon à rendre plus directe la projection de l'air dans la trachée et la bronche, et à diminuer, de la sorte, les chances de sa déperdition.

Dans ce but, il supprima l'extrémité mousse du tube de Chaussier et remplaça par un simple orifice terminal ses deux ouvertures latérales. L'aspiration des liquides visqueux de la trachée se trouvait par cela même plus assurée; l'orifice terminal étant moins que les yeux latéraux, exposé à être oblitéré par ces mucosités.

Malgré les bons effets de cette modification, le reflux de l'air se produisait encore. Aussi M. Depaul, dans son important mémoire (2), avait-il soin de décrire en détail une

(1) Bleynie. *Gaz. des hôp.*, 1859, p. 348.

(2) Chaussier. — *Réflexions sur les moyens propres à déterminer la respiration dans les enfants qui naissent sans donner aucun signe de vie, et à rétablir cette fonction dans les asphyxies; et sur les effets de l'air vital ou déphlogistiqué employé pour produire cet avantage.* (*Acad. Roy. de Méd.* 1780-1781, p. 346).

(3) Dozes, thèse de Paris, 1818, n° 251, p. 27

(1) *Journal de physiologie expérimentale et pathologique*, p. 45.

(2) Depaul.—*Mémoire sur l'insufflation des nouveau-nés.* (*Journal de Malgaigne*, 1845.)

© BIU Santé

manœuvre analogue à celle déjà employée par Gardien, Velpeau, Jacquemin, Chailly, etc., et que nous rappelons plus loin. La petite rondelle garnie d'éponge plus gênante qu'efficace, fut ensuite supprimée. Enfin, le tube de Chaussier subit une dernière modification moins heureuse.

La forme de cône aplati que possédait sa portion rectiligne et qui avait pour but d'empêcher l'instrument de vaciller entre les doigts, disparut; on lui substitua un tube assez grêle et parfaitement cylindrique.

Le tube laryngien actuel se compose d'une portion rectiligne longue de 11 centimètres, ayant la forme d'un cylindre régulier de 5 millimètres de diamètre. Terminée d'un côté par une embouchure circulaire évasée, en forme de pavillon de trompette, de 11 millimètres de diamètre, elle se continue à son autre extrémité par une partie recourbée, sorte de tube aplati latéralement et destiné à être introduit dans la trachée. Celle-ci offre une longueur de 5 cent. 1/2, une largeur de 5 millimètres et une épaisseur de 2 mm. 5. Un orifice unique, elliptique, occupe son extrémité libre. Son grand axe a 3 mm. 5, son petit 1 mm. 5.

La gracilité ainsi que la forme cylindrique de cette sonde l'exposent à vaciller, à rouler entre les doigts, et rendent ainsi plus difficile la manœuvre délicate du cathétérisme du larynx; aussi notre excellent ami et ancien collègue, M. le Dr Pinard a-t-il agi utilement en faisant restituer au tube laryngien la forme conoïde adoptée par Chaussier. L'introduction est rendue incontestablement plus commode. Mais cet avantage reconnu, nous déclarons qu'aucun de ces deux modèles n'est plus que le type primitif à l'abri de tout reproche.

Pour être réellement pratique un cathéter laryngien doit être construit de telle façon : 1° que son introduction dans le conduit laryngo-trachéal n'exige pas l'habileté exceptionnelle que peut seule donner une longue pratique, l'opération du cathétérisme laryngien devant être, la plupart du temps, exécutée par des mains assez peu préparées à le faire; — 2° que, mis en place, il s'y maintienne sans peine, et pour ainsi dire de lui-même, sans être exposé à abandonner trop facilement le larynx pendant l'insufflation; — 3° qu'il permette de débarrasser par aspiration les voies aériennes des liquides visqueux et du méconium qui les obstruent; — 4° qu'il s'oppose à toute espèce de reflux de l'air; — 5° qu'il puisse indiquer à tout instant, au début comme au cours de l'opération, s'il n'a pas quitté le larynx, et pénétré dans l'œsophage.

1° *Introduction du tube.* — Les critiques adressées à la sonde de Chaussier, par Meunier et Noël, par Leroy (d'Etioles), par Marc, sont applicables aux tubes actuels. Trop souvent, en effet, ceux-ci font fausse route, et cela quelque soin qu'on apporte à les diriger méthodiquement.

Naguère encore, notre maître, M. Tarnier déclarait à l'Académie de Médecine que « pour sa part, et malgré son habitude de pratiquer cette opération en suivant les préceptes classiques, il introduit du premier coup, à peu près deux fois sur quatre son tube dans l'œsophage, et que ce n'est qu'après des tâtonnements plus ou moins prolongés qu'il réussit à pénétrer dans le larynx (1). »

Les difficultés qui se présentent sont de deux ordres : tantôt l'extrémité du tube dépassant l'entrée du larynx s'égare dans l'œsophage; tantôt cette extrémité quoique bien en rapport avec l'orifice sous-épiglottique de ce conduit, ne s'y engage qu'après avoir accroché les divers points de la muqueuse laryngienne qui font quelque relief sur ses parois. La responsabilité de ces deux écueils appartient, et à la courbure que possède l'instrument, et à la disposition de son extrémité laryngienne.

A. Courbure. La courbure adoptée par Chaussier, et qui n'a pas été modifiée depuis, est défectueuse.

Elle représente le quart d'une circonférence de 35 millimètres de rayon, et ne peut s'adapter à la forme des parties.

Or la sécurité, la facilité d'exécution de tout cathétérisme, pratiqué avec un instrument rigide, dépendent de l'exactitude avec laquelle celui-ci s'adapte à la direction, et à la forme du trajet qu'il doit parcourir.

C'est là un principe dont l'exploration des voies urinaires permet de reconnaître chaque jour l'importance, et dont la connaissance a conduit les chirurgiens à varier autant qu'ils en sentaient le besoin la courbure des sondes uréthrales. Chaussier paraît l'avoir perdu de vue lorsqu'il a créé son tube laryngien.

Introduit par la bouche, celui-ci s'insinue entre la voûte palatine prolongée par le voile du palais, et la face dorsale de la langue; puis, arrivé au niveau de la base de cet organe, il doit se porter en bas derrière l'épiglotte et descendre ensuite en ligne droite dans le larynx et la trachée. Ce long trajet peut être décomposé en deux portions : l'une antérieure, buccale; la seconde laryngo-trachéale.

Chacune envisagée isolément est invariable dans sa forme; mais les rapports réciproques de l'une et l'autre sont singulièrement modifiés suivant qu'on les considère dans telle ou telle attitude de la tête de l'enfant (*Fig. 30*).

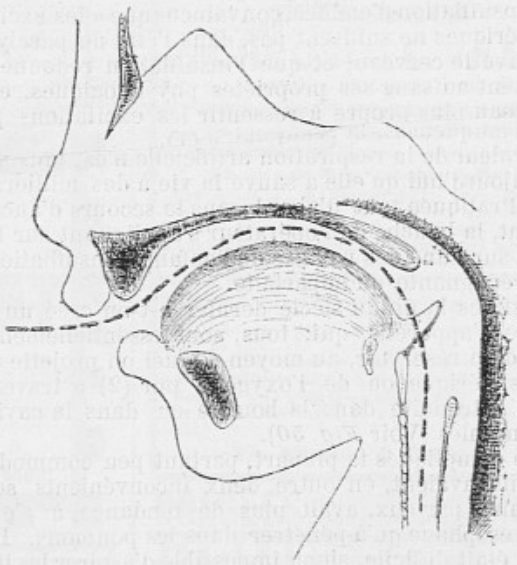


Fig. 30.

Ce sont ces rapports que nous avons tout d'abord étudiés.

Lorsqu'on fait congeler un fœtus, en ayant soin de laisser rapprochées les arcades alvéolaires et d'abandonner à elles-mêmes les parties molles du plancher de la bouche, et qu'on pratique ensuite une coupe médiane et antéro-postérieure de la tête et du cou, on a, sous les yeux, la trace exacte du trajet qui nous occupe.

Nous avons ainsi procédé en opérant sur des enfants à terme, ou nés prématurément, dont nous fixions la tête dans une attitude déterminée et différente pour chacun d'eux.

On nous objectera peut-être que l'état de la bouche d'un enfant congelé n'est point assimilable à ce qu'il est chez un enfant en état de mort apparente. Chez celui-ci les tissus mous se laissent déplacer, refouler par le doigt et la sonde; chez lui enfin on peut abaisser à volonté le maxillaire inférieur, et, par suite, tout le plancher de la bouche. Dès lors la portion buccale du trajet, dont la coupe normale affecte la forme d'un espace courbe assez étroit, et à parois sensiblement parallèles, acquiert avec des dimensions considérables, un aspect complétement différent.

L'objection est spécieuse. Qu'on veuille bien le remarquer en effet, la déformation de la portion antérieure du trajet se fait au dépens de sa paroi inférieure, c'est-à-dire des parties molles ou mobiles qui constituent le plancher de la bouche; quant à la paroi supérieure formée en avant par le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur et plus en arrière par la voûte palatine, elle demeure inflexible, invariable. A ce titre, elle seule mérite considération, car si le tube laryn-

(1) *Académie de Médecine*, séance du 4 septembre 1877.

© BIU Santé

gien peut déprimer la langue, il est en haut fatalement arrêté par la saillie alvéolaire.

Nous pouvons, en conséquence, pour simplifier la représentation du trajet buccal nous borner à figurer sa paroi supérieure. Si l'on compare les tracés de quatre coupes pratiquées sur des sujets de volume sensiblement égal, et congelés dans des attitudes graduellement variées, il est facile de voir que le conduit laryngo-trachéal a conservé la même direction, tandis que la paroi supérieure de la cavité buccale affecte, par rapport à lui, une direction différente chez chaque sujet. Mais à cause de sa courbure, le tube de Chaussier ne peut facilement suivre un trajet dont une partie est rectiligne. En effet cette courbure est telle, que pendant l'introduction, lorsque le tube arrive derrière l'épiglotte, son extrémité terminale (la tête de l'enfant étant dans une position intermédiaire à la flexion et à l'extension) répond bien plus au pharynx qu'à l'orifice sous-épiglottique du larynx. Elle ne peut se présenter d'aplomb à l'aire de celui-ci que si la tête est fortement étendue. Dans toute autre attitude elle ne l'aborde que plus ou moins obliquement.

Mais supposons le tube engagé dans l'orifice. Le canal laryngo-trachéal rectiligne, est forcé de se mouler sur la partie laryngienne du cathéter qui est courbe; l'extrémité de ce dernier ne descend point en suivant l'axe du canal, mais en se mettant en contact avec ses parois.

Toutes ces erreurs de direction seraient sans influence sur la facilité d'introduction du tube, si son extrémité glissait facilement sur les tissus. C'est ce qui a lieu avec le tube de Chaussier. Il n'en est pas de même lorsqu'on emploie les tubes actuels.

Entre ceux-ci et celui-là, il existe, au point de vue de leur progression à travers les organes, la même différence qu'entre une sonde uréthrale à extrémité mousse et une autre à bout coupé. Celle-ci, tout le monde le sait, parcourt l'urèthre moins aisément que celle-là.

Il suffit, pour s'en convaincre, de promener l'extrémité de l'un et de l'autre tube sur les téguments de la paume de la main ou, ce qui est plus démonstratif encore, de chercher à l'insinuer entre les premières phalanges de l'index et du médius de la main tenue fermée.

On reconnaît que l'un (tube à extrémité mousse et dont les yeux sont latéraux) glisse doucement et pénètre en écartant les tissus; tandis que l'autre (à orifice terminal) ne progresse qu'au prix de frottements rudes et péniblement ressentis. Ce qui est appréciable pour la main, est bien plus marqué lorsqu'il s'agit d'une membrane muqueuse tapissant les parois anfractueuses d'un canal étroit.

Un premier écueil existe à l'entrée même du larynx. Chez un enfant nouveau-né, celle-ci se présente sous deux états d'aspect et de dimensions différents, suivant que les cartilages aryténoïdes sont rapprochés jusqu'au contact, ce qui est normal, ou bien qu'ils sont maintenus écartés l'un de l'autre par la présence d'un corps étranger occupant le larynx, ou par le fait d'une pression exercée d'arrière en avant sur la face postérieure des cartilages aryténoïdes et cricoïdes. Dans le premier cas elle offre la forme d'une ellipse obliquement dirigée en arrière et en bas, et limitée en avant par la face postérieure de l'épiglotte, sur les côtés par les replis aryténo-épiglottiques, en arrière par les cartilages aryténoïdes.

Dans le second, cet orifice prend l'aspect d'un triangle dont la base curviligne dirigée en avant est formée par l'épiglotte; les côtés par les replis aryténo-épiglottiques et le bord supérieur des cartilages aryténoïdes, et dont le sommet répond à l'échancrure limitée par les bords postérieurs des mêmes cartilages.

Chez un enfant à terme de volume moyen, l'entrée elliptique du larynx a 4,5 millimètres d'avant en arrière, et 3,5 millimètres dans le sens transversal. L'écartement des cartilages aryténoïdes porte ces dimensions à 8 millimètres et 7 millimètres. L'exiguïté de l'orifice sous-épiglottique fait qu'il est presque impossible que l'extrémité du tube actuel puisse s'y engager, sans se mettre en contact avec les tissus qui le limitent, d'autant mieux qu'elle ne s'y présente pas d'aplomb le plus ordinairement. Tantôt, en effet, l'instrument porté trop en arrière, se met en rapport avec les cartilages aryténoïdes; tantôt, il dévie un peu sur l'un des côtés, et se trouve en contact avec les replis aryténo-épiglottiques.

Dans ces conditions, la forme de l'extrémité du tube exerce sur les conditions de sa progression une influence marquée : mousse, elle pénètre doucement entre les cartilages aryténoïdes, en les écartant sans violence, ou bien elle glisse sans peine sur les replis aryténo-épiglottiques, puis le long des parois du larynx. Offre-t-elle par contre un orifice terminal, elle n'avance qu'en *accrochant*, en *raclant* les tissus.

Si émoussés, en effet, que soient les bords de cet orifice (et le plus souvent ils le sont d'une façon insuffisante), la muqueuse du larynx ne manque pas de se plisser et de faire hernie à travers l'ouverture qu'ils limitent, quand ce n'est pas le sommet d'un cartilage aryténoïde qui vient s'y engager.

En arrière, enfin, elle viendra s'arrêter au fond de l'échancrure inter-aryténoïdienne sur le bord supérieur du cartilage cricoïde.

Des différences analogues bien que moins accusées se font sentir dans le reste du trajet, où le relief des cordes vocales inférieures devient souvent une cause d'arrêt momentané et de nouveaux frottements.

Tous les tâtonnements auxquels on est exposé, sont le plus souvent inoffensifs pour les organes du fœtus. Mais, ne peut il arriver, lorsque la main qui dirige l'instrument n'agit pas avec toute la prudence nécessaire, que la muqueuse soit éraillée ? Ce n'est là peut-être qu'une crainte hypothétique, et nous ne pourrions fournir à son appui aucune preuve nécroscopique; mais, nous avons vu plus d'une fois, après l'introduction du tube, les premières mucosités aspirées être striées de filets de sang. (*A suivre.*)

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÉGE DE FRANCE. — **M. RANVIER.**

Vingt-et-unième leçon (1).

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

Si l'on suit les progrès de l'accroissement, l'on voit, en outre, que plus l'embryon se rapproche de l'état adulte, plus ses faisceaux connectifs augmentent de nombre et de volume. Cela en dehors de toute modification fondamentale du réseau cellulaire primitif qui ne subit pour ainsi dire que des remaniements secondaires, résultant de l'interposition des faisceaux connectifs dans l'intervalle de ses éléments constitutifs.

Voici pour le développement du tissu connectif lâche. Les tissus connectifs modelés se comportent d'une façon analogue. Examinons à la lumière polarisée la coupe du tendon d'Achille d'un jeune lapin au niveau de son union avec le cartilage calcanéen. La substance cartilagineuse paraîtra obscure quand les nicols auront été croisés et l'axe de l'insertion placé rectangulairement avec l'un des plans de polarisation. Cette substance est en effet mono-réfringente. Les faisceaux connectifs tendineux, bi-réfringents, entreront dans cette masse sous forme de lignes brillantes, s'effilant, et s'y perdant par degrés. Or, Messieurs, nous voyons ces faisceaux connectifs, brillants, sortant de la masse cartilagineuse obscure, n'affecter, à leur naissance, aucun rapport avec les éléments cellulaires de la région, bien reconnaissables puisqu'il s'agit ici de cellules cartilagineuses (*Fig. 51*). Pour nous résumer donc, nous dirons que le développement des faisceaux connectifs s'opère toujours extérieurement aux cellules fixes, que ces faisceaux n'ont aucune relation avec ces dernières quant à leur étendue et à leur direction, que l'on ne trouve jamais à leur

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876; nos 1, 2, 7, 9, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28 30 31, 40, 41, 42 et 43 de 1877; nos 11, 12, 13, 14 et 15 de 1878.

© BIU Santé

intérieur ni d'éléments cellulaires, ni de noyaux, ni même de vestiges de noyaux. Ces faisceaux ne sont donc pas le résultat de la transformation de corps cellulaires, et en un mot ils ne sont point les équivalents morphologiques des cellules.

Le développement du tissu musculaire strié est tout autre. Nous voyons la substance contractile naître au sein du protoplasma, non pas en vertu d'une transformation directe de ce dernier, mais dans un milieu intérieur formé par lui et conséquemment sous son influence. Inversement si les cellules fixes du tissu connectif exercent une action directrice quelconque sur le développement des substances fondamentales qu'elles avoisinent, cette action ne peut être effectuée qu'à distance et d'une manière tout indirecte.

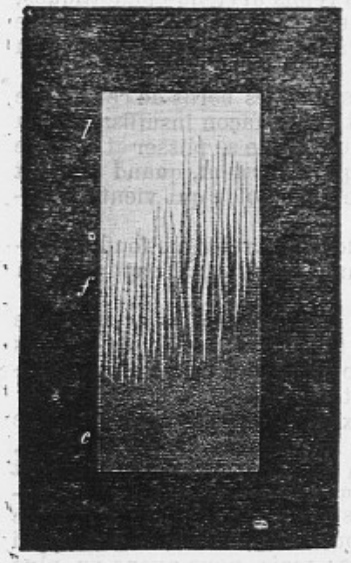


Fig. 31. — Coupe du calcanéum d'un jeune lapin au niveau du point où le tendon s'insère au cartilage. — *t*, Tendon. *c*, Cartilage. *f*, Zone d'union des deux.

II. — Nous allons maintenant passer, Messieurs, à l'étude d'une question très-différente de celle qui précède. Je veux parler du mode intime de nutrition du faisceau musculaire strié et des conditions morphologiques qui permettent à cette nutrition de s'accomplir.

Nous avons vu que, chez les mammifères, la fibre musculaire possède des noyaux, soit refoulés sous le sarcolemme lorsqu'elle a acquis son summum de développement, soit englobés encore dans sa masse contractile lorsqu'elle est moins complétement développée. Ces noyaux ne sont entourés, je l'ai dit, d'aucune masse de protoplasma spéciale à chacun d'eux. Cherchons ce qui, dans le faisceau musculaire strié, représente, à l'état adulte, la substance protoplasmique.

Lorsque l'on irrite une séreuse, son endothélium plat, mince et transparent comme du verre redevient granuleux, se gonfle, et retourne à l'état de masse de protoplasma active, renfermant un corps nucléaire. Si l'irritation cesse, les cellules endothéliales se reproduisent aux dépens des cellules modifiées par l'inflammation. Le protoplasma subit une sorte de dessiccation ; ses granulations disparaissent, il redevient homogène et translucide. Ce processus est entièrement comparable, mais en sens inverse, à ce qui se passe dans le développement des faisceaux primitifs des muscles. Au début, les cylindres primitifs de substance musculaire sont plongés dans une masse de protoplasma granuleux, actif et abondant. A mesure qu'ils se multiplient, ils prennent la place du protoplasma et leurs intervalles s'amoindrissent; bientôt, il n'existe plus entre eux qu'une mince couche protoplasmique qu'ils compriment de plus en plus, sur laquelle ils marquent en creux leurs empreintes, et qui les englobe comme une colle, dans laquelle on les aurait immergés. Prenons le muscle de l'aile de l'hydrophile, nous verrons, à l'état granuleux, la matière protoplasmique interfibrillaire. Supposons cette matière amincie en lames, pressée et desséchée à la façon de celle des cellules endothéliales des séreuses, nous aurons la disposition du protoplasma dans un faisceau musculaire strié. L'on s'explique dorénavant l'absence d'une masse circonscrite de protoplasma autour des noyaux. Ces derniers, comme les cylindres primitifs, sont renfermés dans une masse protoplasmique diffuse, desséchée, qui s'étend partout dans la substance contractile, la cloisonnant de mille manières, allant en tous sens d'un pôle à l'autre de la fibre, et reliant entre elles les parties qui la composent.

Ainsi, le faisceau primitif consiste en un faisceau de cylindres primitifs, eux-mêmes composés de fibrilles. Tous ces cylindres, parallèles entre eux, sont englobés dans une vaste cellule à noyaux multiples, dont le protoplasma, diffusant dans leurs intervalles, les entoure de toutes parts comme d'une atmosphère.

On comprend mieux, sur ces données, les images des coupes transversales des muscles, et l'on explique facilement la signification des *champs de Cohnheim*. Chaque champ polygonal est l'aire de section d'un cylindre primitif (colonnette musculaire de Kölliker). Entre les champs contigus existe une substance claire, beaucoup moins réfringente que la substance musculaire, et qui se comporte, à l'égard de cette dernière, comme le ciment qui unit et sépare les blocs de pierre imparfaitement tangents entre eux d'un pavé. Les lignes de ciment forment elles-mêmes un système, affectant la configuration d'un réseau dont les ramifications s'étendent, dans tous les sens, d'un travers à l'autre de la fibre. La substance contractile est donc tout entière contenue dans cette masse cimentante. Cette dernière n'est autre que le protoplasma, primitivement granuleux maintenant desséché.

Mais ce protoplasma n'a point perdu ses propriétés fondamentales. Il joue un rôle considérable dans la nutrition. Il conduit les liquides et leur permet d'aborder les parties contractiles. On voit en effet s'élargir, en se gonflant, les lignes protoplasmiques qui séparent les champs de Cohnheim, quand on prolonge, sur une coupe transversale de muscle, l'action des liquides analogues à l'eau. Elles offrent aux substances cristalloïdes un chemin colloïde vers les cylindres primitifs et les fibrilles qui les composent, c'est-à-dire vers les éléments actifs. Ces éléments contractiles différenciés sont donc disposés au sein d'une substance qui leur sert de charpente et les soutient mécaniquement, en même temps qu'elle est la voie de leurs échanges nutritifs. C'est elle qui, pendant la contraction, reçoit le liquide dont ils se déchargent, et ce liquide la gonfle et l'élargit pour un moment. Elle est l'intermédiaire obligé de toutes les actions nutritives. Les liquides de la circulation n'abordent jamais l'élément contractile qu'après l'avoir traversée.

Le sang n'agit sur le muscle qu'indirectement, et la substance musculaire en est séparée par une double barrière dont l'on pourrait comparer chacune à la membrane d'un dyaliseur. Le faisceau primitif tout entier, limité par le sarcolemme, est en effet plongé dans le tissu connectif lâche baigné par la lymphe. Cette dernière est interposée entre les capillaires sanguins et la fibre musculaire. Mais les liquides nutritifs, pour arriver jusqu'aux cylindres primitifs, traversent successivement l'enveloppe sarcolemmique et la gangue protoplasmique qui environne chacun d'eux. Après quoi seulement ils les abordent, vraisemblablement modifiés utilement dans leur double passage à travers des milieux colloïdes.

Cette disposition compliquée paraît en rapport avec la grande activité du muscle. Ce dernier est incessamment, en effet, le théâtre d'échanges nutritifs. Au moment où il se contracte, sa substance musculaire abandonne un liquide qui se répand dans l'intervalle de ses cylindres primitifs et gorge le protoplasma ; voilà un premier échange de matières. Il revient au repos, la substance contractile reprend le liquide exprimé : second échange de matières. Ceci suppose une grande activité dans les actions chimiques, et l'on en trouve la preuve dans ce fait que, le sang, qui traversait presque sans changer de couleur le muscle au repos, sort à l'état de sang noir et veineux de la masse musculaire qui vient de se contracter. L'oxygène du sang a presque complétement disparu dans cette opération ; l'hémoglobine est réduite. Aussi les déchets organiques sont-ils nombreux, et, ainsi que l'ont montré les élèves de Ludwig, la contraction musculaire, et même les mouvements passifs des membres (c'est-à-dire des actions très-atténuées), font-ils couler la lymphe à flots dans ses vaisseaux efférents. Ainsi lorsqu'il agit, le muscle subit une série d'actions chimiques qui con-

© BIU Santé

courrent puissamment à sa nutrition. Ces actions sont supprimées par le repos, les liquides nutritifs n'éprouvent presque point de modifications en traversant la masse musculaire inactive, qui subit consécutivement une sorte d'inanition. Aussi s'atrophie-t-elle plus ou moins dans ces conditions. Chacun connaît l'amaigrissement qui survient dans les membres longtemps maintenus dans l'immobilité par suite d'un rhumatisme ou d'une fracture. Ce n'est point la disparition du tissu adipeux qui amène ici la diminution de volume. C'est la substance contractile des muscles qui s'amoindrit.

III. Nous pouvons comprendre maintenant le mécanisme d'un certain nombre d'altérations subies, dans l'état pathologique, par les éléments anatomiques des muscles striés. Je me bornerai à rappeler seulement les principales, celles des faisceaux primitifs, c'est-à-dire les lésions que, dans l'espèce, on pourrait nommer élémentaires. Ces lésions sont de trois ordres : 1° *Lésions de nutrition*; 2° *Lésions formatives*; 3° Lésions que l'on pourrait appeler *nutri-formatives* parce qu'elles participent des deux premières variétés.

La première des lésions de nutrition est l'*atrophie*. Nous venons de rappeler l'une des conditions de sa production. Il en est beaucoup d'autres dans le détail desquelles je ne pourrais entrer qu'en anticipant sur des données générales avec lesquelles vous ne serez familiarisés que plus tard. Je me bornerai donc à signaler ce qui arrive lorsqu'un muscle subit l'atrophie. L'on voit alors diminuer le volume des faisceaux primitifs. Ils conservent leur sarcolemme, leurs noyaux, leur striation régulière; néanmoins leurs dimensions décroissent progressivement. Il est probable qu'alors la substance contractile élaborée primitivement au sein des protoplasma subit une sorte de résorption lente et graduelle, sans que le reste de la matière striée présente de modifications appréciables. La fibre s'amoindrit donc en restant, d'ailleurs, semblable à elle-même. Je dois vous dire aussi un mot de la *transformation* graisseuse. Et, tout d'abord, il faut bien savoir que même un muscle sain peut renfermer de notables proportions de graisse sans être pour cela en dehors des conditions physiologiques. Prenons pendant l'hiver une grenouille quelconque, parfaitement saine en tous points, et traitons l'un quelconque de ses muscles par l'acide osmique à 1 p. 200. L'intervalle des cylindres primitifs paraîtra, dans un grand nombre de faisceaux, rempli de granulations graisseuses colorées en noir par le réactif. Les muscles rouges, chez les divers animaux qui en possèdent, renferment toujours de la graisse disposée de la même façon. Les muscles ordinaires du chien bien portant sont souvent aussi dans ce cas. Quant aux muscles du cœur de l'homme et des animaux, ils sont à peu près constamment chargés de graisse dans certaines de leurs parties, et, depuis les travaux de Stokes, l'on a certainement exagéré l'influence de la dégénération graisseuse du cœur sur les mouvements de cet organe, en même temps que, d'autre part, la fréquence de la lésion.

La dégénérescence pigmentaire doit être soigneusement distinguée de la précédente. Elle existe presque toujours dans les faisceaux musculaires du cœur sain; dans les autres muscles, chez l'homme, on ne la rencontre pas en dehors de l'état pathologique. Elle consiste dans un dépôt de granulations arrondies ou anguleuses, colorées en brun plus ou moins foncé, siégeant sous le sarcolemme ou dans l'épaisseur même de la substance musculaire. Ces granulations pigmentaires proviennent vraisemblablement d'une transformation de l'hémoglobine musculaire, et on les voit se montrer régulièrement lorsque le muscle est frappé de mort dans l'organisme vivant, par exemple dans les infarctus, dans les abcès métastatiques; enfin, dans les muscles des fœtus morts dans la cavité utérine et qui y ont séjourné quelques semaines après qu'ils ont cessé de vivre.

Un troisième ordre de lésions musculaires nutritives est constitué par la transformation vitreuse (cireuse de Zenker) assez fréquente dans les maladies fébriles graves et qu'il faut se garder de confondre avec les lésions consécutives à la rupture des faisceaux primitifs des muscles. Etendons sur une lame de liége percée à son centre la langue d'une grenouille, et maintenons-l'y fixée et tendue très-fortement à l'aide d'épingles. Un certain nombre de faisceaux paraîtront comme vitreux, homogènes, sans apparence de striation transversale. Pour reconnaître cette striation il faut employer un fort grossissement; alors elle se montre simple et formée de stries obscures, étroites, rapprochées jusqu'à se confondre. C'est que la substance musculaire a été brisée par l'extension forcée, et s'est rétractée, revenant sur elle-même pour former une masse d'aspect translucide et homogène. La véritable dégénérescence vitreuse est tout autre; elle semble être le résultat d'un phénomène vital, peut-être des hautes températures qui accompagnent les fièvres ou les inflammations locales et qui peuvent atteindre parfois le degré de coagulation de la myosine. Toujours est-il que la fibre altérée ne contient plus, au lieu et place de la substance contractile, qu'un cylindre transparent que le carmin colore en rose foncé. Cette coloration est la caractéristique de la lésion. Ainsi transformé, le faisceau primitif devient rigide, et comme il est dès lors composé d'une substance fragile, la contraction des fibres voisines, restées saines dans les masses musculaires adjacentes, agit mécaniquement sur la substance musculaire dégénérée et la brise irrégulièrement. C'est pourquoi, dans les dégénérescences anciennes, l'on voit le bloc vitreux contenu dans le sarcolemme intact, fendillé dans tous les sens et séparé en blocs qui parfois ressemblent, dans leur disposition, à l'appareil de maçonnerie d'un mur.

La dégénération vitreuse n'a été jusqu'à présent observée que sur le cadavre. Il est plus que probable qu'elle existe pendant la vie, mais son étude dans ces conditions reste à faire. Je dois recommander aux cliniciens, à ce sujet, l'emploi du harpon de Duchenne (de Boulogne) qui leur permettra d'enlever, sans aucun risque, les fibres altérées sur le vivant.

Je n'entrerai pas, Messieurs, dans le détail des autres altérations musculaires, il me suffira de vous les avoir signalées et de les avoir classées. Leur étude appartient du reste exclusivement à l'anatomie pathologique descriptive. Telle est par exemple l'hypertrophie, qui se juge presque entièrement par des mensurations, et dont le mécanisme est encore mal connu.

Nous avons épuisé l'étude des muscles striés ordinaires, pâles et rouges. Nous en avons étudié la structure, le mode d'action, le développement. Nous allons passer à la description de muscles d'un autre ordre, et nous commencerons, dans la prochaine leçon, l'analyse histologique des éléments contractiles du cœur. (*A suivre*).

Les Religieuses dans les hôpitaux.

Sous ce titre : « *Un scandale* » l'*Impartial de Dieppe* publie l'article suivant, dont nous lui laissons la responsabilité :

« Lundi, un individu, nommé Hubert Sergent, meurt à l'hospice après une longue maladie. Sa femme était venue le voir tous les jours et avait sacrifié toutes ses ressources pour rendre sa position moins pénible. La pauvre veuve s'informe de l'heure de l'enterrement, elle voulait y assister avec sa famille et les quelques amis du défunt. « Ce sera mercredi, lui apprend-on, à sept heures cinquante du matin. »

» Mercredi, elle arrive à sept heures avec quelques personnes qui devaient suivre le convoi. On cherche le cadavre partout, on ne le trouve pas. Vous figurez-vous cette malheureuse femme à la recherche du cadavre de son mari, parcourant, avec le concierge qui ne savait rien, toutes ces longues et tristes chambres. Rien, pas une bière. En désespoir de cause, on s'adresse à la sœur supérieure. Elle répond : « Pour éviter à M. l'abbé » deux courses à Janval, j'ai fait porter au cimetière le corps de votre » mari avec un autre, hier mardi matin. »

» Vous pouvez juger de l'indignation de la femme et de celle de sa famille. On se rend chez M. le maire, il s'informe et il apprend que la « plaque » n'avait pas même été retirée de la mairie. Des règlements de la police avaient été violés.

» M. le maire descendit tout exprès à l'hospice, et exprima vertement son mécontentement. Mais le mal était fait... et irréparable. » — (*Le XIXe Siècle* du 12 avril).

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Etudes expérimentales sur les traumatismes cérébraux : M. H. Duret.

Dans notre précédent article, nous nous sommes exclusivement occupés de ce que M. Duret appelle le *choc céphalo-rachidien*, de son mode de production et des troubles qu'il amène. La dernière partie de ces importantes recherches n'est pas moins intéressante ; elle a trait aux compressions de l'encéphale.

La pression atmosphérique s'exerce dans l'intérieur du crâne par l'intermédiaire des vaisseaux qui y pénètrent ; la tension y varie dans les mouvements respiratoires et cardiaques, mais son intensité réelle n'est pas encore bien déterminée.

Lorsqu'il se fait dans le crâne un épanchement quelconque, la compression ne s'exerce pas seulement sur un point, mais sur toute l'étendue des centres nerveux ; le liquide céphalo-rachidien reflue de la cavité crânienne rétrécie dans le rachis, mais il n'en persiste pas moins une augmentation de tension d'où résulte la compression des vaisseaux et une anémie absolue de tout l'encéphale. Cet effet se produit quel que soit le point de la surface des hémisphères qui soit comprimé, mais l'intensité des troubles cérébraux ou cérébro-bulbaires est en rapport avec le degré de pression exercée sur l'encéphale : on voit se produire successivement la somnolence, le sopor, le coma, la lenteur excessive de la respiration et du pouls. Ces phénomènes s'accompagnent de la saillie des globes oculaires qui augmentent de consistance ; Leyden a, en effet, montré qu'il existe un rapport entre la tension intra-crânienne et la tension intra-oculaire. La compression tend à établir l'équilibre entre la tension céphalo-rachidienne et la tension artérielle ; quand celle-ci est dépassée, la mort arrive rapidement.

Lorsque la compression est produite par une injection de cire entre la dure-mère et l'os (Pagenstecher), les phénomènes sont plus intenses que lorsque l'injection est faite dans la cavité arachnoïdienne, parce que dans ce dernier mode d'expérimentation, la cire s'étend en nappe ; mais en revanche, dans le cas d'injection intra-arachnoïdienne, on observe des phénomènes congestifs secondaires par irritation locale.

De combien la capacité du crâne humain doit-elle être diminuée pour qu'on observe des phénomènes de compression ? On ne peut encore répondre à cette question que par des résultats expérimentaux qui sont insuffisants pour la résoudre. D'après Pagenstecher, une réduction de 40 centimètres cubes ne produirait aucun symptôme ; pour M. Duret, il doit survenir des *phénomènes de choc* si l'introduction est brusque ; il faudrait environ 110 centimètres cubes dans l'arachnoïde, pour amener le coma et la mort en quelques heures.

M. Duret divise les signes de l'excès de pression en deux groupes : 1° signes fournis par les *troubles cérébraux ;* 2° signes fournis par les troubles *bulbo-médullaires*. Les troubles cérébraux varient avec le degré de la compression : dépression de l'activité intellectuelle, épuisement de l'activité musculaire et de la sensibilité, somnolence, coma. Les troubles bulbo-médullaires sont des troubles de la sensibilité réflexe, dont on peut avoir en quelque sorte la mesure dans l'état de la sensibilité de la cornée. Le bulbe n'est affecté que lorsque l'intensité de la pression approche de celle de la tension artérielle ; alors, le pouls se ralentit à mesure que la pression s'élève, il en est de même de la respiration ; mais quand la pression est devenue excessive et dépasse notablement la tension artérielle, le pouls devient petit et incomptable, et bientôt la respiration se suspend ; quant à la température, elle s'abaisse à mesure que la pression s'élève, jusqu'au moment de la réaction inflammatoire.

Lorsque la compression s'exerce sur la convexité des hémisphères, ce sont les phénomènes cérébraux proprement dits que l'on observe. Si, au contraire, on provoque un excès de pression dans les cavités ventriculaires à l'aide d'une injection, on produit un reflux du liquide céphalo-rachidien vers le bulbe, et on provoque les symptômes attribués à la commotion : tétanisme, etc.

M. Duret étudie ensuite l'effet des compressions extemporanées sur les hémisphères, le crâne étant ouvert. Il résulte de ses expériences que, dans ces conditions, on observe des *effets locaux* par action directe au point d'application de la compression, et des *effets généraux* résultant de la pression transmise à distance par le liquide céphalo-rachidien. Les pressions légères sur les régions antérieures des hémisphères accélèrent la respiration et le pouls ; les pressions fortes ralentissent la respiration, mais ce n'est que plus tard que le pouls est modifié. Les compressions antérieures peuvent produire la paralysie du côté opposé ; les postérieures, l'hémianesthésie ou même l'anesthésie complète. Dans les pressions obliques, quand la poussée est transmise plus directement vers le corps restiforme du côté opposé, on peut observer une hémicontracture.

Les compressions provoquées par des injections de sang dans la cavité crânienne, constituent un procédé expérimental défectueux, parce que le sang forme bientôt un caillot qui se rétracte à mesure que les parties liquides sont résorbées ; l'examen anatomique ne peut renseigner sur la quantité de sang épanché ; leur étude présente cependant un grand intérêt. Les injections de sang pratiquées entre la dure-mère et l'os indiquent que les hémorrhagies qui se font en ce point peuvent provoquer des phénomènes en rapport avec l'augmentation de tension générale intra-crânienne, avec l'anémie de l'écorce cérébrale directement comprimée, avec l'irritation des nerfs de la dure-mère (contractures réflexes.) Les injections ou les épanchements intra-arachnoïdiens produisent des symptômes différents suivant que la collection siége sur la convexité ou sur la base : 1° Sur la convexité, les injections abondantes amènent la mort par phénomènes de pression brusque exagérée ; plus ordinairement, les hémorrhagies intra-arachnoïdiennes produisent une anémie locale de la substance grise s'accompagnant de phénomènes purement cérébraux ; 2° Dans la région de la base, le sang excite mécaniquement les nerfs et les corps restiformes, d'où résultent la tétanisation et les secousses musculaires. Les hémorrhagies veineuses de la cavité arachnoïdienne ne donnent guère lieu à des phénomènes de compression, parce que le sang veineux n'a pas une tension suffisante. Quant aux hémorrhagies dans les mailles de la pie-mère et dans les lacs arachnoïdiens, elles agissent par irritation mécanique sur les conducteurs de la base. La contracture en rapport avec les hémorrhagies intra-ventriculaires (Charcot, Vulpian), peut aussi être reproduite expérimentalement.

© BIU Santé

Les *effets locaux* produits par les lésions des parties en contact immédiat avec l'agent compresseur, varient suivant les points. Sur la région motrice, une compression légère amène une exaltation de la fonction; une compression forte produit, au contraire, des phénomènes paralytiques. Sur la région occipitale, une compression modérée ne produit aucun trouble moteur, mais il peut survenir une encéphalite consécutive. Quel que soit le siége de la compression, si elle est assez considérable pour agir à distance sur le bulbe, ce seront les phénomènes bulbaires qui domineront et la mort pourra arriver en peu de temps par arrêt du cœur et de la respiration.

M. Duret étudie ensuite les effets du traumatisme sur la dure-mère. Cette membrane contient des nerfs sensibles dont l'excitation provoque : 1° de la douleur, des hyperesthésies, des névralgies, des phénomènes réflecto-moteurs : 2° des spasmes réflexes ou des contractures des muscles de vie de relation ou de la vie végétative. Ces spasmes ou contractures siégent tantôt du même côté que la lésion, tantôt du côté opposé ; ils ont une grande tendance à diffluer et à envahir les groupes musculaires voisins sans localisation déterminée. La plupart des contractures, qui sont contemporaines des lésions de l'écorce, à la convexité, seraient le résultat de l'irritation des nerfs si sensibles de la dure-mère. Les spasmes ou les paralysies congestives des vaisseaux peuvent aussi se montrer d'un côté ou de l'autre.

Le grand intérêt que présentent les recherches expérimentales de M. Duret nous fait désirer vivement la prompte publication des études cliniques qui doivent en être le couronnement (1). Ch. FÉRÉ.

Les Indigents de Paris.

On sait qu'il est procédé, tous les trois ans, par les soins de l'administration de l'Assistance publique, à un recensement général des indigents inscrits aux contrôle des bureaux de bienfaisance. Ce recensement a pour but de constater officiellement les modifications qui se produisent dans l'ensemble de la population indigente de Paris, et de rectifier les bases de la répartition des secours alloués aux vingt bureaux de bienfaisance. Commencée l'année dernière (1877), au mois de mai, et terminée à la fin de l'année, cette opération a donné des résultats que vient de publier la direction générale de l'Assistance publique. Nous allons nous efforcer de les résumer, bien qu'ils s'expriment surtout par des chiffres, et que, par conséquent, il nous soit interdit d'entrer dans les détails. Les tableaux publiés par l'administration établissent, par arrondissement, le décompte de chaque catégorie d'indigents, mais nous sommes obligés de nous borner à les étudier dans leur ensemble pour toute la capitale.

Le nombre total des indigents secourus à domicile est, d'après le recensement de 1877, de 113,317 individus, parmi lesquels 23,026 hommes, 38,477 femmes, 25,607 garçons au-dessous de 14 ans, et 26,207 filles du même âge. Ces indigents comptent parmi eux 43,662 chefs de ménage, suivant l'expression administrative, qu'il ne faudrait pas prendre au pied de la lettre, les célibataires (6,241), étant compris dans cette dénomination, ainsi que les femmes abandonnées (2,156), les veufs ou veuves (15,366), et les filles-mères (693). Amphibologique au sens grammatical, cette appellation est aussi incorrecte au point de vue de l'assistance, quand elle s'applique aux trois catégories précédentes, établies d'après l'état civil des indigents qui les composent. A la faute de langage correspond l'obscurité de la statistique : on ne peut démêler, parmi ces veufs ou veuves et ces femmes abandonnées, combien ont des enfants à leur charge et combien sont isolés, rentrant ainsi dans la condition des célibataires, distinction bien plus importante, au point de vue de l'assistance que la différence d'état civil. Nous engageons donc l'administration à modifier, sous ce rapport, la base de ses catégories, ou, au moins, à appliquer concurremment les deux modes de classification. Le nombre des vrais chefs de ménage, c'est-à-dire des indigents mariés, est de 17,841; le nombre de ceux d'entre eux qui ont des enfants, n'est pas non plus indiqué dans les tableaux de l'administration.

Sur ces 43,662 chefs de ménage, 9,387 sont nés à Paris, 874 dans le département de la Seine, 31,076 dans les autres départements, et 2,295 à l'étranger. Ici encore nous signalerons une lacune : un tableau donnant l'origine par département, serait d'un plus grand intérêt que ce chiffre brut de 31,076 indigents venus de la province ; la même observation vaut pour les étrangers.

Des tableaux indiquent le nombre des indigents, d'après leur âge (il n'y a qu'un seul centenaire, dans le XIVe arrondissement), d'après le taux de leur loyer et d'après le nombre de pièces composant leur logement. Des deux premiers, nous n'avons rien à dire ; mais, nous avouons ne pas comprendre l'utilité du dernier, tel qu'il est conçu : 26,342 ménages indigents n'ont qu'une pièce, 13,197 en ont deux, 2,761 en ont trois, 412 en ont quatre. Ces renseignements n'auraient de valeur que s'ils étaient complétés par l'indication du nombre des membres du ménage : tel ménage, composé d'un célibataire, sera très-bien dans un logement de quatre pièces ; tel autre, composé des parents et de trois enfants, sera très-mal dans une seule pièce. Il y a bien des tableaux classant les pièces occupées par les indigents d'après le nombre de lits par pièce, et les ménages d'après le nombre des enfants, mais rien n'indique de quelle façon ces chiffres se combinent avec les précédents. Par exemple, dans le Ier arrondissement, il y a 635 indigents dont le logement est d'une seule pièce, et il est impossible de savoir combien de ces pièces sont à un ou à quatre lits ; impossible de savoir si cette pièce unique, n'ayant qu'un seul lit, est occupée par un célibataire ou par une famille composée du père, de la mère et de cinq enfants. Quelle valeur peuvent avoir des renseignements aussi vagues, malgré leur apparence de précision? Ce n'est plus là de la statistique, c'est de la chiffromanie. Nous avons constaté naguère, avec M. Lamouroux, que la statistique municipale était conçue en dehors de toute théorie scientifique; il nous faut dire aujourd'hui que la statistique de l'Assistance publique se fait en dehors de tout principe intelligible. C'est ainsi encore que nous cherchons vainement l'utilité des tableaux classant les logements d'après le mode de chauffage (poêle ou cheminée), et d'après le mode d'aération et d'éclairage naturel (fenêtre, tabatière, s'ouvrant au dehors ou sur palier). Sont-ce

(1) Voir aussi, pour compléter les deux articles de M. Féré, le n° 11 du *Progrès médical*, qui renferme l'article de notre ami, M. Budin, sur les recherches de M. Duret, envisagées au point de vue de l'obstétrique.

© BIU Santé

donc là les seuls éléments d'hygiène pour un logement ? Le cubage de la pièce, proportionnel au nombre des habitants, le voisinage, l'état des murs, etc., sont-ils insignifiants ? Mais quand autant de tableaux correspondraient à toutes ces conditions de salubrité, en quoi serviraient-ils à donner une idée exacte des logements habités par les indigents ? En prenant les chiffres de ces tableaux, rien ne serait plus facile que de constituer à volonté ou bien deux séries, l'une de logements assez confortables, l'autre de taudis misérables, ou bien une seule série de logis diversement, mais également défectueux. Et, dans un cas comme dans l'autre, on aurait la certitude d'être en dehors de la vérité. L'administration a tort de s'imaginer qu'il suffit d'aligner des chiffres pour faire de la statistique ; si elle nous en croit, elle renoncera à ces tableaux, d'où ne peut sortir aucun enseignement, et emploiera ses visiteurs et ses calculateurs à des œuvres plus sérieuses.

Le long tableau comprenant les indications relatives aux professions exercées par les indigents, est divisé en catégories purement artificielles, comme il est inévitable qu'elles le soient. Cette division préliminaire n'a du reste pas grande importance; son principal défaut, que n'aurait pas le classement des professions par ordre alphabétique, serait de rendre les recherches plus lentes, si l'on était tenté d'en faire. Mais il est facile d'arriver *à priori* aux conclusions que tire l'administration de cette accumulation de chiffres, à savoir que, pour les hommes comme pour les femmes, la profession qui fournit le plus d'indigents, est celle des gens qui n'ont pas de métier, c'est-à-dire des hommes de peine et des femmes de journée ou de ménage, et que, pour les femmes pourvues d'une profession, c'est parmi celles qui travaillent au linge et aux vêtements qu'il y a le plus de pauvreté.

Le principal intérêt de la publication qui nous occupe, réside dans le tableau comparatif des derniers recensements. En 1863, il y a une augmentation de 11,283 indigents, sur le recensement de 1861 ; en 1866, nouvelle augmentation de 3,549 ; en 1869, encore augmentation de 6,238. En 1872, il y a une diminution considérable, 9,638 indigents ont disparu: c'est le fait du siége et de la guerre civile. Ce vide est plus que comblé en 1874, le recensement de cette année accuse une augmentation de 12,014 indigents. Enfin, en 1877, on constate une légère diminution, à la fois absolue et relative, il y a 416 indigents de moins qu'en 1874, et la proportion s'abaisse de 1 indigent sur 15,09 habitants à 1 indigent sur 17,55 habitants. Tout faible qu'il est, ce progrès serait d'un excellent augure, étant données surtout les conditions défavorables à l'industrie et au commerce où se trouve l'Europe depuis plusieurs années, si la réalité n'en était suspecte. En effet, la population indigente inscrite sur les contrôles des bureaux de bienfaisance, le 30 avril 1877, dépassait de 16,437 le chiffre de la population indigente constatée par le recensement. On comprend bien qu'une vérification sévère élimine bon nombre de faux pauvres et réduise le nombre des indigents ; par suite, on ne s'étonnerait pas de cet écart et on accepterait de préférence les chiffres du recensement si, par malheur, ils ne contenaient l'énigme que voici : Dans le XXe arrondissement, le contrôle du bureau de bienfaisance compte 4,018 ménages, composés de 10,838 individus ; le recensement donne, 3,581 ménages, composés de 10,508 iddividus ; soit une différence de 437 ménages et de 330 individus. Et on ne devine pas par quel miracle les recenseurs ont pu retrancher plus de ménages que d'individus ; chaque ménage devant, il semble, se composer d'au moins *un* individu, à Belleville comme ailleurs. Jusqu'à solution satisfaisante de ce problème, on sera réduit à douter de l'exactitude du recensement, quelque désir qu'on ait d'y croire. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 avril. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. HAYEM fait une communication sur les caractères microscopiques du sang chez les chats nouveau-nés. Il a voulu contrôler l'assertion de Kölliker qui, partisan de la transformation des globules blancs en globules rouges, a décrit chez les animaux supérieurs à la période de lactation, des globules intermédiaires entre les leucocytes et les hématies. C'est une erreur. Lorsqu'on examine, sans réactif, le sang frais, les globules rouges se présentent sous l'aspect d'éléments irréguliers, épineux, empilés. Entre ces piles se trouvent un certain nombre de globules rouges et blancs isolés, puis des amas constitués par des hématoblastes différant des éléments de même nature chez l'homme. Ce sont des corps oviformes, contenant une ou deux granulations graisseuses, d'origine probablement vitelline. Or, le sérum iodé, les globules épineux prennent un aspect granuleux dans l'acide osmique, ils semblent homogènes. Le diamètre de ces divers éléments varie pour les globules rouges entre 7 μ et 4 μ,8 ou 3 μ (globules nains), pour les globules blancs, entre 7 μ,5 et 5 μ,7 ; enfin, le grand diamètre des hématoblastes est de 2 μ,3 à 4 μ, 8. Le plus grand d'entre eux est donc plus petit que le plus petit des globules blancs. Les globules blancs ne sauraient donc être l'origine des hématoblastes.

M. Hayem montre ensuite à la Société des préparations sèches de sang de chat nouveau-né et de la grenouille : leur rapprochement démontre l'analogie qui existe entre les éléments figurés des ovipares et des animaux supérieurs.

M. LABORDE dépose, sur le bureau, un exemplaire de deux mémoires. Le premier, relatif aux préparations cuivriques, peut se résumer ainsi : 1° possibilité de l'absorption de cuivre ; 2° variabilité des phénomènes toxiques suivant les conditions d'absorption : 3° toxicité réelle, mais infiniment moindre que certains auteurs l'ont prétendu.

Le second travail concerne la septicémie expérimentale et les substances dites antiseptiques. Sur ce dernier point, M. Laborde n'a obtenu que des résultats négatifs.

MM. BOCHEFONTAINE et REGNAULT ont découvert, dans l'upas-antiar, à côté de l'extractif des racines bien connu, une autre substance active contenue dans les feuilles. Celle-ci arrête le cœur en diastole et non en systole : elle semble paralyser exclusivement les oreillettes.

M. LEVEN précise les indications de la pompe stomacale dans la dilatation de l'estomac. On ne saurait admettre avec Küssmaul qu'il faille vider l'estomac comme la vessie ; car la pompe irrite l'estomac, ce que ne fait pas la sonde pour le réservoir urinaire. Cette irritation peut s'accompagner d'une sécrétion très-abondante qui épuise le malade. D'une manière générale, on ne doit employer la pompe que lorsque les vomissements sont difficiles et donnent ainsi lieu à une dilatation passive de l'estomac. M. Leven étudie ensuite la dilatation simple de l'estomac, affection jusqu'ici niée et méconnue. Le premier symptôme est, après une période plus ou moins longue de dyspepsie chronique, la présence d'une quantité notable d'eau dans l'estomac. Au début, c'est seulement le soir qu'on observe ce phénomène ; plus tard, c'est vers cinq heures ; plus tard, c'est dès le matin. Il faut donc, au début, la congestion produite par les trois repas quotidiens, plus tard celle de deux ou même d'un seul repas, pour donner lieu à cette excrétion exagérée. En même temps, on

© BIU Santé

peut constater l'ampliation du volume de l'estomac : enfin, apparaissent les vomissements.

Si on songe que la dilatation apparaît surtout chez les femmes, liée à l'évolution sexuelle, on est fondé à croire que bien des faits de gastrorrhée, de vomissements dits nerveux, n'ont pas d'autre origine. — La dilatation reconnaît pour cause la paralysie des fibres musculaires.

La Société ne se réunira pas samedi prochain. L.-D. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 avril 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. RICHE fait la lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Boudet.

M. HARDY prend la parole, à propos du procès-verbal, pour discuter un point spécial du rapport de M. Gubler sur les communications de M. Foa, de Padoue. L'influence morbigène du maïs lui paraît exagérée ; la pellagre, en effet, ne doit pas être considérée comme une maladie spécifique due à une cause unique, à l'alimentation par le maïs altéré et contenant un cryptogame. Loin de nier l'influence malfaisante du maïs moisi, M. Hardy l'admet sans hésitation comme cause productrice de la pellagre ; mais il n'accepte pas comme un fait établi que cette cause soit unique. Le nombre des gens, atteints de pellagre et n'ayant jamais mangé de maïs, est maintenant trop considérable pour qu'on ne reconnaisse pas aujourd'hui que la pellagre peut se développer sous l'influence de plusieurs causes parmi lesquelles il faut placer l'alimentation insuffisante, la misère, les chagrins et l'alcoolisme. Cette pellagre que M. Gubler désigne sous le nom de pseudo-pellagre, ne saurait être admise par M. Hardy. — La pseudo-pellagre n'existe pas ; et, parmi les malades qui n'ont pas mangé de maïs, on rencontre des individus chez lesquels l'affection se manifeste par la triade caractéristique du côté de la peau, des organes digestifs et du système nerveux, et se termine par une aliénation mentale incurable ou même par la mort, ainsi que cela arrive pour les pellagreux des Landes, de la Haute-Italie ou de l'Espagne. En définitive, il n'y a aucune différence entre les pellagres dites fausses et les pellagres dites vraies.

Election de la Commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres. Sont élus au premier tour de scrutin, MM. Pasteur-Chereau, Lassègue, Noël Gueneau de Mussy, Gosselin, Legouest et Regnauld.

Suite de la discussion sur la désarticulation de la hanche.

M. J. GUÉRIN, après avoir rappelé les idées et les opinions des orateurs qui l'ont précédé à la tribune pour aborder le problème de la désarticulation de la hanche et du pansement des plaies, ajoute : « Si d'un seul coup d'œil jeté sur l'ensemble de la discussion, on cherche à se rendre compte de son produit net et de la part que chacun y a apportée, nous dirons, comme en commençant, que toutes réserves faites à l'endroit des lumières répandues sur les différentes particularités de la question, il n'y a eu aucune concordance générale ; qu'aussi bien au point de vue théorique qu'au point de vue pratique, personne n'a résolu, ni même signalé le véritable problème à résoudre. Ainsi, *au point de vue théorique*, personne ne s'est demandé pourquoi les plaies réunies par première intention n'ont obtenu jusqu'ici qu'éventuellement et à l'aide de moyens très-différents, le bénéfice de l'organisation immédiate, tandis que les plaies sous-cutanées, auxquelles on les a légitimement comparées, jouissent toujours de ce bénéfice. *Au point de vue pratique*, personne n'a formulé l'indication capitale à remplir et les moyens précis à employer pour que les deux ordres de plaies ramenés au même principe physiologique, soient assurés du même résultat. — La solution de ce double problème a été donnée très-explicitement, non-seulement dans les discussions qui ont précédé le débat actuel, mais dans les mémoires qui ont motivé ces discussions. Rappelant ses communications antérieures sur cette question importante de la chirurgie, M. J. Guérin est d'avis que la condition essentielle de la cicatrisation est la soustraction des surfaces au contact de l'air. En 1866, M. J. Guérin, dans son mémoire sur l'occlusion pneumatique, avait déjà fait connaître un système d'appareils propres à réaliser l'occlusion complète. Dans ces appareils qu'il soumet de nouveau à l'appréciation de l'académie, l'occlusion combinée avec l'aspiration continue, réalisait en outre la compression constante, uniforme et au degré voulu, des surfaces enveloppées et l'aspiration continue des liquides ou des gaz excrétés par la plaie, de façon à prévenir leur stagnation, leur putréfaction et leur absorption. — Empêcher la suppuration, assurer la réunion et prévenir la putréfaction des liquides, voilà autant de propositions ou d'indications qu'on ne saurait oublier.

Les moyens qui, jusqu'ici, ont paru convenir au succès de la réunion immédiate doivent, d'après M. J. Guérin, être rapportés à la confection des lambeaux, à la coaptation et à la greffe des surfaces, à la pression propre à la favoriser, à la mise et au maintien incessant de la plaie à l'abri du contact de l'air, à la soustraction incessante des gaz et des liquides excrétés par la plaie. Après avoir développé chacun de ces points, M. J. Guérin, présente ses appareils spéciaux et expose les résultats de différents ordres qu'il a obtenus à l'aide de l'occlusion pneumatique. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 11 janvier 1878. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Fracture du crâne avec enfoncement. — Monoplégie brachiale. — Abcès du cerveau. — Méningite. — Mort ; par BIDE, interne des hôpitaux.

Guillaume Prosper, âgé de 48 ans, entré le 18 octobre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 24, meurt le 4 janvier 1878.

Ce malade fut observé par M. Redard, interne de M. Tillaux, jusqu'au 31 décembre 1877. Voici les renseignements qu'il fournit : Le 16 octobre au soir, Guillaume, pris de vin, se querella avec un de ses camarades qui le renversa en le frappant à la tête avec un instrument, un chandelier peut-être. Il perdit connaissance et eut une hémorrhagie assez sérieuse. Le lendemain matin, il est relevé et porté dans sa chambre. Les renseignements manquent sur l'état qu'il présentait à ce moment. Deux jours après, il entre à l'hôpital Lariboisière où nous le trouvons dans l'état suivant :

Plusieurs plaies existent sur le cuir chevelu ; la principale siége à gauche, à 3 centimètres 1/2 en arrière de la ligne biauriculaire, à 10 centimètre au-dessus du pavillon de l'oreille, à 4 centimètres de la ligne médiane. La plaie est légèrement oblique de dedans en dehors. Elle mesure 4 centimètres.

Avec un stylet, on arrive directement sur l'os qui paraît enfoncé et fracturé. Le malade a de l'hébétude et répond très-mal aux questions qu'on lui pose. Il a du délire.

Il n'y a pas d'écoulement de sang par l'oreille, pas d'ecchymose conjonctivale. Il existe un peu de paralysie faciale du côté gauche.

Le malade *ne peut remuer le membre supérieur droit* ; il ne peut presser la main ; la paralysie semble surtout marquée du côté des extenseurs. Le membre inférieur droit ne présente aucune parésie.

Pas de trouble de la sensibilité. *Matin.* T.A. 39°.—*Soir.* T.A. 39°,2. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. La nuit se passe dans une agitation extrême et l'on est contraint d'attacher le malade.

Le 22, soir. *Crise épileptiforme* à trois reprises différentes. T. 39°,2. La paralysie continue. Délire intense. Le 24, amélioration. Le délire se calme. La paralysie faciale et la paralysie du membre supérieur persistent.

5 *novembre.* Erysipèle de la face qui se termine sans accident.

23 *novembre.* Le malade éprouve tout à coup une paralysie complète du membre supérieur. Il ne peut imprimer aucun mouvement à son membre. Au bout de deux heures environ, tout avait disparu.

Le 1er décembre, l'état du malade est bien meilleur. La plaie du cuir chevelu est presque guérie ; il n'existe plus trace de paralysie. Le malade demande même à sortir, ce qui lui est

© BIU Santé

énergiquement refusé. Comme symptômes inquiétants, il existait de la céphalalgie et des douleurs nocturnes très-vives.

Le 29 décembre, M. Gillette, qui suppléait M. Tillaux, enlève des esquilles et laisse (suivant sa propre expression) tomber son stylet dans la plaie. Le stylet s'enfonce de 10 centimètres à peu près. Le lendemain, le malade ressentait, au dire des infirmiers et des religieuses, des attaques de paralysie analogues à celles qu'il avait eues au début de son accident.

Nous le voyons le 1er janvier, jour où M. L. Labbé prend le service. Le malade présente alors un peu d'hébétude, se plaint de faiblesse dans le bras droit et la jambe du même côté. Mais cette faiblesse est plus accusée dans le membre supérieur que dans l'inférieur. Quand on lui parle, il répond bien mais cherche la fin de ses phrases et certains noms d'objets comme un aphasique. Il ne mange plus.

Délire dans la nuit du 2 au 3 janvier. Il peut à peine parler le lendemain matin et présente une hébétude des plus marquées. Pas d'attaques éclamptiques dans les membres supérieurs droits.

Le 4 janvier, cet état continue, et vers 3 h. 1/2 du soir, nouvelle attaque éclamptique dans le bras droit à laquelle succède une paralysie presque complète. Le malade tombe dans le coma et meurt à 5 heures du soir environ.

Autopsie. — *Convexité de la voûte du crâne.* — A 8 centimètres de l'angle formé par la scissure sagittale et la suture fronto-pariétale, angle A sur la figure, à 5 centimètres en dehors de la suture sagittale et 6 centimètres de la suture fronto-pariétale, il existe sur le pariétal gauche une perte de substance ovalaire mesurant 2c,5mm suivant son grand diamètre, dirigé obliquement en arrière et en dehors, et 1c,4mm sur son petit diamètre. Cette plaie est actuellement rétrécie par une production cicatricielle de 2 à 3mm de largeur. Il n'existe pas d'enfoncement de la table externe.

Concavité de la même voûte. Tout autour de la perte de substance, il existe un enfoncement de la table interne de l'os Cette table est divisée en 4 ou 5 fragments d'inégale dimension à bord central tranchant et dirigé du côté de l'encéphale.

La saillie, formée à l'intérieur de la boîte crânienne par cet enfoncement, peut-être évaluée à 8 ou 9mm. La calotte crânienne enlevée, on trouve sur la dure-mère un petit champignon noirâtre, formé par un bourgeon cicatriciel, unissant cette enveloppe avec la pie-mère et la surface de l'hémisphère gauche.

La dure-mère adhère aux circonvolutions dans une étendue beaucoup plus grande que celle de la plaie. Avant de fendre l'hémisphère à ce niveau, on retire le cerveau de la boîte crânienne et l'on constate qu'il existe toutes les lésions de la méningite de la base du cerveau. Pus dans le grand confluent central sous la pie-mère qui recouvre la protubérance et les pédoncules cérébraux, ainsi que la base du cervelet. La pie-mère de la convexité est adhérente, la substance cérébrale peu résistante, peu de signes de méningite. L'hémisphère gauche est sectionné, le couteau pénètre verticalement en passant par le centre de la plaie. Au-dessous de la substance grise des circonvolutions, la substance blanche apparaît avec un aspect verdâtre et l'on tombe sur un abcès du volume d'une amande, rempli de pus jaunâtre bien lié et enkysté dans une coque de substance cérébrale noirâtre. Cet abcès est distant de la surface des circonvolutions de 1 1/2cm à peu près. Il communique avec le ventricule moyen de ce côté.

Le centre de la lésion de la convexité est situé entre le fer à cheval du pli courbe et la partie moyenne de la pariétale ascendante, c'est-à-dire qu'elle occupe le lobe pariétal supérieur dans sa partie la plus déclive. Elle empiète sur le pli courbe, sur son lobule, mais n'intéresse pas la pariétale ascendante. Cette lésion siége à 5 centimètres de la scissure inter-hémisphérique ; elle occupe 4 centimètres d'étendue environ dans le sens transversal et dans le sens antéro-postérieur. Si l'on pratique une série de coupes verticales d'arrière en avant, on voit que la substance blanche est ramollie dans une très-grande étendue et que la circonvolution pariétale ascendante qui de prime-abord paraît intacte, est réellement atteinte ; ce *qui confirme la loi des localisations.*

Il nous semble que, dans ce cas, la monoplégie brachiale du début était une indication de trépan immédiat, si l'on suit l'exemple de M. Lucas-Championnière. Restait, dans ce cas, à diagnostiquer l'enfoncement de la table interne et à le détruire, car, restant en place, il aurait fatalement entraîné les accidents observés. L'individu n'ayant été vu que le deuxième jour après l'accident, on ne peut savoir si la monoplégie brachiale existait à cette époque et, par conséquent, savoir si elle doit être mise sur le compte de la lésion primitive ou de son retentissement plus tardif sur la pariétale ascendante.

M. Houel. La question de la trépanation dans les fractures du crâne, est à l'ordre du jour ; je crois qu'avant de trancher, l'opportunité de ce procédé chirurgical, il est bon de se rappeler le mécanisme des fractures du crâne. Dans ces fractures les deux tables de l'os se comportent d'une façon entièrement distincte: la table externe, très-résistante, se fêle, mais ne se détache pas, la table interne, au contraire, se sépare de la précédente et s'enfonce vers le cerveau ; on n'a ainsi qu'une fracture incomplète.

En pratiquant la trépanation simplement, on n'obtiendrait aucun succès, car on laisserait subsister l'écartement des os, je crois donc que pour avoir quelque chance de réussite, il faudrait, avec un élévateur appliqué sur les fragments, transformer la fracture incomplète en une fracture complète. C'est ainsi que se produisent les fractures du crâne, on en trouvera de nombreux et beaux échantillons dans les collections du musée Dupuytren ; tel est, par exemple, un cas de fracture pour lequel Desault pratiqua la trépanation; le malade mourut, il y avait enfoncement du crâne et compression sur le cerveau, pour moi cet insuccès est dû en partie à ce que ce chirurgien avait omis de transformer la fracture incomplète en une fracture complète. Tel est aussi le cas d'un homme qui, combattant sur une barricade, reçut une balle à la partie postérieure du crâne. Denonvilliers pratiqua la trépanation avec même insuccès, il y avait une fracture de la table interne sans lésion de la table externe, et la mort est survenue pour les mêmes raisons que dans le cas de Desault.

M. Charcot. Le fait qui nous est présenté confirme pleinement la théorie actuelle des localisations cérébrales, car ce n'est pas la compression exercée sur le cerveau par les esquilles, mais un travail pathologique ultérieur, un abcès du centre ovale s'étendant jusque dans la région motrice, qui a produit les troubles morbides qu'on nous a signalés : monoplégie brachiale, convulsions épileptiformes, etc.

M. Desprès. Ce fait démontre, pour moi, l'inutilité absolue de la trépanation, et je suis persuadé que, si elle eût été pratiquée, on n'eût obtenu aucun résultat. D'ailleurs, que s'est-il produit ici : en premier lieu, une fracture avec esquilles, en second lieu une compression avec contusion sur le cerveau, impossibles à diagnostiquer ; or, l'expérience nous a montré, qu'en pareil cas, la maladie peut se terminer de deux façons bien distinctes : ou bien, ainsi que j'en ai rapporté une observation à la Société de chirurgie, il se produit des phénomènes de paralysie, de la suppuration, etc., le tout suivi de guérison, ou bien, au contraire, il se forme un abcès dans la masse du cerveau, et alors, quel que soit le traitement employé, vous n'obtiendrez aucun résultat, et pas plus par la trépanation que par d'autres procédés thérapeutiques, car le trépan ne saurait guérir ni la contusion ni l'abcès du cerveau. Il n'est pas très-rare, d'ailleurs, de voir se terminer, par la guérison, des faits analogues à celui qu'on vient de nous présenter ; on en trouverait certainement des exemples dans le bulletin de la Société. Je me rappelle, entre autres, un cas présenté, je crois, par M. Budin, dans lequel un malade a gardé pendant 44 ans des esquilles profondément enfoncées dans la région frontale, sans qu'il se soit produit le moindre accident. Il est donc bien certain que souvent le cerveau s'accommode aisément d'une compression même intense. Il n'en est pas de même de la contusion, et toutes les fois qu'elle existera, la trépanation ne vous donnera que des insuccès.

M. Berger. Le fait qu'on nous présente, et d'autres analogues relatés dans la thèse de Colonna Ceccaldi, confirment entièrement la théorie des localisations cérébrales et sont en même temps opposées à toute intervention par le trépan. Je

© BIU Santé

rappellerai le cas de cet homme qui reçut un coup de feu dans l'orbite et chez lequel la balle, après avoir traversé la circonvolution pariétale ascendante à sa partie inférieure, était allée se loger au niveau de la suture lambdoïde. Dans ce cas, la trépanation, appliquée au niveau de la lésion osseuse, n'aurait produit, évidemment, aucun résultat.

M. Landouzy. Je crois qu'on ne saurait établir aucun rapprochement entre les traumatismes du crâne par armes à feu, où la balle peut, en effet, aller occuper les régions les plus diverses de l'encéphale, et contre lesquels la trépanation n'aurait aucun recours et les lésions bien localisées d'une fracture comme celle qui nous est présentée. Dans ce dernier cas, je pense qu'on ne doit pas attendre que les premiers accidents se manifestent pour intervenir, et il est permis d'espérer que la trépanation appliquée le jour même de l'accident aurait pu être utile.

M. Després ne saurait accepter cette proposition; pour lui la monoplégie observée chez le malade deux jours après l'accident, a été causée par la contusion cérébrale, et si on avait appliqué le trépan, le malade serait mort.

M. Berger n'a pas voulu assimiler les fractures du crâne aux traumatismes de cette région par armes à feu, mais il pense qu'au début de toutes ces lésions, l'indication du trépan ne doit pas s'appuyer seulement sur des considérations tirées de la théorie des points moteurs du cerveau.

2. Anomalie de l'artère poplitée; par Ch. Féré, interne des hôpitaux.

Sur un enfant nouveau-né, l'artère poplitée droite passe *en arrière* de la veine à laquelle elle est accolée. L'artère présente, du reste, dans tout le creux poplité, sa direction ordinaire, la fémorale a conservé ses rapports; c'est au niveau du canal de Hunter que se produit la déviation qui ne se retrouve pas sur le membre inférieur gauche.

3. Sarcome de la dure-mère; par Poulin, interne des hôpitaux.

La tumeur que nous présentons, provient d'un homme âgé de 41 ans, vitrier; elle a environ le volume du poing... Cette tumeur, située à la partie postérieure de l'hémisphère cérébral du côté droit, est dure, présentant un aspect nettement lobulé, surtout dans sa partie antérieure. En dehors, elle s'étend supérieurement jusqu'à la circonvolution pariétale ascendante en dedans, jusqu'au lobule paracentral qui est refoulé; elle empiète également sur la scissure calloso-marginale, et fait une forte saillie dans la scissure interhémisphérique. — Cette tumeur est d'ailleurs indépendante de l'encéphale; les circonvolutions sont seulement fortement comprimées. Du côté de l'hémisphère gauche on trouvait une dépression bien nette répondant à la convexité de la tumeur, inférieurement la compression a pu se transmettre jusqu'au cervelet et au bulbe rachidien. — La dure-mère adhère intimement et postérieurement; il paraît bien y avoir une continuité directe entre cette membrane et le produit morbide.

A la coupe, nous trouvons un tissu dur, d'aspect charnu, offrant une coloration rouge, sur laquelle tachent des îlots jaunâtres. La vascularité de la tumeur est considérable, et, même à l'œil nu, on voit de nombreux orifices vasculaires béants.

L'examen histologique nous a montré que cette tumeur était un sarcome, car le tissu fibreux est complétement organisé, en certains endroits de la préparation, on voit, au contraire, des cellules embryonnaires nombreuses; l'élément vasculaire est très-abondant.

Les autres parties de l'encéphale étaient saines, et nous ne trouvons à noter que le refoulement et la compression produite par cette masse volumineuse. Les méninges étaient fortement injectées.

Notons encore qu'au niveau de la partie postéro-supérieure de la tumeur, dans le point où la dure-mère est intimement adhérente, les os du crâne offraient une dépression correspondante. — Les autres viscères étaient sains, nous n'avons pu noter qu'une congestion intense du poumon gauche, et quelques plaques athéromateuses dans l'aorte.

Symptômes observés pendant la vie. Nous n'avons vu le malade que pendant les quinze jours qui ont précédé sa mort. Il ne pouvait plus alors se lever, gâtait et présentait une parésie générale, sans paralysie nettement localisée; pourtant la faiblesse était plus considérable du côté gauche que du côté droit. On pouvait s'en rendre compte en se faisant serrer les mains par le malade.

De plus, le malade était affecté d'un tremblement localisé au côté gauche, surtout au membre supérieur. Du côté droit, les mouvements n'étaient pas non plus très-assurés; mais avec la main gauche le malade ne pouvait prendre un objet, arriver à porter son verre à sa bouche, etc., qu'après une série d'oscillations successives. Ce tremblement n'avait lieu qu'à l'occasion des mouvement volontaires.

La sensibilité était intacte. Quand nous voyons le malade, nous constatons de plus une paralysie faciale du côté droit. La pupille gauche est moins dilatée que celle du côté droit. L'intelligence est affaiblie et le malade répond avec lenteur et difficilement aux questions qu'on lui pose.

Antécédents. Ceux que nous avons pu obtenir sont les suivants : Antécédents alcooliques, pas de syphilis.

Depuis un an D... aurait commencé à s'affaiblir et à trembler, surtout du côté gauche. Depuis ce moment, la parésie alla en augmentant. A son entrée, au mois de décembre, le malade marchait encore dans la salle. Le 20 décembre, D... tomba dans une espèce de collapsus sans convulsions, et le lendemain, on reconnut la paralysie faciale du côté droit.

Jamais il n'a eu ni convulsions, ni vomissements, ni céphalalgie nettement localisée.

15 *janvier* matin. On trouve le malade dans un état de résolution complet; on peut cependant obtenir quelques réponses en l'interrogeant vivement; du côté gauche, les doigts sont fléchis dans la paume de la main, mais on peut facilement les étendre. — Le soir, coma complet. T. 39°. Ni sucre, ni albumine dans l'urine. Mort dans la nuit.

Réflexions. Nous remarquons, dans cette observation : 1° l'absence des symptômes attribués en général aux tumeurs cérébrales, vomissements, attaques convulsives, céphalalgie localisée; 2° l'absence de paralysie localisée du côté des membres, qui s'explique, car la zone motrice, c'est-à dire les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes sont intactes et ne paraissent pas avoir été fortement comprimées; 3° l'absence de troubles de la sensibilité avec la compression et l'atrophie du lobe occipital.

M. Charcot. — Ce fait montre que les tumeurs du cerveau sont peu faites pour l'étude des localisations cérébrales, car il y a seulement compression des circonvolutions, sans aucune altération du tissu nerveux.

4. Affection cardiaque. Embolie du bras gauche; par P. Richer, interne des hôpitaux.

Siredey Remi, 63 ans, atteinte depuis longtemps d'affection cardiaque, entre le 24 décembre 1877 à l'infirmerie de la Salpêtrière, salle Saint-Luc, n° 9 (service de M. Charcot). Elle y vient pour quelques malaises peu inquiétants, occasionnés par une violente constipation et des migraines. — Mais le 1er janvier survient l'accident qui a été la cause de sa mort. Un de ses neveux, qu'elle n'avait pas vu depuis longtemps, arrive inopinément lui faire visite, l'émotion qu'elle en éprouve est tellement vive, qu'elle est prise aussitôt d'une sorte d'attaque caractérisée par de violents battements cardiaques, de l'oppression, une angoisse extrême, des vertiges, des vomissements et de la diarrhée. En même temps, elle ressent, dans son bras gauche, une vive douleur, avec engourdissement et sensation de froid, coloration violette et impuissance de tout le membre. — Dans la jambe du même côté, une sensation de froid se fait également sentir, mais ne persiste pas. Il lui semble que tout tourne autour d'elle, et elle tombe à bas de son lit. Elle n'a pas perdu connaissance.

2 *janvier*. — Oppression assez grande. 32 inspirations par minute. Respiration suspirieuse. Anxiété considérable. Le pouls (à droite), petit, pressé, irrégulier. — A gauche, on ne perçoit les battements artériels ni à l'avant-bras, ni au bras,

© BIU Santé

ni dans l'aisselle. La sensation d'un cordon dur ne se perçoit sur le trajet de l'artère que dans l'aisselle. — Le bras gauche, plus froid que le droit, est violacé, fort douloureux. Les douleurs viennent par élancements. La sensibilité a disparu à la main, elle persiste à l'avant-bras et au bras. — La malade ne peut remuer les doigts, tout en faisant faire à son bras des mouvements d'ensemble. Elle est prise de temps à autre de vertige. — La matité précordiale n'est pas augmentée. Les battements cardiaques sont précipités, irréguliers, lointains, et marqués en partie par le bruit pulmonaire, qu'il est impossible de faire cesser à cause de l'état d'anxiété et d'angoisse où se trouve la malade. — T. main droite, 36° 6. — T. main gauche, 28°,7.

3 *janvier*. — Il y a un peu d'amélioration. L'oppression est bien moindre. Cœur, battements irréguliers. Souffle au premier temps et à la pointe. Douleurs du bras moins vives, sensation de froid moindre. Mouvements plus faciles. Elle ne peut cependant fermer complètement la main. La main est encore violette, surtout aux extrémités des doigts. — Insensibilité complète aux doigts. — Sensibilité un peu revenue au dos de la main. — T. main droite, 38°,4. — T. main gauche, 35°,5. — Vésicatoire à la région précordiale.

4 *janvier*. — Même état général. On voit apparaître à la main gauche, quelques petites taches noirâtres, dans le premier espace interdigital, au fond du pli d'opposition du pouce, à la partie inférieure de l'éminence hypothénar. Les doigts sont légèrement fléchis, on ne peut chercher à les étendre sans provoquer de vives douleurs qui empêchent le mouvement.

5 *janvier*. — Souffre beaucoup plus qu'hier de la main et du bras gauche. La main est légèrement gonflée. Elle est livide. Le trajet des veines est marqué par des traînées violettes. Les taches noirâtres se sont étendues, de nouvelles apparaissent. T. main droite, 37°,2. — T. main gauche, 31°,6.

6 *janvier*. — La douleur du bras augmente encore.— Oindre le bras avec un mélange de teinture de noix vomique et de laudanum toutes les heures, une pilule de 1 centig. d'extrait thébaïque.

7 *janvier*. — T. main droite. 36°,4. — T. main gauche, 35°,4. T. R. 40°,4.

8 *janvier*. — T. main droite, 36°,4.— T. main gauche, 35°. — T. rectale, 40°,2.

9 *janvier*. — T. main droite, 33°,2. — T. main gauche, 35°,6. — T. R. 38°,6.

10 *janvier*. — T. main droite, 35°. — T. main gauche, 35°,2. — T. R. 38°.

11 *janvier*. — T. main droite, 36,°. — T. main gauche, 37°. — T. R. 37°,8.

12 *janvier*. — T. main droite, 34°,6.— T. main gauche, 28°,6. — T. R. 37°2.

13 *janvier*. — T. main droite, 34°,8.— T. main gauche, 31°,6. — T. R. 34°,6. (?)

14 *janvier*. — T. main droite, 35°,8. — T. main gauche, 37,°. — T. R. 36°,6.

15 *janvier*. — T. main droite, 34°,2. — T. main gauche, 36°. — T. R. 37°,8. Les doigts sont demi-fléchis dans la paume de la main. La flexion porte principalement sur les deux dernières phalanges. Leur extension complète est impossible. L'index est noir et desséché dans ses deux dernières phalanges. On voit, disséminées sur la main, quatre plaques noires de la dimension environ d'une pièce de 1 franc. Elles siégent au premier espace interdigital, à la face dorsale du pouce, à la face dorsale de la phalange du médius, vers le milieu de la face dorsale de la main, plus proche du bord radial que du bord cubital.

Douleurs vives. — Anxiété. — Pouls faible, très-irrégulier. Pas de battements artériels au bras gauche.

17 *janvier*. — T. main droite, 34°,8 ; — T. main gauche. 36°,4 ; — T. R. 37°,4. — Ni sucre ni albumine dans les urines.

18 *janvier*. — Mort à 10 heures du matin. Cette nuit, vers 1 heure elle a été prise de vomissements, avec oppression extrême et râle trachéal.

Autopsie. — *Cœur*. — Volumineux. Dans le ventricule gauche un caillot récent, en partie décoloré, enchevêtré dans les colonnes charnues et les piliers de la valvule mitrale, remonte dans la crosse aortique, jusqu'au voisinage de l'artère sous-clavière gauche. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche est rétréci. Il est circonscrit par une zone athéromateuse, crétacée, et ne permet pas l'introduction de deux doigts. Les deux valves de la valvule mitrale sont épaissies principalement sur leurs bords, rétrécies, d'aspect blanchâtre et de consistance cartilagineuss. Les cordages tendineux sont épaissis, et les piliers blancs et nacrés dans leur partie supérieure. L'oreillette gauche paraît dilatée. On trouve, dans l'auricule, qu'il comble entièrement, un gros caillot, ancien, de coloration grisâtre, adhérent, et faisant légèrement saillie dans la cavité de l'oreillette. Au cœur droit, caillot récent dans le ventricule et l'oreillette. Valvule tricuspide saine. — *Poumons*. Sains.

Reins. Droit.— Petit. Présente à l'extrémité inférieure de sa face postérieure, deux cicatrices profondes ; — traces d'infarctus anciens. — Gauche. Plus volumineux, lobulé par de nombreuses cicatrices analogues à celles du rein droit. — L'extrémité inférieure est le siége d'une congestion intense. — Sur une coupe transversale, l'espace congestionné est de forme triangulaire à base dirigée en dehors. — *Rate*. Assez volumineuse, dure. — *Foie*. Congestionné.

Examen des artères du bras gauche. — L'artère sous-clavière libre à son origine, est incomplétement remplie, au point qui correspond aux scalènes, par un caillot grisâtre, non adhérent aux parois, et dont l'extrémité libre, qui regarde le cœur est arrondie. — Pas de prolongements dans les collatérales.

Le caillot de la sous-clavière se continue avec un autre caillot plus rouge, remplissant tout le calibre du vaisseau, adhérent aux parois et occupant toute l'étendue de l'artère axillaire, et le commencement de l'humérale. Le caillot se prolonge dans les collatérales. Au niveau de l'origine de l'humérale profonde, le caillot diminue brusquement de volume, il se continue avec un petit caillot grêle, qui descend dans l'artère humérale, sans en remplir tout le calibre. — Grisâtre à sa partie supérieure, il devient rouge et diffluent plus bas. — Dans le tiers inférieur de l'humérale, le caillot, augmenté de volume, remplit toute l'artère, adhère aux parois et cesse brusquement au point de bifurcation des deux artères de l'avant-bras. Vers le milieu de son parcours, l'artère humérale est diminuée de volume ; l'humérale profonde, obstruée par un caillot à son origine, est libre dans le reste de son parcours. A l'avant-bras, l'artère radiale et l'artère cubitale ne renferment aucun caillot. Au poignet, l'artère radiale est remplie par un caillot rouge, adhérent, qui cesse au point où elle forme l'arcade palmaire profonde. L'arcade palmaire superficielle renferme plusieurs petits caillots rouges, non adhérents. Ses collatérales de même que celles de l'arcade palmaire profonde sont libres.

La collatérale interne de l'index est obstruée par un caillot qui n'occupe que son quart supérieur. La collatérale externe ne contient pas de caillot (1).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 avril. — Présidence de M. F. Guyon.

Tumeurs sarcomateuses de la paume de la main. — M. Tillaux fait un rapport sur un travail adressé à la Société de chirurgie par M. le Dr Gross, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. Ayant eu l'occasion d'observer un sarcome de la paume de la main chez une jeune fille de 18 ans, M. Gross a tracé une histoire complète des tumeurs sarcomateuses de cette région. On sait que les lipomes, les fibromes, les enchondromes, et les kystes constituent les tumeurs les plus fréquentes de la paume de la main et de la face palmaire des doigts. Les sarcomes sont très-rares, et il faut savoir gré à M. Gross d'avoir donné la relation du cas intéressant qui s'est présenté à lui.

En septembre 1876, une jeune fille de 18 ans entra dans le service de M. Gross, à l'hôpital de Nancy, avec une tumeur bilobée de la paume de la main. La partie inférieure de la tu-

(1) Deux dessins ont été déposés dans l'album de la Société, l'un représentant la main malade l'avant-veille de la mort, l'autre, la situation des caillots dans les artères du bras.

© BIU Santé

meur faisait saillie entre la racine de l'index et la racine du médius; la partie supérieure, un peu aplatie, était située sous l'aponévrose. M. Gross porta le diagnostic de *lipome* ou *sarcome*. Uune ponction explorative lui apprit qu'il s'agissait d'un *sarcome à myéloplaxes*, ou *sarcome myéloïde* de Ranvier, contenant de grandes cellules à noyaux multiples. Il enleva alors la tumeur qui n'était pas adhérente, et qui s'énucléa facilement. Mais quatre ou cinq jours après l'opération, M. Gross trouva dans le fond de la place un bourgeonnement insolite. Une première cautérisation avec la pâte de Canquoin fut suivie d'une repullulation très-rapide. Pendant quinze jours, M. Gross dut faire dans la plaie plusieurs applications successives de pâte Canquoin; puis la cicatrisation se fit, et depuis cette époque la jeune fille est parfaitement guérie. En aucun point ud corps on ne constate aujourd'hui des traces de récidive.

M. Verneuil déclare que la repullulation du sarcôme dans la plaie ne l'a point étonné. Il a constaté depuis longtemps en effet que la membrane enveloppante des tumeurs sarcomateuses développées dans les parties molles est composée d'éléments embryoplastiques. Cette disposition s'observe surtout pour certains sarcômes de la mamelle. Aussi, faut-il, d'après M. Verneuil, enlever largement toute la zone suspecte, formée par l'atmosphère celluleuse enveloppante, afin d'éloigner toute chance de récidive : En un mot, les chirurgiens doivent opérer un sarcôme comme ils opèrent un épithélioma ou un cancer.

M. Villeneuve a opéré récemment une tumeur fibreuse trilobée de l'index sur un enfant de 4 mois. Comme la tumeur avait envahi la gaine des fléchisseurs, il ne s'est pas contenté de la simple extirpation, il a amputé le doigt et le métacarpien correspondant dans la continuité.

Après une question de M. Desprès, M. Tillaux insiste sur ce fait que dans le cas de M. Gross le sarcôme ne partait pas de l'os, et qu'il était même complètement indépendant de la gaine des fléchisseurs. Il y a donc là un bel exemple de sarcôme à myéloplaxes, développé dans le tissu cellulaire.

Arthrite tuberculeuse ou synovite granuleuse miliaire. — M. Lannelongue présente à la Société les pièces d'une tumeur blanche du genou, chez un enfant de 12 ans 1/2. Cet enfant n'avait pas d'antécédents tuberculeux; sa mère était morte alcoolique. Deux ans avant d'avoir mal au genou, il avait eu un écoulement purulent par l'oreille lors de son entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, cet enfant souffrait du genou gauche depuis six semaines seulement : tout le membre gauche était amaigri ; l'articulation contenait peu de liquide, mais le bourrelet du cul-de-sac supérieur de la synoviale était très-épaissi. Sous l'influence de l'immobilisation, la tumeur blanche commençait à s'améliorer, lorsque l'enfant a succombé à des accidents de méningite tuberculeuse.

A l'autopsie on a trouvé sur la synoviale du genou quelques fongosités et des granulations miliaires tuberculeuses qui ont été constatées au microscope. Sur une coupe de l'extrémité supérieure du tibia existait une tache blanche dont on n'a pu encore préciser la nature.

En résumé il y a eu, chez le petit malade de M. Lannelongue, une poussée générale de granulations tuberculeuses dans la synoviale du genou. Il ne faut pas confondre ces granulations avec les tubercules des extrémités osseuses qui donnent naissance à une variété de tumeur blanche très-rebelle. L'affection granuleuse de la synoviale est plus curable que les tumeurs blanches d'origine osseuse. Cependant on doit tenir compte, pour le pronostic, de la redoutable complication de méningite qui peut survenir.

La synovite granuleuse miliaire a été signalée par M. Cornil, qui en a publié une observation en 1870. Il s'agissait d'un homme de 50 ans, tuberculeux, qui avait une tumeur blanche du coude. La synoviale contenait un grand nombre de granulations miliaires.

M. Ranvier, dans son voyage en Allemagne, a vu, à Wurtzbourg, trois pièces de synovite granuleuse, dans le laboratoire de M. Coster.

Enfin, une thèse sur le même sujet a été soutenue récemment devant la Faculté de Paris. Ch. Avezou.

REVUE D'OTOLOGIE

I. De la métallothérapie; par le Dr Gellé. (*Tribune médicale*, nos 444, 446.)

II. De l'exploration de la sensibilité acoustique; par Gellé; Paris, 1877, Delahaye.

III. De l'hématome du pavillon.

IV. Etude sur l'otorrhée et sur ses complications; par H. Beugnon; Th. de Paris, 3 février 1877.

V. Syphilitic affections of the ear (affections syphilitiques de l'oreille); par W. B. Dalby (*The Lancet*, vol. I, p. 191, 1877).

VI. Valeur séméiologique de l'otorrhagie traumatique; par A. Le Bail; Th. de Doct; Paris, 1873.

I. La métallo thérapie vient d'être étudiée de nouveau par un maître éminent, M. le professeur Charcot. Je n'entrerai pas dans le détail des expériences faites devant un auditoire nombreux; je me contenterai d'indiquer ce qui a trait à mon sujet. M. Gellé, chargé par M. Charcot d'étudier la portée auditive à un certain nombre de malades hystériques, a rendu compte de ses expériences dans la *Tribune médicale*.

La portée auditive a toujours été prise avec le plus grand soin sur l'axe auditif, à droite et à gauche, avant et après l'expérience, et l'expérimentateur a constaté qu'après l'application des colliers d'or, d'argent ou de cuivre, comme après l'emploi des courants continus fait par M. P. Regnard, la portée auditive a augmenté dans tous les cas, proportionnellement à la sensibilité cutanée. Ainsi, les malades auxquels M. Charcot transperçait la peau et les muscles des membres pendant que M. Gellé perforait le tympan sans causer la moindre douleur, sentaient le moindre attouchement du méat, après l'application métallique, et entendaient le tic-tac de la montre à une distance trois ou quatre fois plus grande qu'avant l'expérience. M. Regnard a constaté que les courants faibles produisaient les mêmes résultats. Mais le Dr Onimus, dans la séance du 17 mars 1877 de la Société de biologie, a nié cette conclusion : que pour ramener la sensibilité dans les parties anesthésiées, l'action des courants faibles soit plus efficace que celle des courants de moyenne intensité; souvent, au contraire, a-t-il dit, on ne peut rappeler la sensibilité par l'action des courants très-faibles appliqués pendant une heure ou une heure et demie, tandis qu'on l'obtient très-vite à l'aide d'un courant de trente éléments. Cette divergence d'opinion entre deux praticiens distingués ne permet pas de considérer la question des courants continus comme jugée.

L'amélioration obtenue par les courants électriques est beaucoup plus prolongée que celle qui suit les applications métalliques. En même temps, on a démontré très-nettement que le côté anesthésié d'ordinaire est très-sensible tandis que l'autre a perdu dans les parties symétriques la sensibilité qu'il avait avant l'expérience. Les expériences de M. Gellé nous démontrent que la métallothérapie a exercé une influence salutaire sur l'organe de l'ouïe, dans certains cas, et qu'elle pourra probablement être appliquée plus tard avec succès.

II. L'auteur, après s'être livré à une série d'expériences intéressantes, a constaté que chaque oreille a un axe auditif qui passe par les méats et est perpendiculaire au diamètre antéro-postérieur de la tête. Il l'a appelé axe auditif, parce que c'est le long de cette ligne fictive qu'est le maximum de perception auditive. Le minimum de cette perception est au contraire sur l'axe antéro-postérieur de la tête, prolongé en avant plus qu'en arrière.

Ces notions connues, l'auteur se sert d'un tube en caoutchouc de calibre moyen, muni à chaque extrémité d'un embout en buffle et d'une longueur d'un mètre. Après avoir assujetti les extrémités dans les méats du sujet en expérience, au moyen de cire, il émet les propositions suivantes :

Le pavillon est mauvais conducteur du son. Le tic-tac d'une montre appliquée sur le milieu du tube est également bien entendu de chaque oreille.

La portée auditive reste la même, que l'anse formée par le tube soit placée en avant ou en arrière de la tête du sujet. Cependant il a été dit précédemment que la portée auditive était beaucoup moins grande quand la montre était placée

© BIU Santé

sur l'axe postérieur que sur l'axe antérieur. Le tube inter-auriculaire rend donc directes les ondes sonores, en empêche la diffusion et les force à pénétrer dans le conduit par l'axe auditif, donc il supprime l'orientation : l'auteur le prouve par l'expérience.

Chaque oreille a son axe auditif distinct; il en résulte que le champ d'observation se trouve divisé en deux moitiés, l'une gauche, l'autre droite, sur chacune desquelles opère isolément une des oreilles. Chacune de ces moitiés, l'une antérieure, l'autre postérieure, est divisée en deux parties par l'axe auditif. Ces quatre zones entourent la tête; les deux antérieures sont les plus étendues; par conséquent la portée auditive est plus grande en avant des axes auditifs qu'en arrière.

Le tube inter-auriculaire réunissant les deux organes de l'ouïe, la sensation est bi-latérale; le cerveau reçoit deux impressions, et leur addition donne un résultat sensoriel plus fort que celui que fournit une seule des oreilles. Cette observation a donné à M. Constantin Paul, l'idée d'employer un stéthoscope à deux branches avec lequel on obtient des sensations nettes, fortes et supérieures à celles que donne une seule oreille. M. Gellé recommande l'emploi d'un otoscope à trois branches pour ausculter l'oreille moyenne.

J'ai constaté, au contraire, qu'à l'aide d'un tube en caoutchouc à parois minces, de petit calibre (6 mm. de diamètre) les sons arrivaient plus distinctement à l'oreille de l'observateur, et qu'on distinguait beaucoup mieux où ils se produisaient qu'avec le tube à trois branches.

Le tube inter-auriculaire permet aussi d'apprécier la finesse de l'ouïe de la manière suivante : après avoir placé une montre sur le milieu du tube inter-auriculaire, fixé dans les oreilles comme précédemment, si on la déplace à gauche ou à droite elle est mieux entendue par l'oreille dont la montre est la plus rapprochée, sans que la sensation ait cessé d'être bi-auriculaire.

En appliquant maintenant deux montres à tic-tac inégalement fort sur le milieu du tube, en face l'une de l'autre, les bruits s'entremêlent, se superposent, se confondent; par conséquent ce que Weber a démontré vrai pour une oreille se trouve vérifié pour les deux. Si on éloigne les montres l'une de l'autre pendant qu'on les maintient en contact avec le tube, chaque tic-tac est entendu par l'oreille correspondante, surtout en comprimant avec les doigts le tube en son milieu.

En répétant la même expérience avec deux diapasons, on obtient de même un son musical composé, fourni par la fusion de deux sons donnés, ce qui permet d'éclairer la théorie des sons résultants, au moins dans ses plus simples applications.

En employant les diapasons, sans le tube inter-auriculaire comme contre expérience, l'auteur arrive à cette conclusion : que les oreilles accouplées, de même que chaque oreille isolée, peuvent fournir au sensorium commun des sensations sonores résultantes composées, et d'un ton intermédiaire aux deux générateurs du son.

L'auteur entre ensuite dans des considérations sur les sons qu'il divise en trois classes, et se demande qu'elle est l'intensité nécessaire pour que de deux sons existant simultanément, l'un des deux soit entendu seul; il résout cette question au moyen du tube inter-auriculaire.

Puis, il rappelle l'expérience suivante : si on place sur le vertex, à égale distance des deux méats auditifs, un diapason mis en vibration, la sensation éprouvée par le sujet en expérience est forte, bi-latérale, une, simple, et le toucher aidant, médiane, et on constate que, si on déplace l'instrument à gauche ou à droite, le son est mieux perçu de l'oreille la plus rapprochée. Ce qui revient à dire que, dans la transmission du son par le crâne comme par l'air, l'isolement de deux impressions auditives, droite et gauche, a lieu sans confusion, avec diverses intensités suffisantes pour se prêter à l'étude du fait, et que la sensation maximum, là comme ailleurs, annule la plus faible et dirige l'orientation. L'auteur termine son travail en vérifiant avec le tube inter-auriculaire une des fonctions connues du conduit auditif, celle de tuyau d'écoulement des ondes sonores.

III. M. A. Foville a publié dernièrement (*Union médicale de la Seine-Inférieure*, n° 47, 15 janvier 1877) un article à propos d'un hématome du pavillon chez un aliéné, et, après s'être demandé s'il s'est produit spontanément ou à la suite d'un traumatisme, il conclut à la possibilité de ces deux causes.

Le Dr Cauchois a examiné cette tumeur et a rendu compte de ses recherches à la Société de médecine de Rouen, le 11 décembre 1876 : je vais en donner un résumé succinct.

Il y a un ramollissement considérable de certaines parties du fibro-cartilage et une dégénérescence embryonnaire des vaisseaux capillaires, qui présentent dans un point de leurs parois une solution de continuité par laquelle le sang s'est épanché dans les tissus ambiants. Après avoir cité les expériences de Brown-Séquard (séance de *l'Académie de médecine*, 16 mars 1869) il conclut ainsi : l'othématome du pavillon se développe chez les aliénés, d'une manière spontanée, par le progrès des troubles de la circulation et de la nutrition que la maladie des centres nerveux engendre spécialement dans le tissu cartilagineux et dans le tissu vasculaire du pavillon de l'oreille.

IV. L'auteur a divisé son sujet en trois parties et a rappelé brièvement l'anatomie normale de l'oreille. La première partie est consacrée à l'étude de l'otorrhée symptomatique du conduit, à celle de ses complications et du traitement général et local employé en pareil cas. La deuxième est réservée aux suppurations de la caisse. Dans ce chapitre, l'auteur met en parallèle les opinions diverses et si souvent discutées, auxquelles l'otite des phthisiques a donné naissance : les uns admettent, avec Triquet, Barthez et Rilliet, que la suppuration de la caisse est produite par la fonte purulente de tubercules renfermés dans le rocher et surtout dans les cellules mastoïdiennes; les autres, avec de Troëltsch, nient la nature tuberculeuse de ce produit et disent que l'inflammation de la caisse reconnait toujours pour cause l'inflammation de la région naso-pharyngienne. Sans être trop exclusif, on peut dire que la suppuration de la caisse est presque toujours produite par une inflammation de la région naso-pharyngienne propagée à l'oreille moyenne, et très-rarement par les tubercules qu'on a souvent confondus avec la matière des kystes sébacés (Toynbee) et la matière purulente desséchée (Itard).

Après avoir résumé l'anatomie pathologique de l'otorrhée, M. Beugnon indique ses diverses complications : osseuses, encéphaliques, vasculaires, nerveuses. Parmi les complications osseuses, il en est une, assez rare, qu'il aurait pu citer, la nécrose et l'élimination du vestibule et du limaçon, (Wilde, Schwartz) ou du limaçon seul (Toynbee, C. Miot) (1).

L'auteur a joint à sa thèse 12 observations qu'il aurait rendues plus instructives s'il avait indiqué les symptômes fonctionnels, et s'il avait donné plus d'étendue aux symptômes subjectifs et objectifs. En terminant cette analyse, je demande à l'auteur la permission de lui signaler une erreur dans le titre de l'observation VIIIe qui est intitulée : *Otite, ostéo-périostite de la paroi antérieure du cond. aud. ext.* au lieu d'*otite externe circonscrite*.

V. Le Dr Dalby examine les altérations de l'ouïe chez l'enfant (syphilis héréditaire), l'adulte et le vieillard (syphilis acquise). La syphilis héréditaire cause souvent la surdi-mutité; elle a une marche variable, parcourt ses phases en quelques semaines ou en plusieurs années, et cause toujours la surdité complète, par suite d'une altération de l'oreille interne ou du nerf lui-même; ce point d'anatomie pathologique n'a pas été élucidé, malgré les recherches d'Hutchinson. La syphilis acquise envahit d'abord la région naso-pharyngienne, puis l'oreille moyenne, et produit une otite de forme humide ou une suppuration de la caisse avec perforation du tympan. Dans le premier cas, le pronostic peut être favorable; dans le second, il est plus grave. Cette affection produit une paralysie de l'oreille interne aux périodes secondaire et tertiaire : dans la première, la surdité affecte simultanément ou séparément les deux oreilles, à des degrés variables, et devient complète ou s'améliore après un certain temps; dans la seconde, la pa-

(1) Rey. — *De la suppuration de l'oreille moyenne*. Th. de Paris, 1875, obs. IX.

© BIU Santé

ralysie reconnaît pour cause une tumeur intra-crânienne. Le traitement général est formellement indiqué dans les deux cas.

VI. L'auteur a divisé son sujet en trois chapitres.

Dans le premier, il s'appuie sur plusieurs observations, pour prouver qu'à la suite d'un traumatisme sur le maxillaire inférieur il y a souvent fracture de la portion osseuse du conduit, du côté opposé au point d'application de la violence extérieure, ou fracture de l'apophyse mastoïde.

Dans le second, qui est la partie la plus intéressante de son travail, M. Le Bail se demande si, à la suite d'un traumatisme de la tête, une hémorrhagie, accompagnée d'une déchirure du tympan, est un indice certain et irrécusable de la fracture du rocher. D'après l'auteur, la plupart des chirurgiens ont admis trop facilement l'existence de cette fracture sur ce seul symptôme ; quelques-uns, au contraire, ont eu raison de conserver une prudente réserve, puisqu'il démontre, par des observations personnelles ou prises çà et là, qu'il peut y avoir otorrhagie et déchirure du tympan sans fracture du rocher. Le troisième chapitre est consacré à l'otorrhagie produite par la fracture du rocher. L'auteur, s'appuyant sur les opinions de Chassaignac et de Blandin, admises par Aran (1), dit que ce n'est pas seulement la quantité de l'écoulement mais surtout sa continuité accompagnée des symptômes graves consécutifs à toute lésion des centres nerveux qui doivent faire admettre l'existence d'une fracture du rocher. M. Le Bail termine sa thèse par les conclusions suivantes, que je résume :

Dans les traumatismes de la tête, l'otorrhagie n'est pas un symptôme pathognomonique ; sa valeur diagnostique, qui a été exagérée par un grand nombre de chirurgiens, mérite d'être encore plus restreinte que ne l'ont fait certains autres. Elle est produite par diverses lésions de l'appareil auditif qu'on peut ranger sous trois chefs principaux : Blessures du conduit auditif externe ; — Déchirures du tympan et de la muqueuse de la caisse ; — Fractures du rocher. C. MIOT.

BIBLIOGRAPHIE

Du bégaiement et de son traitement physiologique ; par le Dr Jules GODARD. Paris, J. B. Baillière, 1877.

Il y a quelques mois, M. Jules Godard a soutenu devant la Faculté de médecine de Paris une thèse importante sur le bégaiement. Sans nous arrêter à l'étiologie et à l'historique de cette question, arrivons à la pathologie et aux moyens de traitement.

M. Moutard-Martin, dans un rapport lu à l'Académie de Médecine, s'exprimait ainsi : « Pour quiconque examinera avec soin une série de bègues, un fait paraîtra constant : c'est l'irrégularité, l'incertitude de la respiration pendant l'acte de la phonation, soit dans l'inspiration, soit et le plus souvent pendant l'expiration. Souvent l'inspiration est incomplète quelquefois excessive et comme convulsive. L'expiration est saccadée, quelquefois ralentie, quelquefois, au contraire, trop précipitée. Quelques bègues veulent commencer à parler pendant l'inspiration, ou coupent leurs mots par une inspiration pendant laquelle ils veulent continuer à parler. Observez un bègue pendant la période de repos et de mutisme, sa respiration est normale et régulière. Nous poserons donc en principe que le trouble respiratoire est un fait constant dans le bégaiement. »

C'est aussi l'opinion de M. Godard et de son maître, M. Chervin, et voici comment ils expliquent la production de ce trouble dans le rhythme respiratoire et son influence sur le bégaiement : « Que le jeu qui doit faire vibrer les cordes vocales soit irrégulier, dit M. Godard ; que consécutivement les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs n'agissent pas au moment physiologique pour empêcher les lèvres de la glotte de se rapprocher sous l'influence de l'action aspirante du poumon ; que les muscles crico-aryténoïdiens latéraux et l'ary-aryténoïdien, constricteurs de la glotte et phonateurs, ne rapprochent pas, en temps convenable, les lèvres de la glotte, de telle sorte que la colonne d'air, chassée par le poumon ne puisse acquérir, au niveau de cette ouverture rétrécie, une force suffisante pour entrer en vibration ; que la langue et les lèvres soient inhabiles à occuper les différentes positions qui leur sont propres, la parole se produira mal ou ne se produira pas, malgré des efforts violents et répétés. »

Il ne faut pas voir là qu'un trouble physiologique puisque tous les muscles qui entrent en fonction dans l'acte de la voix et de la parole ne sont point malades organiquement. Il y a donc manque d'ensemble dans les deux actes de la respiration et l'auteur conclut : « Que le trouble de la parole peut exister : 1° dans l'inspiration ; 2° dans l'expiration ; 3° indifféremment pendant les deux temps de la respiration. »

Cette perturbation dans le rhythme respiratoire une fois bien établie, le but à se proposer pour faire cesser le bégaiement se présentait de lui-même.

M. Chervin, pour y arriver, recommande les règles suivantes : 1° régulariser la respiration dans ses deux temps, et prolonger l'expiration de manière à permettre l'articulation d'une phrase sans arrêt ; 2° discipliner les appareils phonateurs et articulateurs, qui composent l'instrument vocal par une gymnastique spéciale, capable de surmonter la raideur des muscles, et qui permette enfin à la langue, à la mâchoire, aux lèvres, de se prêter aux différentes positions qu'exige l'articulation normale ; 3° fortifier leur action par l'intention et la réflexion.

Pour arriver à surmonter les difficultés respiratoires, le professeur fait l'éducation des poumons par la gymnastique de cet organe et du thorax. L'inspiration faite à propos lentement et convenablement dissipe la contraction spasmodique de la glotte et remplit la poitrine d'une quantité d'air suffisante pour fournir à une longue expiration. L'expiration, d'abord lente, rhythmée, puis cadencée se fait avec épargne et régularité ; elle force la glotte à fonctionner normalement. Viennent ensuite les exercices de consonnes qui sont à proprement parler la gymnastique des organes de la phonation articulée ; puis de monosyllabes, de polysyllabes répétées d'abord lentement, puis rapidement.

Alors déjà convenablement préparé par ces exercices, le bègue apprend à articuler des phrases découpées, des périodes, des pages entières d'une manière lente et mesurée, en coupant les phrases et en débutant toujours par une large inspiration. Enfin arrivent les exercices d'improvisation, c'est-à-dire des conversations imprévues qui donnent aux élèves assurance et confiance en eux-mêmes. C'est par l'observation attentive d'un grand nombre de sujets traités par cette méthode et sous ses yeux que M. Godard est arrivé à cette conviction que le bégaiement est guérissable en un temps relativement court, par un traitement physiologique et rationnel.

VARIA

Notice hygiénique et médicale sur l'Attique ; par le Dr F. VILLARD, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

L'Attique, malgré la beauté de son climat, est une contrée peu salubre ; Athènes et ses environs surtout sont malsains. Située au fond d'une vallée, entourée de tous côtés par les montagnes, la capitale de la Grèce se trouve à l'abri des vents du nord-est qui pourraient assainir la contrée et des brises de la mer qui, par leur fraîcheur, viennent tempérer les chaleurs du soleil. Les maladies qui dominent dans l'Attique sont celles que l'on rencontre dans presque tous les climats chauds, dans le nord de l'Afrique, par exemple ; nous allons les passer brièvement en revue.

A. *Fièvres paludéennes.* — De toutes les maladies que l'on peut observer dans l'Attique, la plus commune sans contredit est la fièvre paludéenne, qui y régnait déjà du temps d'Hippocrate. « La Grèce antique et la Grèce moderne, a dit M. Littré, sont à vingt-deux siècles de distance affligées par les mêmes fièvres, ce qui prouve que les conditions climatologiques n'ont pas sensiblement changé. Les fièvres décrites par Hippocrate,

(1) *Arch. génér. de méd.*, 1844, t. IV, 4e série.

(1) Voir les nos 14 et 15.

© BIU Santé

dans *les épidémies*, offrent la plus grande similitude avec celles des pays chauds. C'est toujours l'influence paludéenne qui domine. » La fièvre intermittente est en effet fréquente au Pirée, à Eleusis, au voisinage du Cap Sunium, à Marathon et dans la campagne d'Athènes ; mais elle règne d'une façon endémique dans toute l'Attique.

Au premier abord, et en examinant d'une façon superficielle le sol de cette contrée, on reste surpris de l'existence de cette affection et surtout de sa fréquence; car, à part les marais de Marathon et ceux qui avoisinent la baie de Phalère, on n'aperçoit ni lacs, ni étangs, ni plaines marécageuses pour en expliquer la production. Partout, au contraire, on ne voit qu'un sol nu, sec, aride et poudreux. Quelle peut donc être la cause de ces fièvres intermittentes? Nous avons dit précédemment que le sol de l'Attique était presque complètement dépourvu de terre végétale, résultat du déboisement des montagnes. Ce sol est constitué par un terrain calcaire, éminemment perméable et permettant ainsi facilement aux eaux pluviales et aux eaux de source de s'infiltrer dans la terre. Mais à une certaine profondeur de la surface du sol, à 1 m. 50 c. ou 2 mètres environ, se trouve une nouvelle couche de terrain argileux, lequel offre aux liquides infiltrés une barrière infranchissable. Il résulte, en effet, des fouilles qui ont été faites en différents points aux environs d'Athènes, qu'à quelques mètres de profondeur se trouvent de vastes anfractuosités creusées par les eaux et communiquant, au moyen de conduits naturels, avec d'autres anfractuosités voisines reconnaissant le même point de départ. Au-dessous du lit du Céphise et de l'Illissus, qui sont à sec pendant une grande partie de l'année, se trouve un second lit où gît une eau croupissante contenant en décomposition des débris de matières végétales qu'elle a entraînés avec elle. Ces eaux, ainsi disposées en nappe souterraine, laissent au moment des grandes chaleurs de l'été s'exhaler des torrents d'effluves marécageux, lesquels s'échappent de la surface du sol, en vertu de la grande perméabilité des couches superficielles, et vont porter dans l'atmosphère leurs germes morbides.

C'est au mois de mai, au moment où la température s'élève considérablement et où le thermomètre marque de 28° à 30° en moyenne, que commencent à se montrer les fièvres intermittentes. Elles se multiplient pendant les mois de juin, de juillet, d'août, où elles atteignent leur maximum d'intensité ; à partir de cette époque, elles diminuent et deviennent ensuite de plus en plus rares pendant l'hiver.

Il y aurait bien des moyens prophylactiques à employer pour prévenir les désastreux effets de l'influence paludéenne. Pour arriver à ce résultat, il serait d'abord nécessaire de nettoyer les lits souterrains de l'Illissus et du Céphise, et il suffirait ensuite de creuser une canalisation convenable qui pourrait permettre aux eaux de trouver un écoulement facile. Mais dans un pays comme la Grèce, qui ne vient pour ainsi dire que de naître, qui malgré ses efforts a encore tant de progrès à réaliser, il faudra attendre encore longtemps avant qu'il puisse arriver à un pareil résultat.

Suivant le Dr Villette, qui a été chargé de la direction du service de santé de l'escadre et du corps d'occupation pendant les années 1855 et 1856, les accès pernicieux seraient tellement rares que dans un séjour de quatre ans, sur un chiffre annuel de plus de mille malades, ce médecin n'en aurait observé que trois cas, dont aucun n'a été suivi de mort. Cette opinion du Dr Villette, relativement à la rareté de la fièvre pernicieuse, paludéenne, dans l'Attique, n'est point confirmée par le Dr Prétendérès-Typaldos. Au contraire, dans une note inédite qu'il a bien voulu nous adresser, ce médecin distingué considère la fièvre pernicieuse comme fréquente et grave à Athènes, et susceptible de revêtir des formes multiples.

Le type le plus ordinaire de la fièvre intermittente est le type quotidien ; vient ensuite le type tierce qui ne se développe en général qu'après plusieurs récidives de la fièvre quotidienne. On observe ensuite par ordre de fréquence la double tierce, la double quotidienne, la quarte, les fièvres pernicieuses avec leurs diverses variétés, les fièvres larvées, les fièvres rémittentes compliquées ou non de quelque affection gastro-intestinale ou hépatique.

Parmi les manifestations de l'intoxication palustre que l'on observe dans l'Attique, il en est une des plus curieuses et des plus intéressantes, caractérisée par un appareil symptomatique spécial qui lui a fait donner, par le Dr Prétendérès, le nom de typhus des marais ou de typhus à quinquina. Dans ce cas, le malade se présente avec une fièvre continue, survenue soit d'emblée, soit consécutivement à plusieurs accès intermittents ; mais que la fièvre ait été dès le début continue ou non, elle a pour caractères essentiels de présenter des exacerbations périodiques et d'être accompagnée d'un ensemble de symptômes particuliers. La peau offre un aspect terreux, foncé, très-accentué, qui, suivant le Dr Prétendérès, est tout à fait caractéristique. Souvent, dès le début, on note une tendance marquée aux congestions ; il survient une prostration rapide des forces, du délire, de la somnolence, un état comateux ; des hémorrhagies se produisent ; on observe des épistaxis, souvent des pétéchies ; en un mot, tous les symptômes d'un état typhoïde grave.

Dans ces cas, à part les congestions hypostatiques des viscères, à part la coloration foncée mélanémique des organes parenchymateux et l'engorgement avec aspect lie de vin de la rate, on ne trouve rien de caractéristique à l'examen nécroscopique. Ce qui est constant, et le docteur Prétenderès insiste sur ce fait, c'est l'absence des altérations des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques, caractères anatomiques essentiels de la fièvre typhoïde.

La marche de la maladie est rapidement ascendante, et souvent en quelques jours elle peut se terminer par la mort, si un traitement efficace n'intervient dès le début. Le diagnostic est en général facile : la nature épidémique, ou plutôt endémo-épidémique de la maladie, et surtout l'aspect sale, terreux, que présentent les individus qui en sont atteints, et qui est caractéristique pour le médecin qui a déjà eu occasion d'en observer des exemples, ne permettent guère de commettre d'erreur. La constatation de l'état de la rate n'a pas ici une bien grande importance, car dans l'Attique, il est bien peu de personnes qui n'aient offert antérieurement des accès de fièvre intermittente, et, par conséquent, qui ne présentent une rate hypertrophiée.

Si la maladie est abandonnée à elle-même, et si la mort ne survient pas rapidement, ce qui est rare, elle suit une marche continue jusqu'à la convalescence ; le plus souvent, avant d'arriver à ce moment, un accès pernicieux survient et emporte le malade.

La convalescence est toujours longue et pénible, et pendant longtemps les malades conservent le cachet de l'intoxication paludéenne. Cette convalescence est souvent interrompue par l'apparition d'accès intermittents, pouvant revêtir quelquefois le caractère pernicieux.

Le seul médicament vraiment efficace dans cette affection, — c'est le sulfate de quinine. Il doit être administré dès le début, à la dose de 2 grammes le premier jour, et continué les jours suivants à la dose de 1 gr. 50 cent. ou 1 gr. 25 cent. Une indication importante à remplir, en même temps, consiste à soutenir les forces des malades au moyen du vin, du quinquina, et d'un régime approprié.

Pendant notre séjour à Athènes, nous avons eu occasion de voir, à l'hôpital de cette ville, plusieurs exemples de cette manifestation de l'intoxication palustre, que nous venons de décrire sommairement. Il nous a été donné également d'observer le curieux fait qui suit provoqué aussi par l'influence paludéenne. Il s'agit d'un pope qui était depuis longtemps sujet à des accès de fièvre intermittente. Bien que vaquant chaque jour à ses occupations, il ressentait cependant tous les deux jours un léger frisson, suivi d'un sentiment de lassitude générale, mais qui ne l'obligeait pas à garder le repos. Un matin, il se leva pour aller accomplir une cérémonie religieuse : au milieu de la cérémonie, il perdit subitement connaissance et fut transporté à l'hôpital. En revenant à lui, il avait perdu l'usage de la parole, tout en conservant son intelligence intacte. Lorsqu'on l'interrogeait, il répondait par signes. Les antécédents du malade étaient connus ; le sulfate de quinine fut administré et l'on vit sous son influence, céder comme par enchantement, cette aphasie passagère. C'est ici le cas de citer

© BIU Santé

l'adage bien connu : *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Dans ces fièvres intermittentes, ce n'est pas seulement vers la rate, ainsi que le démontre le fait qui précède, mais encore vers les autres viscères que se manifestent des congestions ; on peut en observer du côté du foie, du poumon, du cerveau et des reins. Nous avons vu, à l'hôpital d'Athènes, un exemple remarquable de congestion rénale chez un jeune homme de 17 ans, atteint depuis plusieurs années de fièvre intermittente, et présentant au plus haut degré l'aspect cachectique de l'intoxication palustre. Peu de jours avant notre visite, il présentait encore tous les deux jours un léger frisson. Il avait de l'œdème des membres inférieurs ; sa face était bouffie, son ventre était gonflé, et ses urines contenaient une notable quantité d'albumine. Sa vue n'était pas altérée ; cependant à l'ophthalmoscope, on apercevait dans le fond de l'œil gauche, les vaisseaux hypérémiés, et présentant comme de légères dilatations ampullaires. — Ce malade, après avoir pris du sulfate de quinine, était soumis à un traitement tonique, fer, quinquina, bains sulfureux. (*A suivre.*)

Agrégation de chirurgie.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 15 avril courant, la date de l'ouverture du concours, qui devait avoir lieu le 25 avril 1878, pour treize places d'agrégés près les facultés de médecine (section de chirurgie et d'accouchements), est reportée au 29 avril 1878. (*Journal officiel*).

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 15 au 20 avril. — 232. M. Melchior Torres : Des calculs du rein et de la néphrotomie. — 233. M. Robineau : De la glycosurie alimentaire. — 234. M. Chevalier (H) : Exposé comparatif des diverses doctrines émises sur les localisations cérébrales. — 235. M. Leneveux : De la glycosurie symptomatique. — 236. M. Baron : Etude clinique sur les troubles de la vue chez les hystériques et les hystéro-épileptiques. — 237. M. Halbedel : Considérations sur la fièvre et principes généraux de la thermo-thérapie. — 238. M. Mandoul : Etude sur les eaux minérales de Balarue. — 239. M. Bergeret : Contribution à l'étude des contractures musculaires qui peuvent simuler la coxalgie. — 240. M. Samondès : Du temps d'arrêt dans la marche des polypes naso-pharyngiens. — 241. M. Guerlin : De l'opération de la fistule à l'anus chez les tuberculeux. — 242. M. de Brinon : Recherches sur l'anesthésie chirurgicale obtenue par la morphine et le chloroforme combinés. — 243. M. Brochier : Contribution à l'étude de l'insuffisance tricuspide relative. — 244. M. Lecoarer : Essai clinique sur quelques atrophies musculaires. — 245. M. Olivier : Contribution à l'étude des éventrations. — 246. M. Grenier : Recherches statistiques sur le rôle de certaines influences dans le développement de l'hydarthrose. — 247. M. Prouff : Pathogénie du glaucome suivie de quelques mots sur le traitement. — 248. M. Gaye : De l'entropion et d'un nouveau procédé opératoire. — 249. M. Barré : Des déformations du membre inférieur, suite de tumeur blanche du genou. — 250. M. Fesq : Essai sur les ruptures traumatiques des gros vaisseaux intra-abdominaux sans lésion de la paroi abdominale et des viscères. — 251. M. Vedel : De la valeur diagnostique du rêve dans l'alcoolisme chronique. — 252. M. Austruy : Des causes les plus générales de la calcification des artères. — 253. M. Ledoux : Des atrophies de la main consécutives aux lésions du nerf cubital. — 254. M. Sauvage : Du rhumatisme spinal. — 255. M. Chotard : Essai sur la fièvre bilieuse rémittente. — 256. M. Galbrumer : Symptomatologie de l'empoisonnement par le phosphore. — Du phosphorisme. — 257. M. Dircks-Dilly : Etude sur le purpura hœmorrhagica chez l'enfant. — 258. M. Pillière : De la valeur relative des différents traitements des épanchements pleurétiques. — 259. M. Bouillet : Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie. — 260. M. Courret : Contribution à l'étude de la dysentérie.

Congrès des aliénistes.

La société médico-psychologique de Paris, prend à l'occasion de l'Exposition universelle, l'initiative d'un Congrès scientifique international, auquel elle invite à prendre part tous les médecins et les directeurs des asiles d'aliénés de France et de l'étranger. L'époque n'en est pas encore fixée.

Faculté de médecine de Bordeaux.

Le Conseil municipal de Bordeaux, dans sa séance du 5 avril, a approuvé, à une forte majorité, par 24 voix contre 8, le projet de traité entre l'Etat, la Ville, l'Administration des hôpitaux et la fabrique de la paroisse Notre-Dame. Par ce traité, l'Etat cède à l'Administration des hôpitaux la caserne Saint-Raphaël et à la ville la manutention de la rue Mably, en échange des terrains de la rue Vital Carles, où doit être construit l'hôtel du quartier-général du 18e corps. On pense que ce vote aura pour effet d'assurer la prompte installation de la Faculté de médecine. (*Gaz. médicale de Bordeaux*).

Médecins militaires.

Par décret du Président de la République, en date du 4 avril courant, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre :

1° Au grade de *médecin principal* de 1re classe ; M. Cuignet (Ferdinand-Louis-Joseph), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Lille, en remplacement de M. Barudel retraité.

2° Au grade de *médecin principal* de 2e classe. M. Papillon (François-Constant-Edouard), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Rennes, en remplacement de M. Cuignet, promu.

3° Au grade de *médecin-major* de 1re classe. (Choix). M. Bablon (Emile-Pierre), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Lapeyre, décédé ; — (Ancienneté). M. Chauvin (Henri-Jean-Baptiste-Germain), médecin-major de 2e classe, au 111e régiment de ligne, en remplacement de M. Tassard, décédé ; — (Choix). M. Lereboullet. (Léon-François-Camille), médecin-major de 2e classe, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaire, en remplacement de M. Papillon, promu.

Ecole des Infirmiers près l'Hôpital civil de Padoue. — (Gazzetta medica italiana venete, 6 avril 1878)

A plusieurs reprises la *Gazzetta* s'est occupée de cette question, et a appuyé son exécution. Aussi est-elle heureuse de pouvoir annoncer aujourd'hui, que, grâce à l'initiative du professeur Tebaldi et des médecins de l'hôpital civil, l'ouverture de l'Ecole eut lieu le premier du mois courant.

Dans cette séance, après s'être occupé du règlement et de la répartition des matières d'enseignement, M. Tebaldi, lui-même, fit sa première leçon. Il fut assisté par la présidence du conseil des hôpitaux, par plusieurs professeurs, médecins de l'hôpital, et par un grand nombre d'infirmiers en exercice, et d'élèves débutants.

Dans son discours d'ouverture le professeur fit l'historique de la nouvelle institution, nomma les pays dans lesquels elle *fleurit*, les bienfaiteurs, et enfin l'opportunité et l'importance de l'institution des infirmiers : il a insisté sur le rôle important que [illegible] les infirmiers instruits dans le sein des familles, sur les conditions générales que doit avoir un bon infirmier, c'est-à-dire la santé, la vigueur, l'honnêteté, la sobriété, la propreté, la politesse et la discrétion. Ensuite il a parlé de la dignité, et la piété que doit avoir l'infirmier pour comprendre que les humbles services qu'il rend ont pour but de secourir ses semblables.

Ensuite, après avoir énuméré les matières qui seront enseignées, le professeur termina par une chaude péroraison démontrant que toute entreprise honnête et utile doit être couronnée de succès.

L'enseignement durera quatre mois ; pendant lesquels il y aura quatre leçons par semaine. A la fin, les élèves obtiendront un certificat d'assiduité. S'ils passent des examens suffisants, ils obtiendront un certificat de capacité qui leur sera très-utile.

16. Sur les applications pharmaceutiques de la vaseline,

(Lejeune, interne en pharmacie des hôpitaux à la Salpêtrière.)

Dans un article publié par le *Bulletin commercial* dans le courant de décembre dernier, on traçait l'historique et les propriétés générales de la vaseline ; je vais aujourd'hui en donner l'emploi dans les différentes préparations pharmaceutiques, où elle remplace avec avantage l'axonge dont on s'est servi jusqu'à présent.

La vaseline, mélange de plusieurs polymères de l'acétyline, est une substance onctueuse, solide à la température ordinaire, fusible à 35°, bouillante à 150°, incolore si elle est bien purifiée.

Elle est molle, absolument neutre, incapable de rancir, inattaquable par les acides concentrés, et non saponifiable. Plus onctueuse que l'axonge et pénétrant mieux les tissus, elle remplace avantageusement celle-ci pour l'administration des médicaments par voie dermique. Elle est insoluble dans l'eau et dans l'alcool ; soluble dans l'éther, le chloroforme et les corps gras. D'après ces propriétés, quelles sont les préparations où la vaseline peut avantageusement remplacer l'axonge ?

Les pommades médicinales se divisent en trois catégories : 1° les pommades par simples mélanges ; elles sont formées d'un excipient graisseux uni à diverses matières qui lui sont mécaniquement mélangées.

C'est surtout dans cette catégorie de pommades que la vaseline remplacera avec avantage l'axonge, que l'on est obligé de benzoïner ou de populiner pour l'empêcher de rancir : elle pourra servir à la préparation des pommades ophthalmiques au précipité jaune et rouge ; de l'onguent Rhazis, qui rancit très-vite et acquiert de l'âcreté ; de la pommade à l'iodure de potassium qui, si l'axonge n'est pas très-fraîche, se colore au moment même de sa préparation. Les acides libres de la graisse rance se combinent à une partie du potassium et mettent l'iode en liberté, tandis que la vaseline fournit une belle pommade blanche. Pour la préparer on pulvérise aussi finement que possible l'iodure de potassium, on y ajoute la vaseline en triturant, il est inutile d'y ajouter de l'eau avant pour dissoudre le sel.

Iodure de potassium.....	2 grammes.
Vaseline.....	15 grammes.

La pommade au tannin se fait en mélangeant le tannin directement à la vaseline, sans être obligé de le dissoudre avant dans l'eau.

Tannin.....	2 grammes.
Vaseline.....	12 grammes.

© BIU Santé

La pommade au chloral se fait en pulvérisant le chloral et incorporant à la vaseline sans ajouter d'eau.

Hydrate de chloral.....	5 grammes.
Vaseline.....	20 grammes.

Les sels, le perchlorure de fer, les extraits, le goudron, le laudanum, le sous-acétate de plomb, se mélangent très-bien à la vaseline sans l'intermédiaire de l'eau. Les alcaloïdes s'incorporent également bien à la vaseline.

Morphine.....	5 centigrammes.
Vaseline.....	20 grammes.

Cette pommade peut servir dans le pansement des vésicatoires. L'atropine fournit une belle pommade pouvant remplacer les solutions d'atropine qui s'altèrent très-vite.

2° Les pommades par combinaison chimique. Ce sont celles qui résultent d'une action manifeste entre les corps gras et les composés ordinairement d'origine minérale qu'on leur adjoint.

La vaseline ne peut entrer dans la composition de ces pommades, puisqu'elle n'a pas la composition des corps gras, qu'elle n'est pas saponifiable, ni attaquable à froid par les agents oxydants et les acides concentrés.

3° Les pommades par solution. Elles sont obtenues par la solution dans l'excipient graisseux de différents principes.

La pommade iodée s'obtient en triturant l'iode et incorporant à la vaseline; dans cette préparation l'iode se dissout.

Iode.....	1 gramme.
Vaseline.....	15 grammes.

Pour la pommade phosphorée, le phosphore se dissout bien dans la vaseline après une vive agitation, comme dans le procédé à chaud employé pour l'axonge.

Phosphore.....	20 centigrammes.
Vaseline.....	20 grammes.

La pommade au chloroforme obtenue en fondant au bain-marie à la température de 36° la vaseline dans un flacon à large col et bouché à l'émeri, ajoutant le chloroforme, fermant le flacon et agitant vivement jusqu'à refroidissement.

Le chloroforme se dissout entièrement dans la vaseline et fournit un produit homogène de consistance convenable, sans addition de cire.

Chloroforme.....	4 grammes.
Vaseline.....	20 grammes.

Pommade camphrée : pulvériser le camphre et l'ajouter à la vaseline, chauffer jusqu'à complète disparition du camphre et agiter jusqu'à refroidissement.

Camphre.....	3 grammes.
Vaseline.....	10 grammes.

On peut également se servir de la vaseline dans la préparation de l'onguent populeum et du baume tranquille, car elle dissout fort bien les alcaloïdes et les principes actifs des végétaux. La vaseline étant soluble dans l'huile, forme avec elle et la cire un mélange homogène qui peut remplacer les cérats et le cold-cream, et pour la pommade rosat on peut également la colorer en rouge par la racine d'orcanette, dont la matière colorante est soluble dans la vaseline. La vaseline pourrait se trouver par fraude dans certaines essences comme l'essence de rose et celle d'anis.

On en constaterait la présence en traitant l'essence par l'éther qui la dissoudrait entièrement; et en versant dans la solution de l'alcool concentré il se formera un louche, puis un dépôt blanchâtre qui pourra être soit de la vaseline, soit du stéaroptène, partie solide de l'essence qui est insoluble dans l'alcool à froid. Le point de fusion de la vaseline étant supérieur à celui du stéaroptène permettra de l'en distinguer. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 11 avril 1878 on a déclaré 1,113 décès, savoir : fièvre typhoïde, 18; rougeole, 34; scarlatine, »; variole, 3; croup, 34; angine couenneuse, 31; bronchite, 57; pneumonie, 86; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 13; choléra nostras »; dysentérie »; affections puerpérales, 10; érysipèle, 7; autres affections aiguës, 269; affections chroniques, 476 dont 196 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 53; causes accidentelles, 22.

Collége de France. — Après avis de l'assemblée des professeurs du Collége de France, et conformément aux dispositions de l'article 16 du décret du 1er février 1873, le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts a déclaré la vacance de la chaire de médecine. Les candidats de ladite chaire sont avertis qu'ils ont un mois pour produire leurs titres auprès de l'assemblée.

Les chaires de Claude Bernard. — Pour la chaire de médecine du Collége de France, l'assemblée des professeurs présentera sans aucun doute a une grande majorité M. Charcot, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine, et médecin de la Salpêtrière où il a fait de fort beaux travaux sur l'anatomie et les fonctions du cerveau. M. Charcot quittera bien entendu la chaire de la Faculté de médecine, et il est question de donner celle-ci, par voie de permutation, à M. Parrot, professeur d'histoire de la médecine. — Au Muséum d'histoire naturelle, on semble avoir renoncé à pourvoir immédiatement d'un titulaire la chaire de physiologie générale. M. Gréhant, l'un des élèves les plus distingués de Claude Bernard, *serait chargé* du cours. (*Revue scientifique*).

Faculté de médecine. — Les bureaux du secrétariat de la Faculté seront ouverts les mardis 23 avril, mercredi 24, jeudi 25, vendredi 26 et samedi 27, de 9 heures à 4 heures.

Avis aux étudiants. — MM. les étudiants sont prévenus que le stage pour la 9e inscription, s'ils sont aspirants au doctorat, et pour la 5e, s'il s'agit d'aspirants au grade d'officier de santé, peut être fait avant les vacances, c'est-à-dire pendant le trimestre de juillet-août. Le nombre de jours de stage, pendant ce trimestre, exigé par les règlements, est de 56. MM. les étudiants qui se trouvent dans les conditions indiquées ci-dessus, devront donc se faire inscrire dans un hôpital, à partir du 1er juillet, au plus tard.

Avis a MM. les étudiants. — M. le Dr Hallopeau a l'honneur de prévenir MM. les étudiants qu'il n'a plus, à son regret, de bons de thèses disponibles.

Faculté des sciences. — M. Joannis Chatin, maître de conférences, recommencera son cours le 1er mai. Les leçons du second semestre seront consacrées à l'étude des helminthes et auront lieu dans le laboratoire d'anatomie; les personnes qui désireraient y assister, sont priées de vouloir bien se faire inscrire, le plus tôt possible, au secrétariat de la Faculté, à la Sorbonne.

Ecole de médecine de Limoges. — M. Raymond est institué suppléant aux chaires de pathologie externe, de clinique externe et d'accouchement pour une période de neuf années.

Société de médecine de Paris. — Par décret du 5 février 1878, la Société de médecine de Paris, est reconnue comme établissement d'utilité publique. Les statuts en sont approuvés tels qu'ils sont annexés audit décret.

Société nationale et centrale de médecine vétérinaire. — Par décret en date du 16 avril, cette société, établie à Paris, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

Opéra. — M. le docteur Le Roy de Méricourt, médecin suppléant au théâtre national de l'Opéra, est nommé médecin titulaire, en remplacement du docteur Levrat, décédé; — M. le docteur Chéron est nommé médecin suppléant, en remplacement de M. Le Roy de Méricourt, appelé à d'autres fonctions. (*L'Union médicale*).

Nécrologie. — M. le dr Severin Galezowski, ancien professeur à l'Université de Wilna, est décédé, à Paris, le 31 mars, à l'âge de 78 ans.

Vacances médicales. — On demande un médecin dans la commune de Loury (Loiret), 5 communes à desservir, population : 4,800 habitants, clientèle assurée, bonnes routes, médecine cantonale. S'adresser pour renseignements ; à M. le maire de Loury ou à M. de Courcy, conseiller général du canton, 107, rue Saint-Dominique, à Paris. — Poste à prendre, à Fervacques (Calvados), 8 à 10,000 francs de revenu. S'adresser au pharmacien de Fervacques, pour renseignements. — Clientèle à prendre dans la commune de Valdampierre et commune d'Auneuil (département de l'Oise), 12 à 15,000 francs de recette. Pour renseignements, s'adresser à M. Guinguet, maire. — Le maire de Noyen, arrondissement de la Flèche (Sarthe), demande un médecin pour sa commune, qui en est privée. La population à desservir est d'environ 12,000 habitants.

Librairie COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Puy-le-Blanc (Félix). — Du traitement de l'anémie par les eaux thermo-minérales de Royat, grand in-8° de 16 pages. Paris 1878.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'Ecole-de-médecine.

Fernet (Ch.). — De la pneumonie aiguë et de la névrite du pneumogastrique, pathogénie de la pneumonie, in-8° de 16 pages. Paris 1878.

Librairie G. MASSON, Boulevard Saint-Germain.

Dieulafoy (G). — De la thoracentèse par aspiration dans la pleurésie aiguë. Grand in-8° de 64 pages, prix 2 fr. Paris, 1878.

Librairie Henri REY, 14, rue Monsieur-le-Prince.

Pachot (L.-C.). — Des différentes espèces d'œdème des membres inférieurs chez les phthisiques et en particulier de l'œdème consécutif à la pneumonie chronique péri-tuberculeuse. Grand in-8° de 54 pages, Paris, 1878.

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — *Chirurgie*. Service de M. Cusco. Consultations, mardi et samedi. Organes des sens et de la voix, jeudi. Le public est prévenu qu'il y a des conférences cliniques à l'Hôtel-Dieu. — Salle Sainte-Agnès : 1, varices ulcérées (traitement suspension); 2, urétrite (injection de nitrate d'argent); 4, mal de Pott dorsal, abcès dorsal; 4 *bis*, déchirure du périné post puerpéral; 5, fracture sous-trochantérienne du fémur (col chirurgical); 5 *bis*, mal de Pott dorsal; 6, contusion de la région trochantérienne; 9,

© BIU Santé

polype uréthral? 10, panaris anthracoïde; 11, sacro-coxalgie; 12, abcès du sein droit en bouton de chemise (superficiel et parenchymateux); 13, abcès parenchymateux; 13 *bis*, carie de l'extrémité inférieure du tibia (évidement) et cystite purulente; 14, fracture du milieu de la cuisse (enfant de 7 mois). — Crèche : 15, 16, abcès parenchymateux du sein (drainage multiple); 17, tumeur érectile artérielle de la joue gauche (enfant de 3 mois, ignipuncture); 18, escharre du sein gauche; 19, engorgement utérin; 20, leucorrhée post-puerpérale.

Service de M. le professeur Richet. (Incessamment la reprise des leçons cliniques). — Salle Saint-Julien : 6, fistule à l'anus non tuberculeuse; 12, mal perforant du gros orteil; 16, hémorrhoïdes opérées par la *pince-cautère*; 20, disjonction épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur.

Service de M. Gueneau de Mussy. — Salle Saint-Charles (H.) : 1, hémiplégie gauche; 3, tumeur cérébrale, hémiplégie gauche, tremblement réflexe des deux membres inférieurs; 4, atrophie musculaire et paraplégie; 2, adénie et leucocythémie; 7, péritonite consécutive à une typhlite. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 1, insuffisance et rétrécissement aortique; 2, trachéotomie dans un cas de laryngite diphthéritique de l'adulte, *guérison*; 14, pleurésie, pectoriloquie aphonique.

Hôpital de la Charité. — Chirurgie. Service de M. Gosselin. — Salle Sainte-Vierge : 8, bubon strumeux de l'aine; 10, périostite albumineuse; 12, hypertrophie de la pyramide de Lalouelle; 18, tarsalgie; 26, tubercules du testicule; 27, kératite phlycténulaire; 31, tarsalgie; 38, tumeur blanche tibio-tarsienne; 41, épididymite; 45, arthrite traumatique du genou avec soupçon d'arrachement du bord supérieur de la rotule.

Service de M. Trélat. — Salle Saint-Jean : 2, fracture de jambe; 6, fracture de la rotule; 9, carie costale; 13, perforation palatine; 15, tumeur lacrymale; 20, hydrocèle [illegible]. — Salle Sainte-Rose : 2, abcès froid de la cuisse gauche; 3, ostéite raréfiante du maxillaire inférieur; 7, fistule de l'anus; 10, strabisme; 16, arthrite blennorrhagique du pied droit.

Médecine. Service de M. Empis. — Salle Saint-Michel : 2, scarlatine; 5, hémiplégie avec accès épileptiformes chez un tuberculeux; 9, pneumonie; 16, paralysie générale progressive; 19, pleurésie droite; 21, néphrite parenchymateuse. — Salle Sainte-Marthe : 1, rhumatisme chronique, insuffisance mitrale; 3, chorée hystérique; 9, insuffisance mitrale, athérome, cancer de l'estomac; 21, mal de Pott cervical, sclérose latérale : 29, dysenterie.

Service de M. Hardy. — Salle Saint-Charles : 6, cachexie paludéenne; 7, pleurésie droite; 11, emphysème, dilatation du cœur droit; 15, pleurésie chronique; 16, atrophie musculaire progressive; 22, emphysème et tuberculose pulmonaire; 13, tumeur cérébrale. — Salle Sainte-Anne : 2, myélite, décubitus acutus : 5, phthisie rapide; 6, 13, paralysie générale; 14, diabète sucré; 21, sclérose en plaques; 23, chlorose; 24, insuffisance mitrale; foie cardiaque; 25, maladie aortique; 26, tabes dorsal.

Service de M. Bourdon. — Salle Saint-Basile : 4, paralysie générale; 5, hystérie; 13, pleurésie; 13 *bis*, hystérie, chlorose-tuberculose; 18, ramollissement cérébral; 20, insuffisance mitrale, — Salle Saint-Louis : 15, sclérose en plaques; 25, pneumonie; 28, fièvre typhoïde.

Service de M. Laboulbène, suppléé par M. d'Heilly. — Salle Saint-Félix : 1, pneumonie; 2, péritonite tuberculeuse; 6, embarras gastrique; 7, pleurésie tuberculeuse; 10, emphysème; 12, albuminurie; 14, insuffisance mitrale; 15, pneumonie, 20, tremblement saturnin; 21, rhumatisme articulaire; 22, pneumonie; 23, rhumatisme articulaire; 25, pleurésie. — Salle Saint-Vincent : 2, albuminurie; 6, 13, rhumatisme; 16, emphysème, dilatation cardiaque; 21, rhumatisme, endocardite; 24, emphysème.

Service de M. Vulpian, suppléé par M. Dieulafoy. — Salle Sainte-Madeleine; 4, tuberculose, adénopathie bronchique, compression de la bronche gauche; 4 *bis*, rhumatisme articulaire subaigu, rétrécissement et insuffisance mitrale et aortique; 15, hystérie et contractures; 22, ataxie locomotrice progressive; 23, chlorose, ictère catarrhal. — Salle Saint-Jean-de-Dieu : 3, ancienne suppuration osseuse, lésions des reins et de l'intestin, tuberculisation des sommets; 4, athérome, asystolie; 8, myélite chronique; 11, pneumonie en voie de résolution; 13 *bis*, zona des lèvres; 17 *bis*, vomique pleurale fétide; 21, rhumatisme articulaire et musculaire, péricardite.

Hôpital temporaire. — Service de M. Grancher. — Salle Saint-Julien : 2, rhumatisme blennorrhagique; 19, rétrécissement mitral; 23, carcinôme du foie; 26, rhumatisme articulaire; 35, ictère catarrhal; 40, cancer utérin. — Salle Sainte-Thérèse : 2, pneumothorax; 5, ataxie locomotrice; 12, lésion trophique du pied; 17, atrophie musculaire progressive; 20, pleurésie avec congestion pulmonaire; 28, syphilis cérébrale.

Service de M. Gougenheim. — Sainte-Geneviève : 4, sclérose en plaques; 6, néphrite interstitielle; 11, néphrite épithéliale, syphilis secondaire; 15, cirrhose, angine granuleuse; 26, gommes syphilitiques chez un scrofuleux; 17, dilatation bronchique. — Sainte-Marthe : 11, paralysie saturnine; 9, pneumonie du sommet; 13, insuffisance mitrale; 15, mal de Pott cervical; 21, rétrécissement de l'œsophage, paralysie des cordes vocales. — Saint-Joseph : 4, pleurésie gauche; 7, pneumonie; 10, insuffisance mitrale; 20, tuberculose intestinale; 34, chlorose; 27, néphrite interstitielle.

Service de M. Andhoni. — Salle Sainte-Anne : 2, cancer du larynx; 4, épilepsie, polyurie; 6, insuffisance mitrale; 7, atrophie musculaire progressive; 10, myélite; 11 rhumatisme blennorrhagique, iritis; 17, ataxie locomotrice; 19, chorée; 27, méningo-encéphalite diffuse; 18, épilepsie. — Saint-François : 8, pneumonie du sommet; 19, polype utérin; 11, chorée rhythmique; 20, hystérie; 26, pneumonie catarrhale; 28, insuffisance mitrale. — Sainte-Marie (crèche) : 1, bronchite spécifique; 3, abcès des parois abdominales; 13, paralysie du moteur oculaire commun, otite, mé[illegible]gite; 23, coqueluche.

Service de M. [illegible]. — Sainte-Hélène : 1, myosite syphilitique du masséter; 12, rhumatisme blennorrhagique, [illegible] mitrale; 20, broncho-pneumonie; 21, ataxie; 28, pleurésie droite; 27, paralysie saturnine. — Saint-Jean : 9, pleurésie gauche; 20, rétrécissement mitral; 21 grossesse, albuminurie; 25, corps fibreux utérin. — Saint-Louis : 6, rougeole; 7, cancer de l'estomac; 9, rhumatisme blennorrhagique; 12, atrophie musculaire progressive; 15, maladie de Corrigan; 20, paralysie générale; 23, kyste de l'ovaire.

Service de M. Gouraud. — Sainte-Ludivine : 1, insuffisance mitrale; 5, alcoolisme, ulcère simple de l'estomac; 6, insuffisance mitrale; 13, mal sous-occipital, rétrécissement et insuffisance mitrale; insuffisance aortique; 16, paralysie saturnine des extenseurs; 17, sciatique; 25, stomatite aphtheuse; 30, fièvre tierce, syphilis. — Sainte-Catherine : tuberculose pulmonaire; pleurésie; 5, dothiénentérie; 6, rhumatisme articulaire; 15, ramollissement cérébral. — Saint-Barthélemy : 4, rhumatisme blennorrhagique; 8 rhumatisme articulaire; 14, pelvi-péritonite; 34, paralysie généralisée consécutive à la scarlatine; 36, insuffisance mitrale; 21, cancer utérin; 26, aphasie; 28, cancer utérin.

Service de M. Marchand. — Salle Saint-André : 1, phlegmatia alba dolens; 5, ulcère, lymphangite, abcès angioleucitique, épithélioma de la langue; 15, pseudarthrose, ancienne fracture de l'avant-bras; 17 fracture de l'avant-bras; 26, fracture de cuisse, fracture compliquée de jambe; 32, hydro-hématocèle suppurée; hydrocèle enkystée double; 44, mal perforant.

Hôpital de Lourcine. — Salle Saint-Louis : Clinique du samedi. 14, Rétroversion avec légère rétroflexion. Métrite chlorotique parenchymateuse généralisée. — Pelvi-péritonite; adénite pelvienne gauche due à une lym-

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre par. Chaque **Dragée** du Dr Clin renferme 0,10 Camphre par.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie, 14, rue Racine, Paris.**

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence de Santal**, associée au Copahu et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

Nota. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

Gros : chez **Clin et Cie, 14, rue Racine, Paris.** — Détail : **10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.**

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du Dr **Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du Dr **Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr **Rabuteau** destiné aux enfants.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du Dr **Clin.**

Conférences de Clinique chirurgicale, faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

© BIU Santé

phangite ayant donné lieu à un phlegmon du ligament large gauche. 20, Syphilis, trois chancres indurés. 23, Syphilis : chancre induré de la petite lèvre gauche ; accidents secondaires. Pédérastie. — Prolapsus du vagin avec cystocèle. Métrite chronique généralisée. 24, Syphilis : chancres herpétoïdes multiples. — Atrésie incomplète du col, consécutive à une leucorrhée de l'enfance. 27, Ovarite droite. Endométrite du col. — Lymphangite droite, phlegmon du ligament large. 30, syphilis : plaques syphilitiques de la vulve. Plaque blanche syphilitique de la lèvre postérieure du col. Vaginite granuleuse avec métrite. 34, Ancienne syphilis. — Pelvi-péritonite gauche, phlegmon du ligament large. Endométrite du col. Antéversion.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

PILULES DELAUNAY au Phosphate de Fer et de Manganèse. — Assimilation complète ; pas de Constipation.

ÉLIXIR DELAUNAY au Quinquina. Une cuillerée à bouche, soit 20 g. de cet Elixir, représente 0,20 extr. de quinquina jaune calisaya.

Pour la vente en gros : A la Pharmacie, 3, rue de la Madeleine, à Troyes.
Dépôt à Paris : Société française, 11, rue de la Perle.

GRANULES FERRO-SULFUREUX DE J. THOMAS

Chaque granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'**hydrogène sulfuré** et le **fer à l'état naissant** sans **éructations** ni **troubles** d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris — Pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie — Paris

ACIDE SALICYLIQUE BREVET KOLBE

SEULS CONCESSIONNAIRES, SEULS FABRICANTS

SCHLUMBERGER & CERCKEL, 26, rue Bergère, PARIS.

MÉDICAMENTS Salicylés PRÉPARÉS

RHUMATISMES..... **SALICYLATE de SOUDE** dosé à 50 c°.
GOUTTE, GRAVELLE. **SALICYLATE de LITHINE**, pil. 10
SALICYLATE DE QUININE, paquets..... 10
ACIDE SALICYLIQUE MÉDICINAL, pilules..... 10
RHUME, Affections de la Gorge, PASTILLES SALICYLÉES.
VIN Tonique SALICYLÉ. — Ouate, Glycérine SALICYLÉES.

Par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, r. du Faubourg-Montmartre, 21, PARIS.

EAU FERRUGINEUSE ACIDULE, GAZEUSE **D'OREZZA** (CORSE)

Contre GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE, etc.

CONSULTER MESSIEURS LES MÉDECINS.

BROMURE de ZINC

SIROP — 50 centigr. par cuillerée à soupe.
PILULES — contenant 20 centigrammes.
PILULES ARSENICALES — contenant 5 centigr. Br. de Zinc et 1 mill. Br. d'arsen.

Très-utile dans les cas de *Saturation* ou d'*Anémie bromurique*, le Br. de Zinc est beaucoup plus actif que le Br. de Potassium. — Doses de 0,20 à 4 gr. par jour. — FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — PARIS.

D'après l'opinion des Professeurs

BOUCHARDAT — *Tr. Pharm.* page 800.
GUBLER — *Comment. du Codex*, page 813.
TROUSSEAU — *Thérapeutiq.*, page 214.

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT

est un névrosthénique et un puissant sédatif

DES **NÉVROSES**, DES **NÉVRALGIES**, DU **NERVOSISME**

Une cuillerée à café, matin et soir, dans un demi-verre d'eau sucrée.

THÉ SAINT-GERMAIN (Codex, p° 538) **DE PIERLOT** : Purgatif sûr et agréable.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

Vacance médicale. — La commune de Bèze (Côte-d'Or) demande un médecin. Indemnité annuelle, 800 fr., gros bourg, environné de villages importants. Site très-agréable. Bonne clientèle. — Ecrire au maire.

Vacance médicale. — Saint-Pol (Pas-de-Calais). On demande un jeune docteur de la Faculté de Paris, de préférence républicain, à qui serait assurée, comme début une somme de 1,600 fr. avec le titre de médecin du bureau de bienfaisance et médecin des épidémies. — S'adresser chez M. G. Graux, 29, rue de Caumartin.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir de Bromoxine. (1 mill. par cuil.)
Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.
LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, PARIS.

SOLUTION BOURGUIGNON

au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas. — *Dans toutes les pharmacies.*

Le SIROP BOURGUIGNON jouit des mêmes propriétés, et s'emploie surtout pour les enfants.

MÉDICATION PROPYLAMIQUE

DRAGÉES MEYNET D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE

180 dragées, 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Une Dragée MEYNET remplace 2 cuill. à bouche d'huile. Paris, Ph., 31, r. d'Amsterdam, et princ. pharm.

AVIS A MM. LES ÉTUDIANTS

Une remise importante est toujours continuée à la Pharmacie PENNÈS et PÉLISSE, rue des Écoles, 49, Paris. (*Prière de montrer sa carte pour éviter les questions*).

EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE

RÁKÓCZY DE BUDE

EXIGER RIGOUREUSEMENT ÉTIQUETTE BLEUE

La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.
25 gram. de Sulfate de Magnésie } par litre.
20 gram. de Sulfate de Sodium }
Se prend à très-petites doses.

Loser Frères, propriétaires à Budapest (Hongrie)

DÉPÔT GÉNÉRAL A PARIS : CHEZ JEAN SEWARÇOW
35 bis, Rue de Trévise, 35 bis.

En vente : Chez tous les Marchands d'Eaux minérales, et Pharmaciens de Paris et de province.

DRAGÉES BLOT au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opiat*, Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à Toulouse : toniques, dépuratives, anti-blennorragiques, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires*, catarrhe vessie. Bte 4f, fco 4.20.

Pour éviter imitation exiger : E. Blot

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

M. GALLEPIE, pharmacien, 50, *rue Monge*, fera une remise spéciale à MM. les Étudiants, sur les **Dragées Blot** et sur tous les médicaments en général.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 17. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 27 AVRIL 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. CADET DE GASSICOURT.

Diphthérie prolongée; — Fausses membranes pendant 50 jours ; — Trachéotomie ; — Rougeole contractée dans les salles ; — Influence de la rougeole sur la cicatrisation de la plaie ; — Broncho-pneumonie ; — Mort.

Leçon clinique recueillie par ET. GOLAY, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je désire vous présenter aujourd'hui l'histoire d'une victime du régime nosocomial, c'est-à-dire vous parler d'un enfant qui, selon moi, ne serait pas mort s'il eût été soigné en dehors de l'hôpital, ou même si, au lieu de rester dans nos salles communes de malades, il eût pu être placé, à son entrée, dans le bâtiment d'isolement, que l'administration nous fait attendre depuis si longtemps.

Ce jeune garçon, vous avez tous pu l'observer au lit n° 13 de la salle Saint-Joseph, où il est resté couché fort longtemps. En effet, entré à l'hôpital le 3 novembre de l'année dernière, il n'est mort qu'avant-hier 15 janvier, emporté par une complication pulmonaire qui n'était elle-même que la conséquence de divers autres accidents antérieurs, dont la succession, malheureusement beaucoup trop commune dans nos salles, nous a paru assez intéressante pour faire le sujet d'une leçon. En effet, comme vous allez le voir, il est difficile de passer par plus de phases que cet enfant et de présenter successivement à l'étude du médecin plus de manifestations morbides.

Bien constitué en apparence, ne présentant aucune manifestation du rachitisme ou de la scrofule, ce jeune garçon, âgé de quatre ans, est issu de parents qui jouissent habituellement d'une bonne santé. Atteint depuis quelques jours de laryngite pseudo-membraneuse, contractée en ville, il a été amené dans nos salles par ses parents et reçu d'urgence par l'interne de garde, dans la journée du 3 novembre dernier et dès le 4, à deux heures du matin, on était obligé, en raison du nombre et de l'intensité croissante des accès de suffocation, de pratiquer la trachéotomie. L'opération, très-bien et rapidement faite par l'interne de garde, n'a été l'occasion d'aucun accident, sauf cependant une légère hémorrhagie qui a été facilement arrêtée par l'introduction de la canule. Ajoutons que, dès l'ouverture de la trachée, une fausse membrane a été rendue.

Le même jour, 4 novembre, à la visite du matin, nous avons constaté nous-même les phénomènes suivants : La gorge, seulement un peu rouge, n'est le siége d'aucune fausse membrane, et la palpation attentive des régions sous-maxillaires ne permet de découvrir qu'un ganglion du côté gauche, dont le volume soit anormal. La poitrine, sonore dans toute son étendue, ne laisse entendre à l'auscultation que quelques gros ronchus certainement étrangers à la présence de la canule. L'enfant a un peu d'albumine dans son urine et une diarrhée verte assez abondante. Selon ma manière habituelle de procéder qui, consiste, une fois que les voies aériennes sont ouvertes par la trachéotomie, à mettre de côté la médication dite spécifique, pour prescrire un traitement exclusivement tonique, j'ordonnai de l'extrait de quinquina et une potion alcoolique.

Les trois jours suivants (5, 6, 7 novembre) et particulièrement dans la journée du 6, le petit malade a été en proie à une agitation assez grande. C'est aussi le 6 novembre, deux jours après l'opération, que nous avons remarqué que la canule était sèche et un peu noire dans le voisinage de son pavillon, dans le point qui est en contact direct avec la plaie. Cette coloration, indice d'une gangrène superficielle de la surface de section des tissus, n'a qu'une importance très-restreinte au point de vue du pronostic et, soit dit en passant, ne réclame pas d'autres soins que quelques pulvérisations d'eau tiède à la surface de la plaie.

Somme toute, tout allait assez bien, quoique la respiration fût un peu obscure, lorsque le 7, nous constatâmes la présence d'un rash scarlatiniforme sur le dos et les cuisses de l'enfant. Ce genre d'accident, qu'il est très-important de bien connaître, en raison de sa fréquence dans le jeune âge et des erreurs de diagnostic dont il peut être l'occasion, se montrait chez notre petit malade, sous forme d'une éruption pointillée rose pâle, qui, selon les habitudes des rashs, s'accompagna d'une légère élévation de la température et disparut au bout de vingt-quatre heures.

Le 8, quatre jours après l'opération, l'enfant commence à manger. La plaie du cou est superbe, la canule brillante, et nous ne constatons aucune complication du côté des poumons; le pronostic paraît très-favorable. Aussi, commençons-nous à enlever la canule, d'abord pendant une demi-heure, puis progressivement un peu plus longtemps les jours suivants. Le 13 novembre, l'enfant reste cinq heures sans canule. L'albumine avait alors disparu et la diarrhée verte avait cessé. L'enfant paraissait donc dans d'excellentes conditions pour guérir. Aussi, est-il bien évident que si l'hôpital a été complétement étranger à l'éclosion de la diphthérie, pour laquelle l'enfant est entré dans nos salles, c'est cependant au régime nosocomial seul qu'il faut imputer toute la série des accidents qui, se montrèrent à partir de cette époque, et altérèrent à tel point la santé de l'enfant qu'ils le conduisirent finalement à la mort. Vers le 14, la diphthérie au lieu de s'éteindre renaît, et, à partir de ce jour, les fausses membranes se reproduisent successivement avec une opiniâtreté désespérante.

Nous entrons dans la seconde phase de la maladie.

Le 15, nous constatons que la respiration est un peu obscure du côté droit et nous sommes obligés de remettre la canule, une heure après son ablation, pour parer à l'éventualité de nouveaux accès de suffocation. Immédiatement, le petit malade rend, dans un effort de toux, une fausse membrane de 1 centimètre de long ; immédiatement aussi, la respiration redevient normale et aussi ample d'un côté de la poitrine que de l'autre. Nous concluons de ce fait que la fausse membrane, qui n'était pas tubulée, devait occuper la bronche droite.

Le lendemain, 16 novembre, l'enfant reste sans canule pendant trois heures; la plaie est devenue le siége d'un bourgeonnement très-actif, elle s'est fortement resserrée ; aussi l'enfant étant subitement pris de dyspnée et menacé de suffocation, la sœur du service se voit-elle obligée d'introduire en hâte la canule de Bourdillat. Immédiatement l'enfant rend une fausse membrane sanguinolente. Deux heures plus tard, la canule de Bourdillat est remplacée par une canule ordinaire.

Les jours suivants ne se signalent par aucun phénomène particulier ; l'enfant est calme, il a de l'appétit, sa plaie a bon aspect, mais il ne peut rester sans canule ; aussitôt qu'on l'enlève, il s'agite et suffoque. Cependant, aucune nouvelle fausse membrane n'est expulsée. Le 26 novembre, vingt-deux jours après l'opération, nous tentons un nouvel essai, et l'enfant reste sans canule pendant une heure et demie. Aussitôt la plaie se resserre, mais sans être l'occasion d'une dyspnée considérable. La respiration est cependant un peu obscure du côté droit ; on introduit la canule de Bourdillat et on la remplace une heure après par une canule ordinaire n° 2. Aussitôt un morceau de fausse membrane est expulsé, mais il est évident qu'il ne s'agit que

© BIU Santé

d'un débris et que les fausses membranes persistent dans la bronche droite, car l'obscurité du murmure vésiculaire de ce côté, n'a pas complétement cessé. Malgré tout, l'enfant conserve sa gaieté et son appétit; mais le 27 novembre au soir, la canule étant en place, il est pris d'un accès de suffocation suivi de cyanose. Le 28 au soir, les mêmes accidents se reproduisent et il devient évident qu'ils sont dus à la présence de fausses membranes dans la trachée, car la respiration est obscure aussi bien du côté gauche que du côté droit. L'obstacle mécanique à l'entrée de l'air dans les poumons était manifeste, mais suivant nous, l'élément spasmodique a aussi joué un rôle dans la suffocation, car les jours suivants, où la respiration ne fut ni plus ni moins obscure que le 27 et le 28, les accès de suffocation, avec spasme et cyanose, ne se renouvelèrent pas.

Le même état se prolonge sans changement notable, jusqu'au 5 décembre (trente-troisième jour après l'opération). Ce jour-là, une fausse membrane longue, épaisse, mais non tubulée est rendue. A partir de ce moment, une amélioration sensible se prononce; la respiration peu à peu devient pure et le 11 décembre (quarante-et-unième jour de la maladie, trente-huitième après l'opération),la canule est définitivement enlevée. Le 14 décembre, il ne reste plus comme plaie qu'un petit pertuis, qui semble devoir se cicatriser très-rapidement, car il n'est appréciable que dans les efforts de toux, au léger courant d'air qu'on perçoit à son niveau.

A ce moment, je considérais l'enfant comme guéri, et, je songeais déjà au jour de son départ, lorsque le lendemain, 15 décembre, la toux redevient fréquente, la dyspnée reparaît et l'on entend de nouveau à l'auscultation des râles ronflants et sous-crépitants, dans toute l'étendue de la poitrine. Je craignis une nouvelle complication pulmonaire. Je me gardai bien de faire appliquer un vésicatoire qui pouvait devenir l'origine d'une poussée de fausses membranes sur la surface ulcérée de la peau. J'évite même dans ces conditions, les applications de teinture d'iode, qui peuvent à la rigueur donner lieu au même accident. Je me contentai de prescrire cinq centigrammes de kermès, de l'extrait de quinquina et une potion de Todd. Les jours suivants, l'enfant fut grognon, abattu et sujet à des vomissements ; il présenta une élévation notable dans sa température (40°). C'est alors qu'une nouvelle fausse membrane se montra dans la narine droite et y persista pendant quatre jours. Quelle était la cause des symptômes fébriles et pulmonaires? Étaient-ils dus à une nouvelle affection ou bien à un retour offensif de la diphthérie,sous forme de broncho-pneumonie? Je pouvais difficilement admettre cette dernière hypothèse, car je n'ai jamais vu la *diphthérie prolongée*, donner lieu à un pareil cortége de symptômes et particulièrement à une température aussi élevée, tandis que je l'ai souvent vue, rester parfaitement compatible avec un état de santé parfaite en apparence. Et, en effet, comme nous le verrons dans un instant, ces phénomènes fébriles n'étaient que l'indice d'une nouvelle complication; ils annonçaient l'invasion d'une rougeole.

Avant de continuer l'histoire de notre petit malade, qu'il me soit permis, Messieurs, de vous faire remarquer avec quelle opiniâtreté les fausses membranes diphthéritiques sont sujettes à se renouveler; nous sommes au cinquantième jour de la maladie et nous en constatons encore. Ce sont ces cas qu'on a désignés sous le nom de *croup chronique* ou de *diphthérie prolongée*.

Jusqu'au 20 décembre,Messieurs,la diphthérie seule était coupable de tous les accidents; à partir de cette époque, ce n'est plus l'affection pseudo-membraneuse , c'est l'hôpital qu'il faut accuser de toutes les complications qui vont survenir dans l'état de notre petit malade. La diphthérie ne demandait pas mieux que de guérir, mais, le 15 décembre, l'enfant est subitement pris de tous les symptômes caractéristiques de la rougeole à sa période d'invasion et, le 20, une éruption rubéolique apparaît sur la face. Il est évident que c'est à l'hôpital que l'enfant a contracté cette maladie, puisqu'il y avait déjà six semaines qu'il était dans nos salles et que la rougeole ne présente jamais une période d'incubation aussi longue. L'éruption est discrète, très-pâle et dès le troisième jour au matin, l'exanthème commence déjà à pâlir, tandis que la température tombe à 38°. Enfin, deux jours plus tard, l'éruption fait place à des taches brunes, aussi peu accusées que l'avait été l'exanthème lui-même.

Mais malgré le peu d'intensité de cette rougeole, le petit malade reste à la suite très-affaissé ; il est plongé dans un état de langueur et d'abattement remarquables ; il paraît triste, indifférent à tout ce qui l'entoure; on ne voit plus, comme autrefois, un sourire égayer de temps en temps son visage, qui est pâle et exprime la tristesse; ses yeux sont vagues, ses traits tirés ; l'appétit est aboli et les lèvres sont recouvertes d'un enduit noirâtre, mélange de mucus et de sang desséchés.

Ces phénomènes, qui sont évidemment le résultat de la profonde atteinte, portée à l'état général de l'enfant par la maladie fébrile, ne sont pas la seule conséquence imputable à la complication morbilleuse ; il en est une autre sur laquelle je désire attirer votre attention. Dès la période d'invasion, au moins quarante-huit heures avant l'apparition de l'éruption rubéolique, la plaie du cou qui, comme nous l'avons déjà dit, s'était peu à peu fermée, au point de ne plus laisser qu'un pertuis presque inappréciable, la plaie, dis-je, s'est rouverte. Elle s'agrandit peu à peu et devient finalement suffisamment large pour recevoir de nouveau une canule à trachéotomie. Bien qu'elle n'ait pas mauvaise apparence, elle ne paraît avoir aucune tendance nouvelle à la cicatrisation. Ce phénomène, conséquence à peu près inévitable du mauvais état général, peut s'observer dans le cours de toutes les maladies graves. Comme la plupart de mes confrères, j'ai cherché plusieurs fois à raviver localement le travail de réparation par des topiques appropriés, le jus de citron, la poudre de quinquina, les cautérisations au fer rouge, etc., mais je n'ai jamais rien pu obtenir par ces moyens, quand je ne modifiais pas en même temps l'état général du sujet qui est la cause première du mal.

A ce moment, les parents désespérés, croyant que leur enfant s'ennuyait à l'hôpital, pensèrent devoir l'emmener chez eux; mais il ne s'était pas écoulé quarante-huit heures, qu'ils se voyaient obligés de le ramener encore plus malade qu'avant son départ.

C'est à ce moment que commence la troisième phase de la maladie.

L'enfant est très-affaissé ; les narines et les lèvres sont couvertes de croûtes noirâtres ; la face est pâle, la respiration anxieuse et rapide (44 resp.), le pouls régulier, mais fréquent (124). A la percussion, sonorité dans toute l'étendue de la poitrine ; à l'auscultation, râles sous-crépitants fins et moyens, abondants aux deux bases en arrière, peu nombreux dans les sommets, en dehors et en avant. La plaie toujours pâle et sans tendance à la cicatrisation, n'a cependant pas mauvais aspect.

Les jours suivants (commencement de janvier) l'affaissement augmente, l'état général revêt des caractères de plus en plus fâcheux. Les signes stéthoscopiques varient d'un jour à l'autre; les râles sous-crépitants sont plus ou moins fins, plus ou moins étendus, plus ou moins nombreux aux deux bases, mais pas de souffle, et la sonorité reste complète dans toute la poitrine. Quelque peu caractéristiques que soient ces signes, je diagnostiquai, dès ce moment, une broncho-pneumonie, et, comme je ne pouvais, par l'auscultation et la percussion, me rendre compte ni de la situation, ni de l'étendue exacte des points enflammés, je pensai qu'il existait au centre des poumons, et, particulièrement dans un lobe inférieur, peut-être même dans les deux (siége de prédilection de la pneumonie lobulaire), plusieurs noyaux disséminés de broncho-pneumonie. Mais cette inflammation était-elle simple, ou était-elle née sous l'influence d'une épine, la tuberculose pulmonaire? C'est ce que je discuterai plus loin. Quoi qu'il en soit, le 9 janvier au soir, la température monte à 41° et s'y maintient le 10 au matin; nous constatons alors, au niveau du mamelon droit et un peu en

© BIU Santé

dehors de lui, un souffle très-net, quoique non tubaire, accompagné de râles sous-crépitants fins très-abondants, qui augmentent dans les efforts de toux et qui se prolongent, en diminuant de nombre et d'intensité, presque jusqu'à la clavicule. A ce niveau, la respiration est encore manifestement soufflante. La percussion donne de la submatité au voisinage du mamelon, siége du souffle, et une tonalité simplement un peu élevée au-dessous de la clavicule. En arrière et à droite, nous ne constatons que quelques râles sous-crépitants disséminés. La respiration est assez pure dans toute l'étendue du poumon gauche. L'on voit donc que la broncho-pneumonie, qui d'abord ne s'était pas manifestée par ses symptômes propres (submatité et souffle), parce qu'elle était disséminée dans les parties centrales et profondes du poumon, finit par se fixer, s'installer dans un point plus superficiel et devint accessible au doigt et à l'oreille, en avant, au niveau de la base du lobe moyen du poumon droit. Ce siége de la broncho-pneumonie n'est pas rare, bien que West ait avancé que lorsqu'on n'a rien trouvé en arrière, il est inutile de chercher en avant. J'ai même eu plusieurs fois l'occasion de constater des noyaux de broncho-pneumonie en avant, alors que l'auscultation restait muette en arrière.

Les jours suivants, les signes stéthoscopiques restent sensiblement les mêmes. Seulement les râles dans le voisinage du mamelon droit deviennent plus fins, et, par leur mélange au souffle, donnent la sensation de râles cavernuleux; en même temps la matité s'accentue au même niveau.

Les 12, 13, 14 janvier, l'affaissement augmente et la plaie du cou, qui peut, en quelque sorte, être regardée comme le miroir de l'état général du malade, se présente avec une apparence blafarde et des bords complétement décollés.

Enfin, avant-hier 15 janvier, l'enfant après une nuit très-agitée, se montre à nous avec tous les caractères d'une fin très-prochaine. La face est d'une couleur cadavérique, les lèvres sont sèches et noirâtres, les ailes du nez animées de battements. La dyspnée est considérable, le pouls, très-rapide, bat 152 fois par minute. Cependant, les signes stéthoscopiques sont en avant sensiblement les mêmes que la veille; seulement, en arrière, au niveau de la partie moyenne du poumon droit, nous constatons de plus, des bouffées de râles sous-crépitants fins. L'enfant meurt dans la journée.

S'agissait-il d'une broncho-pneumonie simple ou d'une broncho-pneumonie tuberculeuse? Je crois à une broncho-pneumonie simple, parce que les antécédents de cet enfant sont excellents, et que s'il eût été en puissance de tuberculose, celle-ci n'eût pas attendu pour se manifester, l'éclosion de la rougeole; elle se serait vraisemblablement déjà montrée dans le cours de la diphthérie qui, chez notre jeune malade, a été si longue et si opiniâtre.

Cette manière de voir vous étonnera peut-être un peu, Messieurs, car vous lisez dans les livres classiques que la rougeole est une des causes les plus fréquentes de la tuberculose chez l'enfant. Je ne veux pas insister ici sur ce point, qui m'entraînerait dans de trop longs développements, mais je tiens pourtant à vous dire que cette genèse n'est pas, pour moi, d'une exactitude rigoureuse; je pense que la rougeole n'est pas la cause initiale de la tuberculose; mais que, en la faisant naître, elle joue le rôle, comment dirais-je? d'un *agent provocateur*, et vous savez que ces agents ne font lever d'ordinaire que les passions qui fermentent.

Il ne me reste plus, Messieurs, qu'à vous montrer les pièces pathologiques qui viennent de m'être apportées. Nous allons voir ensemble si elles confirment ou si elles infirment le diagnostic porté sur le vivant. Je peux vous dire d'avance que je ne crains pas leur témoignage, et qu'un seul point peut-être reste encore douteux: la présence ou l'absence des tubercules au sein de la broncho-pneumonie. Les raisons que je vous ai données pour repousser l'idée de tuberculose sont du domaine de l'induction, et, jusqu'à un certain point, trompeuses; les preuves de la broncho-pneumonie, au contraire, sont la conséquence logique de déductions scientifiques, et méritent une absolue confiance. Nous allons trouver, je n'en doute pas, une concordance absolue entre les lésions cadavériques et les signes observés pendant la vie, et si je me suis trompé, ce sera non en diagnostiquant une broncho-pneumonie, mais en ne diagnostiquant pas une broncho-pneumonie tuberculeuse; car, tuberculeuse ou non, la broncho-pneumonie existe.

Vous voyez que la trachée et les grosses bronches ont conservé leur coloration presque normale, tandis que les bronches moyennes et petites sont, surtout à droite, fortement vascularisées, rouges et remplies de muco-pus. Ces lésions vous expliquent les râles sous-crépitants fins que nous avons entendus le matin même de la mort, et l'abondance du muco-pus vous donne la raison de l'asphyxie rapide à laquelle l'enfant a succombé.

Vous vous rappelez la matité, le souffle, les râles fins que nous avons entendus à droite, en avant et au niveau du mamelon pendant plusieurs jours. Que voyons-nous ici? Toute la base du lobe moyen en avant et à droite, la languette antérieure du lobe moyen, sont occupées par un large foyer d'induration pulmonaire, arrivé à la période de suppuration intra-lobulaire; le tissu du poumon est gris, induré, et l'on en fait sourdre, par la pression latérale, un liquide épais et jaunâtre. Tout autour de ce foyer, il existe des foyers d'inflammation arrivés à une période moins avancée.

Vous n'avez pas oublié qu'en arrière, à droite, nous n'avons jamais trouvé ni submatité, ni souffle, et que, diagnostiquant pourtant une broncho-pneumonie, avant l'apparition des signes physiques situés au niveau du mamelon, par les symptômes généraux, j'avais conclu de l'absence même de ces signes, à l'absence d'une congestion et, à plus forte raison, d'une broncho-pneumonie étendue. J'avais admis l'existence de noyaux disséminés et centraux de broncho-pneumonie dans les lobes inférieurs droit ou gauche, et peut-être dans tous deux. Vous voyez, en effet, dans l'épaisseur du lobe inférieur droit, en arrière, un grand nombre de noyaux indurés, assez bien limités, de volume variable, et de couleur rouge; chez plusieurs d'entre eux, le centre est déjà d'un gris jaunâtre, ce qui indique la présence des leucocytes.

Quant au sommet du poumon droit, il n'est occupé que par quelques noyaux inflammatoires très-petits et très-disséminés. Il présente, d'ailleurs, les altérations de l'emphysème vésiculaire dans la plus grande partie de son étendue. Au poumon gauche, les lésions sont beaucoup moins étendues, beaucoup moins avancées qu'à droite. Il n'existe que des noyaux très-disséminés de pneumonie lobulaire dans le lobe inférieur. Enfin, pour confirmer mes inductions comme mes déductions, on ne trouve nulle part de granulations tuberculeuses.

Telle est, Messieurs, l'histoire de ce pauvre enfant. Si elle est satisfaisante, au point de vue scientifique, par l'enchaînement logique des faits et par l'accord absolu entre les lésions et les symptômes, elle est désolante au point de vue de l'humanité, car l'hôpital, où cet enfant venait chercher la guérison, a été la cause de sa mort.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Par suite de la prochaine application de la réforme postale, l'usage des timbres de vingt-cinq centimes cessant d'être fréquent, nous nous trouvons dans l'obligation de ne plus les accepter en paiement du prix de l'abonnement. Nous prions nos abonnés de vouloir bien prendre bonne note du présent avis et de nous adresser leur renouvellement en un mandat-poste ou un chèque* **sur Paris.**

© BIU Santé

PATHOLOGIE INTERNE

Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés et description d'un nouveau tube laryngien; (1)

Par **ALBAN RIBEMONT,** ex-interne des hôpitaux et de la Maternité.

2° *Maintien du tube.* — Pendant toute la durée de l'insufflation qui parfois se prolonge pendant une heure et davantage, on doit renouveler fréquemment les linges chauds dont l'enfant est enveloppé.

A l'occasion des mouvements qui sont alors imprimés à celui-ci, il n'est pas rare de voir le tube se déplacer, quitter le larynx et passer dans l'œsophage. Le même accident se produit également en dehors de ces circonstances, pendant l'insufflation elle-même.

A quoi tient cette instabilité du cathéter? Si l'on n'a pas oublié ce que nous avons dit plus haut du défaut d'adaptation du tube à la forme du canal qu'il parcourt d'abord, et occupe ensuite, on comprendra que les mêmes causes qui avaient rendu difficile l'introduction du tube, vont s'opposer

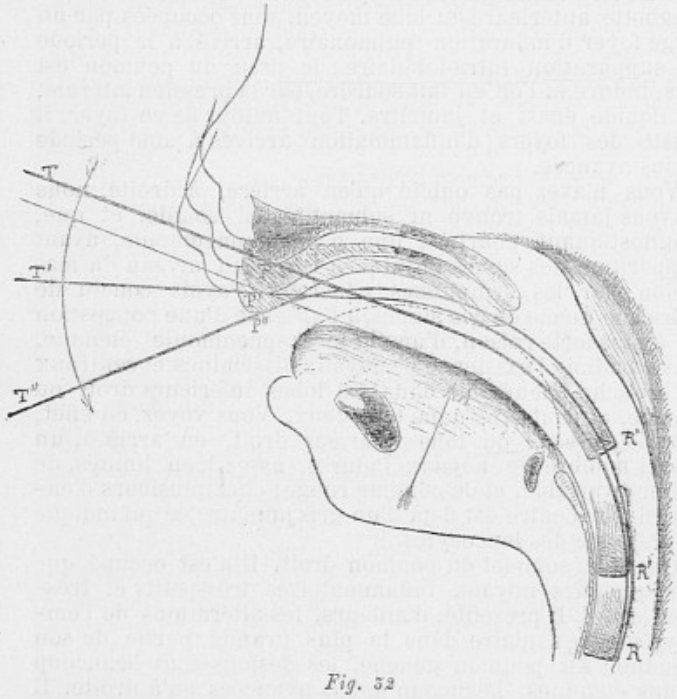


Fig. 32

à ce qu'il demeure naturellement en place. La *Figure 32*, rend évidents les défauts de la courbe de l'instrument.

Elle représente la coupe d'un enfant congelé dans la trachée duquel nous avions préalablement introduit le tube actuel.

La tête a gardé le degré d'extension qu'avait nécessité le cathétérisme du larynx.

La cavité buccale est obliquement traversée par le tube, qui, du bord alvéolaire du maxillaire supérieur avec lequel il est en contact, se porte ensuite en bas et en arrière vers le larynx en s'écartant de plus en plus de la voûte palatine, tandis qu'il déprime la langue et s'y creuse un sillon.

La raison mécanique de son déplacement est facile à saisir. Supposons-le mis en place et simplement maintenu par le rapprochement des arcades alvéolaires, puis imprimons à la tête un léger mouvement de flexion. Aussitôt la partie de l'instrument qui est à l'extérieur s'abaisse en décrivant une courbe qui force le pavillon à se rapprocher du plan sternal de l'enfant, en même temps que l'on voit apparaître hors de la bouche une portion de la sonde qui y était primitivement contenue. Bientôt on constate que l'extrémité du tube répond à l'œsophage. Le tube de Chaussier, ou le tube actuel — leur courbure identique fait qu'ils se comportent de même façon — agit dans cette circonstance comme un levier du premier genre, dont le point d'appui A est formé par le plancher buccal (*Fig. 32*). La résistance R, insignifiante, est représentée par le frottement ou plutôt le glissement de la portion laryngienne du tube contre la paroi postérieure de la trachée et du larynx.

La puissance P est constituée par la pression qu'exerce le bord alvéolaire du maxillaire supérieur sur la portion correspondante de l'instrument. Quand les deux forces P et R se font équilibre, c'est-à-dire qu'aucune pression ne s'exerce sur le tube, celui-ci reste en place, mais il suffit que le bord alvéolaire s'abaisse de quelques millimètres par suite d'une légère flexion de la tête pour que l'équilibre soit rompu et que le mouvement de bascule indiqué se produise. Que la flexion soit plus marquée, et l'extrémité terminale du tube, remontant de plus en plus dans le larynx, finit par en dépasser l'orifice et se porter dans le pharynx.

On ne peut éviter cet accident qu'en exerçant au niveau du pavillon, soit avec la main, lorsqu'on déplace l'enfant, soit avec la bouche lorsqu'on l'insuffle, une pression dirigée en sens opposé, c'est-à-dire de bas en haut et d'avant en arrière. Mais alors on s'expose en voulant seulement maintenir le tube en place, à l'enfoncer peu à peu, jusqu'à la terminaison de la trachée, ou même à l'engager dans une des grosses bronches.

Nous avons recherché sur des coupes, et par de simples dissections la vérification expérimentale de ce fait, et nous avons acquis cette conviction que, non-seulement le tube de Chaussier, dépourvu de sa plaque, peut pénétrer jusque dans l'une des grosses bronches, mais que cela se produit avec une extrême facilité.

Chez un nouveau-né, en effet, le canal laryngo-trachéal mesure, de l'orifice sous-épiglottique à l'éperon de la bifurcation de la trachée, 40 à 45 millimètres en moyenne. D'autre part de l'orifice buccal à l'entrée du larynx il y a 45 à 50 millimètres en ligne droite. Le tube de Chaussier mesurant 16 à 17 centimètres on sera en droit d'affirmer que son extrémité laryngienne est arrivée à l'origine des bronches lorsqu'il n'en restera qu'un segment de 7 à 8 centimètres hors de la bouche. Il suffit, qu'on le remarque en passant, d'enfoncer l'instrument de 2 centimètres pour abaisser son extrémité, de la partie moyenne de la trachée qu'elle doit occuper, dans une opération bien conduite, jusqu'à la bifurcation de ce canal.

3° *Reflux de l'air.* — L'air lancé dans le larynx et la trachée, au moyen des tubes actuels, ne pénètre pas en totalité dans le parenchyme pulmonaire. Il se produit toujours, et à chaque insufflation, un reflux du gaz entre les parois de l'instrument et celles du canal laryngo-trachéal. Il existe, en effet, un espace que parcourt l'air pour s'échapper par les voies aériennes, espace dû à ce que le volume du tube est inférieur aux dimensions du canal. L'air qui, pour dilater les vésicules du poumon, doit surmonter les résistances réunies du tissu alvéolaire et des parois thoraciques, trouve au contraire entre le tube et le larynx une voie libre, d'où son reflux en dehors des voies respiratoires. Une résistance inférieure à celle qui existe en réalité suffirait à produire le même résultat.

Si l'on enlève avec soin les organes thoraciques d'un enfant né mort en conservant en outre le larynx, et qu'on insuffle ensuite les poumons au moyen du tube actuel introduit jusqu'auprès de la terminaison de la trachée, on s'aperçoit qu'en soufflant avec une force modérée, l'air reflue presque en totalité et ne pénètre que dans de rares lobules.

Avec une insufflation plus forte, un plus grand nombre de ceux-ci sont dilatés, mais le reflux est toujours considérable, de sorte qu'il est nécessaire de projeter avec force dans la trachée une masse d'air de beaucoup supérieure à la capacité des poumons pour distendre entièrement ces organes. Et cependant dans ces expériences on n'a que la résistance due à l'élasticité pulmonaire à surmonter. Le reflux est donc à plus forte raison inévitable lorsqu'il s'agit d'un nouveau-né en état de mort apparente. Le

(1) Voir le n° 16.

© BIU Santé

succès de l'opération est, par suite, compromis non-seulement parce que les poumons sont exposés à ne pas recevoir une quantité d'air suffisante pour les dilater entièrement, mais encore et surtout parce que le reflux de l'air peut être suivi de son introduction dans l'estomac dont la dilatation entrave le jeu du diaphragme et crée un obstacle réel à l'établissement de l'acte respiratoire.

On sait que M. Piorry regarde l'insufflation du tube digestif comme presque aussi rapidement mortelle que celle des poumons portés très-loin. « Dans ce cas, dit-il, le diaphragme ne peut s'abaisser, de là la mort. » On a depuis longtemps cherché à s'opposer à ce reflux. Chaussier avait espéré y parvenir en adaptant à son tube une petite plaque garnie d'éponge ou d'amadou. L'usage ne tarda pas à montrer l'inefficacité de cette disposition.

On eut alors recours à une manœuvre dont on se servait déjà lorsqu'on employait des canules qui ne s'introduisaient que dans la bouche ou les fosses nasales.

Gardien (1), Velpeau (2), Dugès (3), Jacquemier (4), Depaul (5), Chailly (6), la décrivent.

Dubois l'employait à la clinique. Nous empruntons à M. le professeur Depaul la description qu'il en a donnée dans le travail que nous avons déjà cité plus d'une fois :

« Lorsqu'on a constaté que le tube a pénétré dans le larynx, il est *indispensable* de prévenir le reflux de l'air que l'on va pousser, car la plaque circulaire garnie d'éponge qui appuie sur la glotte ne bouche que très-imparfaitement cette ouverture. On peut obtenir ce résultat par deux procédés également bons. Par l'un on se propose de fermer exactement l'entrée du larynx, et c'est avec l'extrémité du doigt indicateur porté dans le fond de la bouche qu'on y parvient. Par l'autre que j'ai plus souvent employé, on force l'air à pénétrer dans les voies aériennes en lui fermant toute issue par l'œsophage, la bouche et les narines.

Une pression modérée avec l'instrument sert à appliquer la paroi antérieure de l'œsophage contre la postérieure. Avec le pouce et l'indicateur de chaque main, on pince fortement les lèvres des deux côtés de la canule et on bouche les narines en pressant le nez entre les deux médius relevés. » Cette manœuvre, adoptée par Cazeaux, est généralement employée. On peut donc dire qu'elle est devenue classique.

Elle est cependant fort incommode ; et lorsque l'insufflation se prolonge, elle contribue à en faire une opération réellement fatigante. Ce serait, d'ailleurs, se faire illusion que de lui attribuer une valeur absolue. Si, en effet, en fermant le nez et la bouche, on transforme les cavités buccales et nasales en réservoirs, où l'air s'accumule et acquiert une certaine force élastique qui peut venir en aide à sa pénétration dans les poumons, il n'en est pas moins vrai qu'on ne s'oppose pas d'une façon suffisante au reflux.

Le refoulement du larynx et l'aplatissement de l'œsophage qui en serait la conséquence ne paraît pas devoir être plus efficace pour empêcher l'air de s'introduire dans l'estomac.

On a vu l'air aller plus loin. Le fait suivant, rapporté par M. Tarnier à l'Académie (7), le prouve surabondamment : « Un observateur digne de toute confiance (sans cela je ne rapporterais pas ce qu'il m'a affirmé) a été témoin du fait suivant : Dans un pays étranger, après une insufflation prolongée, on s'aperçut que l'air, à chaque nouvelle poussée, s'échappait par l'anus.»

Cette observation, qui n'a pas laissé que de causer quelque étonnement à l'Académie, avait été recueillie à Vienne par notre excellent collègue et ami, M. le Dr Budin. Cette observation n'est pas unique dans la science, Marc (1), cherchant expérimentalement à déterminer la valeur réelle du refoulement du larynx contre l'œsophage, comme moyen d'empêcher l'air de pénétrer dans les voies digestives, écrit :

« Le refoulement du larynx contre l'œsophage réussit moins bien chez le nouveau-né que chez les adultes, et pour peu qu'on force l'insufflation, l'air remplit l'estomac et même les intestins, puisque dans une de nos expériences sur un fœtus de six mois, nous sommes parvenus, en continuant d'insuffler, à faire sortir l'air avec bruit par le rectum. »

Nous savons que l'air n'a pas, pour devenir dangereux, besoin de pénétrer aussi profondément dans le tube digestif. Il suffit qu'il arrive dans l'estomac. Il y peut d'ailleurs être versé directement, à l'insu pour ainsi dire de l'opérateur, lorsque le tube vient à se déplacer pendant l'insufflation et passe dans l'œsophage. Rien ne peut, en effet, l'avertir de ce déplacement sinon le mode de soulèvement de la région épigastrique.

« Quand l'air est poussé dans les voies digestives, un soulèvement considérable de la région épigastrique s'observe tout d'abord et la base de la poitrine n'est soulevée que consécutivement.

» S'il est dirigé, au contraire, dans les organes de la respiration, la dilatation de la poitrine est uniforme et l'abaissement du diaphragme seul produit la saillie de la partie supérieure du ventre (2). »

En admettant qu'il soit toujours loisible à l'opérateur penché sur un enfant recouvert de linges, d'apprécier les indications fournies par le mode de soulèvement du thorax et de l'épigastre, il ne serait averti du danger que tardivement par la distension de l'estomac.

(1) *Traité complet des accouch.* ; 2e édit., t. III, p. 132.
(2) *Art des accouch.* ; 1re édit., t. II, p. 921.
(3) *Manuel d'obstétrique.*
(4) *Manuel des accouchements*, t. II, p. 766.
(5) *Loc. cit.*, p. 174 et 175 du journal.
(6) *Traité des accouchements* ; 3e édit. ; p. 384.
(7) *Bulletin de l'Académie de médecine*, n° 36, 1877 ; p. 936.

CHIRURGIE DES ARMÉES

Les ambulances roumaines (3);

Par **BOUDET DE PARIS** et **E. MONOD**, internes des hôpitaux.

III. Parmi les complications des plaies qui se sont présentées à nous, il en est une qui a particulièrement attiré notre attention, parce que nous étions pour la première fois témoins de faits semblables, nous voulons parler du *tétanos à marche chronique*. Il nous a été donné d'en observer deux cas, le premier dans notre ambulance, le second dans le service du docteur Hahn, médecin allemand. Ce dernier nous a affirmé que cette forme de tétanos était commune dans les hôpitaux militaires en Allemagne, et qu'il l'avait pour sa part observée bien des fois. On éprouve quelque peine à s'expliquer comment une affection relativement rare dans nos services hospitaliers, serait aussi bien connue chez nos voisins d'outre-Rhin. Quoi qu'il en soit, les deux observations suivantes sont des cas bien nets de tétanos bénin à marche lente ; nous les croyons dignes d'intérêt en ce moment, où la question du tétanos est plus ou moins à l'ordre du jour.

OBSERVATION I. — *Vastes plaies du bras. — Tétanos à marche lente. — Guérison.*

Crenjo, âgé de 22 ans, soldat de ligne, blessé à Plevna, le 19 octobre. Il présente deux vastes plaies du bras gauche produites par éclats d'obus. L'une, située à la partie inférieure et antérieure du bras, mesure 12 cent. suivant le diamètre vertical sur 10 cent. suivant le diamètre transversal. L'autre, qui occupe la partie postérieure, mesure 8 cent. sur 5 cent. Les deux plaies sont réunies par un simple pont de peau. Les muscles lacérés forment en avant et en arrière deux masses fongueuses, exubérantes, recouvertes de détritus grisâtres saignant au moindre contact. En introduisant le doigt au fond de la plaie antérieure on sent des parties osseuses dénudées et présentant des inégalités rugueuses ; il n'existe pas de mobilité anormale ; l'humérus a été simplement effleuré par le projectile.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*
(3) Voir les nos 3, 9 et 12.

© BIU Santé

Un gros drain fut placé sous le pont cutané, reliant les deux plaies ; nous fîmes alors des lavages avec une solution phéniquée au 20e, et nous appliquâmes un pansement antiseptique (gaze de Lister, couche de ouate phéniquée et bande en tarlatane).

30 *octobre*. La suppuration est abondante. La surface des deux plaies est toujours recouverte de détritus grisâtres. La région du coude et celle de l'avant-bras présentent un gonflement généralisé. Ce gonflement ne s'étend pas à la partie supérieure du bras. Les mouvements de l'articulation du coude sont libres.

31. Même état local de la plaie. Dans la journée le malade se plaint d'une légère douleur au niveau des articulations temporo-maxillaires.

Le *soir*, cette douleur a augmenté. Les mouvements de la mâchoire sont libres. La peau est chaude et couverte de sueur. T. A. 39°,6. Le malade est immobile dans le décubitus dorsal. Je prescris 6 grammes de chloral à prendre en deux fois.

1er *novembre*. La douleur au niveau de l'articulation temporo-maxillaire a diminué. T. A. 38°,5. La suppuration du côté de la plaie est toujours abondante. Constipation. Je prescris 30 grammes de magnésie.

2 *novembre*. Un peu d'agitation dans la nuit. Ce matin le malade est dans un assoupissement profond, immobile dans le décubitus dorsal. Une pilule d'extrait thébaïque de 0 gr. 05 le soir.

3 *novembre*. Insomnie. Sueurs profuses. Le blessé se plaint de douleurs disséminées dans les membres.

Soir. Douleurs à la nuque et le long de la colonne vertébrale. Un peu de gêne dans les mouvements de mastication. 6 grammes de chloral.

4 *novembre*. Les douleurs le long de la colonne vertébrale persistent : on constate par intervalles une exacerbation passagère avec un léger degré d'opisthotonos. Chloral, 6 grammes.

5 *novembre*. Même état. Il y a toujours de la douleur dans les muscles de la nuque. Le malade reste dans le décubitus horizontal avec une roideur musculaire généralisée. Chloral, 6 grammes.

6 *novembre*. Le malade se plaint constamment de douleurs dans la région cervicale et dans la région dorsale ; il ne peut changer de position. Le corps est toujours en sueur. On note ce matin une teinte subictérique. Quelques petits frissons. Du côté de la plaie, la suppuration reste très-abondante. Les surfaces sont recouvertes par places de bourgeons charnus vivaces à côté d'autres endroits remplis de détritus sphacélés. Les lavages phéniqués et le pansement phéniqué sont continués.

9 *novembre*. L'état général s'est amélioré ; mais il persiste de la douleur et de la roideur dans la région de la nuque. Chloral, 6 grammes.

10 *novembre*. La roideur musculaire a un peu cédé depuis hier. Chloral.

11 *novembre*. Nouvelles sueurs ce matin. Toujours de la roideur dans les muscles de la nuque sans douleur accusée. Chloral, 6 grammes. La surface de la plaie se déterge bien ; elle est recouverte en grande partie de bourgeons charnus.

12 *novembre*. Le malade étant chloroformisé, j'excise à l'aide du thermo-cautère le pont cutané qui reliait les deux plaies. J'excise également une grosse masse grisâtre en partie sphacélée, qui dépendait vraisemblablement du biceps. Plusieurs points, recouverts de détritus gangréneux, sont touchés avec le cautère. La plaie, ainsi régularisée, présente une large surface bourgeonnante dans presque toute son étendue. La roideur cervicale persiste. Chloral.

13 *novembre*. La roideur des masséters et des muscles de la nuque a augmenté. Les douleurs, le long de la colonne vertébrale, ont reparu. Chloral. Bon état de la plaie ; la suppuration diminue.

14 *novembre*. Même état. Je fais, sur la partie la plus bourgeonnante de la plaie, six greffes épidermiques.

15 *novembre*. Toujours de la roideur des régions cervicale et dorsale. Chloral, 6 grammes.

16 *novembre*. On ne retrouve pas les greffes qui ont été emportées par la suppuration. J'en refais trois, et j'applique des bandelettes de diachylon en nombre suffisant pour recouvrir toute l'étendue de la plaie. Le diachylon est lui-même recouvert d'un pansement phéniqué.

18 *novembre*. Le blessé ouvre difficilement la bouche. Chloral, 6 grammes.

19 *novembre*. La roideur des mâchoires et de la nuque est moindre. Les bandelettes de diachylon étant enlevées, on trouve la plaie, présentant un rouge vif uniforme et bourgeonnant régulièrement dans toute son étendue. Une seule greffe épidermique a pris. Pansement avec plusieurs doubles de gaze Lister. Chloral.

20 *novembre*. Les mâchoires s'ouvrent librement, presque sans douleur. Le blessé commence à abandonner le décubitus horizontal.

21 *novembre*. Il survient une nouvelle poussée de tétanos ; sueurs profuses ; contracture des muscles masticateurs. Opisthotonos. Chloral, 6 grammes. Injection de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine. *Soir*. Mieux sensible ; le malade entr'ouvre la bouche ; l'opisthotonos a beaucoup diminué.

22 *novembre*. Le mieux s'accentue ; les mouvements des mâchoires se font avec plus de facilité.

23 *novembre*. La contracture des masséters a diminué. Il reste un peu de douleur le long de la colonne vertébrale.

26 *novembre*. Il y a de nouveau des sueurs profuses. Toujours de la roideur dans les muscles du dos et de la nuque. Les muscles de l'abdomen sont également tendus et durs. Le malade ne peut se lever que tout d'une pièce.

2 *décembre*. L'état du malade est sensiblement le même. La roideur musculaire n'a pas disparu, mais elle a diminué. Le chloral est interrompu depuis quelques jours. La plaie bourgeonne régulièrement ; elle ne suppure presque plus.

10 *décembre*. Au moment où je quitte l'ambulance, le blessé peut être considéré comme guéri. Il se lève depuis plusieurs jours ; toute contracture et toute douleur ont disparu ; c'est à peine si l'on sent un peu de dureté à la région de la nuque. La plaie est réduite au tiers environ de son étendue primitive ; elle marche rapidement vers la cicatrisation.

OBSERVATION II. — *Plaie contuse du pied par projectile. — Tétanos à marche lente. — Guérison.*

Cosacu, soldat, vingt-six ans, blessé à Plewna le 23 octobre. (Service du docteur Hahn.) La balle est entrée à la partie postérieure et interne du pied droit ; elle est ressortie à la région externe, après avoir broyé la moitié postérieure du calcanéum.

Quinze jours après la blessure, le blessé éprouve de la difficulté pour ouvrir la bouche et quelques douleurs en avalant. Les jours suivants survient de la contracture des masséters ; les muscles de la nuque, de la colonne vertébrale, enfin ceux des parois abdominales sont progressivement envahis par la contracture. Celle-ci est peu intense, excepté pendant les accès douloureux qui se répètent fréquemment au début des accidents tétaniques. Ils ont cessé au bout de quelques jours pour ne pas reparaître. Des sueurs profuses accompagnaient ces accès.

La roideur musculaire a duré plus de cinq semaines ; pendant cette période, le blessé a gardé le décubitus dorsal et ne pouvait se mouvoir que tout d'une pièce. Les mouvements provoquaient de la douleur. Les mâchoires étaient modérément contracturées ; un écartement de trois à quatre centimètres s'obtenait facilement. Les muscles de l'abdomen sont restés contracturés ; toute la paroi abdominale avait la dureté de la planche. Le blessé a pris, pour tout traitement, du chloral à la dose de deux grammes par jour et de la teinture d'aconit.

Aujourd'hui (cinq semaines après le début des accidents), il peut être considéré comme guéri. Il ne garde plus qu'une certaine gêne dans l'ouverture des mâchoires, et de la dureté de la paroi abdominale.

Les deux blessés dont on vient de lire l'histoire, ont présenté des phénomènes tétaniques bien accusés ; cependant l'évolution de la maladie diffère singulièrement de celle que nous observons d'ordinaire. Marche lente et

© BIU Santé

irrégulière, absence d'accès spasmodiques, bénignité relative des symptômes, voilà assurément des caractères qui séparent suffisamment cette forme de la forme commune. Aucun de nos ouvrages classiques ne lui a pourtant consacré une description particulière. Les auteurs du *Compendium* se bornent à signaler qu'il existe des observations, dans lesquelles on voit le tétanos durer quinze à vingt jours. « Sam. Cooper, ajoutent-ils, cite même l'exemple d'un malade qui ne succomba qu'au bout de cinq semaines. » De son côté, Follin se montre aussi peu affirmatif, lorsqu'il dit, dans son *Traité de pathologie :* « Le plus souvent, le tétanos dure de vingt-quatre heures à huit ou dix jours. On a cité des cas de tétanos chronique, mais la nature de cette dernière affection a encore besoin d'une plus ample démonstration. » Récemment M. Richelot a réuni dans une thèse remarquable, plusieurs observations de tétanos à marche subaiguë.

Les faits de ce genre sont encore trop peu nombreux pour qu'il soit possible de tracer une histoire clinique complète de cette forme de la maladie. Il faudrait commencer par définir exactement ce que l'on doit entendre par tétanos chronique. Faut-il, par exemple, donner ce nom, comme l'a fait M. Richelot (obs. II de sa thèse), à des cas de tétanos dont l'évolution n'a pas dépassé quinze jours, ou bien doit-on réserver la dénomination de chronique aux formes qui ont duré cinq à six semaines comme dans nos deux observations? Nous posons la question sans la résoudre.

En attendant que des faits nouveaux viennent fournir les éléments nécessaires à une étude d'ensemble du tétanos chronique, constatons que son existence ne saurait plus être contestée. Nos deux observations prouvent, une fois de plus, qu'à côté de la forme aiguë, la plus ordinaire du tétanos, il en existe une autre, bien différente de la première comme marche et comme pronostic, qui, par sa longue durée, mérite le nom de chronique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hôpital Lourcine : Conférences cliniques de M. Martineau; — Nécessité d'un service de bains externes dans cet hôpital.

Jeudi dernier, M. MARTINEAU inaugurait à l'hôpital de Lourcine son cours d'été, sur les affections de l'utérus et de ses annexes, cours complémentaire des leçons cliniques de gynécologie qu'il a instituées le mercredi et le samedi.

Le professeur, avant d'aborder l'étude de chaque affection utérine en particulier, étude qui doit faire l'objet des leçons de cette année, a passé en revue, dans un résumé rapide, les différents points qu'il a développés dans son cours de l'année dernière, sur la pathologie générale des affections utérines, et rappelé les doctrines qu'il professe sur la pathogénie de ces affections.

On sait, en effet, que pour M. Martineau, les affections utérines reconnaissent le plus souvent pour cause un état général constitutionnel ou diathésique, et que les causes déterminantes invoquées jusqu'à ce jour par les auteurs, n'agissent le plus souvent qu'en provoquant l'éclosion des manifestations de l'état général sur l'utérus. Les affections utérines reconnaissent donc deux ordres de causes bien différentes : 1° des causes prédisposantes générales :

a) Maladies générales constitutionnelles. { Scrofule. Arthritis. Herpétisme. Syphilis. Chlorose.

b) Maladies générales diathésiques. { Tuberculose. Cancer.

2° des causes prédisposantes locales :

Situation de l'utérus. Fonctions psychologiques. { Menstruation. Grossesse. Accouchement.

3° des causes déterminantes : toutes les causes qui peuvent congestionner ou irriter l'utérus, citées par tous les auteurs.

Ce n'est pas à dire pour cela que toutes les affections de l'utérus reconnaissent pour cause une maladie générale constitutionnelle ou diathésique. A côté des affections qui reconnaissent cette origine, il faut citer celles qui succèdent à un traumatisme, à une inflammation de voisinage, etc., chez un sujet qui n'est en puissance d'aucune diathèse.

De cette nouvelle manière de comprendre la pathogénie des affections utérines découle une symptomatologie particulière. Pour M. Martineau, en effet, ces affections présentent trois ordres de symptômes : 1° des *symptômes locaux*, tels que douleurs, troubles menstruels, pertes blanches ou de voisinage, diarrhée, constipation, troubles de la secrétion urinaire; 2° des *symptômes sympathiques*, sur lesquels l'auteur insiste d'une façon toute particulière, parce que, prenant souvent le pas sur les symptômes locaux, ils appellent surtout l'attention du médecin, qui méconnaît, dès lors, leur véritable origine, c'est-à-dire l'affection utérine.

Ces symptômes sympathiques sont nombreux et variés : *troubles digestifs* (dyspepsie, gastralgie, coliques hépatiques véritables ou hépatalgie) ; — *troubles nutritifs* déterminant à la longue un facies *sui generis*, décrit par Aran, sous le nom de *facies utérin* ; tantôt les femmes sont amaigries, tantôt elles présentent un développement extraordinaire du tissu adipeux de l'abdomen (grossesse adipeuse de Depaul) ; — *troubles nerveux*, enfin (névralgies ou spasmes, convulsions, contractures, paralysie du mouvement); — des *symptômes généraux* qui varient naturellement avec la maladie générale constitutionnelle ou diathésique, sous l'influence de laquelle s'est développée l'affection utérine. Ces symptômes généraux sont ceux de la scrofule, de l'herpétisme, de l'arthritisme, de la syphilis, de la chlorose, ou bien ceux de la tuberculose et du cancer.

Après quelques considérations cliniques sur la marche, la terminaison, le pronostic des affections utérines, M. Martineau arrive au diagnostic, qui doit être fait à un triple point de vue : *diagnostic nosologique*, de la maladie générale; — *diagnostic pathogénique*, de la cause; — *diagnostic anatomique*, de la lésion; — triple diagnostic clinique qui doit conduire au traitement de l'affection utérine, indispensable pour bien saisir les indications thérapeutiques, notamment les indications de traitement par les eaux minérales, l'hydrothérapie, la thérapie marine.

En effet, le traitement d'une affection utérine comporte : le *traitement* de la maladie générale (scrofule, arthritis, herpétisme, syphilis, chlorose);— le *traitement* de la cause déterminante (congestion, érythème, éruption); le *traitement* de la lésion, traitement local. Celui-ci n'agit efficacement qu'autant que la maladie générale est modifiée par un traitement approprié, qu'autant que la cause qui a fait éclore l'affection utérine est éloignée. Dans toute affection utérine, il faut donc commencer par modifier le terrain sur

© BIU Santé

lequel elle a germé. C'est en procédant ainsi que ces affections ne seront plus regardées comme incurables.

Après avoir terminé cette étude sur la pathologie générale des affections utérines, M. Martineau rappelle en quelques mots l'anatomie normale de l'utérus, insiste particulièrement sur les lymphatiques de cet organe, le tissu cellulaire qui entoure l'isthme, le péritoine qui enveloppe le corps, trois éléments qui semblent jouer un si grand rôle dans la pathogénie des inflammations péri-utérines ; puis il termine en énumérant les différents sujets qu'il se propose de traiter cette année : les *métrites* et avec elles différents troubles fonctionnels, *aménorrhée*, *dysménorrhée*, *leucorrhée*, qui, le plus souvent, reconnaissent pour cause une affection de l'utérus ; la pelvi-péritonite, le phlegmon du ligament large, l'*ovarite*, l'*hématocèle rétro-utérine*, et enfin, deux affections rares de la vulve, le vaginisme et l'esthiomène.

Les cours cliniques auront lieu tous les jeudis, à 9 heures. Les conditions à remplir consistent à demander une carte d'entrée au directeur de l'hôpital, qui témoigne toujours la plus grande bienveillance aux étudiants.

L'ouverture des conférences cliniques de M. Martineau, nous fournit l'occasion de parler de nouveau de l'utilité qu'il y aurait à améliorer les installations balnéo-hydrothérapiques de cet hôpital et à y instituer un *service de bains externes*. Nous avons autrefois (p. 187) décrit les bains actuels, indiqué leur situation le long de la rue Julienne, et montré qu'une dépense minime suffirait pour obtenir une organisation convenable.

Les bienfaits d'un service de bains externes seraient plus grands à l'hôpital Lourcine que dans la plupart de nos hôpitaux. Dans l'état actuel, qu'arrive-t-il ? Les médecins, à leur consultation, recommandent aux femmes atteintes de maladies vénériennes de prendre des bains. Mais, la dépense exigée par les médicaments d'une part, et celle qu'entraînent les bains, font que, trop souvent, les malades ne prennent que quelques bains. S'il était possible de leur en donner à l'hôpital même, si, en outre, il était possible de leur délivrer des médicaments, si enfin, médecins, administrateurs, employés de tous grades, s'entendaient pour recevoir toujours convenablement les malades vénériennes, si, en leur donnant les facilités les plus grandes pour qu'elles se soignent bien, on leur faisait comprendre les conséquences parfois terribles de leur négligence, on parviendrait, nous en sommes convaincu, à avoir à l'hôpital Lourcine une consultation et un service de traitement externe qui contribueraient, dans une large mesure, à l'amélioration de l'hygiène générale en diminuant le nombre des maladies vénériennes et en en atténuant la gravité. B.

Des écoles d'infirmerie : M. le Dr Brochard et Miss Florence Lees.

Nous avons lu dans l'*Abeille médicale* du 15 avril dernier, un feuilleton dont les conclusions nous ont paru si... mettons si étranges, pour être poli, que du coup nous avons éprouvé le besoin de passer la Manche pour demander aux dames anglaises quelque antidote contre la déraison de nos compatriotes du sexe fort. Cet article est une charge à fond de train contre les garde-malades, non pas seulement telles qu'elles sont généralement aujourd'hui, mais telles qu'elles pourraient être sortant d'une école et *diplômées*.

Il est bien vrai que cet article est modestement publié en feuilleton, ce qui peut être indique qu'il le faut prendre pour une fantaisie plutôt que pour une étude sérieuse ; mais comme le genre de raisonnement qui a dicté les conclusions de l'article est, selon nous, aussi spécieux que dangereux, nous nous permettrons de signaler le vice de ce raisonnement, et, non content de critiquer l'opinion de l'auteur de l'article, nous mettrons en face de la sienne l'opinion d'une personne compétente entre toutes, lorsqu'il s'agit de garde-malades, Miss Florence Lees, compagne et émule de Miss Nightingale, et ex-directrice de l'ambulance de la princesse royale de Prusse pendant la guerre franco-allemande.

« Qui de nous ne connaît cette grosse femme aux allures prétentieuses, que l'on appelle une garde, à laquelle il faut son café tous les matins, trois plats à son dîner, et qui, sous prétexte de soigner les jeunes mères, soigne surtout... sa propre personne. »

Ainsi commence le feuilleton du Dr Brochard qui, on le voit, voudrait pour ses malades, des gardes sveltes et pures, se nourrissant de l'air du temps et de l'amour du prochain, et n'aimant pas le café, même alors qu'il s'agit de réagir contre le besoin de sommeil si naturel à tous et si puissant. Pour nous, et le *Progrès médical* l'a dit bien souvent, nous voudrions que les garde-malades fussent sobres, propres, honnêtes, ponctuelles, patientes, adroites, un peu instruites et pleines de bonne humeur et de bonté ; mais le diable si nous penserions jamais à les chicaner sur leur dîner ou sur leur café ; et plût au ciel qu'elles ne prissent, en fait de stimulants, que du café ! Cette partie de la critique du Dr Brochard nous paraît donc empreinte d'une sévérité que l'on peut avoir pour soi, mais qu'il sied mal, selon nous, d'avoir pour les autres. Quant à la critique que fait le Dr Brochard de l'esprit de routine et des préjugés monstrueux qui caractérisent un trop grand nombre de ces femmes ignorantes, nous ne pouvons malheureusement que l'approuver, et nous ne la trouvons point trop forte. La garde qui ne veut pas laver le nouveau-né, parce que cela pourrait l'enrhumer ; qui l'emmaillotte comme une momie, de peur qu'il ne s'arrache les yeux ; qui empêche la jeune mère de lui donner le sein, parce qu'il faut lui faire rendre son eau et ses glaires ; qui lui couvre la tête de deux ou trois bonnets, pour empêcher le baptême de s'en aller, et veille précieusement à la conservation de la rabanelle, qui doit nourrir les cheveux et la cervelle : cette femme, triste produit de l'ignorantisme le plus crasse, et, il faut bien le dire aussi, le plus religieux, mérite, plus encore que la colère, la plus profonde pitié. Mais que mérite le Dr Brochard qui, connaissant si bien le mal et le décrivant d'une façon si piquante, s'élève après cela contre l'ambition des *Ecoles de garde-malades*, parce que, dit-il, « transformées en garde-malades *diplômées*, ces femmes se croiront aussi instruites que les médecins, et, grâce à leur diplôme, auront une assurance qui les rendra peut-être un peu plus dangereuses qu'auparavant. »

Pauvre Dr Brochard ! ne semble-t-il pas aussi inquiet et perplexe que le Père éternel se promenant dans le paradis

© BIU Santé

terrestre et se demandant ce qui arrivera de la désobéissance de Mme Eve ! Ah ! dit-il, si ces diablesses de sages-femmes allaient devenir comme l'un de nous, sachant le bien et le mal; il ne leur manquerait plus que de toucher aussi à l'arbre de vie (c'est-à-dire aux diplômes), et elles seraient encore bien plus dangereuses qu'auparavant !

Mais non, cher Père éternel, ou plutôt cher docteur sempiternel, ce serait tout le contraire. Les garde-malades, une fois qu'elles auraient touché à la science, ne croiraient plus à la vertu de la saleté, à la nécessité de conserver le baptême sous un triple bonnet et à l'efficacité infaillible de la rabanelle pour l'éclosion des cheveux et de l'intelligence. Si donc vous voulez des garde-malades instruites, envoyez-les à l'école ; si vous voulez des garde-malades libres de préjugés stupides, éloignez-les de la source de toute ignorance, la superstition; et si vous voulez qu'elles inspirent confiance aux malades, veillez, non à ce qu'on ne leur donne point de diplômes, mais à ce qu'on ne leur en donne qu'après qu'elles auront satisfait à des examens qui vous offrent, aussi bien qu'à nous, toutes les garanties désirables. Quant à la crainte que les gardes diplômées ne se laissent entraîner sur la pente glissante de la réclame et ne recommandent, sous le couvert de leur diplôme, des produits ou objets qui n'auraient pas toujours eu le contrôle de l'expérience, permettez-nous de vous rappeler que cette crainte pourrait également justifier le refus du diplôme aux docteurs, car nous ne croyons pas qu'il se soit trouvé beaucoup de marchands d'orviétan, de douce revalescière, ou de toute autre drogue ou élixir plus ou moins inoffensifs, qui aient jamais fermé boutique, faute d'un docteur diplômé pour patronner leurs bonnes ou mauvaises marchandises.

Que savent d'ailleurs, en fait d'hygiène, de médecine, de chirurgie, de pharmacie, les neuf dixièmes des bonnes sœurs auxquelles l'administration publique confie encore aujourd'hui le soin des malades dans les hôpitaux et la distribution des médicaments dans les dispensaires et pharmacies des bureaux de bienfaisance ?

Vous nous avez parlé des préjugés et de la saleté de certaines garde-malades ; voulez-vous que nous rapportions ici ce que Miss Florence Lees a écrit touchant ces mêmes défauts chez les diaconesses allemandes et les sœurs de charité françaises ? Ecoutez ceci :

« Ni les diaconesses allemandes, ni les sœurs de charité françaises ne reçoivent l'éducation complète dont elles auraient besoin. On leur enseigne à tenir propres et en ordre les salles des malades et tous les objets à l'usage de ceux-ci ; mais on ne leur enseigne à tenir propres ni les personnes des malades, ni leurs propres personnes. Je n'ai jamais vu une diaconesse qui lavât ou fît laver devant elle les pieds de ses malades, même alors que venaient dans les salles dont elles avaient la charge ou la surveillance des hommes qui n'avaient pas eu de chaussettes propres depuis plusieurs mois et qui, durant un si long espace de temps, ne s'étaient point lavé les pieds. J'ai reçu dans mes salles, des malades qui avaient été soignés pendant plusieurs semaines par des diaconesses et dont l'état défiait absolument toute description. Leurs cheveux étaient pleins de poux, leurs pieds étaient couverts d'une croûte de saleté, et leurs blessures n'étaient pansées que superficiellement. Même les fiévreux avaient les lèvres, les dents, les gencives enduites d'une croûte sordide que l'on n'avait pas pensé à enlever.

» Avec les sœurs de charité françaises, cela n'arrivait pas; mais d'un autre côté, par les déplorables effets d'une fausse pudeur, elles laissaient souvent leurs malades dans l'état le plus pitoyable, à moins qu'elles n'eussent à leurs ordres des infirmiers par qui elles pussent les faire laver, nettoyer et arranger. »

Voulez-vous que nous parlions maintenant de celles qui n'arrangent de leurs cheveux que la partie du bandeau qui paraît sur le front, qui font un bout de toilette plus apparente que réelle, quand approche l'heure de la visite du docteur, et qui se lavent réellement une fois par semaine, le samedi soir ou le dimanche matin ? Miss Florence Lees voudrait que les infirmières prissent tous les matins une douche froide à l'éponge (*a cold sponging bath*) et tous les soirs se lavassent tout le corps à l'eau tiède. Cela arrivera certainement; mais lorsque nous aurons des écoles où l'on fera de cette mesure de propreté une prescription sanitaire obligatoire. Et soyez surs que lorsque tous, infirmières et infirmiers auront été mis à ce régime, les garde-malades qui soigneront les accouchées n'auront plus peur d'enrhumer les nouveaux-nés en les lavant.

Quant aux diplômes et même aux médailles, Miss Florence Lees ne se contente pas d'en démontrer la nécessité ; deux chapitres de son livre sont exclusivement consacrés aux services auxquels les aspirantes infirmières doivent se plier (et elles doivent commencer par les plus désagréables), au temps minimum qu'elles doivent passer dans les salles de chirurgie, de médecine, etc., etc., aux programmes des cours qu'elles doivent suivre, aux examens écrits et oraux qu'elles doivent passer; et tout cela est appuyé non-seulement sur d'excellents préceptes, mais sur l'exemple de ce qui se fait dans l'école dont Miss Nightingale a été la fondatrice.

Nous avons l'intention de consacrer un ou deux articles à l'examen du livre de Miss Florence Lees: nous remettons donc à un autre jour ce que nous avons à en dire ; mais nous ne pouvons, sans une véritable douleur, constater combien de l'esprit qui a dicté le livre de cette éminente femme, est différent celui qui a dicté les conclusions si peu satisfaisantes, à quelque point de vue qu'on se place, de l'article du Dr Brochard. Que veulent donc les journaux et les hommes qui cherchent ainsi à empêcher la création, parmi nous, d'écoles d'infirmières dont nous avons un si grand, un si urgent besoin ? Il semble vraiment que l'on poursuive un double but : permettre à l'administration de dire, quand on lui demande de confier le service d'un hôpital à des laïques; « Mais comment cela pourrait-il se faire ? Nous n'avons pas d'infirmières laïques auxquelles il soit possible de confier un pareil service; » et insinuer d'autre part que les partisans de cette réforme obéissent à un sentiment d'odieuse hostilité contre les sœurs de charité, et ont d'ignobles préférences pour des femmes ignorantes, adonnées à l'intempérance et à tous les vices qu'engendre le plus sordide égoïsme. Il y a là une double perfidie dont nous ne sommes pas dupes, et que nous démasquerons pour l'édification de tous ceux chez qui le souci du bien public n'est pas subordonné à la considération pure et simple des intérêts du cléricalisme.

A. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 avril 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. J. GUÉRIN termine son importante communication sur le traitement des plaies par l'occlusion pneumatique, et appuie les idées qu'il a émises dans les précédentes séances sur une série de faits qui lui sont personnels.

M. MARC SÉE lit un travail *sur le calibre relatif de la trachée et des bronches*. Rappelant les mensurations et les considérations anatomiques que MM. Cruveilhier, Sappey et Berrier-Fontaine ont admises dans leurs divers traités, M. Marc Sée

© BIU Santé

se croit aujourd'hui fondé à regarder l'arbre aérien comme un cylindre et non comme un cône tronqué. — Les recherches auxquelles il vient de se livrer le conduisent aux résultats suivants : 1° Le diamètre moyen de la trachée est généralement plus considérable dans le sexe masculin que dans le sexe féminin chez les sujets de même âge ; il augmente avec l'âge. Il était de 3 millimètres 1/4 sur un fœtus de 7 mois 1/2. A la naissance, il a varié entre 4mm 12 et 5mm 6. L'âge de 2 ans a donné les chiffres 7, 5 et 8 millimètres ; celui de 4 à 7 ans, les diamètres de 8 à 10mm 5. Au-dessus de 20 ans, les chiffres ont varié pour le sexe masculin entre 16 et 22mm 5 ; pour le sexe féminin entre 13 et 16 millimètres. La moyenne pour 21 sujets adultes masculins a été 18 millimètres ; pour 12 sujets adultes féminins de 14mm 5 ; 2° Le diamètre moyen de la bronche droite, chez les sujets au-dessous de 20 ans, a varié entre 11mm 75 et 17mm 5. La moyenne de 18 sujets masculins a donné 14 millimètres, celle de 12 sujets féminins 12 millimètres ; 3° Le diamètre moyen de la bronche gauche a varié, chez les sujets de plus 20 ans, entre 7 et 13mm 5. La moyenne de 18 sujets masculins a été de 11mm 6 ; celle de 12 sujets féminins de 9 millimètres ; 4° Le carré du diamètre de la trachée, comparé aux carrés réunis des diamètres des bronches, a donné des chiffres sensiblement égaux dans 25 cas. Ces cas comprennent : *a*, tous les sujets, au nombre de 13, de l'un et l'autre sexe, au-dessus de 20 ans, à l'exception d'un petit garçon de 4, mort de croup, chez lequel le calibre de la trachée l'emportait notablement sur les calibres réunis des deux bronches, 72mm 25 contre 52mm 60. Chez presque tous ces sujets les poumons étaient sains. Un garçon de 5 ans était mort de pneumonie tuberculeuse ; deux autres, du même âge avaient succombé au croup : *b*, 12 sujets, au-dessus de 20 ans, dont 8 avaient des poumons sains et, parmi ces derniers, il y avait un vieillard de 86 ans. Les 4 autres étaient un homme de 21 ans et une femme de 30 ans, morts de phthisie tuberculeuse, un homme de 32 ans, atteint de pneumonie suppurée et un autre de 45 ans, affecté de dilatation de bronches. La même égalité s'est montrée sur les chiens et sur un mouton que M. M. Sée a examinés dans ce but ; 5° Le calibre de la trachée était inférieur à la somme des calibres des deux bronches chez 8 sujets, parmi lesquels 5 présentaient une tuberculisation très-étendue des poumons ; les 3 autres, 2 hommes de 62 et 68 ans, et une femme de 27 ans avaient des poumons sains ; 6° Enfin, le calibre de la trachée s'est montré supérieur aux calibres réunis des deux bronches sur 11 sujets qui se répartissent de la manière suivante : le petit garçon mort du croup, trois sujets emphysémateux, quatre tuberculeux dont un avec emphysème pulmonaire, un sujet dont les poumons étaient sains, un homme de pneumonie caséeuse, un homme dont les poumons n'ont pas été examinés et chez lequel les différences étaient peu considérables. — Les conclusions qui découlent du travail de M. Marc Sée sont les suivantes : « 1° A l'état normal, les calibres réunis des deux bronches sont égaux au calibre de la trachée. Je puis ajouter, d'après un petit nombre de mensurations que j'ai faites, que les calibres réunis des divisions bronchiques sont égaux au calibre de la bronche qui leur a donné naissance. *Les voies respiratoires représentent donc un cylindre et non un cône ;* 2° A l'état pathologique, l'équilibre entre la capacité de la trachée et celle des bronches peut être rompu, soit au profit des bronches, comme dans la tuberculisation chronique, soit à l'avantage de la trachée, comme chez les emphysémateux. »

M. Jules Lefort fait la lecture de son rapport sur deux mémoires de M. le Dr Garrigou, relatifs à la présence du mercure dans la source du Rocher à Saint-Nectaire-le-Haut (Puy-de-Dôme). Les conclusions admises par la commission et acceptées par l'Académie, sont basées sur des expériences nombreuses et établissent que le mercure ne fait pas partie de l'eau de la source de Rocher à Saint-Nectaire. A. Josias.

Concours pour l'agrégation en chirurgie et en obstétrique. — Voici la composition du Jury de ce concours, qui doit s'ouvrir le 29 de ce mois : MM. Gosselin, président ; Broca, Pajot, Le Fort, Guyon, Alphonse Guérin, membre de l'Académie de médecine ; Courtry (de Montpellier), Desgranges (de Lyon), Lannelongue, secrétaire.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 18 janvier 1878. — Présidence de M. Charcot.

Lésions des voies aériennes consécutives à l'insufflation chez un nouveau-né, par Champetier de Ribes, interne des hôpitaux.

La nommée M. Victorine, âgée de 25 ans, est en travail depuis le 21 janvier, dans la salle d'accouchement de la Maternité : l'enfant se présente par le sommet, en position O. I. D. P. ; le 23 janvier, dans la matinée, l'occiput étant resté en arrière, M. Lucas-Championnière extrait au moyen du forceps de M. Tarnier, un fœtus en état de mort apparente. Les battements du cœur sont forts et réguliers. On se met immédiatement en devoir de pratiquer l'insufflation ; M. Tarnier et M. Lucas Championnière la font eux-mêmes pendant plus d'une heure ; après leur départ, on la continue sans interruption pendant sept heures. Pendant tout ce temps, les battements du cœur persistèrent, puis devinrent de plus en plus faibles et irréguliers, et l'enfant ne donna plus aucun signe de vie. Au moment de la naissance, et pendant plusieurs heures après, l'enfant ouvrait les paupières, les globes oculaires exécutaient des mouvements.

Le chatouillement, à l'aide des barbes de plume, de la muqueuse des fosses nasales, déterminait des grimaces et pendant plusieurs heures aussi, il se produisit dans la figure, sans aucune excitation, les grimaces qui précèdent ordinairement chez le nouveau-né les premiers mouvements inspiratoires.

Le doigt introduit dans l'arrière gorge, provoquait des mouvements de succion dans les lèvres, et des mouvements de déglutition. Le chatouillement de la plante des pieds déterminait des mouvements dans le membre inférieur correspondant. Mais il ne se produisit aucun effort inspiratoire spontané.

Pour pratiquer l'insufflation, nous avons employé à tour de rôle le tube de M. Depaul et l'insufflateur de M. Ribemont ; ce dernier instrument a présenté de grands avantages ; tandis que le tube de M. Depaul se dérangeait au moindre mouvement, et a dû être réintroduit à plusieurs reprises, l'autre insufflateur, une fois appliqué, resta en place pendant plusieurs heures ; de plus, il oblitérait assez bien la glotte, pour qu'il fût inutile de boucher avec la main le nez et la bouche, de façon à empêcher l'air insufflé de s'échapper. Malheureusement, nous n'avions pas à notre disposition la pièce calibrée, qui doit être ajoutée à cet instrument, pour que son emploi soit sans danger. A l'ouverture du petit cadavre, nous avons cherché avec le plus grand soin, si quelque lésion des centres nerveux nous expliquerait pourquoi la respiration ne s'était pas établie. Les tractions avec le forceps avaient été assez longues et assez fortes pour qu'on pût craindre une fracture des os du crâne ou un épanchement sanguin. La boîte osseuse était intacte ; le cerveau, le bulbe et la moëlle, ne portaient les traces d'aucune contusion ; à peine y avait-il une légère suffusion sanguine dans les méninges à la base du cerveau, à la face inférieure du cervelet.

Tous les organes avaient leur aspect normal, à l'exception des voies aériennes.

Larynx. Nous avons trouvé dans le larynx, deux petites ulcérations intéressant la muqueuse dans toute son épaisseur, arrondies, comme taillées à l'emporte-pièce, et siégeant l'une sur le ligament aryténo-épiglottique du côté gauche, l'autre dans le ventricule du larynx du côté droit. Il nous semble que ce ne peut être avec l'insufflateur de M. Ribemont, dont l'extrémité est mousse, que ces deux ulcérations ont pu être produites.

Poumons. Les poumons, dont le volume et la forme générale n'étaient pas changés, étaient emphysémateux. On voyait sous la plèvre viscérale des deux poumons, sur toutes leurs faces, de petites bulles parfaitement transparentes, dont le volume variait de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chenevis. Au niveau du sommet et du bord antérieur des deux poumons, existaient des bulles plus grosses ; la plus volumineuse au niveau du bord antérieur du poumon gauche, avait la forme et le volume d'un petit haricot.

Sous l'influence des pressions exagérées, produites par l'in-

© BIU Santé

suffiation, les vésicules pulmonaires se sont rompues, et il s'est produit de l'emphysème interlobulaire. Les bronches contenaient une petite quantité de mucosités.

M. Mary présente un *fibro-lipôme pédiculé de la peau*, occupant la région inguinale. L'observation n'a pas été remise.

M. Landouzy présente le cœur d'une malade, entrée il y a quelques mois à l'hôpital de la Charité, pour un rétrécissement mitral. Outre le bruit symptomatique de cette lésion, on constata, il y a quelque temps, chez cette malade, un nouveau bruit de souffle, au niveau du bord inférieur droit du sternum; par son timbre filé, il se distinguait nettement du bruit de roulement entendu à la pointe; de plus, ce nouveau bruit était systolique. Bien qu'il n'y eût aucun trouble fonctionnel nouveau, ce bruit fut rapporté à une insuffisance tricuspide survenue consécutivement.

Cette jeune fille avait présenté une série d'accès subintrants d'asystolie, auxquels elle a fini par succomber. Pendant la vie, jamais on n'avait observé d'ascite. Le foie était très-augmenté de volume.

A l'autopsie, on trouva une hypertrophie du ventricule droit, un rétrécissement mitral des plus nets, et une insuffisance tricuspide.

Séance du 1er février. — Présidence de M. Charcot.

1. Encoches de l'extrémité inférieure du fémur.

M. Terrillon. Je désire appeler l'attention de la Société sur certaine particularité anatomique de l'extrémité inférieure du fémur, qu'on avait, bien à tort, considérée jusqu'ici comme le résultat d'un travail pathologique. Il est très-fréquent de rencontrer sur les cartilages qui recouvrent l'extrémité inférieure du fémur, de petites encoches plus ou moins profondes et même de véritables rainures transversales; elles sont très-marquées sur la pièce que je vous présente, qui provient d'une femme âgée de 40 ans. Ces dépressions, déjà signalées par Henke, sont absolument normales, je les ai toujours rencontrées sur les cadavres apportés à Clamart; elles se creusent de plus en plus avec l'âge, et chez les vieillards il arrive quelquefois de trouver le cartilage usé, divisé, détruit entièrement et l'os mis à nu. Ces encoches me paraissent jouer un rôle important dans le mécanisme des mouvements de l'articulation du genou; d'après les auteurs classiques, ce serait la tension des ligaments latéraux et du ligament antérieur qui s'opposerait au mouvement d'hyperextension de l'article; tout en acceptant ces données physiologiques il est bon de recourir à l'expérimentation: or en pratiquant l'extension de la jambe sur la cuisse, on voit les ligaments semi-lunaires de l'articulation du genou, venir se loger dans ces petites dépressions et servir ainsi de coins d'arrêt pour le mouvement d'extension, il en résulte que, chez le vieillard, le fémur et le tibia au lieu de se continuer en ligne droite forment un angle obtus ouvert en avant. Il est donc probable que ces encoches sont formées par la pression continuelle des cartilages semi-lunaires; ce qui explique pourquoi elles deviennent de plus en plus profondes avec les progrès de l'âge. M. Terrillon a l'intention de compléter sa communication dans une séance ultérieure.

2. Persistance du canal de Nück; par Ch. Féré, interne des hôpitaux.

Si je présente un exemple de cette disposition anatomique, ce n'est pas que je ne sois encore très-convaincu qu'elle est tout à fait exceptionnelle, mais c'est parce qu'on en a nié l'existence d'une façon presque absolue; et je tenais à montrer qu'il est impossible de se méprendre pour que la statistique que je prépare ne soit pas sujette à contestation.

Il s'agit d'une petite fille de *x* jours, morte d'athrepsie dans le service de M. Parrot, aux Enfants-Assistés. Du côté gauche, en dehors du ligament rond au moment où il pénètre dans la paroi abdominale, on voit une petite fossette à peine appréciable; si on fait glisser un peu en dehors et en haut le péritoine pariétal, la dépression disparaît complétement. A droite, on voit, sur le même point, un petit sillon linéaire un peu concave en dedans de 3 millimètres de long, dirigé obliquement de dedans en dehors et d'avant en arrière. Quand on tire un peu en dedans le ligament rond, le sillon s'élargit, et on voit un petit orifice circulaire permettant l'introduction d'une sonde cannelée ordinaire qui, poussée doucement, pénètre obliquement jusqu'au bord inférieur du pubis; si alors on tire un peu fort sur le ligament rond en même temps qu'on fait glisser en dehors le péritoine pariétal, la sonde remonte un peu, mais elle reste encore engagée dans une étendue de 23 millimètres.

La dissection montre que le péritoine se continue sur toute l'étendue de ce canal qui se termine en un cul-de-sac dont le fond, parfaitement lisse, mais un peu rosé, contient une petite masse, grosse comme un grain de millet, de substance molle et jaunâtre qui paraît être un produit d'exsudation inflammatoire préparant l'oblitération du conduit. Le ligament rond est appliqué contre la paroi interne de ce canal; quelques fibres en partent pour aller se jeter sur l'arcade de Fallope; un faisceau plus volumineux se dirige sur l'épine pubienne et un plus considérable encore va se perdre dans la partie supérieure du sac fibreux de la grande lèvre. C'est à ce dernier faisceau que s'adosse le prolongement du péritoine; le cul-de-sac qui termine le diverticule est à 3 ou 4 mm. au-dessus du point où le ligament se confond avec le sac fibreux.

Les dimensions de ce conduit ne permettent pas de supposer que ce soit un sac herniaire; ce ne peut être qu'une disposition congéniale.

M. Petit. J'ai vu un fait analogue chez une jeune femme de 16 ans, morte d'éclampsie: le canal de Nück allait jusque dans la grande lèvre, son orifice supérieur aurait pu contenir aisément le petit doigt, son trajet était absolument vide, ne renfermant ni épiploon ni intestin. Dans un autre cas je trouvai une hernie de l'ovaire qui s'était engagé peu à peu dans le canal resté perméable.

4. Disposition anormale de l'S iliaque dans une hernie inguino-scrotale gauche irréductible; par Boussi, interne des hôpitaux.

Le nommé Moret (Charles-Antoine), âgé de 68 ans, cordonnier, entra le 10 août 1877, à la Pitié, salle Saint-Raphaël, service de M. Dumontpallier (interne M. Leroux).

On constata chez lui un affaiblissement des quatre membres, plus marqué du côté droit.

Au bout de quelques jours, la parésie gauche disparut, et une hémiplégie droite s'établit définitivement. Cet état persista jusqu'à la fin de sa vie. Il n'eut jamais de contracture. Il eut seulement à l'index gauche un panaris qui guérit sans traitement. En outre, il était porteur depuis longtemps d'une énorme hernie inguino-scrotale irréductible. Les deux ou trois derniers mois de sa vie, une eschare au sacrum, puis aux trochanters, se forma graduellement. Ces lésions très-étendues étaient plus marquées du côté paralysé. Il succomba le 30 janvier 1878, à 1 heure du matin, à une pneumonie hypostatique plus marquée à droite.

L'autopsie nous révéla une disposition insolite du contenu de la hernie: *hernie inguino-scrotale gauche* volumineuse. En ouvrant le sac par sa face antérieure, on est tout surpris de trouver à la partie inférieure, près du fond, un foyer de matières fécales. En regardant de plus près, on s'aperçoit que ce foyer n'est rien autre chose que l'S iliaque aplatie et adhérente à la paroi du sac. L'S iliaque, en effet, avec une portion du côlon descendant, est adhérente dans toute son étendue à la paroi du sac constitué par le péritoine pariétal. Cette adhérence est si intime que l'S iliaque n'est plus comprise dans la cavité du sac, mais que sur tout son trajet, elle fait partie intégrante du sac lui-même. Voilà précisément le côté intéressant de cette pièce.

Tandis que la plus grande portion de l'intestin grêle, contenu dans le sac avec le mésentère, est libre, comme dans les hernies ordinaires; la portion du gros intestin, au contraire, faisant partie de la hernie, est adhérente au sac depuis son entrée par le collet jusqu'à sa sortie par le même orifice, fort large du reste. Cette S iliaque représente une anse qui tapisse d'abord la face antéro-latérale, puis le fond et la face postérieure du sac, et se continue avec le rectum en sortant du collet. Sa portion antérieure est donc en avant de l'intestin grêle, tandis que sa portion postérieure passe en arrière, et pour l'apercevoir, il faut relever les anses intestinales.

© BIU Santé

C'est au point où sa portion antérieure se recourbe au fond du sac pour devenir postérieure que nous avons coupé l'S iliaque et que nous nous sommes aperçus de l'anomalie. Le mécanisme par lequel l'S iliaque adhère à la paroi dans une aussi grande étendue, est probablement le suivant. L'S iliaque et son mésocôlon faisait partie de la hernie au même titre que l'intestin grêle et son mésentère, peu à peu, par suite d'une inflammation adhésive, le mésocôlon s'est moulé sur la paroi interne du sac ; et l'S iliaque, moins mobile que l'intestin grêle, fixée en premier lieu par son bord adhérent au mésocôlon, s'est fixée par son bord libre à la paroi du sac, grâce à des adhérences celluleuses.

Telle est l'opinion que m'a suggérée la dissection du sac. Je l'ai divisé en deux lamelles dans une grande étendue : l'une, extérieure (péritoine), l'autre intérieure (mésocôlon), à l'extrémité de laquelle se trouvait l'S iliaque.

En résumé, l'S iliaque, par suite d'adhérences et de l'accollement du mésocôlon à la paroi, a cessé de faire partie du contenu pour faire partie du sac herniaire. M. Dumontpallier pense qu'au fur et à mesure que le péritoine pariétal est descendu dans les bourses, il a entraîné avec lui le mésocôlon iliaque. Celui-ci, tiraillé, se serait dédoublé peu à peu, et une fois les deux feuillets complétement séparés, l'S iliaque se serait trouvée aplatie sur la paroi interne du sac.

Cavité crânienne : Méninges saines. Athérome de toutes les artères de la base : hexagone, basilaire, sylvienne. Dans le centre ovale de Vieussens de l'hémisphère gauche, on trouve un foyer de ramollissement. Ce foyer linéaire, de 0m,5 de long sur 1 cent. de large, est formé par la réunion d'une série de petites lacunes de la grandeur les unes d'un pois, les autres d'une noisette. Les parois n'offrent aucune trace de pigment. Le contenu est un liquide séreux presque incolore. Le cervelet, la protubérance et le bulbe ne sont le siége d'aucune altération appréciable.

Cavité thoracique. Poumons, congestion des 2/3 inférieurs des poumons droits. Congestion analogue, mais moins marquée, à la base du poumon gauche. Aucune trace de tubercules.

Cavité abdominale. Reins. — Le rein droit (côté paralysé) pèse 140 gr., tandis que le rein gauche pèse 170 gr. Il y a donc une différence de 30 gr. entre les deux reins. *Foie.* Le foie a un volume normal. *Rate* grossie, couleur lie de vin. *Vessie* saine. *Testicule* : le testicule est dur et augmenté de volume. A la coupe, on trouve un foyer puriforme au centre ; la partie périphérique est caséeuse. La queue de l'épididyme offre une dégénérescence lardacée. Le testicule correspondant à la hernie est aussi volumineux ; il présente les mêmes lésions que l'autre. Rien à la prostate.

5. — M. Ménard présente un *cas de rupture spontanée du cœur*, chez une femme de 61 ans, entrée à l'hôpital avec les signes d'une dilatation du cœur droit, œdème du poumon et et des membres inférieurs. On n'entendait aucun souffle au niveau de la région précordiale. A la suite d'un purgatif, cette femme devint très-affaissée, puis, prise de dyspnée extrême, elle mourut subitement dans la soirée.

A l'autopsie, on trouva un épanchement pleural assez abondant, le péricarde était distendu par un caillot couleur gelée de groseille qui ne pesait pas moins de 600 gr. Dans le cœur, il y avait une déchirure du myocarde au niveau de la pointe ; on trouva encore une thrombose de l'artère coronaire antérieure, et une dégénérescence athéromateuse de l'aorte et des deux rénales. (L'observation n'a pas été remise.)

M. Moutard-Martin. A-t-on observé chez la malade des signes permettant de supposer que la rupture s'est faite en plusieurs temps ? On sait, en effet, que la plupart des ruptures cardiaques s'opèrent en deux temps très-distincts : le premier correspond à la déchirure du myocarde, le second à l'épanchement dans la séreuse d'enveloppe, suivi de compression sur le cœur et de mort subite.

M. Ménard. Deux jours avant la mort, cette femme fut prise de dyspnée extrême, poussa un cri violent et déclara qu'elle sentait son cœur se déchirer. C'était là peut-être le début de la rupture du muscle cardiaque ?

6. **Ramollissement des deux noyaux du corps strié à gauche. — Hémiplégie temporaire. — Sclérose pulmonaire ;** par Mayor, interne des hôpitaux.

X..., femme de ménage, âgée de 65 ans, entre le 25 juin 1877 dans le service de M. Bernutz. Antécédents de famille sans intérêt. Mariée, elle a eu deux enfants, dont l'un est mort en bas âge, sans qu'elle puisse dire de quelle maladie ; l'autre, une fille, est actuellement bien portante et a, elle-même, plusieurs enfants.

La malade n'a jamais eu de rhumatisme ; pas d'alcoolisme. A l'âge de 45 ans elle a commencé à être oppressée lorsqu'elle marchait un peu vite. Il y a trois ans, elle a eu du côté gauche un point douloureux, sans grande réaction fébrile. Cependant on lui appliqua plusieurs vésicatoires. Elle se remit lentement et, dès lors, ne put reprendre son travail de servante ; car dès qu'elle se fatiguait un peu, le point de côté reparaissait.

Il y a deux ans, au moment où elle venait de se lever, elle perdit subitement connaissance. Il n'y eut pas de mouvements convulsifs. Elle ne sait combien de temps elle resta sans connaissance ; mais quand elle revint à elle, elle était hémiplégique droite et ne pouvait parler. L'usage de la parole revint dans la soirée. Huit jours après, elle se levait, et peu à peu la paralysie disparut au point qu'actuellement la main droite est plus forte que la gauche. Les deux jambes sont également fortes. La face n'est nullement déviée.

Depuis le commencement de cet hiver elle toussait un peu, mais il n'y avait pas de fièvre, pas d'altération marquée de la santé ; lorsqu'il y a deux mois elle fut prise d'un nouveau point de côté dans la région précordiale gauche avec irradiation dans l'épaule et le bras du même côté. Peu de fièvre, pas de grands frissons ; ni vomissement, ni diarrhée. Au bout de trois semaines, quoiqu'elle continuât à tousser, elle reprit l'appétit et put se lever. Mais, il y a quinze jours, ces accidents reparurent et elle se décide aujourd'hui à entrer à l'hôpital pour y être traitée de son point de côté et de sa toux.

Aujourd'hui, la malade est extrêmement oppressée, pâle ; ses lèvres sont bleuâtres. Elle tousse fréquemment, surtout lorsqu'on la fait asseoir. Les crachats sont relativement peu abondants et ne présentent rien de caractéristique. Il n'y a jamais eu d'hémoptysie. La malade n'a jamais eu d'embonpoint ; cependant elle s'est amaigrie depuis quelques années, pas de sueurs nocturnes, pas de diarrhée.

Signes physiques : En avant, à la percussion, rien de bien anormal. A l'auscultation, respiration un peu soufflante sous les deux clavicules. Dans toute l'étendue, râles ronflants et sibilants qui empêchent d'entendre les bruits du cœur.

En arrière, matité dans les deux fosses sus-épineuses et submatité dans la partie supérieure des sous-épineuses ; souffle bronchique intense aux deux sommets. Au même niveau il y a résonnance exagérée de la voix, expiration prolongée, râles ronflants, sibilants et sous-crépitants peu nombreux. Plus bas les râles sibilants et sous-crépitants deviennent extrêmement abondants et s'entendent jusqu'à la base des deux poumons.

Le foie et la rate n'offrent rien d'anormal. Il n'y a d'œdème nulle part. Pas d'albumine dans l'urine.

Peu à peu l'oppression, la toux, l'expectoration diminuent. A la fin de septembre on commence à entendre dans la fosse sus-épineuse droite un souffle qui prend un peu le timbre caverneux. Pas de craquements proprement dits. Plus bas, la respiration est rude. Les râles sous-crépitants ne s'entendent plus que tout à fait à la base. Quelques jours après le souffle caverneux a disparu, puis il reparaît plus net. Enfin on le cherche vainement, puis on le retrouve à plusieurs reprises et à quelques jours de distance.

Au commencement de novembre, la malade est reprise de bronchite généralisée. Elle ne mange plus, s'amaigrit rapidement. Les crachats deviennent beaucoup plus abondants (demi crachoir). Les râles ronflants et sibilants apparaissent de nouveau dans toute l'étendue des deux poumons. Les sous-crépitants s'accentuent aux deux bases. Les potions kermetisées sont employées sans succès. On se voit, à plusieurs reprises, obligé d'appliquer des ventouses sèches pour remédier

© BIU Santé

à des accès d'orthopnée formidables. Enfin, la malade s'affaiblit, s'amaigrit rapidement, et meurt le 15 décembre.

Autopsie faite le 16 décembre. Les deux plèvres contiennent une bien faible quantité de liquide séreux. Les lobes supérieurs des deux poumons sont en état de sclérose avancée. Ils sont traversés par places par des bandes fibreuses compactes. Les bronches, surtout celles de moyen calibre, présentent une dilatation cylindrique très-accentuée. Elles sont pleines de muco pus. Nulle part il n'y a de dilatation ampullaire. Aucune masse caséeuse. Les lobes inférieurs sont fortement congestionnés et œdématiés.

Cœur. Endocarde sain. Le myocarde a un peu la coloration feuille morte. Il n'y a pas de dilatation des cavités ni d'insuffisance relative. Péricarde sain.

Reins séniles, un peu congestionnés. — *Rate* sénile.

Cerveau. Artères de la base un peu athéromateuses. Les circonvolutions sont absolument saines à leur surface. L'hémisphère droit ne présente rien d'anormal à la coupe. Il n'en est pas de même pour le gauche. En effet les coupes successives démontrent l'existence, au niveau des deux noyaux du corps strié, de deux foyers de ramollissement arrivés à la période dite d'état celluleux. La coloration de ces foyers est grisâtre. En avant, ils ne s'arrêtent qu'à l'extrémité même des deux noyaux aussi bien pour le caudé que pour le lenticulaire. En arrière, ils cessent tous deux au même niveau, sur la coupe qui passe à deux millimètres environ en avant de la couche optique. La capsule interne saine, un peu dentelée sur ses bords, se trouve sur les coupes, jetée comme une sorte de chaussée entre les deux foyers celluleux qui s'affaissent. — *Protubérance*. — *Bulbe*. — *Cervelet*. — Rien à l'œil nu.

M. Pitres. Le fait qu'on nous présente, qui d'ailleurs n'est pas rare, semble à première vue en contradiction avec les expériences de Ferrier, puisque ce physiologiste déclare que l'excitation électrique, portée sur le corps strié, donne lieu à des convulsions, voire à du tétanos.

Contrairement à l'opinion de Ferrier, je crois qu'il est bien démontré que le corps strié est inexcitable quelle que soit la force du courant mis en œuvre, mais à condition de ne pas enfoncer trop profondément les électrodes dans le tissu cérébral. Si, au contraire, une lésion matérielle où l'excitation électrique, partant de la face ventriculaire du corps strié, s'étend jusqu'à la capsule interne, dans ce cas seulement il se produira des convulsions, du tétanos, etc.

M. Charcot. Je rappellerai que si, en général, les hémiplégies de cause cérébrale ne sont pas accompagnées de contractures, il faut que les lésions n'atteignent pas les parties rayonnantes de la capsule interne ou le centre ovale ; mais si ces régions viennent à être lésées, la contracture pourra survenir.

M. Pitres. Chez le chien, des lésions, des hémorrhagies intra-ventriculaires ne donnent pas lieu à de la contracture, celle-ci ne se manifeste que si les lésions siégent au niveau de la partie inférieure du pédoncule cérébral.

Anévrysme des valvules sigmoïdes de l'aorte. — Endocardite ulcéreuse. — Embolies multiples, par M. Henri Lenoux, interne des hôpitaux.

Larison Pierre, âgé de 18 ans, exerçant le métier de tailleur entre à l'hôpital Necker (service de M. Delpech), dans la salle Saint-Ferdinand, n° 26, le 7 janvier 1878. Il est arrivé à Paris depuis deux mois seulement, et s'est toujours bien porté.

C'est au commencement de novembre qu'il a commencé à se sentir fatigué ; des accès de fièvre assez fréquents le forçaient à rester au lit une partie de la journée, et s'accompagnaient d'inappétence de dyspepsie, de constipation. Il a passé dans le même état, tout le mois de décembre, maigrissant peu à peu, se plaignant de douleurs dans le ventre et dans les jambes, mais ne toussant pas.

Au moment de son entrée, on constate les symptômes suivants : pas d'insomnie ni de rêvasserie; pas de céphalalgie ; de bourdonnements d'oreilles; de troubles de la vision, ni d'épistaxis.

Langue rouge à la pointe, blanche sur les bords; mauvais goût à la bouche; douleur à la gorge; rougeur du voile du palais et des piliers; ganglions sous-maxillaires, du côté droit, tuméfiés. Pas d'envies de vomir ni de vomissements; constipation depuis 3 jours; coliques assez vives; douleur à l'épigastre; pas de météorisme, mais gargouillement dans la fosse iliaque droite ; pas de taches rosées lenticulaires; quelques taches ardoisées.

Pas de dysurie, urines claires ; douleurs aux cuisses, dans le genou droit et aux pieds; le malade peut cependant marcher, mais souvent, dit-il, ses pieds enflent le soir; pas de battements de cœur; souffle assez fort au premier temps à la pointe ; pouls régulier, 100 pulsations ; peau chaude, brûlante, 40°, 2 ; respiration normale. Le malade tousse un peu, mais ne crache pas; il accuse des sueurs abondantes à son réveil su le thorax et les jambes.

A tous ces signes s'ajoute le plus caractéristique, le facies d'hébétude des typhiques ; le malade comprend difficilement les questions qu'on lui pose, et y répond avec une certaine lenteur.

On porte alors le diagnostic de dothiénentérie, mais avec réserve.

8 *janvier*. — L'examen plus attentif du poumon fait reconnaître une diminution de la sonorité et de l'élasticité dans la fosse sus-épineuse gauche, la respiration est un peu soufflante, on y entend quelques fins craquements; à droite on en trouve aussi quelques-uns. Le malade insiste sur ce fait, que la fièvre revient surtout le soir. T. 38°, 4. — Soir, 38°, 6. Sueurs abondantes ; quelques vomissements et selles nombreuses (à la suite de l'administration d'un éméto-cathartique) ; figure pâle avec coloration passagère des pommettes.

9 *janvier*, — T. 37°, 8. — Soir. T. 39°. Sur les 7 heures du soir grand frisson avec claquements de dents; douleurs dans les jambes ; toux plus fréquente ; hémophysie légère.

10 *janvier*. — T. 36°, 6. — Soir. T. 39°. Inappétence ; le malade a eu un léger frisson sur les 4 heures du soir ; sueurs abondantes.

11 *janvier*. — Matin. T. 37°, 6. — *Soir*. T. 38°, 4.

12 *janvier*. — Matin. T. 37°, 2. A la suite de quintes de toux on perçoit nettement des craquements dans les deux fosses sus-épineuses surtout à droite. L'accentuation des signes pulmonaires fait pencher vers l'hypothèse d'une granulie à forme typhoïde. Le soir, sueurs abondantes — délire tranquille. *Soir*. T. 39°, 6 ; P. 105.

13 *janvier*. — T. 39°. — *Soir*. T. 39°, 8.

14 *janvier*. — T. 36°, 2. Sueurs abondantes — affaiblissement sensible; le malade devient pâle — diarrhée. — *Soir*. T. 39°, 4.

15 *janvier*. — T. 38°, 5. — *Soir*. T. 39°, 4.

16 *janvier*. — T. 38°. — *Soir*. T. 39°, 2. Pâleur croissante — aspect hébété typhique — coliques atroces, diarrhée.

17 *janvier*. — T. 38°. — *Soir*. T. 39°, 6. Inappétence absolue — frissons et sueurs au sommet droit en arrière, râles sous-crépitants ; à gauche respiration rude, craquements — Emaciation rapide.

18 *janvier*. — T. 38°, 3. — *Soir*. T. 37°, 4.

19 *janvier*. — T. 37°. — *Soir*. T. 39°, 3.

20 *janvier*. — T. 36°, 8. — *Soir*. T. 38°, 4. Souffle légèrement creux au sommet droit, râles. — A gauche, râles humides manifestes et respiration soufflante — inappétence, aspect typhique, hébétude — délire.

21 *janvier*. — T. 37°, 6. — *Soir*. T. 38°, 6.

22 *janvier*. — T. 38°. — *Soir*. T. 37°, 8. — Coliques atroces, anémie croissante, le malade est d'une maigreur squelettique.

23 *janvier*. — T. 36°. — Face terreuse, inappétence, oppression extrême, le décubitus dorsal est impossible. Battement de cœur irréguliers, bruits sourds mal frappés, pouls misérable 108. Sonorité à peu près conservée dans les fosses sus-épineuses. Pas de râles, souffle creux aux deux sommets. Le malade est tellement agité le soir qu'il est impossible de l'examiner, il a le délire.

24 *janvier*. — Coliques atroces, douleurs de tête, mort.

Autopsie, le 25 janvier. — Pas d'adhérences pleurales, ni d'épanchement dans les plèvres. — *Poumons* congestionnés à la base, mais d'une manière inégale. Lobules emphysémateux à côté des lobules d'un rouge clair ou foncé, d'un aspect mar-

© BIU Santé

bré de la face inférieure. — A la coupe, les poumons peu crépitants, assez durs, surnagent au-dessus de l'eau. — Emphysème dans les deux sommets surtout à droite. Pas de tubercules gris ou jaunes, — quelques petits noyaux fibreux sous-pleuraux. En somme, le poumon présente l'aspect de la congestion lobulaire commune chez les enfants.

Le *péricarde* distendu contient un liquide trouble, rougeâtre plus de 400 grammes — examiné au microscope, ce liquide contient des globules rouges crénelés, déformés et de nombreux globules blancs. Il y a donc eu péricardite hémorrhagique. — Les surfaces pariétale et viscérale sont dépolies et recouvertes de nombreuses saillies papilliformes; ces dépôts fibrineux et productions néo-membraneuses sont généralisées sur tout le péricarde.

Le cœur ouvert on trouve les cavités droites saines, et les valvules tricuspide et pulmonaires suffisantes.

Dans le cœur gauche, la valvule mitrale, regardée par l'oreillette, semble saine, — le ventricule gauche ouvert montre l'existence de lésions étendues au niveau de l'orifice aortique.

Au-dessous de la valvule sygmoïde qui correspond à la cloison interventriculaire et de la valvule qui se continue avec une des valves de la mitrale, et entre ces deux valvules existe une production de nouvelle formation un épaississement très-considérable qui répond à leur face inférieure : cette végétation, grosse comme une noisette, inégale, applique contre la paroi artérielle, la seconde de ces valvules; un courant d'eau montre qu'elle est perforée en deux points, la première ouverture peu considérable est située à quelques millimètres de son bord libre et répond à la partie moyenne; la deuxième très-large, est déchiquetée et située au-dessous; elle est le point de départ d'une excavation considérable qui, d'un côté s'enfonce vers la cloison interventriculaire, au niveau de l'origine de l'artère pulmonaire et de l'autre, remonte le long de la paroi auriculaire, menaçant ainsi de s'ouvrir dans l'oreillette gauche, et dans le cœur droit, cette excavation contient des caillots rouges et un liquide rouge également qui a été examiné au microscope. Il contient un nombre très-considérable de globules blancs, trop considérable pour que la stase sanguine suffise à expliquer leur présence. — Il y a eu sans doute un abcès siégeant à la base de la valvule sygmoïde correspondant à la mitrale. — Il aura amené le dédoublement de la valvule, puis sa perforation.

Autour des lésions décrites ci-dessus, on voit des épaississements dus à une endocardite végétante, à la base de la face ventriculaire de la valve interne de l'orifice mitral et dans le nid de pigeon qui répond à la valvule sygmoïde interne.— Les deux orifices des artères cardiaques sont libres.

Le *cerveau* et les *méninges* sont sains.

Le *foie* sain, un peu congestionné, pèse 1650 grammes. — L'*intestin* très-rétracté est sain. — Les *reins* sont petits, l'un d'eux contient à la périphérie un infarctus jaunâtre, entouré de parties congestionnées. L'examen microscopique montre la dégénérescence graisseuse de la plupart des globules blancs qui forment cette masse caséeuse. — La *rate* petite, dure contient 4 à 5 infarctus superficiels blanchâtres, entourés d'une zone d'un rouge foncé — dans quelques points on trouve des signes d'une congestion interne localisée. Dans ces infarctus, les globules blancs se colorent par le carmin pour la plupart et n'ont pas subi la dégénérescence graisseuse.

Résumé. — Le malade a présenté des symptômes typhoïdes, puis des accès de fièvre avec frissons, comme dans la pyémie, en un mot les signes attribués à l'endocardite ulcéreuse. Les lésions consistent, au cœur, en un anévrysme valvulaire des sygmoïdes aortiques, en infarctus dans les organes abdominaux.

Note sur la pénétration des poussières dans le poumon après la trachéotomie; par F. Balzer, ex-interne des hôpitaux.

En examinant récemment un certain nombre de poumons d'enfants, morts du croup, après avoir subi la trachéotomie, j'ai été frappé de la grande quantité de poussières et de corps étrangers qu'ils renfermaient. Dans certains poumons on en voit tellement que les coupes paraissent noires comme celles d'un poumon rempli d'anthracose. Ces corps étrangers ont pénétré dans les différentes parties du lobule et forment même, dans différents points, de véritables blocs qui remplissent la cavité alvéolaire presque tout entière. En regardant les coupes avec un faible grossissement, on voit que leur distribution est évidemment en rapport avec le trajet des bronches. Elles ont rempli d'abord ces canaux et pénétré dans l'exsudat, puis, traversant les parois des bronchioles, elles se sont répandues dans les alvéoles voisins et jusque dans la paroi des vaisseaux. Elles pénètrent en même temps jusque dans le fond du lobule. Les corps étrangers les plus volumineux sont libres et isolés, les plus petits pénètrent dans le protoplasma des cellules. Suivant les cas, la quantité de ces corps étrangers est variable. Je les ai vus surtout très-abondants dans trois poumons d'enfants morts, l'un 48 heures après l'opération, les deux autres au bout de 36 heures, dans le service de mon excellent maître, M. le Dr Cadet de Gassicourt. Depuis, je les ai constatés, mais moins nombreux, dans trois autres cas.

D'ailleurs, l'examen macroscopique aurait pu peut-être faire reconnaître la présence de ces corps étrangers. Plusieurs fois, en faisant des autopsies, j'avais remarqué un certain état granité que j'avais mis sur le compte des lésions congestives. Mais quand le poumon est débarrassé du sang qui s'écoule des vaisseaux et surtout quand il a macéré quelque temps dans l'alcool, on voit parfaitement les blocs noirâtres ressortir sur la coupe.

Quelle est la cause de l'introduction de ces corps étrangers ? Je crois qu'il ne faut pas aller la chercher ailleurs que dans la présence de la canule. Peut-être la rigidité des bronches tapissées de fausses membranes favorise-t-elle dans une certaine mesure leur pénétration. Mais c'est la canule qu'il faut surtout incriminer : elle supprime le tamisage de l'air qui s'opère dans le passage à travers la bouche, les fosses nasales et le larynx. L'enfant se trouve donc à peu près dans les mêmes conditions qu'un animal chez lequel on aurait amené la paralysie du larynx par la section du récurrent.

Il est bon de faire observer que la pénétration de ces corps étrangers doit se faire probablement avec plus d'intensité à certains moments qu'à d'autres. Outre l'état de l'atmosphère plus ou moins poussiéreuse de la chambre, il faut noter l'état de la canule : lorsque l'enfant va mal, celle-ci devient sèche et rien ne peut arrêter le passage des corps étrangers auquel doivent s'opposer, dans une certaine mesure, les mucosités.

Que deviennent ces corps étrangers ? Quels sont leurs effets sur le parenchyme pulmonaire ? La réponse à cette seconde question ne peut être douteuse. Il est évident qu'ils peuvent provoquer des lésions inflammatoires; mais il est toujours difficile d'apprécier l'étendue et l'intensité de celles-ci. Dans les expériences de Friedlænder et de M. le professeur Charcot, nous voyons la pénétration des corps étrangers amener très-promptement des accidents inflammatoires. Mais, dans les cas dont il s'agit, il y a un élément de plus, la bronchite diphthéritique qui s'accompagne dans l'immense majorité des cas d'inflammations lobulaires. La part de ces deux causes d'irritation est, par conséquent, difficile à déterminer. Ce que je dois dire, c'est que j'ai rencontré plusieurs fois les noyaux d'hépatisation lobulaire tantôt au milieu des corps étrangers, tantôt dans des régions où ils n'avaient pas pénétré.

On peut également se demander si certains accidents consécutifs à la trachéotomie ne peuvent pas être attribués à cette cause, si des broncho-pneumonies tardives ou d'autres affections inflammatoires du poumon ne peuvent pas succéder à l'introduction de ces particules irritantes. C'est une question à étudier, ainsi que l'absence ou la pénétration des corps étrangers, dans les cas de croup non opérés, et dans les diverses maladies qui peuvent entraver le fonctionnement de la glotte.

Il sera évidemment encore plus utile de s'opposer, dans la mesure du possible, à l'introduction de ces corps étrangers. Leur présence montre bien la nécessité des cravates qui doivent avoir pour but non-seulement de réchauffer l'air inspiré par la canule, mais aussi de s'opposer au passage des impuretés qu'il contient. Les anciens l'avaient d'ailleurs préconisée pour cela, et les faits que je rapporte montrent que Trousseau a eu tort de considérer leurs craintes comme chimériques.

© BIU Santé

Il y a même une certaine importance à faire un choix dans les étoffes qu'on peut employer, afin d'éviter que ces cravates ne fournissent elles-mêmes leur contingent de corps étrangers.

Pendant le nettoyage des salles qui doit se faire avec une grande régularité, il sera prudent de couvrir plus efficacement le cou des enfants qu'on ne le fait aux autres heures de la journée. Enfin, je signale ici un moyen qui peut rendre des services au moment où la canule se sèche et qui m'a été indiqué par mon collègue et ami Carrié, interne des hôpitaux. Il consiste à écouvillonner de temps en temps la canule avec un corps gras, de l'huile par exemple, capable d'arrêter les corps étrangers. Ce moyen n'empêchera pas d'ailleurs les injections qu'on fait habituellement et qui apportent un réel soulagement aux malades.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 avril. — PRÉSIDENCE DE M. F. GUYON.

La séance a été tout entière occupée par un très-important rapport de M. Verneuil sur une observation d'inclusion scrotale due à M. Bœckel de Nancy.

Dans son mémoire publié en 1855, M. Verneuil avait réuni dix observations d'inclusion scrotale. Depuis cette époque on a observé de nouveaux faits qui permettent de donner une histoire plus complète de cette affection, mais qui n'infirment point les conclusions du travail de M. Verneuil. Les observations publiées depuis 20 ans sont au nombre de huit. M. Verneuil donne une analyse complète de tous ces faits disséminés dans différents recueils :

En 1858, M. Léon Labbé recueillit dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital Cochin, l'observation d'un garçon de 14 ans qui avait toujours eu le testicule droit plus volumineux que le gauche, et chez lequel une véritable tumeur bosselée de la grosseur d'un œuf s'était développée, depuis un an seulement, dans le testicule droit. M. Gosselin, croyant avoir affaire à un sarcocèle cancéreux, pratiqua la castration : la tumeur était implantée sur l'épididyme ou sur le corps d'Highmore; elle comprenait de petits kystes contenant les uns de la matière sébacée, les autres, des débris des cartilages du larynx, d'autres enfin, des papilles et des villosités intestinales. On trouvait aussi, dans cette tumeur, des produits appartenant au feuillet interne du blastoderme.

M. Helsch, de Prague, a enlevé, chez un enfant de huit ans, une tumeur à peu près analogue, du testicule.

A Amsterdam, M. Tilanus a opéré une tumeur des bourses, constituée par des cartilages et de la matière sébacée.

Dans son traité sur les maladies du testicule Kœcher rapporte un cas analogue.

Un chirurgien d'Aldenbourg a eu aussi à traiter un kyste dermoïde du testicule.

En 1864, un interne de M. Richet, M. Spiess, de Genève, présenta à la Société anatomique une pièce d'inclusion scrotale compliquée de cancer du testicule.

Enfin, si l'on excepte le fait tout récent de M. Bœckel, la dernière observation d'inclusion scrotale est due à M. Long, d'Inspruck, qui l'a fait paraître dans les Archives de Wirchow.

Après avoir minutieusement étudié tous ces faits nouveaux, M. Verneuil maintient qu'il n'a rien à retrancher, ni à ajouter aux conclusions de son mémoire de 1855. Ces tumeurs siégent toujours en dehors du testicule. Malgré l'affirmation de M. Helsch, les observations d'inclusion intra-glandulaire du testicule sont encore à trouver.

Le diagnostic de cette affection a rarement été possible. La plupart des chirurgies n'ont reconnu la nature de ces tumeurs qu'après la castration. Cependant Velpeau se borna, dans un cas, à énucléer la tumeur sans toucher au testicule : il est vrai que son malade mourut d'infection purulente.

La question de pathogénie reste encore fort obscure. Ollivier et Lebert ont établi dans ces tumeurs par inclusion deux catégories *l'inclusion scrotale simple*, et les *kystes dermoïdes*. Mais on ignore où finit l'inclusion scrotale et où commence le kyste.

Parmi les différentes théories, celle de Waldeyer jouit de la plus grande vogue ; pour cet auteur l'ovaire et le testicule ont des éléments communs, qui constituent l'*épithélium germinatif*. L'inclusion scrotale serait due au développement de la partie femelle du testicule. M. Verneuil déclare cette théorie insoutenable.

Une discussion approfondie s'engagera à la prochaine séance sur cette importante question, soulevée par le rapport de M. Verneuil. Ch. AVEZOU.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 24 avril 1878. — PRÉSIDENCE DE M. GUBLER.

A l'occasion du procès-verbal, M. PORTEFAIX désire présenter quelques remarques sur les travaux qui ont été communiqués à la Société jusqu'à ce jour. Il s'est demandé si ces travaux avaient répondu au programme que la Société s'était imposé, et s'il ne serait pas utile que des mesures fussent prises pour qu'on ne s'écartât pas de ce programme.

Une discussion s'engage sur cette question de savoir si la parole doit être maintenue à M. Portefaix, sa proposition n'étant pas à l'ordre du jour. Après quelques observations de MM. Budin, Laborde et Gubler, il est décidé par un vote que la proposition de M. Portefaix est ajournée jusqu'à la prochaine séance.

L'incident terminé, la discussion est ouverte sur la communication de M. Pinard relative aux moyens de remédier aux présentations vicieuses du fœtus.

M. THÉVENOT. La méthode proposée par M. Pinard repose sur cette remarque, que, généralement, les accouchements sont sans danger quand il y a présentation de la tête, et dangereux dans les présentations du siége ou de l'épaule. Partant de ce principe, M. Pinard a inventé un appareil qui fixe le fœtus après qu'on lui a fait prendre une bonne position. Il y a déjà longtemps que l'on employait cette manœuvre, mais on y avait renoncé parce que l'enfant reprenait généralement sa position primitive. Le progrès réel consiste donc dans la fixation du fœtus. On a fait à cette méthode différentes objections. On s'est demandé s'il était prudent pour la mère et sans danger pour l'enfant, de laisser à demeure une ceinture élastique pendant dix ou douze jours. La pression exercée par l'appareil ne peut-elle pas provoquer une albuminurie? M. Thévenot ne croit pas, d'après ses observations personnelles, que les dangers signalés soient à craindre; ils méritent cependant d'être étudiés. On a dit aussi que l'appareil n'agissait pas directement sur l'utérus, et que les mauvaises présentations tenant à l'état de ce dernier, fatigué par des accouchements antérieurs, le but proposé ne serait pas atteint. Enfin, on a objecté que la tête du fœtus ne pourrait pas être toujours ramenée à une bonne position. M. Thévenot trouve ces objections spécieuses, les résultats obtenus ont été excellents ; il n'y aurait, à son avis, que lorsque le liquide amniotique est en excès que l'on pourrait craindre un insuccès.

M. BUDIN. Le seul reproche que j'aie à faire à mon ami M. Pinard est celui d'avoir été trop restreint dans ses explications relatives à l'hygiène. Je suis persuadé que son appareil est appelé à rendre de réels services. Il est utile de le faire connaître au public, et j'espère qu'il viendra un moment où les femmes, éclairées sur les dangers des mauvaises positions du fœtus, réclameront d'elles-mêmes un examen en temps opportun. Ce jour-là, un grand progrès sera réalisé.

M. PINARD. Je répondrai, en quelques mots, aux craintes qu'a pu faire naître l'emploi de mon appareil. Il résulte de vingt-cinq ou trente observations prises à la Clinique ou à la Maternité, que l'enfant peut être retourné sans danger et n'a à redouter aucun accident. L'albuminurie ne s'est jamais produite à la suite de l'application de la ceinture, et j'ai constaté que, chez une femme déjà albuminurique, il n'y avait pas eu d'augmentation d'albumine pendant qu'elle portait son appareil.

M. TARNIER. Les dangers que peuvent faire craindre des manœuvres externes sont illusoires, à moins que ces manœuvres ne soient pratiquées lorsqu'il y a dilatation de l'utérus

© BIU Santé

et lorsque l'accouchement est sur le point de s'opérer. J'ai fait cinq applications de la ceinture de M. Pinard et j'ai réussi quatre fois. En résumé, il y a là un très-grand progrès d'obstétrique qu'il est bon de vulgariser.

M. GUBLER. Je crois pouvoir affirmer d'avance que les accidents d'albuminurie ne sont pas à craindre. Jamais les kystes de l'ovaire n'ont développé d'albuminurie, et pourtant il y a une pression énorme. C'est dans un défaut d'équilibre entre la production et la consommation qu'il faut voir la cause de l'albuminurie.

On passe ensuite à la discussion du travail de M. Napias sur les bains et écoles de natation.

M. PAILLARD. Dans son travail M. Napias, signalant les dangers produits par le soleil et l'inconvénient des toiles flottantes, a demandé que les établissements de bains fussent couverts d'une toile continue. Je sais que ce système a été essayé, mais on a dû y renoncer à cause de la chaleur intense qui se développait dans l'intérieur de l'établissement et en rendait le séjour impossible. Cela tient à ce que l'air n'est pas suffisamment renouvelé.

M. GUBLER propose de fixer la toile à un mètre au-dessus des murs, et de garnir l'intervalle avec des toiles flottantes, de cette manière, il y aura renouvellement de l'air et les inconvénients seront évités.

M. TRÉLAT ne croit pas que ce système empêche la chaleur de devenir insupportable ; il croit qu'une toile percée de trous (de 3 à 5 centimètres de diamètre), très-rapprochés, remplirait mieux le but et satisferait à la fois aux conditions d'hygiène et de décence.

M. DUMESNIL aurait désiré que M. Napias s'étendît davantage sur les écoles de natation permanentes.

M. NAPIAS. J'ai signalé les dangers que présentait l'emploi des toiles flottantes parce qu'elles activent l'évaporation quand il fait du vent. Elles laissent aussi passer les rayons du soleil; de ces deux inconvénients proviennent des pneumonies, congestions, etc. Je me rangerai à l'avis de M. Gubler et crois que par le moyen qu'il propose on évitera la trop grande chaleur. On pourrait aussi adopter un système mixte, c'est-à-dire une toile s'élevant ou s'abaissant à volonté. Je suis d'avis, aussi comme le réclame M. Dumesnil, que des écoles de natation permanentes soient créées. La chaleur de l'eau de condensation des machines à vapeur est complétement perdue; ces eaux vont aux égouts. Je crois que ces eaux pourraient être canalisées et amenées dans un grand réservoir central. Il résulte des travaux de M. Darcy que l'eau perd seulement un degré et demi de chaleur par 500 mètres ; il y a donc possibilité de créer des établissements à peu de frais. Cela serait facile surtout dans les quartiers ouvriers où l'on trouve un grand nombre d'usines.

M. FABRE (de Commentry), termine la séance en lisant un travail sur les effets de l'élévation de la température dans les galeries de mine.

A. BLONDEAU.

BIBLIOGRAPHIE

La morphiomanie; par le Dr Edouard LEVINSTEIN, médecin en chef de la maison de Santé à Schœneberg-Berlin, 1 vol. 156 pages, chez Masson.

Sous ce titre « la morphiomanie, » M. le Dr Levinstein vient de publier une intéressante monographie basée sur des observations personnelles et sur des expériences. — Il appelle « morphiomanie » la passion qu'a un individu de se servir de morphine comme excitant ou comme stimulant, et l'état pathologique qui résulte de l'usage abusif de ce médicament.

La passion de la morphine a beaucoup de rapports avec celle de la boisson, mais elle n'amène pas les dégénérescences graisseuse et amyloïde.

Après avoir indiqué les symptômes de la morphiomanie, dont les uns se rattachent à l'intoxication morphinique chronique et les autres à l'abstinence de la morphine, l'auteur appuie sur les principaux accidents qu'il a vus se produire chez les morphiomanes. Ce sont : le collapsus, le delirium tremens, la fièvre intermittente, l'aménorrhée, l'avortement, l'albuminurie et l'impuissance. — Le traitement de la morphiomanie consiste à supprimer la morphine, et l'auteur préfère la suppression brusque à la suppression graduelle. I. BESSON.

VARIA

Notice hygiénique et médicale sur l'Attique ; par le Dr F. VILLARD, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

B. *Affections typhoïdes.* — Suivant le docteur Villette, la fièvre typhoïde serait fréquente dans l'Attique, et affecterait le plus souvent la forme ataxo-adynamique. D'après ce médecin, elle se compliquerait aussi plus fréquemment qu'en France, de pétéchies, de gangrène et d'hémorrhagies intestinales et buccales. Les opinions émises par le médecin que nous venons de nommer, sont en complet désaccord avec les renseignements qui nous ont été fournis par le Dr Prétendérès. D'après cet habile observateur, la fièvre typhoïde serait sinon inconnue, du moins fort rare en Grèce. « Chez nous, dit le docteur Prétendérès, l'entéro-mésentérite typhoïde est extrêmement rare. Depuis plus de vingt ans que j'exerce la médecine à Athènes, je n'ai pas eu occasion de voir cette maladie, avec ses lésions anatomiques, plus de cinq ou six fois. » (*Note inédite*). Sans nul doute, l'affection à forme typhoïde, décrite par le docteur Villette, se rapporte au typhus des marais avec lequel la fièvre typhoïde, ainsi que l'on peut s'en convaincre, par la description que nous avons donnée précédemment, offre la plus grande analogie symptomatique.

Quant au véritable typhus, typhus des camps, il sévit quelquefois en Grèce, sous forme épidémique; on l'observe aussi, sous forme sporadique, en ville et à l'hôpital, chez des individus sortis des prisons. On le voit également sévir quelquefois dans certaines prisons de l'Etat, lorsqu'il y a encombrement. — Au commencement de 1869, quelques mois après que nous eûmes quitté la Grèce, il se déclara dans l'Attique une épidémie de typhus assez meurtrière, qui décima les malheureux réfugiés Crétois que l'on avait entassés dans les églises et les monastères. — Cette maladie ne présente pas en Grèce de phénomènes qui lui soient particuliers.

C. *Affections de l'appareil digestif.* — Bien que l'Attique n'appartienne pas aux pays chauds proprement dits, les affections du foie y sont fréquentes. D'une part, les fièvres intermittentes s'accompagnent assez souvent d'accidents bilieux, déjà signalés par Hippocrate, et qui sont caractérisés par des vomissements et une teinte ictérique intense de la peau ; ces accidents se manifestent principalement en octobre et en septembre. D'autre part, indépendamment de ces accidents hépatiques liés à la fièvre palustre, il n'est pas rare d'observer des congestions du foie et même l'hépatite, qui peut se terminer par suppuration, ainsi que le docteur Prétendérès l'a observé plusieurs fois. L'ictère simple, sans complication, uniquement sous la dépendance d'un catarrhe des voies biliaires est très-commun en automne. En dehors des affections qui précèdent, le docteur Prétenderès a eu occasion d'observer trois cas de dégénérescence graisseuse du foie, qu'il considère comme primitive, car il ne lui a pas été possible de trouver une circonstance étiologique quelconque pour en expliquer la production. Ces trois faits se trouvent relatés dans les mémoires de la Société médicale d'Athènes. — Quant à la dysentérie, on l'observe souvent pendant les grandes chaleurs, mais cette affection ne revêt ordinairement que des symptômes peu graves et se termine presque toujours par la guérison.

D. *Affections des organes respiratoires.* — Dans ce beau pays de l'Attique, malgré un ciel presque aussi pur que celui de l'Italie, malgré la présence des fièvres palustres, et contrairement à l'opinion de Boudin, la tuberculisation n'est pas rare. Comme partout, la forme qu'elle revêt le plus ordinairement est la phthisie pulmonaire ; mais on rencontre rarement la forme chronique et presque toujours les malades succombent à l'état aigu. L'affection suit son évolution rapidement et dans un temps relativement court ; en un mot, c'est la phthisie galopante que l'on observe.

Une cause occasionnelle du développement de cette terrible maladie réside sans contredit dans le défaut de transition que l'on observe entre les saisons et dans les changements brusques de température qui se manifestent, non-seulement à

(1) Voir les nos 14, 15 et 16.

© BIU Santé

quelques jours d'intervalle, mais encore dans un même jour. Si la phthisie pulmonaire n'est pas plus fréquente dans l'Attique, cela tient incontestablement à la bonne constitution générale des habitants, à leur sobriété, au souci qu'ils prennent de leur santé, et surtout au soin avec lequel ils évitent de s'allier aux familles entachées de ce vice héréditaire, car la présence d'un phthisique dans une famille est considérée comme une honte et on cherche par tous les moyens à la dissimuler.

Dans un pays où les variations brusques de température sont si fréquentes, les affections aiguës des organes respiratoires ne doivent pas manquer. C'est, en effet, ce qui existe : les laryngites sont communes ; le croup et l'angine couenneuse sont rares, il est vrai, mais la pleurésie et la pneumonie s'observent chaque jour à Athènes, principalement en février et en mars. Ces dernières affections, et en particulier la pneumonie, se développent le plus souvent chez des individus anémiés par les fièvres, auquel cas le docteur Prétendérès donne volontiers des toniques, du quinquina, du vin, pour toute médication. Dans ces cas, la maladie se présente avec des symptômes généraux latents, pour ainsi dire, sans réaction intense, sans autres signes bien accentués que ceux qui sont fournis par l'auscultation et la percussion. D'autres fois, au contraire, la maladie revêt le caractère franchement inflammatoire, mais cela arrive rarement à Athènes et s'observe plutôt dans les îles, où alors la médication antiphlogistique doit être pratiquée avec vigueur.

E. *Affections nerveuses.* — Les maladies du système nerveux sont rares à Athènes ; on y rencontre très-rarement l'épilepsie ; mais cela tient peut-être au soin avec lequel les familles dissimulent, comme pour la phthisie pulmonaire, l'existence de cette redoutable névrose. L'hystérie paraît être assez fréquente chez les femmes. Les maladies mentales sont peu communes.

F. *Affections de la peau.* — Les maladies de la peau que l'on trouve dans l'Attique, sont celles que l'on rencontre généralement dans tous les pays ; mais, en dehors de ces dernières, on peut observer quelques cas de lèpre. Il résulte d'une statistique faite en 1851, que le nombre des lépreux s'élevait alors en Grèce, au chiffre de 350 (Rigler). Nous n'avons pas constaté nous-mêmes la présence de la lèpre dans l'Attique, mais il nous a été affirmé que l'on peut en rencontrer quelques exemples (Stékoulis).

Il est une affection dont nous avons eu occasion d'observer un cas à Athènes, affection qui n'est pas spéciale à la Grèce, où elle est rare au contraire, et que l'on voit bien plus fréquemment en Asie mineure, où elle est endémique : c'est le bouton d'Alep. Cette singulière maladie existait chez un homme d'une quarantaine d'années environ et siégeait à la région latérale droite du cou. Elle était arrivée à sa seconde période et se présentait sous l'aspect d'une croûte d'une largeur d'une pièce de un franc, sèche, fendillée ; en certains points la croûte était détachée et en la soulevant, on voyait au-dessous une surface lisse, rouge, à bords irréguliers, un peu anfractueux. Tout le pourtour de cette croûte dans une étendue de un centim. 1/2 environ était complétement insensible, et à mesure que l'on approchait des téguments sains la sensibilité revenait petit à petit par gradation, mais non d'une façon brusque, sans transition.

Cette insensibilité spéciale de la peau est un des caractères les plus remarquables du bouton d'Alep. Pendant notre séjour à Beyrouth, M. le Dr Sucquet, médecin sanitaire de France, qui a étudié avec soin cette singulière maladie, a appelé d'une façon particulière notre attention sur ce caractère qu'il considère comme pathognomonique et comme établissant une grande analogie entre la lèpre et le bouton d'Alep, à tel point qu'il considère cette dernière affection comme une *lèpre localisée*.

Le bouton d'Alep a été attribué à l'usage des eaux du Koïq qui coule près d'Alep, à l'alcalinité des eaux de ce fleuve, mais cette cause est loin d'être établie, car la maladie se développe chez des personnes qui n'ont jamais fait usage de ces eaux, qui n'ont même jamais séjourné dans la province d'Alep. On en rencontre en effet des exemples en Grèce, en Egypte, mais surtout en Syrie, M. Sucquet nous dit avoir eu occasion d'en observer un exemple quelques semaines avant notre arrivée à Beyrouth chez une jeune Anglaise qui revenait des Indes.

La marche du bouton d'Alep est fatale ; sa durée est de douze mois environ ; rien ne peut en modifier le développement, il suit graduellement ses périodes successives et la meilleure thérapeutique consiste à ne faire absolument rien. La cicatrice tombe et laisse à nu une surface sèche, rougeâtre, cicatricielle, ressemblant à celle qui succède à une brûlure. La sensibilité ne se rétablit jamais que d'une façon très-incomplète et toujours très-lentement. (*A suivre.*)

Agrégation.

L'argumentation des thèses pour l'agrégation en médecine aura lieu dans l'ordre suivant :

Premier jour. — M. Rendu, argumenté par MM. Teissier et Raymond ; — M. Ducastel, argumenté par MM. Looten et Pitres.

Deuxième jour. — M. Spillmann, argumenté par MM. Debove et Hallopeau.

Troisième jour. — M. Mayret, argumenté par MM. Straus et Joffroy. M. Carrieu, argumenté par MM. Rendu et Teissier.

Quatrième jour. — M. Raymond, argumenté par MM. Ducastel et Looten ; — M. Pitres, argumenté par MM. Debove et Spillmann.

Cinquième jour. — M. Hallopeau, argumenté par MM. Demange et Labadie-Lagrave ; — M. Laure, argumenté par MM. Mayret et Straus.

Sixième jour. — M. Joffroy, argumenté par MM. Carrieu et Rendu ; — M. Teissier, argumenté par MM. Raymond et Ducastel.

Septième jour. — M. Looten, argumenté par MM. Pitres et Spillmann ; — M. Debove, argumenté par MM. Hallopeau et Demange.

Huitième jour. — M. Labadie-Lagrave, argumenté par MM. Laure et Mayret ; — M. Straus, argumenté par MM. Joffroy et Carrieu.

Écoles vétérinaires.

Par un arrêté du ministre de l'agriculture et du commerce, en date du 8 avril 1878, l'enseignement des écoles vétérinaires a été divisé en huit chaires, ainsi qu'il suit :

1° Chaire d'anatomie des animaux domestiques et d'extérieur du cheval, comprenant : l'anatomie générale et l'histologie, l'anatomie descriptive et comparée, l'extérieur du cheval, la tératologie (leçons générales) ;

2° Chaire de physiologie des animaux domestiques et de thérapeutique générale, comprenant : la physiologie générale, la physiologie spéciale des différents animaux, la thérapeutique générale ;

3° Chaire de physique, chimie et pharmacie, comprenant : la physique appliquée à la physiologie, la chimie, la pharmacie, la toxicologie (quelques leçons) ;

4° Chaire de pathologie des maladies contagieuses, police sanitaire, législation commerciale et médicale, comprenant : la pathologie des maladies contagieuses dans les différentes espèces, la police sanitaire applicable à ces maladies, la législation commerciale, la médecine légale, l'inspection des viandes de boucherie ;

5° Chaire de pathologie générale, de pathologie médicale spéciale, d'anatomie pathologique générale et de clinique, comprenant : la pathologie générale, la pathologie médicale des animaux domestiques, les maladies parasitaires considérées au point de vue étiologique, symptomatologique et thérapeutique, l'anatomie pathologique générale, la clinique ;

6° Chaire de pathologie chirurgicale, de manuel opératoire, de ferrure et de clinique, comprenant : la pathologie chirurgicale, l'obstétrique, le manuel opératoire, l'anatomie topographique, la ferrure, la clinique ;

7° Chaire d'histoire naturelle et matière médicale, comprenant : la zoologie générale, la zoologie spéciale, la botanique, la matière médicale ;

8° Chaire d'hygiène et de zootechnie, comprenant : l'agronomie dans ses rapports avec la production animale, l'hygiène générale et spéciale, la zootechnie générale, la zootechnie spéciale.

Enseignement médical libre.

Maladies des nouveau-nés. — M. le dr Parrot commencera le 5 mai à 9 h. 1/2 du matin, à l'hospice des Enfants assistés, 74, rue d'Enfer, des conférences sur les maladies des nouveau-nés, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. On sera admis sur la présentation de cartes qui seront distribuées à l'hospice.

Cours de thérapeutique. — M. le docteur Dujardin-Beaumetz commencera à l'hôpital Saint-Antoine, un cours de *clinique thérapeutique* le jeudi 2 mai à 9 h. 1/2, et le continuera les jeudis suivants à la même heure. — Il traitera, cette année, de la thérapeutique des affections de l'estomac.

Maladies de la bouche et de l'appareil dentaire. — M. le docteur Magitot reprendra ces conférences le vendredi 3 mai à 4 heures, et les continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, rue Jacob, n° 12 (local de la clinique ophthalmologique du docteur Sichel). — Les étudiants en médecine pourront être exercés à l'examen des maladies et à la pratique des diverses opérations. S'adresser, à cet égard, à MM. les chefs de clinique, les docteurs Th. David et E. Aguilhon.

© BIU Santé

Souscription pour élever un monument à Claude Bernard.

Le Progrès médical recevra toutes les souscriptions que ses lecteurs voudront bien lui adresser.

Total des cinq premières listes..... 493 fr.

SIXIÈME LISTE.

M. le Dr Bastien.....	20
M. le Dr Cornillon.....	5
M. le Dr Raymond (F.).....	10
Total général.....	528 fr.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 18 avril 1878 on a déclaré 1,040 décès, savoir : fièvre typhoïde, 12 ; rougeole, 25 ; scarlatine, 1 ; variole, 1 ; croup, 23 ; angine couenneuse, 13 ; bronchite, 48 ; pneumonie, 94 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 4 ; choléra nostras » ; dysentérie » ; affections puerpérales, 10 ; érysipèle, 7 ; autres affections aiguës, 249 ; affections chroniques, 480 dont 209 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 45 ; causes accidentelles, 26.

LA VARIOLE ET LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — M. Arthur Ogier, à peine âgé de 20 ans, étudiant en médecine à l'Ecole de Marseille, est mort de la variole, qu'il avait contractée dans son service de l'hospice de la Conception. Combien M. Gendron avait raison, lorsqu'il demandait la revaccination de tous les étudiants en médecine, dès leur entrée dans les hôpitaux ! (*Lyon médical.*) — Nous avons insisté bien des fois, de notre côté, sur la nécessité d'exiger des candidats à l'externat, non pas un certificat constatant qu'ils ont été vaccinés autrefois, mais un certificat constatant qu'ils se sont fait revacciner dans l'année courante. Nous appelons de nouveau l'attention de l'administration de l'Assistance publique sur cette mesure. Nous n'osons faire aucun appel à la Faculté de médecine car, chez elle, il est de règle de violer les règles les plus élémentaires de l'hygiène.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Nomination de Commissions des prix à décerner en 1878.* — Dans sa séance du 1er avril, l'Académie des Sciences a procédé, par la voie de scrutin, à la nomination de Commissions de prix chargées de juger les concours de 1878. Le dépouillement a donné les résultats suivants : *Prix Monthyon* (médecine et chirurgie) : MM. Gosselin, Cloquet, Vulpian, Bouillaud, Sédillot, Larrey, Bouley et Milne-Edwards. — *Prix Godard* : MM. Vulpian, Gosselin, Robin, Bouillaud et Cloquet. — *Prix Serres* : MM. de Quatrefages, Vulpian, Lacaze-Duthiers, Gosselin et Robin. — *Prix Monthyon* (physiologie expérimentale) : MM. Vulpian, Gosselin, Robin, Milne-Edwards et Bouillaud. — *Prix Monthyon* (arts insalubres) : MM. Dumas, Chevreul, Boussaingault, général Morin et Frémy. (*La France médicale.*)

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE décernera en séance publique, dans le courant de l'année 1879, deux prix :

1° Le prix Rampal, de la valeur de 500 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit et inédit sur un sujet de médecine ou de chirurgie, au choix du candidat ;

2° Un prix de la valeur de 300 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit et inédit sur l'emploi thérapeutique de l'électricité. L'auteur pourra s'en tenir à une des applications à la médecine ou à la chirurgie.

Les mémoires, manuscrits et en français, doivent être envoyés dans les formes académiques avant le 31 mars 1879 (terme de rigueur), à M. le docteur Livon, secrétaire général, au siége de la société, rue des Beaux-Arts, 3, Marseille. L'auteur qui, par un moyen quelconque, se ferait connaître, serait exclu du concours.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS. — *Concours de* 1878. — Première question. Les concurrents auront à traiter une question d'hygiène générale, qui est laissée à leur choix. Toutefois, la Société attire spécialement leur attention sur l'hygiène des écoles et sur celle des nouvelles constructions dans les grandes villes. — Deuxième question. De l'influence de la grossesse sur les maladies du cœur et réciproquement. — Troisième question. Des convulsions chez les enfants, au point de vue du diagnostic et du traitement. Le prix, pour chacune de ces questions, consiste en une médaille d'or de la valeur de 100 francs. — Quatrième question. Laissée au choix des concurrents, qui pourront traiter un sujet quelconque des sciences médicales. Prix : médaille d'or ou de vermeil, ou mention honorable, selon la valeur du mémoire.

Clôture des concours, 30 novembre 1878. — Les mémoires devront être envoyés, sous les formes académiques ordinaires, au secrétaire de la Société, Dr D'sguin, rue Van Artevelde, 5. Outre les prix indiqués plus haut, les auteurs des mémoires couronnés seront nommés correspondants de la Société et recevront gratuitement cinquante exemplaires de leurs travaux, qui seront publiés dans les Annales de la Société. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un de nos jeunes confrères, M. le Dr ARNOULT. Il avait sollicité l'honneur d'aller soigner, en Turquie, les victimes de la guerre. Atteint de typhus, il a été enlevé en quelques jours. Il n'avait que vingt-sept ans. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*) — Le Dr J.-J. PASCAL, ancien médecin principal de première classe aux armées, vient de mourir. Il était né à Callian (Var), et venait d'atteindre sa soixante-dix-huitième année. (*Courrier médical.*) — L'Ecole de médecine de Bordeaux vient de perdre un de ses élèves, M. Aug. LABBÉ, qui a succombé aux atteintes d'une longue maladie. (*Gazette médicale de Bordeaux.*)

EN VENTE **aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL,**
De midi à cinq heures.

BALZER (F.). — Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie, in-8° de 80 pages, orné de 1 planche en chromo-lithographie ; Paris, 1878. Prix : 2 fr. 50 ; pour les abonnés du *Progrès médical*, prix : 1 fr. 75.

BESSON (I). Dystocie spéciale dans les accouchements multiples. Vol. in-8 de 92 pages. — Prix : 2 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, net 1 fr. 25.

DURET (H.) — Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux, un volume in-8° de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et lithographie ; Paris, 1878. Premier volume, prix : 15 fr. ; pour les abonnés du *Progrès médical*, prix : 10 fr.

MARCANO (G.). De la psoïte traumatique. Paris, 1878. In-8 de 122 pages. Prix : 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr.

Imprimerie E. MARTINET, 2, rue Mignon.

ELIE DE CYON. — Recherches expérimentales sur les fonctions des canaux semi-circulaires et sur leur rôle dans la formation de la notion de l'espace. 1 vol., grand in-4° de 106 pages, Paris, 1878.

Librairie Louis LECLERC, 14, boulevard Saint-Germain.

TORRES (M.). — Des calculs du rein et de la néphrotomie. Vol. grand in-8° de 450 pages, orné de dix planches en chromo-lithographie et huit en lithographie, Paris, 1878.

Imprimerie A. PARENT, 29-31, rue Monsieur-le-Prince.

CANARD (J.). — Essai sur l'alcalinité du sang dans l'état de santé et dans quelques maladies. 1 vol., grand in-8° de 65 pages, Paris, 1878.

CHERVIN (Aîné). — Statistique du bégaiement en France de 1850 à 1869 ; rapport scientifique à M. le ministre de l'instruction publique. Paris 1878, grand in-8° de 80 pages, chez l'auteur, 90, avenue d'Eylau.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Cochin. — *Médecine.* — Service de M. BUCQUOY. — Clinique les mardi et vendredi à 9 h. 1/2. — Salle Saint-Jean (F.) : 1, 8, 24, pelvi-péritonite ; 3, pleurésie hémorrhagique ; 5, goître exophthalmique ; 9, fièvre typhoïde ; 12, ictère ; 14, pleurésie ; 15, pleurésie diaphragmatique ; 20, péritonite chronique ; 22, rétrécissement mitral. — Salle Saint-Philippe (H.). — 1, fièvre intermittente ; 2, pneumonie ; 3, rhumatisme articulaire : 6, pleuro-pneumonie : 8, kyste hydatique du foie ; 7, pleurésie ; 14, cancer de l'estomac ; 21, rougeole, — Salle Sainte-Marie (H.) : 1, rhumatisme articulaire ; 4. cancer latent de l'estomac ; 6, coliques de plomb ; 9, goutte.

Service de M. DESPRÈS. — *Chirurgie.* — Visite et consultation tous les jours à 9 heures. — Cliniques le mercredi et le samedi à 9 h. 1/2. — *Hommes* : Baraque n° 1 : 30, fractures des deux os de la jambe ; 31, contusion cérébrale, méningite spinale ; 34, orchite rhumatismale, hydrocèle au début. — Baraque n° 3 : 6, fracture du cubitus (tiers supérieur) ; 12, névrite rhumatismale. — Salle Saint-Jacques : 5, hydrocèle vaginale ; 6, fracture de l'humérus (extrémité inférieure) ; 9, hydrohématocèle épididymaire ; 10, abcès de la paroi antérieure de la vessie ; 11, épididymite congestive. — *Femmes* : Salle Cochin : 2, fistule vésico-utérine ; 9, fracture itérative de la rotule ; 19, otite moyenne ; 22, thyroïdite hémorrhagique ; 25, dacryocystite.

Hôpital Lariboisière. — *Médecine.* — Service de M. SIREDEY. — Consultation le lundi. — Traitement externe des maladies utérines le mercredi. — Spéculum le mardi. — Visite à 8 heures, salle Sainte-Anne : Accouchements. — Salle Sainte-Anne : 28, grossesse et kyste de l'ovaire. — Sainte-Marthe (crèche) : 1, 6, pelvi-péritonite. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 1 *bis*, 2, 8, 11, 19, 19 *bis*, 22, 24, pelvi-péritonite ; 21, phlegmon de la fosse iliaque ; 6, goître exophthalmique ; 27, pyélonéphrite calculeuse suppurée ; 33, corps fibreux intra-utérin ; 16, corps fibreux sous-péritonéal. — Salle Saint-Augustin *bis* (H.) : 13, thrombose de la saphène interne, consécutive à une fièvre typhoïde ; 15, stomatite mercurielle ; 17, 18, pneumonie ; 20, cancer du pylore ; 22, tremblement mercuriel ; 24, purpura et albuminurie ; 29, pleurésie chronique, caverne pleurale.

Service de M. JACCOUD. — Consultation le mercredi. — Spéculum le vendredi. — Visite à 8 h. 1/4. — Salle Saint-Jérôme (H.) : 1, pleurésie purulente ; 4, pneumonie droite, endocardite ; 9, néphrite parenchymateuse ; 11, hyperthrophie cardiaque, athéromasie ; 18, encéphalopathie saturnine ; 27, ramollissement embolique. — Salle Sainte-Claire (F.) ; 4, néphrite parenchymateuse ; 6, diabète sucré ; 7, pneumonie caséeuse double ; 13, fièvre synoque ; 19, pachyméningite ; 34, mal de Bright, forme mixte ; 29, scarlatine.

Service de M. PROUST. — Consultation le mardi. — Spéculum le jeudi. — Visite à 9 heures. — Salle Saint-Charles (H.) ; 1 *bis*, tumeur cérébrale, paralysie de la troisième paire ; 7, fièvre typhoïde ; 8, mal de Pott cervical ;

© BIU Santé

6, cirrhose hyperthrophique ; 20, rétrécissement aortique congénital ; 22, angine couenneuse. — Salle Sainte-Marie (F.) : 1, corps fibreux sous-péritonéal ; 12, pachyméningite cervicale ; 14, paralysie faciale ; 20, cholécystite chronique ; 25, paralysie syphilitique.

Chirurgie. — Service de M. PANAS. — Consultations lundi, mercredi, vendredi. — Opérations le samedi. — Consultation pour les yeux le lundi, opérations le jeudi. — Visite à 9 heures. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 4, fracture du coude compliquée, fracture de cuisse ; 6, phlegmon de la cuisse ; 7, carie vertébrale, rugination des apophyses ; 19, fracture de cuisse ; 21, rétrécissement de l'urèthre ; 31, plaie pénétrante du genou ; 33, fracture du col du fémur. — Salle Saint-Honoré : 10, tumeur de la parotide ; 11, impotence fonctionnelle du long péronier latéral ; 13, mal de Pott ; 15, paralysie du nerf cubital ; 16, phlegmon du cou ; 26, épithélioma de la langue ; 31, fracture bimalléolaire. — Sainte-Marthe (F.) : 10, hypertrophie de la mamelle ; 19, fracture de l'olcrâne ; 25, cancer des ovaires ; 26, mal sous-occipital, pachyméningite cervicale ; 41, Odontôme.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service de M. BERGERON. — Salle Sainte-Mathilde : 1, adenie ; 2, cachexie cardiaque ; 3, phthisie pulmonaire, entérite ; 4, rougeole ; 5, acné hémorrhagique, phthisie pulmonaire ; 7, tumeur cérébrale ; 8, pneumothorax, phthisie pulmonaire ; 9, rougeole ; 10 diarrhée ; 11, méningite tuberculeuse ; 12, 13, rougeole, broncho-pneumonie ; 15, albuminurie ; 18, 19, pneumonie ; 20, syphilis ; chancre de la grande lèvre gauche ; 24, pleuro-pneumonie tuberculeuse ; 27, chorée. — Salle Saint-Benjamin : 1, insuffisance mitrale ; 2, fièvre typhoïde, phlegmon diffus du cuir chevelu ; 3, pneumonie du sommet droit ; 7, empyème opéré ; 8, phlegmon péri-vésical ; 10, rougeole, bronchite ; 12, pleuro-pneumonie ; 15, impétigo de la face et de la conjonctive ; 23, kyste hydatique ; 24, laryngite tuberculeuse, phthisie pulmonaire ; 25, arthrite cervicale ; pachyméningite ; 26, péritonite tuberculeuse. — Salle d'isolement : 22 *bis*, paralysie diphthéritique ; 23 *bis*, paralysie et angine diphthéritique.

Service de M. CADET DE GASSICOURT. — Salle Saint-Joseph : 4, tumeur cérébrale, amaurose ; 6, méningite tuberculeuse ; 7, affection cardiaque congénitale ; 8, broncho-pneumonie tuberculeuse ; 9, fièvre typhoïde ; 10, 11, rougeole ; 16, pneumonie franche du sommet droit ; 18, pneumonie franche ; 21, chorée, affection cardiaque ; 22, rhumatisme articulaire aigu ; 23, chorée ; 24, arthrite cervicale rhumatismale ; 34, croup secondaire ; 31, diphthérie buccale.

Service de M. TRIBOULET, — Salle Sainte-Marguerite : 1, hydrocéphalie chronique ; 3, ulcération syphilitique de la voûte palatine ; 6, tuberculose généralisée ; 10, pneumonie avec symptômes méningitiques ; 16, pleurésie purulente enkystée ; 17, 19, tuberculose pulmonaire ; 21, granulie ; 24, paralysie faciale.

Salle Sainte-Rosalie : 2, 3, 6, croups opérés ; 4, 8, angine diphthéritique ; 15, 16, 17, rougeole.

Service de M. LANNELONGUE, suppléé par M. DELENS. — Salle Napoléon : 1, plaie par écrasement ; 12, plaie de l'urèthre ; uréthrotomie externe ; 32, rétrécissement traumatique de l'urèthre ; 34, vaste phlegmon angioleucitique de la cuisse ; 40, dacryocystite chronique. — Salle Sainte-Eugénie : 3, mal de Pott cervical ; 15, coxalgie hystérique ; 24, fracture comminutive du coude.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. MARTINEAU. — Salle Saint-Louis : 2, syphilis : chancre de la partie interne du clitoris à droite. Eczéma des grandes et petites lèvres. — Endométrite du col. 5, syphilis : plaques syphilitiques papulo-hyperthrophiques. — Vaginite intense. Echthyma de

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans CONSTIPATION et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, anémie, chlorose, diabète*, etc.

PARIS : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de MIGRAINE venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre de diluer la créosote, ce qui est une condition essentielle de ses succès dans la phthisie. Grâce à sa solubilité le titre de cette préparation a pu être élevé à 0 gr. 20 par cuillerée. Cette dose, délayée dans un verre d'eau rougie, lui donne la saveur d'un vin coupé d'eau de goudron un peu forte et se prend sans plus de difficulté.

PARIS, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

ACIDE SALICYLIQUE
BREVET KOLBE
SEULS CONCESSIONNAIRES, SEULS FABRICANTS
SCHLUMBERGER & CERCKEL, 26, rue Bergère, PARIS.

MÉDICAMENTS Salicylés PRÉPARÉS

RHUMATISMES..... **SALICYLATE de SOUDE** dosé à 50 c^e.
GOUTTE, GRAVELLE. **SALICYLATE de LITHINE**, pil. 10
SALICYLATE DE QUININE, paquets..... 10
ACIDE SALICYLIQUE MÉDICINAL, pilules..... 10
RHUME, Affections de la Gorge, PASTILLES SALICYLÉES.
VIN Tonique SALICYLÉ. — Ouate, Glycérine SALICYLÉES.

Par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, r. du Faubourg-Montmartre, 21, PARIS.

SOLUTION BOURGUIGNON
au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas. — *Dans toutes les pharmacies.*

Le SIROP BOURGUIGNON jouit des mêmes propriétés, et s'emploie surtout pour les enfants.

SAXON-LES-BAINS (Valais Suisse)

L'Eau de Saxon est la plus riche du monde en iodure et en bromure de potassium ; elle contient aussi de la lithine et de la glairine. Elle est indiquée dans la goutte, le rhumatisme, les névroses, les accidents consécutifs de la syphilis, les maladies de la peau, les engorgements lymphatiques et scrofuleux, etc. **Saison du 1er mai au 15 octobre.** L'établissement est aménagé avec tout le confort désirable.

MM. les médecins qui adresseront des malades à Saxon, seront tenus au courant de l'action du traitement. Les eaux supportent admirablement le transport. Dépôt central à la Cie de Vichy, boul. Montmartre, 22, à l'angle de la rue Drouot.

Nota. — *Depuis l'année dernière les jeux ont été supprimés à Saxon comme aux eaux d'Allemagne.*

HYDROTHÉRAPIE
Eau de source 9 degrés
EDOUARD SOLEIROL
49, rue de la Chaussée-d'Antin, 49

VESICATOIRE L. ROUVIÈRE
Argocystique et Indolore
(EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN)
1re MÉDAILLE EXPOSITION PARIS.
Attestations des médecins en chef des Hôpitaux

Employé dans les *Hôpitaux* et ordonné par tous les médecins après essai. — **Agit sûrement.** — Pas CAMPHRÉ. — **Jamais de cystite.**

Trois formes : 1° **Vésicatoire indolore**, la boîte.... 1f 50
2° — **instantané**, la boîte.. 1f 50
3° **Toile Vésicante**, le mètre..... 2f »

Paris : **Pharmacie centrale**, 7, rue de Jouy et ses succursales. — **A. Hugot**, rue Vieille-du-Temple, 19 et principales drogueries.
Vente en gros : L. ROUVIÈRE, pharmacien, à Nîmes (Gard).

VIN PACOTTE
Au QUINQUINA, au CAFÉ
Et à l'écorce d'oranges amères
Médaille de bronze. Paris 1875

Ce vin doit à sa composition d'être essentiellement digestible et agréable à prendre. Préparé au malaga, il contient la dose de quinquina exigée par le *Codex*, il se recommande donc à l'attention des médecins.

VENTE EN GROS : pharmacie centrale, 7, rue de Jouy, et chez l'inventeur, H. PACOTTE fils, pharmacien à Pont-de-Vaux (Ain).

De l'influence des Maladies du foie sur la marche des traumatismes, par F.-E.-Maurice LONGUET. In-8 de 124 pages. Prix : 2 fr. 50.

De la Tête du Fœtus au point de vue de l'Obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Par P. BUDIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut et de la Faculté, etc. Gr. in-8 de 112 p., avec de nombreux tableaux, dix figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. Prix : 10 fr.
Pour les abonnés du *Progrès* : 5 fr. *franco*.

© BIU Santé

la gale. 8, syphilis ; métrite généralisée. 16, vaginite blennorrhagique. Lymphangite double avec adénite. 18, syphilis ; syphilides hypertrophiques ulcéreuses. 22, syphilis, contractée au 6e mois de la grossesse, le père de l'enfant n'étant pas syphilitique. — Salle Saint-Louis : 1, vaginite blennorrhagique. — Lymphangite du cul-de-sac postérieur. 4, pelvi-péritonite. — Phlegmon du ligament large gauche. 28, chancres herpétoïdes du clitoris. Chancre du col et de l'utérus. 47, chancre de la grande lèvre gauche. — Endométrite muqueuse et granulations du col. 39, chancre du filet de la langue. — Plaques syphilitiques linguales. — Glossite scléreuse. 45, métrite fongueuse. — Lymphangite des ligaments larges.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et MOURGET (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE — ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. — PILULES 20 cent. p. pilule.

FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — PARIS.

Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

VIN TANNIQUE

DE BAGNOLS - SAINT - JEAN

NATUREL

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876



Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies ; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



VIANDE CRUE ET ALCOOL

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Prescrit tous les jours avec succès, dans les **Maladies consomptives, Phthisie, Diarrhée chroniques**, le **Rachitisme, l'Anémie**, la **Scrofule, l'Albuminurie ;** très-utile dans les convalescences, l'épuisement. — Prix du flacon : 3 fr. 50. — DÉTAIL : Pharmacie, 82, rue de Rambuteau ; — GROS : 20, place des Vosges, à Paris.

VIANDE, FER et QUINA

VIN FERRUGINEUX AROUD

Au **QUINA** *et à tous les Principes nutritifs solubles de la* **VIANDE**

Ce **médicament-aliment,** à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparation. — Prix : 5 francs.

Pharmacie AROUD, 4, rue Lanterne, à Lyon, et toutes les pharmacies de France et de l'Etranger.

D'après l'opinion des Professeurs

BOUCHARDAT — *Tr. Pharm.* page 300. GUBLER — *Comment. du Codex,* page 813. TROUSSEAU — *Thérapeutiq.,* page 214.

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT

est un névrosthénique et un puissant sédatif

DES NÉVROSES, DES NÉVRALGIES, DU NERVOSISME

Une cuillerée à café, matin et soir, dans un demi-verre d'eau sucrée.

THÉ SAINT-GERMAIN (Codex, pe 538) DE PIERLOT : Purgatif sûr et agréable.

Vacance médicale. — La commune de Bèze (Côte-d'Or) demande un médecin. Indemnité annuelle, 800 fr., gros bourg, environné de villages importants. Site très-agréable. Bonne clientèle.— Écrire au maire.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine.* (1 mill. par cuil.)

DOSES : De 1/2 à 6 milligram. par jour.

LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, PARIS.

ROYAT

EMS FRANÇAIS

L'action tonique et résolutive des Eaux de Royat est surtout efficace contre : *anémie, chlorose, débilité* ou *faiblesse générale, dyspepsies, bronchites, laryngites, diabète, gravelle urique, rhumatisme, goutte, maladies cutanées,* etc.

TRAITEMENT de la PHTHISIE PULMONAIRE

et des affections chroniques des voies respiratoires.



A LA **CRÉOSOTE VRAIE**

ET A L'HUILE DE FOIE DE MORUE

FORMULE DES Drs BOUCHARD ET GIMBERT

(*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie* 1877)

BOURGEAUD, pharm., fournis. des hôp.

20, rue de Rambuteau, à Paris

Ces capsules, **à enveloppe très-soluble d'odeur agréable, à saveur sucrée,** contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de **créosote vraie** du goudron de hêtre et 50 centigr. d'huile de foie de morue. Les grosses, 5 centigr. de **créosote vraie** et 2 grammes d'huile de foie de morue. Bien préférables à toutes les autres préparations caustiques de la créosote, lesquelles ne sont absorbables qu'à l'aide de quantités considérables de liquide et, par conséquent, difficilement tolérées par l'estomac. Les seules employées dans les hôpitaux de Paris.

Doses : 5 à 10 **petites capsules** et 2 à 4 **grosses capsules** matin et soir, d'après l'avis du médecin.

La Boîte, 4 francs.

EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE

RÁKÓCZY DE BUDE

EXIGER RIGOUREUSEMENT ÉTIQUETTE BLEUE

La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.

25 gram. de Sulfate de Magnésie
20 gram. de Sulfate de Sodium } par litre.

Se prend à très-petites doses.

Loser Frères, propriétaires à Budapest (Hongrie)

DÉPÔT GÉNÉRAL A PARIS : CHEZ JEAN SKWARÇOW

35 bis, Rue de Trévise, 35 bis.

En vente : Chez tous les Marchands d'Eaux minérales, et Pharmaciens de Paris et de province.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 18. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 4 MAI 1878

Le Progrès Médical

MALADIES DU PREMIER AGE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. PARROT

QUATRIÈME LEÇON

La syphilide maculeuse et la syphilide en plaques.

Messieurs,

Les manifestations cutanées de la syphilis héréditaire, sont d'une étude très-difficile; et ce n'est qu'après avoir vu et comparé un nombre considérable d'observations, que l'on en peut dégager un certain nombre de types pour la description; mais ceux-ci déterminés, il ne faudrait pas croire que tout soit dit et que pour ne pas hésiter dans le diagnostic, il suffise de les bien connaître. Le problème est autrement complexe, et sans parler des cas où les formes se mélangent, se compliquent réciproquement, il en est une infinité d'autres, où chacune d'elles revêt des physionomies très-diverses, par le seul fait du degré et de l'âge des lésions qui la constituent. Ici, comme en mainte autre circonstance, on ne saurait reproduire par des mots, ce que la vue et le toucher peuvent seuls faire pénétrer dans l'esprit. Je dois pourtant aborder cette difficulté descriptive, car si dans le cours de ces leçons, j'ai la bonne fortune de pouvoir vous présenter un certain nombre d'enfants atteints de syphilides cutanées, ce nombre sera toujours relativement très-restreint; et il est indispensable que je supplée à cette insuffisance objective, par le fidèle récit de mes observations personnelles.

Vous connaissez déjà la syphilide bulleuse. Je lui ai donné la première place, non à cause de sa fréquence, qui est inférieure à celle des autres, mais parce qu'elle est beaucoup plus précoce, et surtout parce qu'elle a un type plus fixe. Celles dont je vais maintenant vous entretenir, sont plus tardives, et au lieu d'être isolées, comme la précédente, elles peuvent se montrer simultanément sur le même sujet. Cette dernière condition, jointe à leur commune ressemblance, rend difficile leur description séparée; cependant, je suis forcé de procéder ainsi, pour me mettre à l'abri d'une confusion, qu'autrement je ne saurais éviter.

Je commence par les cas où le tégument est le moins profondément altéré; et je vais vous parler de la *syphilide maculeuse*, généralement qualifiée de *roséole*. Elle est constituée par des taches sans saillie, qui, presque toujours, disparaissent sous l'influence de la moindre pression. Leur forme est arrondie, mais leur contour est souvent incertain, surtout lorsqu'étant peu foncées, elles ne se détachent pas franchement sur la peau. Sans éclat, leur teinte varie du saumon foncé, légèrement jaunâtre, au rouge sombre ou violacé. Les plus anciennes sont, en général, brunâtres, comme enfumées, et ne s'effacent pas sous la pression du doigt. Il n'est pas rare de voir ces diverses nuances simultanément sur le même sujet, et de les constater successivement sur une même macule. Les taches ont une largeur très-variable, mais qui dépasse rarement un centimètre. Elles sont disposées sans ordre. D'abord peu confluentes, elles se multiplient assez rapidement dans les premiers jours, et couvrent au niveau de certaines régions, les deux tiers de la surface tégumentaire.

Trousseau et M. Lasègue disent que cette éruption peut se faire en une nuit et disparaître de même, pour se montrer de nouveau; et de la sorte, trois ou quatre fois. Je n'hésite pas à dire que c'est là une erreur. La syphilide maculeuse évolue lentement et par poussées successives. D'abord les taches sont rares, peu nettes; et du premier coup, toutes les parties du corps ne sont pas envahies. Les inférieures sont prises les premières. Chaque jour, en examinant le malade, on constate que les taches ont augmenté de nombre et de largeur, ont pris une teinte plus foncée et se sont étendues à de nouvelles régions. Je ne saurais fixer d'une manière précise, la durée de cette période d'augment; mais j'estime qu'elle est environ d'un septenaire.

L'éruption qui, dans son extension, suit une marche ascendante, est plus confluente sur les fesses, les cuisses et les jambes, qu'à la face et au tronc. Il ne faut pas croire avec quelques auteurs, qu'elle ait une prédilection pour ce dernier siége; ce qui est vrai, c'est qu'elle y est souvent plus nette que sur les autres points, y étant plus isolée et plus indépendante. Durant sa décroissance qui se fait lentement, elle subit dans sa coloration, des changements nombreux; et passe du rose ou du rouge, à la teinte brune, que l'on ne peut effacer par la pression.

Dans quelques cas, au lieu de disparaître peu à peu, elle se métamorphose, partiellement du moins, en une autre syphilide. Telle est, sans aucun doute, l'origine de la *roséole semi-bulleuse*, de M. Vogel qui est proéminente et se couvre d'écailles épidermiques; — et de la *roséole papuleuse* de Trousseau. Ces variétés, sortes de formes intermédiaires, entre la syphilide maculeuse d'une part, la bulleuse et celle en plaques de l'autre, prouvent que celles-ci ne constituent pas des types immuables.

Avant de vous dire les signes qui distinguent ces macules, des exanthèmes non syphilitiques, que l'on pourrait confondre avec elles, je veux vous signaler une particularité clinique, dont vous trouverez plus d'une fois l'application. Habituellement, la peau des nouveau-nés est plus rouge qu'elle ne le sera dans la suite. Sous l'influence de *l'effort*, quels qu'en soient la cause et le but, cette teinte s'exagère, et lorsqu'il existe une éruption, celle-ci devient très-apparente, même dans les cas où, en dehors de la circonstance exceptionnelle que je suppose, elle était peu visible. Aussi, toutes les fois que vous serez dans le doute, sur l'existence et même sur la nature d'un exanthème, n'hésitez pas à provoquer l'effort, chez l'enfant que vous examinez; et, par exemple, faites le crier, ce qui est toujours facile. Par ce procédé si simple, vous grossirez en quelque sorte, et mettrez en relief, toutes les manifestations éruptives de la peau.

La seule éruption des nouveau-nés, qui mérite de nous arrêter, au point de vue de sa ressemblance avec la syphilide maculeuse, est la *roséole vaccinale*. Voici ses caractères : vous allez voir qu'ils sont assez nets pour que l'on puisse promptement la reconnaître. Elle se montre du 3e au 18e jour de la vaccination, mais c'est surtout durant la période de suppuration de la vésicule, qu'elle apparaît presque toujours. Partielle et limitée aux membres supérieurs, elle consiste en de larges taches rosées ou rouges, disparaissant sous la pression du doigt, larges comme une pièce d'un franc, et de quelques millimètres seulement lorsqu'elles sont généralisées, ce qui, d'ailleurs, est exceptionnel. L'éruption est très-éphémère. Suivant M. Hebra elle ne durerait que quelques heures, un jour au plus. Les faits qu'il m'a été donné d'observer confirment cette manière de voir, et j'estime qu'il faut considérer comme exagérée, ou du moins comme tout à fait exceptionnelle, la durée de 3 ou 4 jours, indiquée par M. Bohn. — L'existence de pustules vaccinales, la prédilection très-marquée des taches pour le membre supérieur, leur coloration uniforme, leur éruption simultanée; telles sont les particularités qui permettront toujours, de distinguer la roséole vaccinale de l'érythème que détermine la syphilis héréditaire.

La rougeole est très-rare à cet âge, et sans parler de

(1) Voir les nos 44 et 47 de 1876 et les nos 1 et 4 de 1878.

© BIU Santé

l'éruption si caractéristique, la fièvre et le catarrhe laryngo-trachéal feront bien vite cesser toute hésitation.

L'érythème symptomatique de l'athrepsie est presque toujours localisé à certaines parties des membres inférieurs ; d'ailleurs, à son début, il est constitué par de petites vésicules et non par de simples taches.

Parfois, chez les nouveau-nés, la peau se couvre de marbrures, disposées en cercles ou en croissants. Elles pourront en imposer momentanément, mais leur teinte uniforme, leur contour mal limité, surtout leur prompte apparition et la rapidité non moins grande avec laquelle elles disparaissent ou se reproduisent; tout cela les distingue suffisamment de la syphilide maculeuse.

Cette éruption, sur beaucoup de points, se rapproche de celle qui, chez l'adulte, est qualifiée de *roséote syphilitique;* tandis que sur d'autres, elle s'en éloigne. — Toutes deux, elles sont constituées par de simples taches, variant suivant leur âge, du rose clair au rouge jaune et même au brun; distribuées sans ordre, se montrant d'une manière lente et progressive; pouvant disparaître complètement, pour se montrer de nouveau. Mais l'exanthème de l'adulte, diffère de celui des nouveau-nés : par l'époque de son apparition, car il est la plus précoce des manifestations cutanées; par sa forme, car ses taches sont irrégulièrement arrondies et déchiquetées sur les bords; enfin, par son siége, car il est particulièrement accentué sur les flancs, les parties latérales du thorax, l'abdomen et la face interne des membres.

La première syphilide que je vous ai fait connaître, est constituée par une bulle qui s'est formée par le soulèvement de la couche cornée de l'épiderme et l'accumulation d'un liquide au-dessous d'elle. — La seconde est due à de simples taches.—Dans celle dont je vais maintenant vous entretenir, les régions malades de la peau, sont constamment épaissies et saillantes. Pour cela, je la qualifie de *syphilide en plaques*; et dans ma description, je lui donne la troisième place, parce que les tissus y sont plus profondément altérés que dans les deux autres; et parce qu'elle est plus tardive. Son étude y montre deux variétés principales, que l'on doit distinguer avec le plus grand soin, car elles diffèrent d'aspect, s'excluent réciproquement et marquent, dans l'évolution de la maladie, deux étapes distinctes. Leur fréquence est à peu près la même; mais tandis que l'une vient, dans l'ordre chronologique, immédiatement après la syphilide maculeuse et lui est souvent associée; l'autre se montre isolément et peut être considérée comme l'ultime manifestation cutanée de la syphilis héréditaire. Je conserverai à la première la dénomination générique de *syphilide en plaques*, qualifiant la seconde de *syphilide lenticulaire.*

De toutes les éruptions qui nous occupent, la syphilide en plaques est, sans contredit, la plus importante, par sa fréquence et surtout par les aspects très-divers, je dirais presque infinis, sous lesquels elle se présente. — Toujours la peau est épaissie; mais le degré de cette saillie, le diamètre de la surface qu'elle occupe, son âge, sa teinte, l'état de l'épiderme qui la couvre ou qui l'entoure, sont autant de conditions qui modifient et diversifient de mille sortes sa physionomie.

Dans ce qui va suivre, je tiendrai compte de tout cela; mais en dépit des soins que je pourrai mettre à ce double travail d'analyse et de synthèse, je ne saurais reconstituer devant vous qu'un petit nombre de types.— Rassurez-vous, pourtant; cela vous suffira; car ayant appris, par ces exemples, à connaître les éléments de l'exanthème et leurs principales combinaisons, vous serez suffisamment préparés à aborder les éventualités de la clinique.

Chez le plus grand nombre des sujets, l'éruption consiste en des plaques circulaires, larges quelquefois de plus d'un centimètre; épaisses d'un ou deux millimètres sur toute la surface, ou seulement à la périphérie. Dans ce cas la plaque forme une sorte de cupule, circonscrite par un bourrelet, dont l'épaisseur peut atteindre trois millimètres. L'éruption est habituellement d'un rose violacé, allant jusqu'au rouge sombre et à l'hortensia ; plus rarement grisâtre ou d'un jaune abricot. La surface malade est tantôt mate et un peu inégale, rugueuse, couverte d'une cuticule assez épaisse, ou de petites écailles furfuracées; d'autres fois, au contraire, lisse, luisante, couverte par un épiderme excessivement mince, et formant des plis très-fins, parallèles entre eux. Presque toujours alors, on voit, soit sur la plaque elle-même et à sa périphérie, soit à sa base et sur la peau qui la porte, une collerette blanche très-régulièrement circulaire, d'un ou deux millimètres de large, formée par la couche cornée de l'épiderme séparée du corps muqueux de Malpighi et desséchée.

J'ai vu, quelquefois, et vous aurez certainement l'occasion de voir comme moi, au centre de la plaque qu'elle déprime, une petite masse cornée, brunâtre, demi-sphéroïdale, entourée d'une collerette épidermique, et comme enchatonnée dans un bourrelet périphérique.

Quand on cherche à se rendre compte de ces particularités, on voit que la teinte violacée est presque constante dans les régions déclives et résulte d'un état congestif habituel ; la grise tient au soulèvement de la couche la plus résistante de l'épiderme, par un peu de liquide. qui, plus abondant et plus consistant, produit, par sa dessiccation, la masse cornée dont je viens de vous parler.

Assez rarement, la coloration n'est pas uniforme sur toute l'étendue de la plaque ; et, par exemple, tandis que le centre est grisâtre, plus saillant, entouré d'une zone rouge foncé ; tout à fait à la périphérie, il y a un bourrelet beaucoup moins coloré.

Il n'y a rien à dire de la disposition des plaques. Il arrive assez souvent, que par le fait de leur voisinage et de leur accroissement, un certain nombre d'entre elles se trouvent confondues. Il en résulte de larges surfaces irrégulières, circonscrites par des segments de circonférences.

Cette syphilide n'occupe pas indistinctement toutes les régions du tégument. Elle a des siéges de prédilection et se modifie suivant la place qu'elle occupe.

On la trouve parfois exclusivement, mais toujours avec une confluence exceptionnelle, sur les membres inférieurs, notamment sur les fesses, les parties postérieures et internes des cuisses et des jambes, et tout autour des genoux; sur le scrotum et les grandes lèvres. A la face, où elle est presqu'aussi constante que dans ces dernières régions, elle occupe surtout le pourtour des orifices. Aussi, les lèvres, la glabelle, le menton, sont-ils couverts de plaques, alors qu'elles sont rares, ou même qu'il n'en existe pas, sur les autres parties du visage. Sur la lèvre inférieure et le menton, elles ont très-fréquemment une couleur spéciale, que l'on peut assez justement comparer à celle de l'abricot. Sur le front, elles sont rugueuses et prennent un aspect lichénoïde.

D'ordinaire, la ligne d'implantation des cheveux est une limite qu'elles ne franchissent pas, cependant on en peut rencontrer sur la peau du crâne ; mais elles y sont rares, et beaucoup plus plates que sur les autres points.

Les membres supérieurs sont atteints à un léger degré, et sur le tronc, la présence de l'éruption est tout à fait exceptionnelle.

Dans les régions où la peau se trouve habituellement en contact avec elle-même, et qui partant retiennent toujours une certaine humidité, comme le pourtour de l'anus, l'espace interfessier, le sillon génito-crural, et celui que fait l'oreille avec le crâne; les plaques prennent un aspect spécial. Elles sont plus saillantes, leurs bords sont plus nets ; leur surface est d'un gris quelquefois un peu jaunâtre, humide ou même suintante; ce qui leur donne une grande ressemblance, comme vous le voyez, avec la syphilide cutanée, si généralement connue sous le nom de plaque muqueuse.

Plus d'une fois, j'ai trouvé dans la profondeur d'un sillon, en des points symétriques de ses plis, des plaques qui se superposaient. Presque toujours alors, l'une d'elles paraissait, par son volume, plus ancienne que l'autre, et faisait ainsi penser qu'elle avait pu provoquer son développement

© BIU Santé

par une sorte d'inoculation, ou tout au moins, par une irritation habituelle.

Les plaques muqueuses sont rares chez les nouveau-nés proprement dits, et leur fréquence croît avec l'âge. Dans des cas très-exceptionnels, elles constituent toute l'éruption, prenant alors des dimensions considérables. J'en ai vu qui avaient deux centimètres de diamètre.

Je viens de vous dire l'influence de la topographie sur la physionomie de la plaque syphilitique. Je dois maintenant rechercher si l'éruption, dans son ensemble, n'est pas modifiée par le terrain sur lequel elle pousse, je veux dire, par l'état actuel de l'enfant.—Il est des cas où cette influence ne semble pas pouvoir être mise en doute; c'est lorsque les enfants ont, avant l'éruption, la peau décolorée, les chairs flasques, quelquefois de l'œdème; en un mot, quand ils sont manifestement cachectiques. Les plaques exanthématiques font alors une faible saillie, leur contour est peu net, leurs dimensions très-inégales; leur coloration, peu uniforme, est généralement terne, d'un gris-jaunâtre, rose pâle à la périphérie. D'ailleurs, comme celles précédemment décrites, elles se desquamment à des degrés différents, mais sans présenter les teintes vives et l'aspect brillant, sur lesquels j'ai appelé votre attention. Il semble que dans son ensemble, l'exanthème emprunte quelque chose à l'apparence terne, à l'état torpide du malade. En somme, il ne s'agit que d'une nuance; mais elle est assez prononcée, se rencontre assez souvent dans la pratique, pour que j'aie cru devoir vous la signaler, en essayant d'en donner l'explication.

La syphilide en plaques a une marche peu régulière et difficile à tracer. Elle se développe assez vite, mais non en même temps sur toutes les régions qu'elle doit occuper. C'est aux membres inférieurs qu'elle apparaît tout d'abord, et qu'elle reste toujours le plus accentuée. Si la face n'a pas été envahie simultanément, elle l'est bientôt après. Les membres supérieurs ne sont atteints que plus tard et l'éruption n'y est jamais très-confluente.

Peu à peu, les plaques s'élargissent, deviennent plus saillantes et prennent une coloration plus accentuée. Après être restées dans cet état durant un septenaire, soit que l'on soumette les malades à une médication spécifique ou que l'on s'abstienne de tout traitement, elles commencent à s'affaisser, et leur coloration pâlit. Enfin, elles disparaissent, non sans laisser dans la plupart des cas, des marques de leur existence, et dans un ordre topographique qui est l'inverse de celui de leur invasion. D'une manière générale, elles décroissent de la périphérie vers le centre, et c'est la région pelvienne, envahie la première, qui reste le plus longtemps malade. Pour une même région, par exemple la fesse, c'est au niveau des points le plus exposés par leur saillie aux irritations, que le mal se montre le plus tôt, et avec le plus d'intensité; c'est là aussi, qu'il se maintient le plus longtemps.

J'ai vu tout à fait exceptionnellement, des plaques affecter dans leur évolution, une marche serpigineuse. Tandis que le centre s'affaisse, pâlit, et tend à reprendre un aspect normal, il se développe à la périphérie, une zone d'invasion, d'un à deux millimètres de large et d'une teinte vive, beaucoup plus rouge que les régions centrales.

Je n'ose vous donner un chiffre qui représente la durée totale de l'exanthème; les conditions où j'observe ne m'ayant permis là-dessus, que des déterminations pour la plupart insuffisantes. Toutefois, j'estime que même dans les cas où l'on traite les malades avec succès, il ne met pas moins de trois semaines à évoluer.

Ce n'est pas toujours d'une manière insensible, et par une sorte de résorption interstitielle et moléculaire, que les plaques disparaissent; elles sont détruites fréquemment, d'une manière beaucoup plus apparente; et si l'on peut ainsi dire plus brutale, par un travail ulcératif.

(A suivre).

Nécrologie. — On annonce la mort, à 76 ans, d'un chimiste distingué, M. Malaguti. Il était recteur honoraire de l'académie de Rennes et correspondant de l'Institut. — M. le Dr Popis vient de mourir à Toulouse. Il était âgé de 76 ans.

REVUE CLINIQUE

Hospice de la Salpêtrière. — M. CHARCOT.

I. De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale. — II. Traumatisme et paralysie agitante.

(Résumé d'une leçon faite à la Salpêtrière en décembre 1877).

I. On sait que certaines affections, subordonnées à une maladie diathésique, peuvent se développer à l'occasion d'une action traumatique et se localiser dans les parties mêmes où la pression, la contusion, la foulure, etc., se sont produites. C'est le cas pour le rhumatisme articulaire, aigu ou chronique, la goutte, ainsi que M. Charcot l'a fait plusieurs fois ressortir (1). M. le professeur Verneuil et ses élèves, ont, d'ailleurs, dans ces derniers temps, mis parfaitement en valeur tout l'intérêt qui s'attache, à l'étude des faits de ce genre, pour le point de vue chirurgical.

On sait moins, peut-être, que certains phénomènes locaux de l'hystérie se manifestent quelquefois de la même façon et sous ces mêmes influences. B. Brodie ne l'ignorait pas, ainsi qu'en témoignent plusieurs passages de l'admirable petit livre intitulé : *Lectures illustratives of certain local nervous affections.* (London, 1837); il est, dit M. Charcot, peut être le premier auteur qui ait, d'une façon un peu explicite, appelé l'attention sur ces phénomènes d'« *hystérie locale* », comme il les appelle, développés par l'action directe d'un traumatisme. « Il arrive très-fréquemment, écrit Brodie, que les symptômes locaux d'hystérie paraissent devoir être rattachés à l'action d'une cause extérieure, et comme l'action traumatique dont il s'agit est souvent très-légère, en disproportion apparente avec les effets produits, ceux-ci sont souvent mal compris, mal interprétés; on les prend pour quelque chose de très-différent de ce qu'ils sont en réalité. »

« Il n'est pas rare, ajoute l'éminent chirurgien (*Loc. cit.*, p. 57) de voir, par exemple, une jeune femme dont le doigt a été piqué ou pincé, se plaindre, peu après le petit accident, d'une douleur qui, des doigts, s'étend par en haut sur la main et l'avant-bras. La douleur sera probablement compliquée d'une action convulsive des muscles du bras ou encore d'une contraction continue des muscles fléchisseurs ou de la partie antérieure du bras, de telle sorte que l'avant-bras sera tenu courbé, d'une façon permanente, au moins tant que la malade restera éveillée, car le spasme est généralement relâché pendant le sommeil. »

« ..... Une jeune fille de 11 à 12 ans s'était piqué l'index de la main gauche avec la pointe d'une paire de ciseaux. L'accident fut suivi immédiatement d'une douleur occupant le trajet du nerf médian. Dès le lendemain, était survenue une contracture des muscles, par suite de laquelle l'avant-bras devint fixé à angle droit sur le bras. Quelques jours après, tous les muscles de la main et de l'avant-bras furent le siége de spasmes violents, produisant, dans la main et l'avant-bras, des mouvements convulsifs singuliers. Puis, survinrent des nausées et des vomissements et, pendant deux jours, tout ce qu'on introduisit dans l'estomac était immédiatement rejeté. Par la suite, les autres membres furent affectés de la même façon, et il devint impossible à la jeune malade de marcher ou même de se tenir debout. Par moments, se montrait une contraction du diaphragme avec menace de suffocation, ou encore une occlusion permanente de la mâchoire, déterminée par une contracture du muscle masséter, ou enfin une douleur de tête vive et qui, par son caractère, rappelait la douleur du doigt piqué..... Une intervention chirurgicale (p. 80), tentée à plusieurs reprises, eut plutôt pour effet d'aggraver le mal... La guérison eut lieu cependant au bout de deux ans, spontanément. »

M. Charcot a fait allusion, dans sa leçon, à un certain nombre de cas qu'il a recueillis dans sa pratique, et qui mettent en pleine lumière l'intérêt théorique et pratique

(1) *Leçons sur les maladies des vieillards*, pages 125, 227.

© BIU Santé

des observations de Brodie. Ces faits seront l'objet d'une publication ultérieure. Aujourd'hui nous nous bornons à l'exposé de deux d'entre eux, rapportés à titre d'exemple.

Obs. I.—Vers le milieu du mois d'avril 1877, Mlle X..., en tombant de sa hauteur, se heurta le dos de la main droite contre un tabouret. Il s'ensuivit une douleur assez vive et un peu de gonflement. Deux ou trois jours après, le petit doigt de cette main commença à se fléchir d'une façon permanente, puis la flexion gagna successivement les autres doigts, et le pouce s'appliqua sur l'index et l'annulaire. A partir de cette époque, le poing reste fermé constamment, jour et nuit, même pendant le sommeil le plus profond, contrairement à la remarque faite par Brodie, dans plusieurs cas de ce genre. La flexion des doigts est tellement prononcée que la réduction est à peu près impossible, et que l'on est forcé d'interposer un linge, pour empêcher les ongles de blesser la paume de la main. Les tentatives de réduction, faites à plusieurs reprises, ont toujours été suivies d'une aggravation de la contracture. Les choses étaient exactement dans le même état le 31 mai, c'est-à-dire six semaines après l'accident, alors que M. Charcot vit la malade en consultation avec M. le professeur Richet et M. le docteur de Wailly. On constate ce jour-là que le poing est comme d'habitude énergiquement fermé, que le poignet est rigide lui aussi, comme les doigts, qu'enfin il existe une anesthésie complète occupant la main droite, le poignet et remontant jusqu'à la limite supérieure de la moitié inférieure de l'avant-bras, aussi bien en avant qu'en arrière. Le coude ne participe pas à la contracture.

Mlle X... n'a jamais éprouvé d'attaques de nerfs. Elle est calme, d'un caractère égal, plutôt enjoué; rien n'est changé dans sa manière d'être. Il n'existe chez elle aucune trace de douleur ovarienne. Deux fois les règles se sont montrées depuis le début de la contracture, sans incident particulier. Pas de modifications quelconques de la sensibilité en dehors des parties où l'anesthésie a été constatée.

Cinq jours après la consultation, sans l'intervention d'aucune circonstance digne d'être notée, la main de Mlle X... s'est ouverte tout à coup et a récupéré tous ses mouvements.

Obs. II. — Le 17 avril 1877, la nommée Hortense X..., âgée de 27 ans, eut l'avant-bras droit serré entre un mur et un plateau tournant, sur lequel reposent les glaces à polir. Il s'ensuivit immédiatement, sur la partie soumise à la pression une assez vive douleur, un gonflement avec ecchymose, mais point de plaie. H... assure que, quelques instants après l'accident, une contracture dans la demi-flexion commença à se produire dans l'annulaire et le petit doigt de la main droite. Les jours suivants, les trois autres doigts de la même main furent envahis à leur tour par la contracture. Sous l'influence des résolutifs, le gonflement et l'ecchymose disparurent bientôt, mais la douleur et la contracture persistant, la malade se décida à entrer à l'hôpital, service chirurgical de M. le Dr Leroy des Barres.

Au moment de l'admission qui eut lieu le 13 juin 1877, c'est-à-dire 2 mois environ après l'accident, on constate ce qui suit : Les quatre doigts internes de la main droite sont légèrement fléchis dans l'articulation métacarpo-phalangienne de manière à former avec la paume de la main, un angle obtus d'environ 130° à 150°. Les deux dernières phalanges de ces mêmes doigts sont rigides, dans l'extension. Le pouce, quoique jouissant d'une certaine mobilité, n'est pas lui-même complètement libre : le poignet est rigide lui aussi, en somme l'attitude rappelle celle de la main tenant méthodiquement une plume à écrire. Dans toute l'étendue du bras, de l'avant-bras et de la main, il existe d'une façon permanente une douleur qui s'exaspère de temps à autre spontanément. La douleur s'exaspère toujours et devient atroce lorsque la malade essaye d'exécuter un mouvement et aussi lorsqu'on vient à exercer la plus légère pression sur un point quelconque du membre. Elle est surtout vive lorsque la pression a lieu sur la face antérieure de l'avant-bras, particulièrement sur le trajet du nerf médian. Si l'on insiste, il s'ensuit une sorte de crise nerveuse qui, plusieurs fois, a amené une perte de connaissance. Il n'y a ni rougeur, ni tuméfaction des parties douloureuses : l'ecchymose a depuis longtemps disparu.

La douleur exquise produite par les moindres contacts rendant impossible toute exploration un peu approfondie du membre, on se décide, 5 ou 6 jours après l'admission, à soumettre la malade à l'action du chloroforme. L'exploration pratiquée alors que le sommeil est devenu complet ne fait rien découvrir qui puisse rendre compte de douleurs si vives. On remarque que, bien que le sommeil provoqué soit très-profond, les parties contracturées n'entrent pas dans un état de résolution complète; à la vérité, on peut, non sans effort toutefois, étendre les doigts complètement ou les fléchir, mouvoir le poignet dans toutes les directions; mais à peine abandonne-t-on ces parties à elles-mêmes qu'elles reprennent leur attitude première.

Tous ces accidents, douleur et contracture avaient persisté jusqu'au commencement du mois d'août, sans modification quelconque, lorsque, un des premiers jours de ce mois, sans cause appréciable, la contracture disparut brusquement en même temps que la douleur; il était survenu une paralysie complète portant à la fois sur le sentiment et sur le mouvement et occupant, dans toute son étendue, le membre supérieur droit, où existe désormais une résolution complète. On s'aperçoit bientôt après que le membre inférieur du même côté est lui aussi paralysé du mouvement, comme le supérieur, mais à un moindre degré cependant, bien que l'anesthésie y soit tout aussi complète. Cette dernière circonstance donne l'idée d'explorer l'état de la sensibilité dans toute l'étendue du corps; et l'on constate alors qu'il existe chez la malade une hémianesthésie droite, absolue, complète, portant à la fois sur la sensibilité générale et sur les sens spéciaux, vision et odorat y compris. On reconnaît aussi dans la région ovarienne droite l'existence d'une douleur très-accentuée que la malade n'avait pas accusée jusque-là.

A partir de cette époque, un grand nombre d'autres accidents hystériques se manifestent successivement; l'hémianesthésie persistant telle qu'elle, ainsi que l'ovarie, sans variations : un jour, c'est une forte dyspnée, une respiration anhélante avec menace de suffocation, un autre jour, ce sont des douleurs partant de la région précordiale et s'irradiant vers l'épaule gauche, ou encore une toux sèche et convulsive, une violente douleur fixée sur la tempe gauche, un autre jour enfin, il y a rétention d'urine. Pendant plus d'un mois, la malade a vomi après tous ses repas, ce qui ne l'empêche pas de conserver un certain embonpoint. Il n'a jamais existé d'attaque hystéro-épileptique régulière.

Il est très-important de remarquer que H..., réglée à 18 ans, mariée à 20 ans et bientôt mère de 2 enfants, n'avait jamais éprouvé de maladie sérieuse jusqu'à l'époque où s'est produit l'accident qui l'a amenée à l'hôpital de Saint-Denis. Elle était très-nerveuse, très-irritable : mais jamais il ne s'était produit chez elle d'accidents à proprement parler hystériques.

Les phénomènes qui viennent d'être décrits à savoir : l'hémianesthésie, la paralysie, l'ovarie, les spasmes divers, etc., persistaient encore le 24 octobre, époque à laquelle Charcot, grâce à l'obligeance de M. le docteur Leroy des Barres, a pu examiner la malade.

Ce que l'on connaît, quant à présent, de plus important sur ce sujet de l'*hystérie locale traumatique* peut se résumer, suivant M. Charcot, dans les propositions suivantes :

Une hyperesthésie cutanée plus ou moins exquise, des douleurs plus profondes localisées sur le trajet des troncs nerveux, ou paraissant quelquefois siéger plus spécialement dans une ou plusieurs articulations, une contracture permanente plus ou moins accentuée, tels sont les phénomènes qui se produisent immédiatement après ou peu après l'application de la cause traumatique. Ces symptômes restent rarement limités à la région où celle-ci s'est exercée; ils s'étendent rapidement aux régions voisines et peuvent même occuper toute l'étendue d'un membre. Une fois établis, ils persistent fréquemment, tels quels, sans modification ap-

© BIU Santé

préciable, avec une tenacité désespérante, pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, voire plusieurs années. La moindre pression, le moindre frôlement, le moindre mouvement provoqué exaspèrent les douleurs et la contracture. Celles-ci s'exaspèrent encore, de temps à autre, spontanément, sans aucune provocation extérieure, sous forme d'accès. Il s'y surajoute quelquefois, principalement dans le temps des exacerbations spontanées, dont il vient d'être question, du gonflement, de la rougeur, une élévation relative de la température des parties affectées. Il arrive, en général, que l'hyperesthésie et les douleurs font place, tôt ou tard, à une anesthésie plus ou moins absolue; cependant la contracture musculaire persiste encore, néanmoins, au même degré que par le passé. Elle peut, toutefois, être à son tour remplacée par une parésie ou même une paralysie avec résolution des muscles.

Ces accidents, développés à l'occasion d'une action mécanique, sont le plus souvent la première révélation de la diathèse hystérique jusque-là restée latente; et, généralement ils en constituent pendant longtemps l'unique symptôme, en ce sens qu'ils subsistent à l'état d'isolement, sans adjonction d'autres phénomènes nerveux. A ce double point de vue, on doit les considérer comme les équivalents de ces accidents névropathiques locaux de même ordre, mais développés cette fois spontanément, qui sont un des attributs les plus singuliers de l'*hystérie infantile*. Il n'est pas rare, on le sait, de voir chez les petites filles de 10 à 12 ans, par exemple, soit une toux nerveuse, soit un torticolis spasmodique, ou encore la contracture permanente des muscles d'une extrémité ou de tout un membre, une arthralgie enfin, simulant une arthrite ou une coxalgie, occuper la scène pathologique d'une façon à peu près exclusive pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, puis disparaître un beau jour, tout à coup, sans laisser de traces. Mais ce n'est là, fort souvent, qu'un répit, qu'une trêve. Quelques mois, quelques années plus tard, alors que ces phénomènes précurseurs sont peut-être complètement oubliés, on voit, à l'époque où s'établissent les fonctions sexuelles, l'hystérie ovarienne apparaître avec tout son cortége de phénomènes désormais classiques, à savoir : hémianesthésie sensorielle et sensitive, ovaralgie, crises convulsives caractéristiques, troubles particuliers dans le domaine psychique, etc., etc. D'autres fois l' « hystérie généralisée » vient se surajouter à l' « hystérie locale » sans intermission, sans temps de repos, et la relation qui existe entre elles deux est alors facilement mise en pleine lumière.

Ce qui vient d'être dit de l'*hystérie locale infantile*, on pourrait le répéter de tous points au sujet de l'hystérie locale déterminée par une action mécanique; ce ne sont là, du reste, à proprement parler, que deux variétés d'une même espèce. Il est très-remarquable, en effet, que les traumatismes ne provoquent guère les accidents dont il est question que chez les sujets jeunes et vierges encore de toute marque un peu prononcée d'hystérie généralisée. Lorsque l'hystérie ovarienne s'est développée et établie avec tout son appareil de symptômes, les lésions mécaniques ne paraissent plus produire les mêmes effets. Telle est, du moins, la conclusion qui semble résulter des observations recueillies par M. Charcot, et, à ce propos, il cite le cas d'une malade de son service, la nommée Geneviève L. Cette femme (1), aujourd'hui âgée de trente-cinq ans, atteinte depuis longues années d'hystéro-épilepsie avec anesthésie généralisée, est souvent prise à la suite de ses attaques et dans les intervalles qui les séparent de contracture des membres qui persistent pendant plusieurs jours. Plusieurs fois en tombant à terre dans une attaque elle s'est cassé les os d'un avant-bras, d'une jambe. Or, jamais ces fractures n'ont été l'occasion du développement de douleurs ou de contractures (2). La consolidation s'en est faite dans les conditions ordinaires et sans avoir été marquée par aucun incident particulier.

On connaît, du reste, les difficultés qu'offre très-habituellement le diagnostic de l'hystérie locale en général, surtout lorsqu'elle se présente à l'état d'isolement. Ces difficultés ne seront pas atténuées, tant s'en faut, par ce fait que les accidents reconnaîtront pour origine une influence traumatique. Elles auront d'autant plus de portée que le diagnostic erroné auquel on se sera arrêté (arthrite, coxalgie, névrite, etc.) conduira à une intervention active, presque toujours intempestive et nuisible. L'observation démontre, en effet, que, dans l'espèce, les applications de vésicatoires ou de cautères, la galvanisation et la faradisation, l'immobilisation prolongée, les tentatives de réduction de tout genre, les sections de nerfs et de tendons exaspèrent presque toujours le mal et sont quelquefois suivis des plus fâcheux effets. En somme, c'est à peu près exclusivement la considération de l'état général qui doit ici inspirer la thérapeutique et, en ce qui concerne les phénomènes locaux, l'attitude expectante dans l'état actuel des choses est de beaucoup la plus sûre. C'est peut-être le lieu de rappeler les paroles par lesquelles Brodie inaugure, dans le livre cité plus haut (p. 77), son exposé du *traitement chirurgical des affections locales hystériques*. « Les conseils que j'aurai à vous donner à ce sujet, » dit-il, « seront le plus souvent d'ordre négatif. Il ne s'agit pas tant, en effet, de ce que vous devez entreprendre que de ce dont vous devez savoir vous abstenir. »

II. Ce n'est pas dans l'hystérie seulement que la localisation des accidents pathologiques peut être déterminée par l'action d'une cause mécanique. Le même fait peut se produire dans d'autres maladies qui, comme l'hystérie, appartiennent au groupe provisoire des névroses. C'est le cas, par exemple, pour la paralysie agitante ou maladie de Parkinson.

M. Charcot a rapporté dans le temps l'histoire d'une dame qui, en tombant d'une voiture, avait eu la cuisse gauche violemment contusionnée; au bout de quelque temps, il survint dans le membre blessé une douleur vive, occupant le trajet du nerf sciatique, et peu après un tremblement se déclara dans toute l'étendue de ce membre. D'abord passager, ce tremblement devint plus tard permanent, et s'étendit enfin aux autres membres. (*Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 185.)

Les principales particularités du cas qui précède se sont reproduites, à quelques modifications près, chez deux malades que M. Charcot a présentés à ses auditeurs.

En 1873, une nommée Fauc..., âgée de 55 ans, se fit une entorse du pied gauche, avec gonflement, ecchymoses, etc. Peu de temps après, l'enflure et la gêne de la marche persistant encore, elle s'aperçut que son pied tremblait. Le tremblement resta localisé au membre inférieur gauche jusqu'en 1876, époque où la main du côté correspondant fut prise à son tour. Aujourd'hui, le tremblement est très-prononcé dans les membres du côté gauche, mais il commence à se prononcer dans ceux du côté droit. E... présente d'ailleurs tous les autres symptômes qui caractérisent la maladie de Parkinson: immobilité des traits, roideur du cou, fixité du regard, inclinaison du tronc en avant, tendance à la propulsion et à la rétropulsion.

(1) Les fractures peuvent, comme les piqûres et les contusions, provoquer chez les sujets prédisposés le développement de l'hystérie locale; c'est ce dont témoigne l'observation suivante empruntée à Brodie. (*Loc. cit.*, p. 58.) Femme de trente ans environ admise à l'hôpital Saint-Georges, pour une fracture simple des deux os de l'avant-bras. Il n'y eut rien d'anormal dans la fracture, si ce n'est que la malade se plaignait d'une douleur extrême au niveau du point lésé et peu à peu la douleur s'étendit au bras et jusqu'à l'aisselle, puis au même côté du cou et de la tête. Le plus petit mouvement du membre, même l'action de soulever l'avant-bras au-dessus de l'oreiller sur lequel il reposait, occasionnait de violentes douleurs et une action convulsive du membre, bientôt suivi de ce qu'on pourrait appeler un état de syncope hystérique. La fracture se consolide comme dans les conditions ordinaires; mais les symptômes nerveux persistèrent pendant plusieurs semaines et cédèrent graduellement. Il est à remarquer que, deux ans auparavant, cette femme avait éprouvé des symptômes nerveux analogues à l'occasion d'une lésion légère du coude.

(2) Voir l'observation complète de Geneviève dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*.

© BIU Santé

T..., âgée de 72 ans, présente depuis 4 ans environ, les symptômes classiques de la paralysie agitante limitée au côté droit du corps. Contrairement à la règle, elle offre un tremblement très-prononcé de la langue et surtout de la mâchoire inférieure. Ce tremblement a commencé à se produire en septembre dernier, dans les circonstances suivantes : le 2 septembre en bâillant, T... se luxa la mâchoire inférieure ; la réduction put être faite aussitôt, sans difficulté. C'est à partir de cette époque que la mâchoire s'est mise à trembler et en même temps la salive commença à s'écouler involontairement de la bouche.

Ces observations n'ont pas besoin de commentaires. B.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le musée Civiale à l'hôpital Necker.

Le service des calculeux de l'hôpital Necker, fondé par Civiale, possède une collection importante de calculs, d'instruments et de pièces anatomo-pathologiques, intéressant principalement les maladies des voies urinaires.

En 1829, à l'époque où fut établi le service des calculeux, Civiale disposait d'une salle de 12 lits. Par un acte du 22 août 1856, ce service spécial fut définitivement fondé à l'hôpital Necker, et le nombre des lits porté à 26. Aujourd'hui, 28 lits sont à la disposition des malades. Ce service, fondé et dirigé par Civiale de 1829 à 1867, est actuellement depuis plus de dix ans sous la direction de M. le professeur Guyon.

A côté de la salle des malades, dans un emplacement presque luxueux, se trouve la collection de calculs et d'instruments du fondateur, avec son portrait offert par son fils. Cette collection résume la vie scientifique de Civiale; elle présente une réunion de pièces choisies avec soin pour servir à l'histoire de l'affection calculeuse.

Neuf cents calculs environ disposés sur des cartons, ou placés dans des boîtes et des flacons, rangés par séries suivant un ordre méthodique, sont exposés dans une vitrine de ce musée. Ces calculs proviennent de 2,700 malades, traités par Civiale depuis 1824, dont 1,600 ont été opérés par la lithotritie. En fondant cette collection, Civiale a eu pour but de faire connaître les nombreuses variétés de concrétions urinaires et leur structure intime. Les écrits et même les figures sont insuffisants, quand il s'agit de montrer l'arrangement moléculaire des corps. Le dessin qui parle aux yeux ne rend pas les particularités, les menus détails et la disposition des éléments composants. Il n'est rien de tel que de voir un objet, pour en saisir les caractères.

En réunissant sur des cartons et sur des planchettes les séries de graviers et de calculs que rapprochent certaines analogies, Civiale a dressé en quelque sorte des tableaux naturels, très-propres à faciliter l'étude des produits de l'affection calculeuse.

Ces cartons, au nombre de 25, contiennent toutes les variétés de calculs, de la vessie, du rein, des uretères, de l'urèthre, ou du prépuce. Toutes les variétés chimiques y sont représentées; il y en a de toutes les dimensions, depuis le gravier et le sable jusqu'aux grosses pierres pesant 300 grammes; les calculs mûraux, ceux dont la structure est composée, avec prédominance soit d'une trame lamelleuse, soit d'une trame granulée, y sont tous réunis formant un ensemble complet des concrétions urinaires.

Sur d'autres cartons, nous remarquons d'autres calculs dont l'intérêt n'est pas seulement anatomique; nous les voyons, brisés par les divers instruments dont se servait Civiale, principalement le trilabe et le lithoclaste et nous pouvons facilement apprécier la force et l'utilité de ces instruments, surtout entre les mains d'un tel opérateur.

Enfin, sur un dernier carton, nous voyons les faux calculs : corps étrangers retirés de la vessie, débris de sondes, étuis, porte-plumes, caillous, etc.; objets qui témoignent soit de la mauvaise qualité des instruments employés par les malades, soit le plus souvent d'une aberration du sens génésique.

Au-dessus de cette riche collection, sont exposés les instruments de Civiale; mentionnons d'abord le trilabe, cet instrument qui, le premier dans l'ordre chronologique, a été employé exclusivement durant la deuxième période de la lithotritie de 1824 à 1836. Tous les chirurgiens qui ont visité le musée de Necker connaissent cet instrument, et l'archet qui l'accompagne, enfermé dans la canne légendaire de Civiale. A côté sont rangés les différents lithoclastes, les lithotriteurs courbes et les instruments nécessaires pour l'opération de la taille.

Tous ces calculs et ces instruments sont renfermés dans une élégante vitrine en chêne, construite aux frais du donateur. Une autre bibliothèque dans le même style renferme les ouvrages de Civiale et un certain nombre de thèses et de mémoires intéressant les maladies urinaires.

Auprès de ce musée, dont l'intérêt est surtout historique, et où sont réunis les instruments avec les nombreuses modifications que leur a fait subir leur inventeur, nous trouvons, dans une autre vitrine, construite il y a quelques années, par l'administration de l'assistance publique, une collection très-riche de pièces anatomiques recueillies par M. le professeur Guyon et ses internes depuis une dizaine d'années. Si le chimiste et le chirurgien opérateur trouvent dans la première collection des matériaux complets d'étude, le clinicien pourra facilement par l'examen des nombreuses pièces de la seconde, se rendre très-exactement compte des lésions les plus complexes et les plus variées de toutes les affections vésicales, rénales, prostatiques et uréthrales. Ce ne sont plus seulement des calculs isolés, ce sont des pièces complètes, des vessies renfermant un ou plusieurs calculs maintenus dans leur position première par une habile préparation. Ici, nous trouvons toutes les altérations organiques de la vessie, le cancer, le fongus, les tubercules, là toutes les lésions de la prostate, l'hypertrophie sénile, les dégénérescences carcinomateuse et tuberculeuse, les dilatations et hypertrophies vésicales, les lésions de l'urèthre, depuis la simple blennorrhagie catarrhale, jusqu'aux rétrécissements les plus complexes, les plus tortueux, les plus difficiles à franchir, les catarrhes chroniques de la vessie, les anomalies et les vices de conformation des organes génitaux, les altérations rénales si fréquentes dans le cours de toutes les affections longues des voies urinaires.

Toutes ces pièces, dont certaines datent de 10 ans, sont dans un état parfait de conservation; elles sont montées sur des baguettes de verre et plongées dans un liquide conservateur, préparé par M. Méhu, pharmacien de l'hôpital; elles ne sont nullement ratatinées ou durcies comme les pièces trempées dans l'alcool; elles ont conservé leur colo[illegible]

© BIU Santé

ration et leur souplesse primitive et peuvent servir chaque jour à l'étude, aussi bien que les pièces les plus récentes.

Quelques moules en plâtre et en cire, quelques aquarelles, complètent cet intéressant musée, qui s'accroit de jour en jour par l'adjonction de nouvelles pièces, grâce à la générosité du fondateur qui a accordé un legs annuel de trois cents francs pour la conservation et l'agrandissement des collections.

Enfin, M. le professeur Guyon a fait placer dans ce musée les nombreuses planches de l'ouvrage de M. Heitzmann représentant l'étude microscopique des sédiments organiques et cristallisés de l'urine pathologique.

Toutes ces pièces offrent un grand intérêt non-seulement pour le visiteur, mais aussi pour l'élève qui désire s'instruire. Car, dans ce même musée, on trouve consignées et fidèlement rédigées toutes les observations des malades traités depuis dix ans dans la salle Saint-Vincent par M. le professeur Guyon. Alfred JEAN.

Isolement de l'hôpital Necker.

Maintes fois nous avons insisté sur les avantages que présenterait, au point de vue de l'hygiène, l'isolement, par des rues ou des promenades, de tous nos établissements hospitaliers (1). Tout récemment, à propos d'un projet de réunion à la buanderie de l'hôpital des Enfants-Malades de la petite buanderie de l'*hôpital Necker*, nous avons constaté avec regret que cet établissement, contigu déjà sur deux de ses côtés à l'hôpital des Enfants-Malades (2), n'était isolé, en définitive, que du côté de la rue de Sèvres. En effet, le jardin des femmes, qui est très-spacieux, bien planté, est bordé sur deux de ses côtés par des maisons très-élevées, dont les habitants peuvent voir tout ce qui se passe dans l'hôpital, et même se mettre en communication avec les malades.

On ne saurait donc trop engager l'administration à profiter de toutes les occasions qui pourront s'offrir d'isoler complètement l'hôpital Necker, et aussi à examiner ce qu'il y aurait à faire, dans cette voie, pour tous nos autres établissements hospitaliers. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Seance du 27 avril. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. BROWN-SEQUARD a observé, chez plusieurs cochons d'Inde, dont il avait sectionné le nerf sciatique, divers phénomènes non encore signalés : agitation extrême, cris, tournoiement, rigidité cataleptique passagère. Chez tous, en outre, les caractères de l'épilepsie spinale furent très-accentués et persistèrent alors que les premiers symptômes, que l'on aurait pu rattacher à une méningite spinale, disparurent plus ou moins rapidement. Chez un de ces cobayes, la patte du côté opposé à la section est encore aujourd'hui le siége d'une notable atrophie, tandis que celle du côté où le nerf sciatique a été coupé est intacte. Ce fait plaide contre la théorie classique des troubles trophiques: Du reste, depuis longtemps M. Brown-Sequard soutient que les soi-disant troubles trophiques sont souvent dus à ce que l'animal se mord la patte dans les mouvements convulsifs.

M. LABORDE s'élève contre cette doctrine; il rappelle que ces troubles trophiques sont survenus chez un lapin, soumis à cette expérience, alors que M. Laborde avait pris toutes les précautions pour l'empêcher de se mordre.

M. FRANCK communique à la Société le résultat de ses *recherches sur le nerf vertébral*. — On décrit généralement, dit-il, comme filets efférents du premier ganglion thoracique, les nerfs qui se détachent de l'extrémité supérieure de ce ganglion et qui accompagnent l'artère vertébrale dans le canal des apophyses transverses cervicales. M. Franck présente à la Société les premiers résultats de recherches d'anatomie comparée et de vivisections tendant à montrer que ces filets vertébraux constituent non-seulement des branches efférentes du premier ganglion thoracique, mais aussi et surtout des *racines cervicales* du cordon thoracique du sympathique.

Des deux filets qui se détachent de l'extrémité supérieure du premier ganglion thoracique, l'un, externe, s'anastomose avec le dernier nerf mixte cervical ; l'autre, interne, s'unit successivement aux nerfs cervicaux de haut en bas jusqu'au troisième inclusivement, quelquefois seulement jusqu'au quatrième. C'est par ses filets anastomotiques que la moelle fournit les racines sympathiques au premier ganglion thoracique.

En opérant sur les deux branches réunies du nerf vertébral entre le col de la première côte et l'apophyse transverse de l'avant-dernière vertèbre cervicale, comme on opère sur un nerf quelconque dont on cherche à connaître la provenance et la distribution, M. Franck a obtenu des modifications dans le rhythme des battements du cœur, et dans la circulation hépatique.

L'excitation du bout ganglionaire du nerf vertébral, bien isolé, produit l'accélération des battements du cœur, ce qui permet déjà d'assimiler ce nerf aux racines dorsales du premier ganglion thoracique fournissant, comme on sait, des nerfs cardiaques accélérateurs. Ces nerfs proviendraient donc également de la moelle cervicale par le nerf vertébral. On s'explique ainsi plus facilement les résultats de l'expérience de Von Bezold qui avait constaté l'accélération du cœur à la suite de l'excitation du tronçon inférieur de la moelle sectionnée à la partie inférieure du cou.

L'excitation du bout supérieur du nerf vertébral détermine, comme l'excitation du bout supérieur du sympathique cervical, mais à un moindre degré, la dilatation pupillaire : M. A. Voisin avait déjà pensé que toutes les fibres pupillaires ne suivent pas le cordon cervical du sympathique, mais qu'un certain nombre d'entre elles suivent l'artère vertébrale. L'expérience démontre qu'il en est bien ainsi. En outre de ces effets pupillaires, l'excitation du bout supérieur du nerf vertébral détermine des modifications de la circulation intra-crânienne sur lesquelles M. Franck insistera dans une prochaine communication.

Ces expériences montrent qu'il y a dans les nerfs qui accompagnent l'artère vertébrale des filets ascendants (iriens, vasculaires), et des filets descendants (cardiaques accélérateurs). Mais un autre effet produit par la section du nerf vertébral et sur lequel l'attention avait déjà été attirée par M. Pavy, MM. Cyon et Aladoff, c'est la production du diabète. Ce résultat de la section des filets, qui accompagnent l'artère vertébrale, a été contesté par M. Eckhard et n'a pas été retrouvé par M. le professeur Vulpian. M. Franck a repris ses expériences et a trouvé à la suite de la section du nerf vertébral l'urine tantôt chargée de sucre, tantôt complètement normale, variations qui expliquent le désaccord entre les physiologistes cités plus haut. Mais, si au lieu de chercher le sucre dans l'urine, on fait des analyses comparatives du sang avant toute opération, après que le nerf a été découvert et après qu'il a été coupé, on peut s'assurer que dans tous les cas la proportion du sucre augmente dans le sang après la section du nerf : il en passe dans l'urine, si l'augmentation est suffisante ; il n'en passe pas, si la proportion n'atteint pas le chiffre indiqué par Claude Bernard, c'est-à-dire $\frac{3}{1000}$ dans le sang artériel. Il y a toujours *hyperglycé-*

(1) Voir notre *Rapport sur le budget de l'assistance publique pour 1878*, p. 48-49, et notre *Rapport sur le service des aliénés du département de la Seine*.

(2) Il serait intéressant de rechercher si ce voisinage n'aurait pas, entre autres conséquences, celle de déterminer l'apparition, dans l'hôpital Necker, d'un plus grand nombre de cas d'affections diphthéritiques qu'il ne s'en développe dans les autres hôpitaux.

© BIU Santé

mie, quelquefois *glycosurie*. M. Franck donne les chiffres de quelques dosages du sucre dans les sangs des veines sus-hépatiques et de l'artère fémorale, recueillis simultanément, suivant le précepte de Claude Bernard.

Le mécanisme de cette surabondance du sucre dans le sang à la suite de la section du nerf vertébral sera discuté avec détail dans d'autres communications ; M. Franck propose provisoirement l'interprétation suivante : la section du nerf vertébral interrompt la continuité d'un certain nombre de nerfs vaso-moteurs destinés aux branches des vaisseaux du foie et provenant de la moelle cervicale. Cette hypothèse repose sur les expériences suivantes : si l'on introduit la canule d'un manomètre rempli de sérum additionné de sulfate de soude dans le bout *viscéral* de l'artère hépatique, et qu'on excite le plexus nerveux accompagnant l'artère, on voit s'élever le niveau du liquide dans la branche libre du manomètre ; il s'est donc produit un resserrement vasculaire intra-hépatique.

Si l'on répète l'expérience en excitant non plus le plexus hépatique, mais le bout inférieur, ganglionnaire du nerf vertébral, on constate le même phénomène : élévation de pression dans le manomètre, resserrement vasculaire hépatique. Le nerf vertébral semble donc bien contenir des filets vaso-moteurs se rendant au foie. M. Franck croit que l'hyperglycémie, constatée après la section du nerf, tient seulement à un lavage plus considérable du foie et à un déversement plus abondant de sucre dans la circulation. M. Franck reviendra, dans une prochaine communication, sur plusieurs points de ces recherches, qui sont commencées depuis plusieurs années. (Comptes-rendus du laboratoire du professeur Marey, 1875 et thèse de Paris) et dont il n'a fait qu'indiquer les résultats généraux.

M. Javal appelle l'attention sur un mémoire récent de M. Delbeuf sur le daltonisme. Lorsqu'un daltoniste regarde à travers une solution de fuchsine, son infirmité disparaît presque complètement. Lorsqu'au contraire une personne non daltoniste regarde à travers une solution de chlorure de nickel, elle ne distingue plus bien les couleurs. M. Delbeuf a donné une bonne explication du daltonisme. On sait que, dans le spectre, la sensation des couleurs est plus grande au milieu (vert) qu'aux deux extrémités (violet, rouge). Le daltonisme n'est que l'exagération de ce fait normal, de sorte que le vert domine et écrase toutes les couleurs. Par la fuchsine, on éteint les couleurs moyennes : M. Javal montre qu'on ne voit plus le vert lorsqu'on regarde une feuille à travers une lame de gélatine fuchsinée.

M. Renaut envoie à la Société une note sur la structure de l'endartère. Il en résulte que les cellules étoilées, situées sous la couche endothéliale dans les gros vaisseaux artériels, ne sont pas des éléments connectifs, mais des cellules musculaires.

M. Joannes Chatin dépose sur le bureau une note sur les concrétions uniques dans les organes segmentaires de l'aulastome.

L. D.-B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 *avril* 1878. — Présidence de M. Baillarger.

M. Th. Roussel lit un long réquisitoire contre les affirmations de M. Depaul, relativement à la pellagre. Ce dernier, on s'en souvient, attribuait cette maladie, non exclusivement au maïs altéré, mais à un nombre plus complexe de causes parmi lesquelles il faut citer la mauvaise hygiène, l'affaiblissement des forces, l'alcoolisme. M. Roussel ne saurait accepter cette manière de voir, d'autant plus que l'Académie s'est prononcée en 1864 d'une façon différente.

M. Peter fait une communication *sur les températures morbides locales*. De l'ensemble du travail de M. Peter se tirent les conclusions suivantes. L'hyperthermie locale à la suite de la ponction, pour la pleurésie comme pour l'ascite, est la conséquence de l'hypérémie à vacuo. Dans le cas de pleurésie, cette hypérémie toute mécanique s'ajoute nécessairement à l'hypérémie phlymasique antérieure, contre laquelle la ponction a été absolument sans action curative ; on a ainsi deux hypérémies au lieu d'une. Il en résulte nécessairement une augmentation de tension dans les vaisseaux de la plèvre encore enflammée. Le liquide exsudé à nouveau peut être plus riche en lencocytes et en hématies, ainsi que M. Peter l'a observé dans un cas de pleurésie à frontières successives. Il y a donc une action dynamique élevée. La transformation purulente possible de l'épanchement renouvelé se conçoit de la sorte en certains cas où l'on a ponctionné pendant la période très-fébrile de la pleurésie.

Cette accumulation d'hypérémie, le retour brusque du sang dans la cavité pleurale (dans la plèvre comme dans le poumon) accusé par l'hyperthermie locale (proportionnelle à l'hypérémie à vacuo) expliquent la syncope, la congestion pulmonaire, l'expectoration albumineuse consécutive, la douleur, l'oppression allant parfois jusqu'à la suffocation observée dans ces cas de brusque déplétion, c'est-à-dire, de brusque hypérémie par évacuation, démontrée matériellement par les recherches de M. Peter sur l'hyperthermie locale.

M. Pasteur fait la lecture d'un travail intitulé : *La théorie des germes et des applications à la médecine et à la chirurgie.* Dans notre prochaine analyse nous reviendrons sur cette importante communication.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 1er *février* 1878. — Présidence de M. Charcot.

Cirrhose annulaire multilobulaire chez un jeune homme de 21 ans ; par A. Cossy et Déjerine, internes des hôpitaux.

Le père du malade est mort d'une pneumonie aiguë : sa mère, d'une péritonite dont elle fut malade pendant deux jours. Ses frères et sœurs ne paraissent pas malades, et en somme, on ne trouve pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille. Quant à lui, il dit s'être toujours bien porté, n'avoir jamais toussé, ni craché de sang.

La maladie actuelle remonte au mois de septembre dernier. Il prit froid à cette époque là, se mit à tousser, à cracher un peu de sang et à maigrir : mais il continua à travailler jusqu'à son entrée dans notre service, le 20 décembre : on fait le diagnostic : *Tuberculose pulmonaire avec emphysème.*

Trois ou quatre jours après son entrée, on s'aperçoit que le malade enfle. L'œdème débute par les paupières, puis les jambes, et enfin, par les bras. On ne trouve pas d'albumine dans les urines.

Etat du malade au 1er janvier. — Le malade présente un œdème généralisé à tout le corps. L'urine contient de l'albumine dont la quantité devient de plus en plus manifeste jusqu'aujourd'hui, 28 janvier. L'examen de la poitrine fait constater la présence de souffle caverneux au sommet droit. A partir de cette époque, le malade commence à vomir, et ces vomissements deviennent continus. L'examen du cœur ne fait constater la présence d'aucun souffle.

Le diagnostic le plus probable paraît être : tuberculose pulmonaire compliquée d'une lésion rénale, probablement une dégénérescence amyloïde.

29 *janvier*. Œdème prononcé des 2 membres inférieurs, du scrotum, de la verge, de la moitié droite de la paroi abdominale et du tronc, du membre supérieur droit et de la face des 2 côtés. En résumé, tout le corps est œdématié, sauf le bras gauche et la moitié gauche du tronc. L'urine contient une quantité considérable d'albumine. Le malade paraît avoir un peu d'ascite. Il a une oppression si considérable qu'on peut difficilement l'examiner. Il tousse continuellement, ses crachats sont sanglants, la poitrine est pleine de râles sous-crépitants et sibilants. On ne constate plus aujourd'hui au sommet droit le souffle tubo-caverneux qu'on y entendait.

A l'auscultation du cœur, M. Hérard croit entendre un souffle au premier temps et à la pointe, phénomène qui n'avait pas encore été constaté : le malade n'a cependant pas de palpitation, il n'en a jamais eu, il n'a jamais eu de rhumatisme non plus. Le pouls est régulier, rapide. Le malade vomit tous les jours d'une façon continue depuis le mois de janvier. Depuis sept ou huit jours, il a de la diarrhée. Il a pris du lait pendant quelque temps, mais il ne pouvait le supporter et le vomissait. L'oppression augmente de plus en plus et le malade meurt dans la nuit.

© BIU Santé

AUTOPSIE. — Le 31 janvier 1878, à 9 heures du matin. *Cavité thoracique.* Les 2 plèvres contiennent un épanchement séreux très-abondant : hydrothorax double sans pleurésie ; quelques adhérences aux 2 sommets, surtout à droite.

Poumon droit. Le sommet de cet organe présente les lésions de la broncho-pneumonie tuberculeuse, avec une dilatation cylindrique très-remarquable des bronches ; pas de cavernes. Ces lésions vont en diminuant en allant vers la base qui ne présente que de la congestion.

Poumon gauche. Mêmes lésions beaucoup moins avancées et pas de dilatations bronchiques. *Péricarde.* Epanchement séreux très-abondant sans péricardite. *Cœur.* Volume normal ; il n'est hypertrophié en aucune de ses parties ; les parois du ventricule gauche sont d'épaisseur ordinaire, les valvules aortiques sont saines, quant à la valvule mitrale, elle paraît moins souple à la pression et ses cordages tendineux plus blancs que normalement. (Y aurait-il là le début d'une affection valvulaire ?)

Cavité abdominale. Œdème des parois abdominales très-prononcé, ascite très-considérable. Pas de péritonite, pas de granulations tuberculeuses dans le péritoine. L'*estomac* est sain, quant à l'intestin, on trouve dans le jéjunum, dans l'iléon et surtout dans le cœcum quelques altérations confluentes, paraissant de nature tuberculeuse et en certains points des granulations miliaires. La *rate* est *très-volumineuse*, rouge et ferme à la coupe. Son volume est double de celui qu'elle présente à l'état normal. Le *foie* est petit, atrophié, et présente un aspect extérieur tout à fait remarquable ; sa surface est parsemée de nodosités, de petits mamelons, de coloration blanc-bleuâtre, durs, beaucoup plus volumineux que ceux de la cirrhose ordinaire.

La capsule de Glisson est blanche, épaissie ; à la coupe le foie présente tous les caractères d'une cirrhose périlobulaire ; le tissu hépatique rouge, est divisé en lobules plus ou moins grands, séparés les uns des autres par lames blanchâtres, de tissu fibreux, partant de la capsule de Glisson, et comprimant les îlots de substance hépatique.

Examen histologique. — La dissociation à l'état frais dans le picro-carmin, montre que les travées qui sillonnent le tissu hépatique sont formées par du tissu conjonctif en faisceaux serrés les uns contre les autres, sans tissu embryonnaire, ce caractère permet déjà de supposer que l'on a affaire à une lésion déjà ancienne. Les cellules hépatiques ne présentent pas d'altérations appréciables.

Après durcissement dans la gomme et l'alcool, on peut, en faisant des coupes d'une certaine étendue, se rendre un compte exact de la nature de la lésion hépatique ; comme l'examen à l'œil nu le faisait déjà supposer, on constate l'existence d'une cirrhose annulaire, mais, du reste, cette cirrhose annulaire se présente sous une forme particulière. Au lieu de se montrer comme dans la cirrhose commune, c'est-à-dire circonscrivant deux ou trois lobules hépatiques, les travées du tissu conjonctif entourent un nombre de lobules beaucoup plus considérable, nous en avons constaté jusqu'à dix et même davantage entourés par le même anneau du tissu conjonctif ; cet anneau fibreux est constitué par du tissu conjonctif lamelleux, à lames serrées les unes contre les autres, se colorant très-lentement par le picro-carmin, en outre il ne présente pas de traces de tissu embryonnaire, tous caractères qui montrent que l'on a affaire à une lésion déjà ancienne et dont l'évolution est sinon arrêtée, tout au moins très-lente.

Dans l'intérieur de chacun de ces anneaux les lobules hépatiques apparaissent avec leurs caractères normaux, sauf ceux qui sont à la périphérie ; ces derniers sont comprimés par l'hyperplasie conjonctive et sont réduits de volume.

Le même aspect s'observe sur toutes les coupes du foie, sur quelques-unes cependant on peut voir partir de la face interne des anneaux fibreux que nous venons de décrire, des travées conjonctives pénétrant dans les interstices des lobules à une distance plus ou moins grande, nous avons là évidemment affaire à un degré plus avancé du processus, la cirrhose tend à devenir lobulaire. Toutefois, même dans ces points, le tissu conjonctif hyperplasié présente, comme l'anneau dont il n'est que le prolongement, les caractères indiqués plus haut qui montrent que l'on a affaire à un processus très-lent dans son évolution.

Dans tous nos examens le parenchyme hépatique ne nous a pas présenté d'altérations manifestes, pas plus que les canaux biliaires, mais il n'en est pas de même des rameaux de la veine porte.

Leurs parois étaient fortement augmentées d'épaisseur, l'hyperplasie portait surtout sur la tunique externe qui se confondait avec le tissu conjonctif des anneaux péri-lobulaires, caractère qui paraît indiquer l'origine vasculaire de l'affection.

Reins. — Les reins présentaient, au microscope, les lésions de la néphrite parenchymateuse, au début de la période de dégénérescence graisseuse.

Les épithéliums troublés et gonflés, contiennent des granulations réfringentes qui, sur quelques préparations, se colorent en noir par l'acide osmique.

Sur les coupes de la substance corticale on constate une dilatation considérable des vaisseaux et un certain degré de dilatation des tubes contournés.

Réflexions. — L'altération hépatique que nous venons de décrire nous paraît intéressante à deux points de vue ; la nature de la lésion, et l'âge du malade.

Pour ce qui est de la nature de la lésion, il est de toute évidence que l'on a affaire à de la cirrhose commune et que l'on peut éliminer la cirrhose biliaire et la cirrhose syphilitique au premier examen microscopique, c'est une cirrhose péri lobulaire. L'intérêt du cas actuel nous paraît consister dans la topographie de la lésion conjonctive. A l'œil nu, comme nous l'avons déjà dit, la surface du foie paraissait lobulée, chacun de ces lobules du volume d'une noisette à celui d'un marron était nettement séparé de ses voisins par une dépression semblable à une cicatrice superficielle, peu profonde : sur les coupes, le même aspect se produisait, le foie paraissait divisé en un grand nombre de petites loges conjonctives contenant chacune un nombre plus ou moins grand de lobules hépatibues. Si à l'œil nu la surface mamelonnée du foie pouvait faire penser à la syphilis, le doute n'était plus possible à l'examen microscopique, sans parler du peu d'étendue en profondeur des dépressions de la surface de l'organe et de l'absence des gommes dans son parenchyme, l'absence de l'infiltration nucléaire intra-lobulaire ; inter-cellulaire caractéristique de l'hépatite syphilitique suffirait pour rejeter complétement cette hypothèse.

Nous croyons pouvoir conclure d'après l'examen histologique à l'existence d'une cirrhose annulaire, multilobulaire dont les granulations atteignaient des dimensions insolites, forme de cirrhose, assez rare.

Le malade était âgé de 21 ans et c'est là une circonstance, qui, pendant la vie, avait fait plutôt éloigner l'idée d'une cirrhose, l'hépatite interstitielle, à part les cas de syphilis congénitale, est à peu près inconnue dans l'enfance et exceptionnelle dans la jeunesse. L'un de nous a cependant observé, en 1875, à l'hôpital Saint-Louis, un cas de cirrhose chez un malade âgé de 17 ans, l'affection s'était montrée avec son cortége de symptômes habituels, le diagnostic était néanmoins resté douteux, à cause de l'âge du malade, l'autopsie vint lever tous les doutes et l'examen microscopique fit constater une cirrhose annulaire, monolobulaire d'origine veineuse, sans lésions appréciables de l'appareil biliaire.

Luxation du métatarse sur le tarse en dehors (complète) et en haut (incomplète). Fracture de l'extrémité supérieure du deuxième métatarsien; par M. ABBADIE-TOURNÉ, interne des hôpitaux.

Le nommé X..., charretier, déchargeait mercredi 6 février 1878, une charrette à bascule, lorsque son pied droit se trouva pris sur la traverse de derrière. M. Després l'examina le jeudi matin, le pied se trouvait dans une attitude vicieuse et offrait l'aspect suivant :

Le métatarse est fortement déjeté en dehors sur le tarse formant avec ce dernier un angle aigu ouvert en dehors. — L'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme est largement ouverte à sa partie interne. Les extrémi-

© BIU Santé

tés postérieures des métatarsiens forment une légère saillie à la face dorsale du pied, il existe de la crépitation au niveau du deuxième métatarsien. Ajoutons que, depuis l'instant de l'accident jusqu'à son entrée à l'hôpital, le malade a perdu une quantité considérable de sang provenant de la plantaire interne. L'hémorrhagie a cédé à une compression énergique du pied.

En présence de ces délabrements M. Després jugea la conservation du pied à peu près impossible et pratiqua, séance tenante, l'amputation sous-astragalienne.

La dissection du pied a montré : Une déchirure complète des ligaments articulaires des quatre dernières articulations métatarso-tarsiennes, — une déchirure incomplète des ligaments de la première articulation métatarso-tarsienne, — une fracture complète du deuxième métatarsien siégeant à un centimètre au-dessous de son extrémité postérieure, — un arrachement d'une partie de l'extrémité postérieure du troisième métatarsien, — une fracture intra-articulaire du quatrième métatarsien.

L'étude de ces lésions vient confirmer une fois de plus l'idée émise par Malgaigne, à savoir : que la luxation en masse du métatarse sur le tarse en dedans ou en dehors est impossible en l'absence d'une fracture préalable de l'extrémité postérieure du deuxième métatarsien ou de sa luxation préalable en haut. — L'enclavement du deuxième métatarsien dans la mortaise formée par les trois cunéiformes semble, en effet, nécessiter pour son déplacement direct en dehors ou en dedans l'une ou l'autre des lésions précitées. — Il existe néanmoins (Follin, — path. externe) une observation de Mignot-Danton dans laquelle le deuxième métatarsien s'était luxé directement en dehors avec les autres métatarsiens. — Mais, dans ce cas, le mécanisme est spécial. — Le métatarse subit un double mouvement d'élongation et de torsion de dedans en dehors qui a pour effet d'éloigner les surfaces articulaires tarso-métatarsiennes après la rupture successive de tous les ligaments articulaires, ce qui permet à l'extrémité postérieure du deuxième métatarsien de sortir de sa mortaise et de se luxer directement en dehors.

Dans l'observation qui nous occupe il existait bien une déchirure des ligaments articulaires des quatre derniers métatarsiens, mais le premier métatarsien était encore uni au premier cunéiforme par les fibres ligamenteuses assez résistantes, de telle sorte que, si la luxation en dehors des quatre derniers métatarsiens était complète, celle du premier n'était qu'incomplète. — Le premier métatarsien et le premier cunéiforme étaient donc suffisamment maintenus en contact pour qu'il fût impossible au deuxième métatarsien de sortir de sa mortaise et de se luxer directement en dehors sans fracture préalable. — Telle est la conclusion qui nous paraît ressortir de l'examen de la pièce.

Tuberculose péritonéale et pleurale. — Traumatisme antérieur. — Difficultés du diagnostic ; par GÉRARD MARCHAND, interne des hôpitaux.

La malade dont j'ai l'honneur de présenter les pièces anatomiques à la Société, était âgée de 36 ans, concierge, et ne présentait aucun antécédent pathologique. — Réglée à 16 ans. — Sept enfants vivants. — Il y a trois semaines, en portant du bois, elle fit une chute dans un escalier : elle tomba sur l'abdomen, et ne tarda pas à éprouver, dans la région abdominale et dans la jambe gauche, des douleurs vives : son ventre augmenta de volume, et la malade dut garder le lit. — Elle éprouva de la fièvre, des vomissements et son état ne s'amendant pas elle entra à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le Dr Brouardel. On constata alors une tuméfaction abdominale, un épanchement ascitique peu considérable. — La pression réveillait les douleurs dans le côté droit de l'abdomen.

L'examen des autres organes ne donna aucun renseignement. Pas d'épanchement dans les plèvres. Rien au cœur. Rien dans les poumons. Les urines n'étaient pas albumineuses. La température oscillait entre 37 et 39, avec une régularité presque constante.

Le chef de service pensa alors à une péritonite traumatique avec léger épanchement abdominal. — Le traumatisme était attesté par des ecchymoses dont la malade portait encore les traces sur la paroi abdominale et au niveau du genou. Pendant quelques jours aucun incident ne se présenta : voici la température de la malade à ce moment :

	MATIN.	SOIR.
23 décembre.....	»	38°,4
24 —	37°,8	39°,2
25 —	37°	39°
26 —	37°,1	39°
27 —	37°,8	38°,4
28 —	37°,5	39°
29 —	37°,8	39°,2
30 —	37°,8	39°,3
31 —	37°,8	38°,4
1er janvier 1878.....	37°	39°
2 —	36°,8	38°,2
3 —	37°	39°,2
4 —	37°,4	38°,2

4 *janvier*. — Pour la première fois la malade, qui jusque là avait vomi et avait été constipée, fut prise de diarrhée.

5 *janvier*. — Le côté droit de l'abdomen devient saillant : la paroi abdominale était légèrement œdématiée.

L'ascite était toujours manifeste. — Pas d'œdème des jambes. 37°,2. — Soir, 39°,3.

6 *janvier*. — La malade a eu un accès de suffocation dans la soirée. — Vomissements persistent.

On constate de la submatité du côté gauche de la poitrine et à l'auscultation des râles sous-crépitants (œdème pulmonaire). 38°,8. — Soir, 38°,2.

7 *janvier*. — Nouvel accès d'oppression. — Persistance des vomissements. — Matité abdominale à droite. — Sonorité à gauche. 37°,8. — Soir, 38°,4.

8 *janvier*. — La malade perd ses urines et cela depuis deux jours. 38°,2. — Soir, 38°,4.

9 *janvier*. — La malade tousse beaucoup. — Submatité à gauche. — Vibrations thoraciques diminuées. — Pas d'égophonie. — Râles sous-crépitants à la base droite. — Un verre d'eau de Sedlitz. 38°,4. — Soir, 40°,4.

10 *janvier*. — Tous les signes d'un épanchement pleurétique à gauche. 38°,6. — Soir, 40°,2. Potion Todd avec 0,10 cent. extrait thébaïque. A partir de cette époque la malade présente une oppression extrême.

11 *janvier*. — Œdème de la paroi abdominale augmenté. — Persistance de l'ascite. 38°,8. — Soir, 40°.

12 *janvier*. — Souffle persiste à gauche. 38°,8. — Soir, 40°.

13 *janvier*. — 38°,6. — Soir, 38°,3.

14 *janvier*. — 38°,4. — Soir, 38°,4.

15 *janvier*. — On constate un œdème rétro-lombaire. — Toute la région costo-iliaque est déformée et bombe. — Mais si la percussion révèle un peu de submatité à gauche, à droite elle révèle une sonorité profonde. — 37°,8. 29°. En présence de ces signes, de cet épanchement pleurétique, M. Brouardel pencha à un abcès rétro-péritonéal, peut-être dans la région péri-rénale gauche, ayant produit consécutivement une pleurésie. Ce qui vint corroborer ce diagnostic c'est que la malade rendit le 16 janvier des selles qui contenaient une matière purulente. — L'examen microscopique de ce liquide ne fut pas fait). — Pectoriloquie aphone persiste.

16 *janvier*. — 37°,8. — Soir, 38°,6.

17 *janvier*. — 37°,4. — Soir, 38°,3.

18 *janvier*. — 37°,2. — Soir, 38°,4.

19 *janvier*. — L'épanchement est tel, et donne lieu à des accès de dyspnée si intense que M. Brouardel se décide à intervenir. — Une ponction est pratiquée à gauche du thorax, au lieu d'élection, avec l'appareil Potain. — On releva deux litres et demi d'un liquide citrin. — La respiration s'entendit fort bien après cette ponction. Température avant la ponction, 37°,2. — Après la ponction, 36°,7. — Soir de la ponction, 39°,4. — Le liquide avait une densité de 10 7. — La malade éprouva une grande amélioration. — Persistance des vomissements.

© BIU Santé

	MATIN.	SOIR.
20 janvier.....	37°,4	38°,4
21 —	37°	38°
22 —	36°,2	38°
23 —	36°,4	38°
24 —	37°,2	38°,4
25 —	36°,8	38°,4
26 —	37°,2	38°

27 *janvier.* — Le liquide s'est reproduit, et la malade est dans le même état qu'avant la ponction, mais l'état général est plus grave. — Œdème pulmonaire à droite. Infiltration œdémateuse des jambes, de la paroi abdominale, des régions costo-iliaques.

28 *janvier.* — 37°,4. — 38°,2.

29 *janvier.* — La malade refuse toute espèce de nourriture à cause de ses vomissements. — Les accès d'oppression se rapprochent. 37°,6. — Soir, 38°,2.

30 *janvier.* — Pour la première fois, albumine dans les urines. 37°,4. — Soir, 37°,4.

31 *janvier.* — 37°,2. — Soir, 38°,2.

1er *février.* — 36°,6. — Soir, 37°,4.

2 *février.* — 36°,2. — Soir, 37°,3.

3 *février.* — La malade meurt asphyxiée. T. 36°,4.

Autopsie.—A l'ouverture de la *cavité péritonéale*, il s'écoule un liquide jaunâtre, non visqueux, sans flocons et sans mélange de matières purulentes; la cavité péritonéale ne présente pas de loges, elle est indemne de toute adhérence, les anses intestinales ne sont même pas agglutinées.

En recherchant avec soin les traces d'un foyer purulent localisé, soit dans les fosses iliaques, soit dans le voisinage des reins, pour expliquer la présence de l'albumine et les évacuations fécales, on n'en trouve aucune trace; rien dans le voisinage du foie.

La *surface intestinale* est couverte d'un semis de granulations isolées, de la grosseur d'un grain de millet, se détachant toutes isolément sur le fond rosé de l'intestin; elles sont à peu près également espacées et également nombreuses sur toutes les parties du feuillet viscéral, plus abondantes sur le feuillet pariétal. Au voisinage de l'utérus elles ne sont pas plus développées qu'ailleurs. Pas d'adénopathie mésentérique manifeste. Le *foie* est très-hypertrophié également dans toutes ses parties; sa surface est couverte de granulations en îlots; il a tous les caractères du foie muscade. Péri-hépatite. La *rate* est volumineuse. Périsplénite des plus accusées. Les *reins* ne présentent rien de manifestement pathologique. Rien à l'*utérus*.

Thorax.—Du côté gauche, à l'ouverture de la *cavité pleurale*, il s'écoule un liquide jaunâtre, très-abondant, ayant les caractères de coloration et de limpidité du liquide péritonéal, avec cette différence cependant, qu'il est traversé par de fausses membranes, allant transversalement d'un feuillet à l'autre, et présentant l'aspect de grandes toiles d'araignée déchiquetées et comme lacérées.

Le *poumon* gauche est repoussé par le liquide, aplati, ratatiné, revenu sur lui-même, couvert d'une coque très-épaisse de fausses membranes, fibreuses à la coupe, englobant tout le tissu pulmonaire, d'une façon à peu près uniforme et semblant présenter des granulations. L'examen fait dans le laboratoire de M. Vulpian, par notre ami, M. Mayor, a révélé des granulations *limitées à la plèvre*. A la coupe, le poumon gauche est absolument atélectasié. Le poumon droit est crépitant, très-congestionné. Pas de granulations (examen histologique). Pas de ganglions vers le hile. Les deux poumons ne présentent aucune trace de granulations, aucune trace de caséification, aucune trace d'anciennes lésions. Le *péricarde* contient plus de liquide qu'à l'état normal; ce liquide est légèrement rosé et ressemble assez au liquide de l'hydro-péricarde. Pas de fausses membranes, ni de villosités.

Il ne semblait pas y avoir de communication entre la cavité pleurale et la cavité péritonéale. Il a été impossible de retrouver, à travers le diaphragme, rien qui pût expliquer cette propagation.

Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre. Quel rapport peut-on établir entre le traumatisme et le développement de ces granulations. L'étiologie est ici des plus nettes et on peut se demander, avec M. Brouardel, si ce traumatisme n'a pas éveillé, en quelque sorte, la susceptibilité tuberculeuse de la malade. Il est probable qu'il y a eu une relation étroite entre l'ascite et le développement de la pleurésie; l'une a été consécutive à l'autre; mais il nous a été impossible de retrouver matériellement le trait-d'union.

Pourrait-on éviter une erreur de diagnostic?

Le diagnostic de péritonite traumatique était basé sur les symptômes observés à l'entrée; plus tard on songea à un abcès rétro-péritonéal, l'œdème costo-iliaque, la matité à ce niveau (péri-splénite), les accès de fièvre, les selles qui semblaient purulentes, l'apparition d'une pleurésie, l'albumine dans les urines, plaidaient en faveur d'une telle opinion. Nous ne croyons donc pas qu'il fût possible de faire un diagnostic raisonné. Cependant faisons remarquer que les oscillations de température, l'aggravation rapide de la maladie, les alternatives de diarrhée et de constipation, appartiennent à la tuberculisation.

Anatomie pathologique de la pleurésie hémorrhagique; par le docteur R. Moutard-Martin.

La pleurésie hémorrhagique présente trois variétés principales: elle peut être simple, tuberculeuse ou cancéreuse. Dans ces différents cas, l'hémorrhagie est due, presque constamment à la formation de néo-membranes vasculaires par un mécanisme analogue à celui qui préside à leur développement dans les autres séreuses (arachnoïde, vaginale, péricardite).

Dans la pleurésie hémorrhagique simple, les néo-membranes occupent un siége qui est souvent déterminé par l'existence d'une lésion pulmonaire sous-jacente (pneumonie, apoplexie pulmonaire). Quand il y a une affection pulmonaire concomitante, le liquide n'est pas d'ordinaire assez abondant pour avoir nécessité la ponction; celle-ci est, au contraire, assez souvent indiquée par l'abondance de l'épanchement, lorsque la phlegmatie pleurale existe seule.

Dans la pleurésie hémorrhagique tuberculeuse, (qui se rencontre *seulement dans le cas de tuberculose miliaire*), les granulations occupent un siége variable; elles sont situées tantôt dans l'épaisseur de la plèvre (méninges), tantôt à la surface de la plèvre, dans les néo-membranes, tantôt dans le parenchyme pulmonaire, à une profondeur variable, mais toujours il existe des néo-membranes vasculaires, auxquelles il faut attribuer la production de l'hémorrhagie. Le liquide est d'ordinaire peu abondant, ainsi que cela se voit d'ordinaire, dans les phlegmaties tuberculeuses des séreuses, et par suite la ponction est rarement indiquée.

La pleurésie hémorrhagique cancéreuse serait plus fréquente que les auteurs ne semblent l'indiquer. M. Moutard-Martin pense que l'attention étant attirée sur ce point (1), on reconnaîtra que, dans la plupart des faits de cancer pleuro-pulmonaire, l'existence d'un liquide pleural-hémorrhagique, doit être rapportée à une véritable pleurésie, car on constatera le développement de néo-membranes vasculaires, qui entourent les productions néoplastiques et auxquelles il faut rattacher la production de l'hémorrhagie. L'épanchement est en général abondant et la ponction est souvent indiquée. A l'autopsie, il n'est pas rare de trouver la plèvre cloisonnée, disposition tout à fait exceptionnelle dans les variétés simples et tuberculeuses. Cette disposition multiloculaire des néo-membranes explique la diminution progressive du liquide évacué dans les ponctions successives qui sont indiquées par la reproduction rapide de l'épanchement, elle paraît due aux frottements que les feuillets rugueux de la plèvre cancéreuse peuvent exercer l'un sur l'autre, après l'évacuation du liquide, de façon à provoquer le développement d'une phlegmasie néo-membraneuse qui aboutit au cloisonnement.

(1) R. Moutard-Martin. *Etudes sur les pleurésies hémorrhagiques.* Th. Paris, 1878.

© BIU Santé

Symphyse cardiaque. — Pneumonie; par GIROU, interne provisoire.

Le malade passe de sa salle à l'infirmerie, à cause d'un délire violent dont il est atteint depuis quelques heures et qui l'a pris brusquement. Il tousse déjà beaucoup depuis 3 ou 4 jours. Tels sont les seuls renseignements que l'on peut avoir sur ses antécédents.

24 *janvier*. Le malade, assis sur son lit, ne se couche jamais complétement, et veut, par moments, se lever et sortir. Il ne répond pas ou répond mal aux questions qu'on lui fait et n'accuse aucune douleur. Il est pâle sans avoir de teinte asphyxique. L'examen du cœur dénote, à la palpation, des battements affaiblis non proportionnés au pouls. La pointe, légèrement relevée, bat sous la région mammaire. Ni augmentation, ni modification appréciable de la zone de matité précordiale.

A l'auscultation, les bruits se succèdent régulièrement.

Mais à la base, le premier bruit a un timbre très-rude, et le second est remplacé par un souffle se prolongeant sous la clavicule et paraissant dû à une lésion aortique.

A la pointe, les deux bruits sont normaux comme timbre, mais le premier temps présente un redoublement, et s'entend un peu à gauche et près du mamelon.

L'examen de la poitrine dénote de la submatité dans la base droite, et à l'auscultation on trouve un souffle tubaire, doux, lointain, accompagné de bouffées de râles fins à l'inspiration. Le nombre des mouvements respiratoires est augmenté. La toux est peu fréquente. L'expectoration a la teinte rougeâtre et tous les caractères des crachats pneumoniques. T. 38° 2. La langue est sèche. Le malade, sans appétit, prend à peine un peu de bouillon et de lait. Incontinence des matières fécales et de l'urine. Les membres inférieurs sont œdématiés dans toute leur étendue. — *Traitement*. Injection de chlorhydrate de morphine, 0,01 centigr. Julep diacode avec kermès, 0,30 centigr.

24 *janvier, au soir*. Le malade, endormi quelques minutes après l'injection sans avoir vomi, dort encore profondément, mais sans troubles des mouvements du cœur et de la respiration.

25 *janvier*. Le délire a recommencé dans la nuit. Mêmes signes physiques. M. Ferrand fait le diagnostic : pneumonie avec insuffisance aortique. Il émet l'opinion d'une symphyse cardiaque concomitante que le manque d'antécédents empêche d'affirmer. Même traitement, sauf l'injection remplacée par une pilule d'extrait thébaïque, 0,05 centigr. L'agitation continue toute la journée et est surtout violente dans la première partie de la nuit.

26 *janvier*. Mort à 9 heures du matin.

AUTOPSIE le 27, à 10 heures. — Rigidité cadavérique. *Cœur* adhérent dans toute son étendue au péricarde surtout au niveau des cavités ventriculaires gauches par l'intermédiaire de fausses membranes épaissies, anciennes, permettant un décollement assez facile au niveau de la face postérieure et du bord droit. Les adhérences sont plus intimes sur le bord gauche et à la face postérieure. Dilatation de la crosse aortique avec plaques athéromateuses, saillantes à la face interne sur tout son pourtour.

Les valvules aortiques athéromateuses en partie adhérentes par leur bout, sont manifestement insuffisantes et devaient ainsi amener un rétrécissement du conduit. A peu près vidé des caillots, le cœur pèse, avec la partie du péricarde qui le supporte, 550 grammes.

Poumons emphysémateux. Hépatisation rouge du lobe inférieur droit. Plèvres saines. *Foie* légèrement congestionné, non augmenté de volume. *Encéphale et méninges* complétement sains.

Note sur un cerveau d'amputé. — Amputation de la jambe au lieu d'élection, remontant à trente ans; par A. MOSSÉ, interne des hôpitaux.

Panseron, 61 ans, ébéniste, a reçu, en 1848, un coup de feu dans la jambe gauche, qui a nécessité l'amputation du membre blessé ; celle-ci fut faite au lieu d'élection, par Jarjavay : il y a donc trente ans que le sujet a été amputé, quand il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Thomas, n° 6 (service de M. OULMONT), le 8 janvier 1878.

Signes de tuberculose pulmonaire au second degré. Antécédents alcooliques ; le membre amputé ne paraît pas offrir une grande différence de volume avec le membre sain, d'ailleurs l'émaciation est générale et aucune mensuration n'a été prise. Le malade épuisé par ses anciens excès alcooliques, qu'il avoue franchement, voit sa lésion pulmonaire évoluer avec une assez grande rapidité, et meurt, le 7 février, un mois après son entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE, le 8 février 1878. — Les *poumons* offrent des cavernes et des lésions tuberculeuses à des degrés divers, sur lesquelles nous n'insistons pas.

Cerveau. — Après l'ablation de la voûte du crâne, l'encéphale, encore recouvert par les membranes d'enveloppe, offre un aspect normal, et ses deux parties latérales, régulièrement disposées, paraissent bien symétriques par rapport à la ligne médiane indiquée par la direction du sinus longitudinal supérieur. La dure-mère incisée à droite et à gauche, on remarque qu'il s'écoule, du côté droit, une quantité de liquide notablement plus considérable que du côté gauche, et on peut voir facilement, même avant d'enlever le cerveau, que l'hémisphère correspondant est moins long que celui du côté opposé, il reste, en effet, à une plus grande distance de l'occipital en arrière, tandis que la limite antérieure des deux, est sensiblement sur le même plan. La différence entre les deux hémisphères est encore bien visible, quand le cerveau est placé sur la table. A première vue et avant toute mensuration, elle paraît exister surtout en longueur et porter principalement sur la partie postérieure du sillon de Rolando. L'hémisphère droit, mesuré dans le sens de sa plus grande longueur, a onze millimètres de moins que le gauche (mensuration prise au-dessus du corps calleux, le long de la scissure inter-hémisphérique.) Point de tassement apparent d'aucune circonvolution : la pariétale ascendante droite ainsi qu'un petit pli, qui limite supérieurement le sillon de Rolando, semblent d'abord manifestement moins volumineux que ceux du côté opposé, mais si on prend comparativement et en plusieurs points leur épaisseur entre les deux pointes d'un compas, on voit que la différence est minime, et comme les deux circonvolutions de même nom ne présentent pas de chaque côté une disposition identique, ces différences, contrairement à ce que l'on pouvait croire à première vue, sont négligeables. Pour obtenir entre les deux côtés une différence sensible, il faut mesurer une étendue plus considérable qu'une circonvolution isolée. C'est ainsi que l'espace qui s'étend du sillon prérolandique à la scissure perpendiculaire externe, mesure sept millimètres de moins, à droite qu'à gauche.

Tel est le résultat de la mensuration faite immédiatement après l'autopsie ; le lendemain, nous avons pratiqué de nouveau plusieurs fois toutes ces mensurations et nous n'avons plus trouvé qu'une différence de 3 mill. au lieu de 7. Le cerveau avait-il subi un léger tassement ? Y avait-il eu d'abord une erreur ? Nous avons cru devoir rapporter ces deux chiffres.

En considérant les hémisphères par leur face interne, on voit que l'atrophie qui existe à droite porte sur la moité postérieure (l'aspect de la face externe nous avait déjà fourni la même impression) et plus particulièrement sur le lobule paracentral et le lobe carré.

La hauteur des hémisphères droit et gauche, au-dessus du corps calleux, est la même, et un plan horizontal, tangent à la surface courbe décrit par l'un, le serait aussi à celle décrite par l'autre. — Poids : hémisphère droit, 480 gr.; hém. gauche, 475 gr.

Cervelet symétrique, sans atrophie croisée avec celle que présente le cerveau. — *Bulbe*, configuration extérieure normale, sans différence apparente sur l'une ou l'autre moitié.

Moelle. — L'examen histologique de la moelle ainsi que celui de deux petites tumeurs (terminaisons du sciatique poplité interne et externe dans le moignon), fait par notre collègue, M. Dejérine, dans le laboratoire de M. le professeur Vulpian, sera publié ultérieurement ; mais nous pouvons

© BIU Santé

dire, dès maintenant, que la moelle est très-asymétrique, et que, au point de vue macroscopique, la moitié gauche (côté correspondant au membre amputé) est d'un tiers moins volumineuse que la moitié opposée ; sur dix moelles d'amputés, examinées par M. Dejérine, dans aucun cas la différence, entre les deux parties de cette organe, n'a atteint une proportion aussi considérale que celle que nous venons d'indiquer.

Au moment où l'on étudie avec soin les modifications que peuvent entraîner dans la forme et le volume des circonvolutions correspondantes, les amputations des membres, cette observation nous a paru intéressante à produire. Dans le cas qui précéde, on avait affaire à un amputé, amputé de la jambe depuis trente ans, c'est-à-dire depuis un laps de temps suffisamment long pour que des modifications aient pu se produire. En effet, à l'autopsie, on a trouvé, du côté opposé au membre supprimé, une atrophie du cerveau, appréciable certainement ; mais, en somme, peu considérable, et qu'il n'a pas été possible de *localiser* plus spécialement dans la partie du cerveau que l'on regarde aujourd'hui comme présidant aux fonctions du membre inférieur, il a été nécessaire pour trouver une différence appréciable à la mensuration entre le côté sain et le côté atrophié, de faire porter celle-ci sur une région relativement étendue Ce cas viendrait donc à l'appui de l'opinion exposée dans une note lue récemment à la Société de biologie (Féré, janvier 1878), et où l'on a cherché à établir que la doctrine des localisations cérébrales, ne peut encore aujourd'hui trouver une confirmation aussi évidente dans les faits de la nature de celui que nous venons de rapporter, que celle qui résulte de l'étude des lésions destructives en foyer.

En outre, on peut dire qu'il n'y a pas de corrélation entre l'atrophie de la moelle et celle du cerveau ; en effet, tandis que les deux moitiés de la moelle sont entrées dans une proportion approximativement de 1 à 3, si l'hémisphère droit est atrophié, il l'est dans des proportions très peu considérables, et le bulbe, par son aspect extérieur, ne paraissait pas différer d'un bulbe normal.

Une dernière particularité sur laquelle l'attention mérite d'être attirée, est celle relative au poids des hémisphères qui semblent avoir subi une atrophie ; ordinairement on ne la signale point ; M. Landouzy a rapporté un fait (Société anatomique, avril 1877) dans lequel l'hémisphère gauche, chez un individu ayant une atrophie du membre inférieur droit à la suite d'un traumatisme, pesait 19 grammes de moins que celui du côté opposé. Chez notre sujet (abstraction faite de la légère différence, 5 grammes, constatée au profit de l'hémisphère atrophié, et pouvant tenir à ce que la coupe des deux moitiés du cerveau, n'a pas été rigoureusement symétrique), il est permis de dire que les deux hémisphères pesaient le même poids ; cette circonstance imprévue pourrait-elle faire penser que c'est à un tassement de la substance cérébrale, ainsi que le voudraient quelques-uns, plutôt qu'à une disparition d'éléments, qu'est dû l'aspect présenté par les cerveaux d'amputés ? Dans ce cas, l'atrophie serait bien plus apparente que réelle ; quoi qu'il en soit, c'est là un élément de plus qu'il pourra être bon de relever dans les observations ultérieures.

M. DE BOYER pense qu'il y a une diminution réelle du lobe sphénoïdal ; du côté droit, le lobe paracentral est affaissé, aussi, est-il limité en arrière, non par une ligne verticale, mais par une ligne oblique ; on peut penser qu'il y a eu, dans ce cas, un véritable *amaigrissement des circonvolutions* motrices.

M. FÉRÉ. Je ne saurais accepter ce terme, *amaigrissement des circonvolutions*, qui n'a rien de précis ; d'ailleurs, quand on veut rechercher si un hémisphère est ou n'est pas atrophié, c'est par la mensuration comparative des grandes masses et non des circonvolutions entre elles qu'il faut opérer.

M. DE BOYER. Le mot *amaigrissement*, dont je me suis servi, explique assez bien, je crois, cette légère atrophie des points moteurs, causée par défaut d'activité de ces centres.

Comme M. Féré, je suis d'avis que les mensurations doivent porter sur les grandes masses cérébrales et non sur les circonvolutions, mais je crois que, pour plus de précision, on peut, lorsqu'il s'agit de masses volumineuses comme le lobe paracentral, chercher les points exacts qui semblent les plus atrophiés.

M. FÉRÉ. Cette recherche ne donnera aucun résultat, car on sait qu'il n'existe pas de cerveau dont les hémisphères soient absolument symétriques

M. CHARCOT. Il ne faut pas croire que, dans tous les cas où il y a eu suppression d'un membre, on ait trouvé invariablement une atrophie consécutive du cerveau. J'ai présenté à la Société de biologie le cas d'une femme, amputée à l'âge de 8 ans, et morte 37 ans après l'opération ; chez elle, on ne trouvait aucune lésion du cerveau, la moelle présentait quelques altérations, mais celles-ci ne remontaient que jusqu'à la région cervicale et ne dépassaient pas le bulbe.

Présentation de l'épaule. — Procidence du cordon. — Rupture spontanée do l'utérus; par CHAMPETIER de RIBES, interne des hôpitaux.

La nommée Muffat, âgée de 35 ans, entre à la Maternité le 15 décembre 1877 : son bassin est bien conformé, elle est accouchée, il y a sept ans, d'un enfant à terme qui est venu par le siége. Bien réglée depuis cette première couche, elle a eu ses dernières règles du 10 au 13 mars, et croit être enceinte de la fin du mois de mars. Sa grossesse marcha régulièrement et son état ne présenta rien de particulier jusqu'au 31 janvier 1878 : elle se croyait à terme depuis longtemps et attendait impatiemment sa délivrance.

Le 31 janvier, à huit heures du soir, les membranes se rompent spontanément : alors apparaissent des douleurs sourdes qui ne laissent guère de repos à la malade, mais qui sont peu efficaces, car des examens, pratiqués à plusieurs reprises, font constater que le col ne s'efface pas. Le 2 février seulement, à cinq heures du matin, les douleurs devenant beaucoup plus fortes et continues, on porte cette femme à la salle d'accouchement.

L'utérus est dans un état de contraction permanente et tellement douloureux et rigide que le palper est impossible. On n'entend nulle part les bruits du cœur fœtal.

Par le toucher, on constate que le col offre une dilatation de la grandeur d'une pièce de un franc : on sent, dans l'orifice, le cordon ombilical flasque et sans battements, et, de plus, une saillie osseuse recouverte de parties molles que l'on prend pour une fesse, et l'on croit avoir affaire à une présentation du siége avec procidence du cordon, l'enfant étant mort.

A 9 heures du matin, la dilatation est presque complète, le ventre est toujours très-douloureux, très-dur ; l'utérus est dans un état de contraction permanente. Le pouls est accéléré, mais l'état général de la patiente ne parait pas inquiétant.

Vers midi, comme on se disposait à pratiquer le toucher, on s'aperçut qu'une petite quantité de sang s'était écoulée, et presqu'en même temps il s'échappa hors des parties génitales un caillot du volume du poing. La figure pâlit, la malade se plaint d'une sensation de froid extrêmement pénible : elle étouffe. Le pouls est insensible. Le ventre est le siége d'une sensibilité extrême : hauts de cœur, crachottements continuels.

La partie fœtale n'est plus accessible au doigt introduit dans le vagin, elle est remontée : la main, appliquée sur le ventre, sent l'utérus relâché, et arrive sur les parties fœtales.

Le diagnostic ne nous paraît pas douteux, il vient de se produire une rupture spontanée de l'utérus.

A une heure de l'après-midi, la malade est exsangue, sans conscience de ce qui se passe autour d'elle : l'écoulement de sang par les parties génitales a cessé après l'expulsion du caillot que nous avons signalé. M. Lucas-Championnière, qui n'a pas encore vu la malade, arrive alors et reconnaît une présentation de l'épaule droite en acromio-iliaque droite : il pratique sans difficulté la version podalique et extrait une fille déjà macérée, pesant 4000 grammes et portant une énorme ecchymose qui occupe l'épaule droite, la région du dos voisine du creux axillaire et la partie supérieure du cou.

La délivrance est faite aussitôt après l'expulsion de l'en-

© BIU Santé

fant. Le globe utérin est dur, indiquant que l'organe, malgré la déchirure, se contracte bien.

En pratiquant la version, M. Lucas-Championnière avait senti une large déchirure en avant et portant surtout sur la partie droite de l'utérus, dans le point où se trouvait la tête du fœtus.

La malade succombe, sans avoir repris connaissance, à deux heures de l'après-midi, une demi-heure après la délivrance et environ deux heures après que la rupture s'était produite.

L'ouverture du corps est faite le 4 février, dans la matinée, par notre ami M. Féré, interne des hôpitaux : il trouve tous les organes de l'abdomen comme badigeonnés de sang : il y en a jusque sur la face inférieure du diaphragme.

La quantité de sang liquide peut être évaluée à 600 ou 800 grammes : cinq cents grammes environ de caillots mous sont tombés dans des parties déclives, autour de l'utérus, surtout en avant. On aperçoit immédiatement une énorme déchirure du péritoine, occupant transversalement toute la largeur du plancher pelvien : elle siége exactement au niveau du cul-de-sac utéro-vésical et s'étend de chaque côté, se dirigeant un peu obliquement en haut et à droite. Elle a une largeur de deux ou trois centimètres d'avant en arrière, et une longueur, dans le sens transversal, de quatorze centimètres. La pièce une fois enlevée, voici ce que nous voyons : la paroi utérine est détruite, écrasée au niveau de son bord droit ; les deux feuillets du ligament large droit décollés constituent une large poche dans laquelle a sans doute séjourné la tête du fœtus avant que le péritoine se fût rompu.

Les parois de cette poche sont infiltrées de sang et comme contuses. C'est la partie antérieure de cette poche qui a crevé ; c'est de ce point que part la déchirure du péritoine.

Au-dessus de cette poche, sous le péritoine décollé, se voit une déchirure déchiquetée, irrégulière, dentelée, qui a intéressé dans une hauteur de trois à quatre centimètres le tissu utérin épais à ce niveau de trois centimètres.

La rupture de l'utérus est loin d'avoir la même direction que la déchirure du péritoine : commençant comme nous venons de le dire, sur le corps de l'organe, au niveau du bord droit, la rupture utérine est dirigée en bas et en dedans, passe sur le côté droit de la vessie et aboutit presque sur la ligne médiane, dans la lèvre antérieure de la portion vaginale du col, qui est divisée en deux parties égales dans toute son étendue. La hauteur de cette déchirure est de 14 centimètres. La vessie et le rectum sont absolument intacts. Faisant alors une coupe verticale qui divise la paroi antérieure de l'utérus dans toute sa hauteur, nous voyons à découvert la face postérieure de la cavité utérine. Elle est divisée au niveau de ses 3/5 supérieurs avec ses 2/5 inférieurs, par un sillon qui établit brusquement entre les deux parties une ligne de démarcation profonde. Tandis qu'au-dessus de ce sillon, la paroi de l'utérus résistante, constituée par des fibres musculaires d'un blanc-jaunâtre, offre une épaisseur de trois centimètres et demi, au niveau même de ce sillon ; son épaisseur se réduit à un centimètre et demi et augmente légèrement plus bas, sans atteindre deux centimètres ; de plus, au-dessus du sillon cette paroi est, sur une coupe, d'un aspect rouge, sa consistance est molle.

La hauteur totale de la cavité utérine est de 22 centimètres, 13 pour la partie située au-dessus du sillon, 9 pour la région inférieure. Au niveau même du sillon, dans l'épaisseur de la paroi, se voit l'orifice béant des vaisseaux qui marquent la limite entre le col et le corps de l'organe.

L'épaisseur de l'utérus, au niveau de son fond, est de 3 centimètres.

La muqueuse utérine est plus épaisse, plus rouge au-dessus du sillon ; de plus, elle présente au-dessous des saillies transversales, vestiges de l'arbre de vie. La paroi antérieure de l'utérus était trop altérée par la déchirure, pour que nous ayons pu prendre sur elle des mesures exactes.

Nous nous croyons autorisé à dire que, sur cet utérus, le col formait un cylindre dont la hauteur, mesurée en arrière, était de 9 centimètres. La hauteur de ce cylindre n'était nullement diminuée, lorsqu'on dilatait avec les doigts l'orifice du col, de façon à lui donner les dimensions qu'il présente lorsque la dilatation est complète, tout en maintenant rapprochés les bords de la déchirure.

Nous ferons remarquer de plus que, sur cette pièce, la portion vaginale du col n'a pas disparu : elle présente deux lèvres, l'une postérieure, l'autre antérieure divisée en deux par la rupture ; chacune de ces lèvres forme un feston qui fait dans le vagin une saillie morbide de 4 centimètres et demi de hauteur et de 5 millimètres d'épaisseur. Cette pièce présente les plus grandes analogies avec celles qu'a décrites et fait dessiner Bandl, dans un mémoire qu'il a publié en 1877 sur le rôle du col pendant la grossesse.

M. Lucas-Championnière.— Appelé auprès de cette femme une heure et demie après l'accident, j'ai pratiqué la version non sans quelques difficultés. Les faits de rupture spontanée de l'utérus sont assez fréquents, mais rarement on constate des lésions aussi profondes, puisque dans ce cas le col utérin est en partie détaché ; le plus souvent, c'est la partie du corps de l'utérus située au-dessus du col qui se rompt, et la déchirure se continue : en bas, sur l'orifice externe très-peu entamé, en haut, jusqu'au niveau de l'angle interne. La structure de l'utérus rend compte du mécanisme de la lésion : la région supérieure de l'utérus est formée de fibres musculaires très-serrées, la région située au-dessus du col est composée de fibres circulaires, et à ce niveau on trouve un sphincter qui continue, pour ainsi dire, la cavité utérine. Deux conditions favorisent singulièrement les ruptures de l'utérus : 1° l'altération de l'organe, ce n'était pas le cas ici ; 2° des incisions, des sections sur l'orifice interne, et si, dans ce dernier cas, vous appliquez le forceps, vous avez bien des chances pour provoquer une rupture. Un autre point doit encore être pris en considération : chez beaucoup de femmes, vous trouvez par le toucher, le segment inférieur de l'utérus, ainsi que l'orifice interne du col dans un état de rigidité extrême ; eh bien, dans des cas semblables, je crois qu'il y a indication à la céphalotripsie, et si on ne la pratique pas, la rupture utérine sera fréquente.

Après des ruptures considérables de l'utérus, on a proposé d'aller à la recherche du fœtus passé dans l'abdomen, je l'aurais fait certainement si j'eusse été appelé plus tôt, mais n'arrivant qu'une heure et demie après l'accident, le mieux était de pratiquer la version, qui, au moins, a laissé cette femme mourir sans grande douleur. A mon avis, si l'on était averti assez tôt, on devrait pratiquer l'opération césarienne, c'est la seule chance de salut pour la patiente.

Double foyer hémorrhagique occupant les parties centrales des deux hémisphères cérébraux, et n'ayant occasionné la dégénération secondaire que d'un seul côté ; par P. Richer, interne des hôpitaux.

X..., salle Sainte-Adélaïde, n° 22. (Service de M. Charcot.)

Résumé des symptômes, consignés par Pitres, janvier 1876. Hémiplégie droite, ayant débuté il y a deux ans, à la suite d'une attaque d'apoplexie avec perte de connaissance. *Face.* Le côté droit du visage est moins mobile que le gauche. La commissure des lèvres est abaissée à droite. Le sillon naso-labial est à peu près aussi profond à droite qu'à gauche, mais il est plus rectiligne à droite. Les paupières se meuvent également bien. La malade tire facilement la langue hors de la bouche et peut la porter également bien à droite ou à gauche. La pointe est légèrement déviée à droite.

Membres. Le membre supérieur droit est contracturé. Il est dans un état de demi-extension. Les doigts sont demi-fléchis dans la paume de la main. La contracture a débuté dans les premiers jours qui ont suivi l'apoplexie.

Le membre inférieur droit est relativement moins roide que le membre supérieur. On parvient à l'étendre et à le fléchir. Légère trémulation, quand on relève la pointe du pied. La malade raconte que quelquefois la main s'étend spontanément la nuit, ainsi que la jambe qui se met quelquefois à trembler toute seule. Pas d'amyotrophie, sensibilité générale et spéciale parfaitement conservée. L'intelligence est très-affaiblie. Perte de la mémoire. Morte de pneumonie le 5 février 1878.

Autopsie (1). — *Cerveau.* Les deux hémisphères sont sains

(1) Voir deux dessins dans l'Album de la Société.

© BIU Santé

à la superficie. Sur des coupes méthodiques on constate un double foyer hémorrhagique ancien, occupant les parties centrales à droite et à gauche, mais dont il est intéressant de préciser le siége, qui n'est pas le même des deux côtés.

Hémisphère gauche. La coupe *pédiculo-frontale* montre le corps strié entièrement détruit, noyau caudé, noyau lenticulaire et capsule interne qui sépare les deux noyaux. *Sur la coupe frontale* les deux portions du corps strié sont également détruites et remplacées par une sorte de cicatrice au milieu de laquelle on ne trouve pas trace de la capsule interne. La couche optique est respectée.

Hémisphère droit. Coupe pédiculo-frontale. Entre le corps strié et la capsule externe existe un foyer hémorrhagique linéaire, long de 1 cent. 1/2. *La coupe frontale* montre le même foyer linéaire ayant acquis une longueur de 2 cent. 1/2. Ce foyer est situé entre la capsule externe qu'il respecte, et la portion la plus externe du noyau lenticulaire du corps strié. La capsule interne et la couche optique sont saines.

Protubérance et pédoncules. Dégénérescence secondaire à gauche. Le pédoncule cérébral gauche est un peu plus petit que celui de droite. Sa face inférieure est marquée d'un liséré gris de dégénérescence secondaire. La pyramide antérieure du même côté est grise et légèrement déprimée. La protubération ne paraît pas asymétrique. Sur une coupe transversale pratiquée vers le milieu de la hauteur, on remarque que, du côté gauche, le faisceau de fibres blanches qui continue la pyramide antérieure a disparu.

Réflexions.—En résumé ce cas montre dans l'hémisphère gauche un foyer hémorrhagique ayant détruit tout le corps strié et la capsule interne, s'accompagnant de dégénérescence secondaire, et déterminant pendant la vie une hémiplégie permanente avec contracture — tandis qu'à droite un foyer hémorrhagique linéaire situé au lieu d'élection, entre la capsule externe et le corps strié, n'a occasionné ni paralysie permanente, ni dégénération secondaire des dessins schématiques qui montrent le siége précis des lésions, ont été déposés dans l'album de la Société.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE (1)

VI. Leçons sur les maladies inflammatoires des membranes profondes de l'œil ; par F. Panas, membre de l'Académie de médecine, rédigées par Kirmisson. Paris, Delahaye, 1878.

VII. De l'œil. — Fonctions de la vue et ses anomalies; par Giraud-Teulon, 2e édition. — Germer-Baillière, Paris 1878.

VIII. Sur le pourpre visuel ; par le prof. W. Kühne, (laboratoire de Heidelberg). Vol. I, fascicule 1, 2, 3. Heidelberg-Winter, lib. 1877, et in *Annales d'Oculistique*, janvier et février 1878.

VI. Le professeur d'ophthalmologie de la Faculté de Paris continue la série des leçons publiées régulièrement chaque année : aujourd'hui, nous en sommes à l'étude de l'iris et de la choroïde, la rétine n'a pas encore été attaquée.

Cette monographie est comme ses aînées, le type parfait du mode d'enseignement, adopté dans les leçons françaises : Réunir, ordonner, digérer des matériaux difficiles à rassembler, et les exposer avec le plus grand art possible pour ne pas trop effrayer l'auditeur. Heureux l'élève et le maître, si le premier a prêté une oreille attentive ! Quant au fond du livre, nous l'avons dit déjà à propos d'un ouvrage récent, plus dogmatique encore ; il n'y a pas en France, après le compendium de Sœmisch et Grœfe, deux manières d'écrire les maladies oculaires. Pendant plusieurs années, notre fonds propre d'observations ne suffira pas à établir des traités français nés véritablement sur notre sol.

Est-ce à dire que tout soit fini ! Heureusement non, et pour s'en assurer, pour relever le courage des travailleurs, il suffirait de relire les leçons mêmes de M. Panas. Elles sont méticuleusement complètes, elles renferment tout ce qui a été écrit d'important à New-York, à Londres et à Berlin sur le sujet, et cependant quelles lacunes ! soit dans l'anatomie normale, pour l'iris même, pour la choroïde ; soit pour l'anatomie pathologique ! Celle-ci à peine ébauchée pour certaines parties, l'iritis, le glaucome, est encore à faire pour la majeure partie des lésions de la choroïde. M. Panas a décrit avec beaucoup de raison la choroïdite suppurative par diapédèse. C'est un peu la mode ; mais avec la diapédèse, il y a la congestion, l'œdème simple ou purulent, la choroïdite suppurative par prolifération réelle de l'endothélium interstitiel ou lymphatique. Enfin, la choroïdite parenchymateuse n'est pas constituée seulement par l'os intra-choroïdien, elle comporte la prolifération vraie connective, puis la sclérose atrophique, les exsudats, et parmi ces processus, l'ossification n'est qu'une particularité de la choroïdite.

Nous aurions beaucoup à dire encore sur la division des choroïdites disséminées, divisées par l'auteur en aréolaire, verruqueuse, proliférative, épithéliale, etc. Mais il faudrait alors faire le procès de l'état même de la science, et M. Panas a trop contribué à élucider, à vulgariser ces questions pour qu'il soit responsable de l'obscurité qui les couvre encore.

Il nous semble résulter toutefois de l'ensemble de tous les travaux de ce genre que les recherches ultérieures doivent viser à ramener la pathologie oculaire aux lois générales de l'anatomie pathologique. Non : l'ophthalmologie n'a pas « un district précis avec des lignes de démarcation nettes et accusées (1) ». Ainsi comprise, cette science serait condamnée d'avance au mépris du clinicien véritable. Que les opérations réclament une habitude spéciale, c'est affaire de main ; mais quant à la pathologie de l'organe, aux maladies de l'iris, de la choroïde, de la rétine, du nerf optique, elles se lient étroitement à celles des tissus généraux, à celles des grands systèmes vasculaires, lymphatiques et nerveux.

Le professeur de Lariboisière a largement mis en relief cette idée dans ses recherches sur les lésions de l'encéphale, ou dans son étude sur le glaucome, et cette maxime générale restera la dominante de son enseignement officiel et de ses futures leçons.

VII. C'est la deuxième fois que nous présentons au lecteur ce petit volume riche de faits, simplement et savamment exposés. Le but de M. Giraud-Teulon a été de rendre familières les notions d'hygiène de la vue ; toutefois, borné à l'instruction des malades, son rôle serait trop modeste, et nous pensons que plus d'un médecin trouvera dans ce petit manuel un résumé précieux de l'optométrie, cette science assez négligée du praticien. Le livre se divise en deux parties.

Dans la première, se trouvent les notions générales sur la physiologie de l'organe, la nature du sens de la vue, l'association des deux yeux dans la vision simple, et l'influence de l'âge sur les qualités de l'appareil de la vue.

La deuxième partie résume la pathologie de la vision : la presbyopie, l'hypermétropie, la myopie, l'astigmatisme, enfin, les amblyopies et le hiolisme ; le traitement par les lunettes est longuement exposé.

Nous n'avons pas à nous prononcer sur la valeur des préceptes établis par Giraud-Teulon, un des chefs illustres de notre Ecole française, un de nos maîtres les plus vénérés ; cependant deux faits nous ont frappé dans la deuxième édition de cet excellent petit livre.

Nous avons été étonné de voir un des plus fervents adeptes du système métrique, qui avait pour ainsi dire prêté serment à Bruxelles en 1875, entre les mains de Donders, de renoncer au pouce et à ses séries, nous avons été étonné de voir le défenseur de l'unité métrique donner timidement dans son livre, à côté du système métrique, l'équivalent en pouces : puis après quelques pages, passer entièrement à l'ancienne mesure par pouce, sans plus s'inquiéter de la dioptrie ! le pouce s'empâte définitivement, c'est qu'en effet quand on dit 1, 2, 3 dioptries, il faut, si rapide qu'elle soit, faire la conversion en pouces mentalement. Du reste, trois années de pratique n'ont pas encore assuré le triomphe de l'unité métrique, malgré de louables efforts.

Le dernier chapitre (appendice) qui traite des anomalies usuelles dans leurs rapports avec le service militaire, n'est pas mis au courant de la question. Le livre de M. Giraud-Teulon porte le millésime de 1878, et une instruction fort complète, que nous avons analysée, ici même, il y a près d'un

(1) Voir le n° 8.

(1) Giraud-Teulon : *De l'œil.*

© BIU Santé

an, règle toutes ces questions depuis le 27 février 1877! et beaucoup plus largement que ne l'avait osé le Congrès de Bruxelles auquel l'auteur s'est arrêté.

Quoi qu'il en soit, l'ancien élève de l'Ecole polytechnique qui aurait pu écrire tant de pages difficiles à saisir pour les physiologistes, sinon pour les mathématiciens, a imité S. Bell qui publia jadis un si remarquable précis *sur la main*. « Mon cadre, dit le grave académicien, occupe moins de surface encore, mais c'est une surface, on le sait, qui suffirait à nourrir bien des volumes. »

VIII. Nous avons dans un numéro précédent entretenu nos lecteurs de la découverte du professeur Boll, de Rome, qui a constaté la coloration pourpre de la rétine et trouvé le mode de production des images sur cette membrane nerveuse. Ces données premières, constituant bien la base de tous les travaux ultérieurs, ont été reprises par Kühne de Heidelberg. D'un autre côté, Haltenhoff vient de publier un bon résumé des diverses expériences faites sur ce sujet, dans les Archives des sciences physiques et naturelles de Genève. Nous signalerons seulement ce dernier résumé, nous bornant aujourd'hui à l'analyse des travaux de Heidelberg.

Il est acquis dès maintenant que le pourpre rétinien persiste après la nuit, à l'abri de la lumière blanche. Le sel marin, l'alun, la glycérine, l'ammoniaque concentré le conservent. L'alcool, la soude, l'acide acétique le détruisent.

Les rayons du spectre agissent plus ou moins énergiquement pour détruire cette coloration rose : le rouge concentré ne le détruit pas, le rouge violet blanchit la rétine en 6 heures, le vert en 4 heures, le bleu en 2 heures.

Mais fait très-important, et que nous signalons aux cliniciens, pour les décollements de la rétine, il est aussi prouvé qu'une rétine blanchie une première fois par la lumière, peut régénérer sa couleur rouge, après avoir été séparée de la choroïde, si on la replace sur un épithélium polygonal.

Malgré nos connaissances actuelles sur le pourpre, il ne faudrait pas en conclure que c'est l'agent direct de la sensation visuelle. Tous les organes sensibles à la lumière ne renferment pas du poupre. Le pigeon, le poulet, la chauve-souris n'en possèdent pas dans leur rétine. Cette coloration n'est donc pas la condition nécessaire pour le sens de la vue.

Kuhne est arrivé à obtenir une solution de pourpre visuel, en traitant des rétines par la bile : le liquide est clair et d'un superbe carmin quand il est filtré. La lumière le rend d'abord orange chamois, puis jaune, enfin incolore.

Voici les lois de cette action : Toute lumière décompose le pourpre rétinien, mais à intensité égale, dans des proportions très-variées et en somme proportionnelle à l'absorption de la lumière monochromatique. Les longueurs d'onde qui transforment le plus facilement le pourpre en jaune, agissent le plus lentement sur le jaune, en revanche, les longueurs d'onde qui transforment le plus facilement le jaune visuel en blanc visuel, agissent peu sur le pourpre.

Boll avait vu les objets reproduits sur la rétine, en blanc sur fond rouge. Kühne a fait des *optogrammes* ; il suffit pour cela de prendre l'œil d'un lapin immédiatement après la mort de l'exposer 3 minutes en regard d'un objet éclairé par l'ouverture d'une chambre noire, l'œil est ensuite plongé dans l'alun, et en desséchant complètement la rétine dans l'obscurité, l'optogramme, blanc sur fond rose, persiste pendant assez longtemps.

Chose bien curieuse, et qui nous paraît mériter d'autres recherches, la macula de l'œil humain serait incolore dans un rayon de 2 millimètres. Les cônes sont absolument blancs. Il en résulterait que ce pourpre ne serait donc pas indispensable à la vision humaine, comme l'avait fait, du reste, penser déjà l'examen des rétines d'animaux.

Voulant connaître la nature de cette couleur quant à la fluorescence, Kühne et Ewald, ont employé l'appareil d'Helmholtz pour isoler les rayons ultra-violets : ils ont vu que la rétine possédant encore son pourpre ne donne par fluorescence qu'une lumière blanchâtre et bleuâtre ; une fois privée du rouge par l'influence de la lumière blanche, la rétine jaunie, donne par fluorescence une belle lumière verdâtre. C'est cette teinte jaune spéciale, fluorescente, produite par la lumière blanche agissant sur la rétine rose, qui se nomme le *blanc visuel* ; il est très-flucrescent.

Les expériences précitées ont démontré que la rétine blanchie séparée de l'épithélium polygonal, puis replacée en contact, récupérait sa couleur pourpre : mais il n'est même pas besoin du contact d'une membrane vivante pour régénérer le pourpre, et une rétine détachée, blanchie par la lumière blanche, privée de tout épithélium, et remise dans l'obscurité pendant trois heures, devient nettement rose. Lavées à l'eau salée pendant deux heures, puis égouttées, blanchies par le soleil, les rétines remises au noir peuvent redevenir roses. Cette régénération chimique est attribuée à une substance hypothétique, appelée la *rhodophyline*. L'autogénération chimique est beaucoup plus faible que celle qui a lieu au contact de l'épithélium ; celui-ci est bien la source réelle du pourpre visuel, car une rétine blanchie depuis plusieurs jours, conservée dans la chambre humide, puis remise sur l'épithélium d'un œil frais, reprend manifestement son rouge dans les bâtonnets, ce qu'elle n'aurait pu faire sans cette intervention.

Ce phénomène de la régénération se retrouve jusque dans la solution biliaire du pourpre : cette solution en effet, blanchie à la lumière, puis remise au noir redevient rose, si elle est pure de toute trace d'éther. Une solution d'épithélium pigmentaire, ajoutée à la solution biliaire blanchie, la régénère très-fortement en pourpre. C'est la preuve la plus nette de la fonction des cellules polygonales.

Nous ne doutons pas que tous ces travaux dont la série est loin d'être terminée, ne modifient la pathologie et la thérapeutique oculaires. Si une théorie doit conduire à l'usage rationnel des verres de couleur, c'est assurément celle qui naît des expériences du laboratoire de Heidelberg.

F. PONCET (Cluny).

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de médecine légale et de jurisprudence médicale ; par le docteur A. LIÉTAUD. — Lauwereyns, éditeur. 1877.

« Réunir dans un livre à la fois complet et concis les matiè-« res qui font le sujet habituel de l'enseignement et de la pra-« tique journalière », tel est le but que s'est proposé M. le docteur Liétaud, en éditant son *Manuel de médecine légale et de jurisprudence médicale*. Ce petit volume in-18, de plus de 700 pages, contient la quintessence des ouvrages classiques de médecine légale, avec quelques additions ayant trait à des méthodes d'analyse chimique, empruntées aux auteurs modernes.

Dans la première partie qui traite de la médecine légale proprement dite, c'est-à-dire de la solution des questions qui doivent être soumises au médecin seul, l'auteur a innové la rédaction, à la fin de chaque chapitre, d'un résumé très-concis et très-clair des points principaux étudiés dans le corps du chapitre. Les élèves qui préparent leur 4e examen, y trouveront des vues d'ensemble qui leur faciliteront l'étude de la médecine légale ; et les praticiens, un aide-mémoire dont ils pourront faire usage pour la rédaction de leurs rapports.

La seconde partie, intitulée : *Chimie légale*, s'adresse aux experts qui ont reçu la mission de venir en aide à la justice en utilisant les ressources considérables de la chimie, de la physique et de la mécanique. Elle contient l'exposé des expériences les plus nouvelles et des méthodes d'investigation les plus essentielles.

La jurisprudence médicale vient à son tour dans un troisième chapitre qui est suivi d'un appendice consacré à la reproduction d'une série de rapports considérés comme des modèles du genre, lesquels sont empruntés à Devergie, Briant et Chaudé, Tardieu et d'autres.

La forme de ce manuel est soignée, ce qui facilite beaucoup sa lecture, chose indispensable, puisqu'il est destiné à prendre rang dans la bibliothèque des étudiants, à côté d'autres volumes plus gros peut-être, mais non pas mieux rédigés.

M. L.

© BIU Santé

VARIA

Notice hygiénique et médicale sur l'Attique ; par le Dr F. Villard, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

G. *Affections vénériennes.* — Les maladies vénériennes sont fréquentes au Pirée comme du reste dans tous les ports ; mais à Athènes, elles sont rares et même très-rares. Nous avons dit précédemment que les Grecs avaient des mœurs chastes ; cette circonstance explique suffisamment la rareté des affections vénériennes chez les habitants de l'Attique.

Nous avons visité à Athènes l'hôpital syphilitique. Le Dr Balanos, qui en est le médecin, nous a fait visiter cet établissement qui est exclusivement réservé aux femmes prostituées grecques atteintes de maladies vénériennes : presque toutes ces femmes, d'origine grecque ou albanaise, viennent du Pirée, car à Athènes il n'y a pas à proprement parler de maisons de prostitution. Les unes étaient atteintes de blennorrhagie, d'autres d'érosions chancreuses à la vulve ; le plus grand nombre présentaient des plaques muqueuses. Une femme en avait une sur les parois du vagin ; une autre en portait une au niveau de l'ombilic. Beaucoup de ces malades présentaient des ulcérations du col utérin et offraient des signes de métrite chronique, col gros, volumineux, ulcéré, sécrétion abondante de mucus utérin, etc.

Parmi toutes ces femmes, au nombre de vingt environ, l'une attira particulièrement notre attention. C'était une jeune grecque de dix-huit ans, pâle, un peu anémique, n'ayant jamais été enceinte, n'ayant même jamais été réglée, et qui offrait une conformation particulière des organes génitaux que M. Balanos nous engagea à examiner. La vulve au premier aspect ne présentait rien d'anormal ; mais si on écartait les grandes lèvres, on remarquait un grand nombre de plis médians dont l'ensemble donnait l'apparence d'un *S* italique. C'était l'extrémité d'une division diaphragmatique du vagin, division antéro-postérieure et longitudinale de haut en bas. Cette division se continuait sans interruption jusqu'au niveau du col de la matrice et là, en introduisant le doigt dans chaque vagin, on rencontrait deux cols indépendants, parfaitement distincts et munis chacun d'un orifice. — Ce fait nous intéressa d'autant plus que déjà en 1865, nous avions eu occasion d'observer un cas analogue, dans le service de M. Gallard, à l'hôpital de la Pitié.

H. *Affections oculaires.* — Nous avons visité avec intérêt à Athènes, l'hôpital ophthalmologique à la tête duquel se trouve un oculiste distingué, le Dr Anagnostakis. C'est un joli petit édifice construit depuis peu d'années, grâce à la libéralité de quelques riches particuliers d'Athènes et que le Dr Anagnostakis a fait élever d'après ses indications. Au rez-de-chaussée se trouvent le cabinet des chirurgiens, la salle d'attente pour les malades, le cabinet de consultations, le logement de l'interne, la pharmacie, etc. Le premier étage est exclusivement consacré aux malades et se trouve divisé en quatre salles ayant chacune leur destination spéciale : l'une pour les malades opérés de cataracte, une deuxième pour ceux qui sont atteints d'affections oculaires avec photophobie, une troisième pour les ophthalmies purulentes, et la quatrième pour les autres maladies de l'œil. Des couloirs, où la lumière du jour arrive ménagée avec intelligence, pouvant être augmentée ou diminuée à volonté, séparent ces pièces les unes des autres. Dans ce petit établissement, qui ne renferme pas plus d'une trentaine de lits, tout est parfaitement organisé, tout y est propre et bien tenu.

Nous avons assisté plusieurs fois aux consultations du Dr Anagnostakis et nous avons eu occasion d'y voir toute la série des diverses affections des yeux, et d'abord un grand nombre de cataractes, car c'est de tous les points de la Grèce qu'il vient des malades se faire opérer à Athènes. M. Anagnostakis les opère souvent par la méthode de de Græfe, dont il est l'élève ; mais il n'est pas exclusif, car il emploie aussi volontiers la méthode à lambeau supérieur. Si la première offre plus de chances de réussite, me disait ce savant oculiste, si les soins qu'elle réclame ensuite doivent être moins assidus, bien que quelquefois il se développe des ophthalmies consécutives, en revanche, la guérison une fois obtenue, la vision se trouve moins parfaite, la cicatrice cornéenne formant tache et obstruant les rayons lumineux. Cet inconvénient n'a pas lieu par la méthode à lambeau supérieur, et si l'opération est bien faite, le malade ne conserve aucune tache cicatricielle apparente et la lumière peut, sans encombre, aller agir sur la rétine.

Nous avons vu ensuite successivement un grand nombre d'autres maladies de l'œil qui n'avaient rien de particulier à la Grèce et sur lesquels nous ne nous arrêterons pas. Nous dirons seulement un mot des moyens de traitement employés par le docteur Anagnostakis contre quelques-unes d'entre elles. — Contre l'ophthalmie phlycténulaire, au lieu d'employer le calomel en insufflation, le docteur Anagnostakis se sert de la pommade suivante :

Précipité jaune,	15 centigrammes.
Cold-cream,	3 grammes.

qu'à l'aide d'un pinceau, il étale rapidement sur la conjonctive. Il emploie également cette pommade contre les ulcérations de la cornée, les taches de cette membrane, albugo, néphélion, et nous dit en avoir souvent retiré d'excellents résultats. Il considère son efficacité comme bien supérieure à celle du calomel dans ces derniers cas.

Dans la blépharite ciliaire, il cherche à rompre les vésicules glandulaires qui retiennent l'humeur sébacée et, pour arriver à ce résultat, il arrache un certain nombre de cils le long de chaque paupière.

Contre les granulations de la conjonctive, si elles sont peu considérables, il se borne à une cautérisation avec le crayon de sulfate de cuivre. Si elles sont volumineuses, il a recours à un crayon composé de 1 partie de nitrate d'argent et de 2 parties d'alun. Ce moyen lui a toujours permis d'obtenir une amélioration rapide et une guérison assez prompte.

Conclusions. — Nous venons d'essayer de faire un exposé sommaire de l'état hygiénique et médical de l'Attique, d'après ce que nous avons observé, et d'après les renseignements qui nous ont été obligeamment fournis par les médecins les plus recommandables de la Grèce, tels que les docteurs Prétenderès, Typaldos, Maccas, Anagnostakis, Balanos, Stékoulis.

De cet exposé, il résulte que les maladies que l'on rencontre le plus souvent dans l'Attique sont : la fièvre intermittente avec toutes les formes que nous avons énumérées, les congestions viscérales, la cachexie et les hydropisies qui en sont les conséquences, les affections aiguës de la poitrine, la pleurésie et la pneumonie, les embarras des voies digestives, la dysentérie. — Il est difficile de dire d'un pays où la fièvre intermittente est endémique que ce pays est salubre. Cependant, malgré les mauvaises conditions au milieu desquelles vivent le plus grand nombre des habitants de l'Attique, le chiffre de la mortalité ne semblerait pas être très-élevé. Si l'on s'en rapporte en effet à une statistique publiée par le docteur Villette, on trouve que cette mortalité ne dépasse pas le chiffre de 2 pour 100 pour une période de deux années, 1855 et 1856.

(1) Voir les nos 14, 15 et 16.

Cours cliniques complémentaires de la Faculté.

On nous annonce que, dans une séance récente, l'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a voté, à l'unanimité des membres, la création de chaires cliniques magistrales qui devront compléter l'enseignement conformément aux vues émises précédemment dans un rapport par le professeur Broca. Il a été décidé que l'on demanderait trois chaires cliniques nouvelles ; une chaire des maladies des enfants, une chaire des maladies des yeux, une chaire des maladies de la peau. La Faculté n'a pas cru devoir demander les chaires complémentaires de syphilographie ou de maladies des voies urinaires. Le résultat des délibérations de la Faculté est soumis au Ministre de l'instruction publique, qui ne tardera pas, sans doute, à prendre une décision. On annonce déjà que l'un des professeurs titulaires de la Faculté serait chargé du cours des maladies des enfants, ce qui donnerait lieu à une nouvelle vacance de la chaire d'histoire de la médecine. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*).

La succession de Cl. Bernard.

Voici comment s'exprime, dans la *Gazette médicale* du 27 avril, M. le Dr de Ranse :

Nous n'avons encore rien dit de la succession de Claude Bernard dans la chaire de médecine du collége de France. Une candidature semblait

© BIU Santé

rallier jusqu'ici, sinon l'unanimité, du moins la grande majorité des suffrages : c'est celle de M. Charcot. L'opinion publique, d'abord un peu hésitante sur la question de savoir s'il n'y avait pas avantage à maintenir l'enseignement médical du Collége de France dans la voie tracée par Magendie et Claude Bernard, a reconnu sans peine que le programme d'une chaire de *médecine* s'étend au-delà des recherches de physiologie expérimentale, et qu'à côté de ces recherches, il y a d'autres procédés, d'autres méthodes d'investigation qui ne contribuent pas moins au progrès de la science ; elle a donc accueilli avec faveur le nom de M. Charcot.

Mais voici qu'une autre candidature arrive d'Outre-Mer : celle de M. Brown-Séquard. Certes, nous sommes loin de contester au savant physiologiste les titres scientifiques qu'il peut faire valoir à l'appui de sa demande. Nous croyons toutefois qu'il ne comprendra pas parmi ces titres le cosmopolitisme dont il fait si hautement profession. Nous connaissons bien des gens qui sont heureux de pouvoir se dire membres de plusieurs sociétés savantes, françaises et étrangères ; M. Brown-Séquard, lui, a une ambition, il tient à honneur d'ajouter à son nom le titre de *professeur de plusieurs Facultés ou Universités*. Il a eu, en effet, une chaire à la Faculté de médecine de Paris, une autre à Londres, une troisième en Amérique ; il est actuellement titulaire d'une quatrième chaire à l'Université de Genève. Celle qu'il sollicite au Collége de France est la cinquième, en attendant que l'amour du déplacement, des voyages, du changement de nationalité, l'amène à se porter candidat à une sixième chaire, dans l'Ancien ou dans le Nouveau-Monde.

La stabilité est la condition essentielle de tout savant chargé d'un haut enseignement, et nous avons peine à admettre que le Collége de France, dévoué à nos institutions nationales, recherche, pour succéder à Claude Bernard, cette gloire toute française, *un professeur voyageur*.

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 29 avril au 4 mai 1878. — 261. M. Portalier : Essai sur l'alimentation du soldat. — 262. M. Coste : Etude sur les phénomènes observés dans l'os après les amputations.—De quelques accidents consécutifs.—263. M. Morel : Etude sur le traitement des fractures simples et compliquées du corps de l'humérus. — 264. M. Jourdain : De l'emphysème traumatique généralisé consécutif aux fractures de côtes. — 265. M. Joannet : Le poil humain, ses variétés d'aspect, leur signification en médecine judiciaire. — 266. M. Dané : Essai sur un point spécial de la pathogénie des parotidites. — 267. M. Ducloux : De la cicatrisation par dessiccation.— 268. M. Petit (René) : Traitement de la fissure hémorrhoïdaire par la dilatation forcée du sphincter de l'anus, combinée avec l'extirpation des hémorrhoïdes. — 269. M. Cardot : De la consanguinité. — 270. M. Le Bastard ; De quelques accidents de la marche chez le soldat. — 271. M. Deglaye : Quelques considérations sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. — 272. M. Lerat : Essai sur certaines lésions de nutrition de l'œil liées à la menstruation. — 273. M. Bertrand : Contribution à l'étude des oblitérations mésentériques. — 274. M. Bouthery : Du traitement du rhumatisme noueux par les bains à haute température.

Ecoles d'agriculture.

Deux concours seront ouverts à Montpellier, le lundi 19 août et le jeudi 29 août 1878, pour la nomination à un emploi de professeur de zootechnie et zoologie, et la nomination à un emploi de professeur de législation et d'économie rurales dans les écoles d'agriculture. Les programmes de ces deux concours se distribuent : à Paris, au ministère de l'agriculture et du commerce (direction de l'agriculture, 1er bureau), et au secrétariat des trois écoles d'agriculture de Grand-Jouan (Loire-Inférieure), de Grignon (Seine-et-Oise), de Montpellier (Hérault).

Concours d'agrégation

Chirurgie et accouchements. — L'épreuve écrite a eu lieu le mardi 30 avril. Les sujets donnés étaient : 1° section de chirurgie : *Tissu cartilagineux* (anatomie et physiologie) ; 2° section d'accouchements : *Muqueuses des voies génitales chez la femme* (anatomie et physiologie). Le jury tiendra séance tous les jours, à 5 heures, excepté le jeudi et le dimanche. La lecture des copies doit avoir lieu dans l'ordre suivant :

Mercredi 1er mai : MM. Terrillon, Reclus, Richelot ; — vendredi 3 mai : MM. Vincenn, Lattez, Charlot ; — samedi 4 mai : MM. Poncet, Bouilly, Peyrot ; lundi 6 mai : MM. Puel, Humbert, Heydenreich ; — mardi 7 mai (accouchements) : MM. Herrgott, Budin, Pinard, Martel. — Les lectures sont faites dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard commenceront le mercredi 15 mai, à 4 h. 1/2, un nouveau cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique ; — 2° Eutocie ; — 3° Opérations et dystocie ; — 4° Exercices pratiques. — Pour les renseignements et pour s'inscrire, s'adresser 29, rue Monsieur-le-Prince.

Maladies des nouveau-nés. — M. le dr Parrot commencera le 5 mai à 9 h. 1/2 du matin, à l'hospice des Enfants assistés, 74, rue d'Enfer, des conférences sur les maladies des nouveau-nés, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. On sera admis sur la présentation de cartes qui seront distribuées à l'hospice.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan continue, tous les mercredis à 9 heures et demie, l'étude pratique du diagnostic de la folie.

Clinique médicale. — *Hôtel-Dieu* : M. le professeur Richet reprendra son cours de clinique chirurgicale le mardi 7 mai 1878. Les leçons et les opérations auront lieu les mardis et samedis à 9 heures. Le jeudi, consultations publiques et démonstrations ophthalmologiques. Visite des malades tous les jours à 8 heures.

Hôpital Saint-Louis. M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a commencé ses leçons cliniques sur les affections de la peau le lundi 29 avril, et les continuera les lundis et vendredis suivants. Le lundi, à 9 heures, visite des malades ; à 10 heures, leçon sur le diagnostic, l'étiologie et le traitement des affections cutanées. Le vendredi, à 9 heures, visite et leçon clinique.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 25 avril 1878 on a déclaré 994 décès, savoir : fièvre typhoïde, 9 ; rougeole, 30 ; scarlatine, 2 ; variole, 1 ; croup, 18 ; angine couenneuse, 24 ; bronchite, 71 ; pneumonie, 90 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 7 ; choléra nostras » ; dysentérie » ; affections puerpérales, 5 ; érysipèle, 1 ; autres affections aiguës, 223 ; affections chroniques, 440 dont 159 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 43 ; causes accidentelles, 28.

Collége de France. — *Cours d'anatomie générale* M. le professeur Ranvier a commencé son cours le jeudi 2 mai, à 3 heures ; il le continuera les samedis et jeudis à la même heure. Le professeur traitera du système glandulaire et du mécanisme de la sécrétion.

Cours d'embryogénie comparée. — M. le professeur Balbiani a commencé ce cours le mardi 30 avril, à 1 heure et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Le professeur traitera de la génération et du développement des vertèbres.

Cours d'histoire naturelle des corps organisés. M. le professeur Marey a commencé ce cours le mardi 30 avril, à deux heures ; il le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Le professeur traitera des signes extérieurs des fonctions de la vie.

Cours de chimie organique. M. le professeur Berthelot a commencé son cours le lundi 29 avril, à dix heures et demie ; il le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Le professeur traitera de la thermo-chimie.

Cours de chimie minérale. — M. le professeur Schutzenberger a commencé ce cours le mercredi 1er mai, à 1 heure et demie, et le continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure. Le professeur traitera de l'histoire générale des principaux groupes de combinaisons chimiques.

Cours de physique générale et expérimentale. — M. le professeur Mascart a commencé ce cours le mardi 30 avril, à 10 heures et demie ; il le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Le professeur traitera de la théorie des phénomènes électriques et magnétiques.

Faculté de médecine. — *Clinique médicale.* — *Hôtel-Dieu* : M. le professeur Germain Sée reprendra son cours de clinique médicale le lundi 6 mai 1878, et continuera ses leçons les lundis et vendredis, à 9 heures précises. Le mercredi, démonstrations histologiques et chimiques. Visite des malades tous les jours à 8 heures.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de botanique.* — *Classification et familles naturelles :* M. Ed. Bureau, professeur, a commencé ce cours le mardi 30 avril, à midi ; il le continuera, à la même heure, les mardi et samedi de chaque semaine. Ce cours aura pour objet l'étude de la flore française et plus spécialement de la flore des environs de Paris. Il sera à la fois théorique et pratique. Les leçons pratiques auront lieu le mardi à midi, et le samedi à 1 heure dans le laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63. Des herborisations font partie du cours. Elles auront lieu ordinairement le dimanche et seront annoncées par des affiches particulières.

La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance, mercredi 8 mai, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Nomination d'un membre associé libre ; 2° Constitution médicale du mois d'avril. Polyclinique ; 3° M. Grellety : sur la roséole quinique et le favus tardif ; 4° M. Rochard : du traitement des maladies de la peau ; 5° M. Hamon : Appareil pneumatique à quadruple effet.

Le banquet annuel des internes en médecine des hopitaux de Paris aura lieu cette année le samedi 18 mai, à sept heures, au restaurant du café Riche (entrée rue Lepelletier, n° 1), sous la présidence de M. le professeur Hardy. Le prix de la souscription est fixé à seize francs.

Les adhésions devront être envoyées à l'un des commissaires du banquet (M. Martineau, 14, rue de Beaune ; M. Bottentuit, 19, boulevard Malesherbes), ou bien dans les hôpitaux, à l'interne en médecine économe de la salle de garde.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

Balzer (F.). — Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie, in-8° de 80 pages, orné de 1 planche en chromo-lithographie ; Paris, 1878. Prix : 2 fr. 50 ; pour les abonnés du *Progrès médical*, prix : 1 fr. 75.

Besson (J.). — Dystocie spéciale dans les accouchements multiples. Paris, 1877, in-8 de 86 pages. — Prix 2 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical*, 1 fr. 25.

© BIU Santé

Bourneville. Science et miracle : *Louise Lateau* ou la *Stigmatisée belge*. Nouvelle édition, revue, corrigée et augmentée. In-8 de 88 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau forte, dessinées par P. Richer. 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 50.

Bourneville et Voulet. De la contracture hystérique ou appréciation scientifique des miracles de Saint-Louis et de Saint-Médard. Paris, 1872. In-8 compacte de 105 pages. 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 2 fr.

Duret (H.) — Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux, un volume in-8° de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et lithographie et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878. Premier volume, prix : 15 fr. ; pour les abonnés du *Progrès médical*, prix : 10 fr.

Marcano (G.). De la psoïte traumatique. Paris, 1878. In-8 de 122 pages. Prix : 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'École-de-Médecine.

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J. H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Les numéros de *mars* viennent de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *mars* est paru : Un an : Paris, 18 fr., Départements, 20 fr.

Librairie And. SAGNIER, 31, rue Bonaparte.

Souviron (A.). Manuel des conseillers municipaux. Un vol. in-18 jésus de 350 pages. — 3 fr. 50.

Imprimerie A. BELLIER, 16, rue Cabriol, à Bordeaux.

Association des médecins de la Gironde. — Quelques réflexions à propos de la reconnaissance de l'association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France comme établissement d'utilité publique, in-8°, Bordeaux 1878.

Imprimerie BERGER-LEVRAULT, à Nancy.

Greuell. — Gérardmer. — Hydrothérapie ; résumé clinique des maladies traitées pendant la saison de 1876. Une brochure, in-8°, 1877.

Imprimerie Narciso RAMEREZ, à Barcelone.

Pantagas (J.). — Discurso leido en la sesion inaugural de la Academia de medecina y cirurgica de Barcelona. Brochure in-8° de 90 pages. 1878.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecine. Service de M. Brouardel. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 1, pachyméningite ; 2, phénomènes urémiques ; 20, pelvi-péritonite ; 22, hématocèle rétro-utérine. — Salle Saint-Augustin : 1, tumeur de la fosse iliaque (H.) : 8, pleurésie ; 11, anévrysme de la crosse de l'aorte ; 15, paraplégie de cause syphilitique ; 17, pleurésie probable ; 33, hémiplégie corticale droite.

Service de M. Dujardin-Baumetz. — Salle Saint-Lazare (H.) : 11, péricardite, pleurésie gauche ; 16, asystolie aiguë ; 20, parotidite double cachectique. — Salle Sainte-Agathe (F.) : 4, colique hépatique ; 18, péritonite tuberculeuse.

Service de M. Fernet. — Salle Saint-Etienne : 2, herpès-iris ; 8, pneumonie ; 11, pleurésie ; 16, lésions mitrale et aortique ; 21, mal de Bright. — Pavillons : 5, purpura ; 12, cirrhose ; 17, asthme essentiel ; 20, pneumonie ; 23, carcinome de l'épiploon.

Service de M. Lancereaux. Consultation le lundi : Salle Saint-Antoine (F.) : 1, insuffisance aortique ; 14, néphrite interstitielle ; 24, 25, contracture des membres supérieurs chez des saturnins ; 31, paralysie agitante. — Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 3, pelvi-péritonite ; 4, phlegmon du ligament large ; 5, péritonite ; 13, tumeur cérébrale.

Service de M. Mesnet. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 3, atrophie musculaire progressive ; 9, rhumatisme articulaire aigu ; 10, néphrite parenchymateuse ; 11, pneumonie caséeuse ; 12, hématocèle utérine ; 22, pleurésie. — Salles Saint-Hilaire et Saint-Irénée (H.) : 1, carcinome gastrique ; 4, œdème de la glotte ; 12, pneumonie ; 32, fièvre intermittente ; 38, scorbut.

Chirurgie. Service de M. Le Dentu. — Salle Sainte-Marguerite (F.) : 3, ancienne fracture du fémur avec contracture de l'adducteur moyen ; 8, hernie étranglée, fistule stercorale ; 22, bec de lièvre bilatéral. — Salle Saint-Christophe (H.) : 1, prostatite aiguë ; 3, fracture de cuisse ; 10, coxalgie avec luxation iliaque ; 18, abcès périnéal ; 19, fracture du crâne, paralysie faciale ; 20, ostéite d'un col ancien ; 21, lymphangite chronique ; 29, prostatite chronique ; 30, fracture de l'omoplate, fracture de côte et de l'os iliaque ; 37, phlegmon diffus du périnée et des bourses ; 42, abcès lombaire par congestion.

Service de M. B. Anger. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 2, luxation de l'épaule ; 3, coxalgie ; 10, hydarthrose ; 15, tumeur du sein. — Salle Saint-Barnabé : 10, taille ; 19, hypertrophie prostatique ; 21, amputation de cuisse ; 35, épithélioma lingual ; 37, hématocèle vaginale ; 48, sacro-coxalgie ; 56, infiltration d'urine.

Hopital Saint-Louis. Service de M. Besnier. Salle Saint-Thomas : 30, érythème œdémateux et rhumatisme articulaire ; 54, lymphadénie cutanée ; 64, lichen agrius ; 65, plaques syphilitiques ; 68, érythème œdémateux et rhumatisme articulaire. — Salle Saint-Léon : 6, érythème œdémateux ; 17, éléphantiasis ; 32 à 42, psoriasis ; 65, acné shemiosa.

Service de M. Hillairet. Salle Henri IV. Visite à 9 h. Consultation le mardi. Clinique le jeudi à 8 h. 1/2. 1, rupia syphilitique ; 5, eczéma généralisé ; 10, eczéma plantaire ; 11, érythème noueux ; 12, eczéma palmaire ; 22, syphilide papuleuse ; 25, sclérodactylie ; 27, myosis fongoïde ; 30, cancroïde du front ; 40, lupus. — Salle Saint-Louis : 1, impétigo du menton ; 2, pityriasis versicolor ; 6, zona ; 15, syphilide acnéique ; 65, érythème marginé ; 70, psoriasis ; 75, pemphigus. — Pavillon Gabrielle : 4, paralysie générale ; 2, psoriasis ; 10, pelade ; 28, lupus du nez, du voile du palais.

Service de M. Vidal. Le lundi leçon clinique, le mercredi traitement du lupus et des nœvi par les scarifications, le jeudi consultation externe, le vendredi leçons cliniques au lit du malade. — Salle Saint-Jean (F.) : 3, sclérodermie, éruption bromée ; 7, gomme de la luette ; 10, poussées d'eczéma alternant avec des accès d'asthme ; 12, plaques muqueuses de la gorge, parotidite suppurée ; 14, syphilis tertiaire, gommes du cuir chevelu ; 18, syphilis infantile ou congénitale ; 56, syphilis papulo-squameux, iritis ; 62, scrofulides circinées ; 76, lupus exedens ; 78, pelade achromateuse ; 4, pelade décalvante. (H.) : 19, acné rosacée, convulsions épileptiformes ; 25, sycosis parasitaire ; 27, varicèle ; 27, lupus papillomateux du pied ; 30, favus ; 34, trichophytie circinée ; 35, echthyma alcoolique ; 36, 39, lichen ruber ; 40, gommes scrofuleuses ; 49, syphilides malignes précoces.

Service de M. Duplay. Salle Saint-Augustin : 17, abcès sous-périostique de la cuisse droite ; 19, sarcome du testitule gauche ; 22, mal perforant plantaire ; 23, luxation du pied en avant ; 39, phlegmon des gaînes synoviales de la main et de l'avant-bras ; 40, névrome traumatique du cubital ; 44, kyste du testicule ; 53, sarcome de la peau (cuisse droite).

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd*).

Chaque **Capsule** du Dr **Clin** renferme 0,20 } Bromure de
Chaque **Dragée** du Dr **Clin** renferme 0,10 } Camphre pur.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence** de **Santal**, associée au Copahu et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

Nota. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

Gros : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — Détail : 10, carrefour de l'Odéon, et **dans toutes les Pharmacies.**

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du Dr **Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du Dr **Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr **Rabuteau** destiné aux enfants.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du Dr **Clin.**

Conférences de Clinique chirurgicale, faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

© BIU Santé

Service de M. PÉAN. Salle Saint-Augustin : 1, nécrose partielle du maxillaire inférieur; 3, cancroïde du dos du nez; 6, nécrose ancienne du tibia; 10. cancer du plancher de la bouche; 11, fracture des malléoles; 71, testicule tuberculeux; 75, résection de la hanche; 79, tumeur blanche du poignet; 81, lipome du cou. — Salle Sainte-Marthe): 17, hypertrophie prostatique; 18, autoplastie de la paupière inférieure; 23, fracture compliquée de jambe; 32, fracture compliquée de l'humérus; 34, section et suture du nerf cubital; 36, kyste de l'ovaire; 37, corps fibreux de l'utérus; 38, hernie crurale étranglée opérée; 39, kyste de l'ovaire; 41, hypertrophie de la rate; 42, corps fibreux de l'utérus, phlegmatia alba dolens; 43, périnéoraphie.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

BROMURE de ZINC

SIROP — 50 centigr. par cuillerée à soupe.
PILULES — contenant 20 centigrammes.
PILULES ARSENICALES — contenant 5 centigr. Br. de Zinc et 1 mill. Br. d'arsen.

« Très-utile dans les cas de *Saturation* ou d'*Anémie bromurique*, le Br. de Zinc est beaucoup plus actif que le Br. de Potassium. — Doses de 0,20 à 4 gr. par jour. — FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — PARIS.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Médecine de Paris.

« ..... C'est, de toutes les préparations « ferrugineuses, celle qui, à poids égal, « introduit le plus de fer dans le suc « gastrique. »

Bulletin de l'Acad. de Médecine, t. XII.

Pour démasquer les contrefaçons — impures et inactives — exiger la signature : **T. A. QUEVENNE** et l'étiquette ronde en **petits caractères de quatre couleurs.**

Dépôt : Pharmacie Émile GENEVOIX, 14, RUE DES BEAUX-ARTS, PARIS.

DIGITALINE

d'**HOMOLLE** et **QUEVENNE**

Approbation de l'Acad. de Méd. de Paris Méd. d'or de la Soc. de Pharm. de Paris

« ..... Les médecins feront bien de con- « tinuer à prescrire la **Digitaline** de « MM. **Homolle & Quevenne**, aux malades « ne pouvant pas supporter la digitale. »

Bulletin de l'Acad. de Médecine de Belgique 1874, t. VIII, p. 397.

Les signatures des Inventeurs en *lettres rouges* attestent l'authenticité de la VERITABLE DIGITALINE.

Dépôt : Pharmacie COLLAS, 8, RUE DAUPHINE, PARIS.

INSTITUTION DES BÈGUES DE PARIS

90, Avenue d'Eylau. — Directeur : M. CHERVIN, officier d'Académie.

Fondée en 1867, avec le concours de M. le Ministre de l'Instruction publique, et subventionnée par la ville de Paris. — Succursales à Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Lille, subventionnées par les Conseils généraux et municipaux. — L'Académie de Médecine, consultée par M. le Préfet de la Seine sur l'efficacité de la méthode Chervin pour le traitement du bégaiement, a adopté à l'unanimité les conclusions suivantes : 1° au point de vue scientifique, la méthode Chervin est rationnelle; — 2° elle produit des résultats très-remarquables et peut rendre des services signalés; — 3° un de ces avantages importants, est la promptitude des résultats (en 20 jours) qui paraissent se maintenir, comme la Commission l'a constaté sur un certain nombre de sujets; — 4° il y a lieu de l'encourager dans le bien qu'elle est appelée à accomplir. — Enseignement spécial pour les vices de prononciation autres que le bégaiement, tels que la blésité, le zézaiement, etc., ainsi que pour les personnes opérées d'une division du palais, ou pourvues d'un appareil prothétique.

Un nouveau cours a commencé le 6 mai

ACIDE SALICYLIQUE BREVET KOLBE

SEULS CONCESSIONNAIRES, SEULS FABRICANTS

SCHLUMBERGER & CERCKEL, 26, rue Bergère, PARIS.

MÉDICAMENTS Salicylés PRÉPARÉS

RHUMATISMES..... SALICYLATE de SOUDE dosé à 50 c.
GOUTTE, GRAVELLE. SALICYLATE de LITHINE, pil. 10
SALICYLATE DE QUININE, paquets..... 10
ACIDE SALICYLIQUE MÉDICINAL, pilules..... 10
RHUME, Affections de la Gorge, PASTILLES SALICYLÉES.
VIN Tonique SALICYLÉ. — Ouate, Glycérine SALICYLÉES.

Par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, r. du Faubourg-Montmartre, 21, PARIS.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

ANTISEPTIQUE PUISSANT ET NULLEMENT IRRITANT, CICATRISANT LES PLAIES

Adopté par les hôpitaux de Paris et par les hôpitaux de la Marine

S'emploie en compresses, lotions, injections, gargarismes (*anthrax, gangrènes, ulcères scrofuleux, plaies en général, ozènes, otorrhées, angines couenneuses, maladies de la peau, eucorrhées, gengivites chroniques, etc.*). — DÉPÔT : 25, rue Réaumur, et dans toutes les pharmacies.

Vacance médicale. — La commune de Bèze (Côte-d'Or) demande un médecin. Indemnité annuelle, 800 fr., gros bourg, environné de villages importants. Site très-agréable. Bonne clientèle. — Écrire au maire.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Élixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)
DOSES : De 1/2 à 6 milligram. par jour.
LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, PARIS.

BAINS DE LA **SAMARITAINE**

Quai du Louvre, en aval du Pont-Neuf

HYDROTHÉRAPIE

Eau de source, température 10 degrés chûte 11 mètres

Installation spéciale pour Hommes
Installation spéciale pour Dames

PRIX MODÉRÉS

Le cachet : *douche ou pluie : 0 fr. 75; par abonnement 0 fr. 70.*
— *Douche et pluie (2 jets) : 1 fr. 50; par abonnement 1 fr. 25.*



THERMO-FILTRE

Pour rendre instantanément potable et fraîche l'eau de rivière.

INDISPENSABLE AUX CHASSEURS & AUX COLONS

On l'expédie franco *dans toute la France contre la remise préalable de 3 fr. en timb.-poste*

TOSELLI, 196, Lafayette, Paris.

DRAGÉES BLOT

au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opial*, Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à Toulouse : toniques, dépuratives, anti-blennhorragiques, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires*, catarrhe vessie. Bte 4f, fco 4.20.

Pour éviter imitation exiger :



Dépôt dans toutes les Pharmacies.

M. GALLEPIE, pharmacien, 30, *rue Monge*, fera une remise spéciale à MM. les Étudiants, sur les **Dragées Blot** et sur tous les médicaments en général.

VESICATOIRE L. ROUVIÈRE

Argocystique et Indolore

(EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN)

1re MÉDAILLE EXPOSITION PARIS.

Attestations des médecins en chef des Hôpitaux

Employé dans les *Hôpitaux* et ordonné par tous les médecins après essai. — Agit sûrement. — Pas CAMPHRÉ. — Jamais de cystite.

Trois formes : 1° Vésicatoire indolore, la boîte.... 1f 50
2° — instantané, la boîte.. 1f 50
3° Toile Vésicante, le mètre..... 2f »

Paris : Pharmacie centrale, 7, rue de Jouy et ses succursales. — A. Hugot, rue Vieille-du-Temple, 19 et principales drogueries.

Vente en gros : L. ROUVIÈRE, pharmacien, à Nîmes (Gard).

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 19. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 11 MAI 1878

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. JULES SIMON.

De l'opium.

Leçon recueillie par E. CHAMBARD, interne des hôpitaux.

Messieurs,

On a dit, avec raison, que, sans l'opium, la thérapeutique serait presqu'entièrement désarmée : indispensable dans les médications qui s'adressent aux adultes, cet agent est encore d'une grande utilité dans la thérapeutique infantile; bien souvent vous y aurez recours et vous lui devrez des succès qu'aucune autre substance active n'aurait pu vous procurer. Vous auriez tort, Messieurs, de reculer devant l'administration de l'opium aux enfants. Elle réclamera de votre part une grande vigilance et ce n'est que lorsque vous aurez acquis quelqu'expérience que vous le prescrirez sans éprouver une secrète appréhension; mais en n'oubliant jamais la susceptibilité spéciale des jeunes enfants à l'égard de l'opium, en ne vous écartant pas des règles générales que je vous ai tracées, en leur donnant l'opium, comme toutes les substances actives, progressivement, à doses fractionnées, en en suivant pas à pas les effets physiologiques, vous finirez par prescrire avec sécurité un médicament qui vous rendra de réels services.

Matière médicale. — Nous allons d'abord passer en revue, Messieurs, non pas les innombrables préparations dont l'opium est la base, mais un certain nombre de préparations dont vous devrez bien connaître la puissance et que vous aurez le plus souvent l'occasion d'employer. Vous me permettrez de ne pas m'étendre sur la matière médicale et sur l'histoire naturelle de l'opium. Cette manière de faire allongerait sans profit pour vous une conférence qui doit être essentiellement pratique pour vous être utile et vous trouverez dans vos livres de thérapeutique tous les renseignements nécessaires à ce sujet :

1° La préparation la plus simple et une des plus employées et souvent de la manière la plus imprudente est la *décoction de têtes de pavot*. C'est ainsi que vous verrez et que j'ai vu moi-même, récemment encore, des nourrices pour se débarrasser des cris des enfants qui leur sont confiés, user, abuser des pavots et déterminer chez ces petits êtres de graves phénomènes d'intoxication.

L'infusion ou la décoction de têtes de pavot se donnent en tisane ou en lavements. Dans le premier cas, une demi-tête de pavot infusée pendant 20 minutes dans un litre d'eau bouillante suffit pour donner à cette eau des propriétés fort actives; dans le second, une demi-tête de pavot que l'on fait bouillir avec 500 gr. d'eau peut déjà, chez les enfants, amener les plus graves accidents.

L'infusion et la décoction de têtes de pavot se donnent à l'intérieur ou en lavements par cuillerées à café ou à dessert. En outre, Messieurs, comme le poids des têtes de pavot est très-variable, vous les prescrirez en poids et non pas en nombre. Le poids moyen d'une tête est de 18 grammes.

2° Parmi les préparations officinales les plus employées se place en première ligne le *laudanum de Sydenham* ou œnolé d'opium safrané qui résulte d'une macération prolongée dans du vin de Malaga, d'opium brut de Smyrne, de cannelle, de clous de girofles et de safran, 4 grammes de ce laudanum équivalant à 0 gr. 25 c. d'extrait aqueux d'opium ou 0 gr. 50 c. d'opium brut. Chaque gramme contient 27 gouttes. Vous donnerez le laudanum de Sydenham chez les jeunes enfants aux doses suivantes :

Jusqu'à 1 an..... une goutte.
Jusqu'à 2 ans..... deux gouttes.
Au-dessus de 2 ans..... trois gouttes.

que vous incorporerez dans une potion de 120 gr., dont l'enfant prendra une cuiller à café toutes les demi-heures et dont vous surveillerez attentivement l'action de manière à pouvoir en suspendre l'usage dès que la torpeur de l'enfant, la contraction de ses pupilles vous feraient pressentir un commencement d'intoxication.

Pour *l'usage externe*, le laudanum de Sydenham peut se donner à des doses beaucoup plus élevées. On en répand quelques gouttes sur des cataplasmes ou on le fait entrer par grammes dans la composition de pommades et de liniments.

3° Souvent le laudanum de Sydenham est repoussé des enfants : même très-dilué, il communique aux potions une amertume désagréable, de plus il tache les doigts et les linges, enfin son action est quelquefois trop forte et l'on sent le besoin d'un médicament qui, tout en possédant les mêmes propriétés et pouvant se donner sous la même forme, les possède à un degré moins élevé. Dans ce cas, Messieurs, vous trouverez dans l'élixir parégorique un laudanum agréable au goût et cinq fois moins actif que celui de Sydenham. Il consiste en une *macération* prolongée dans de l'alcool à 21°, *d'opium sec*, de *camphre*, d'*acide benzoïque* et d'*huile d'anis*;

4° Le *sirop de codéïne* est aussi très-employé. Une cuillerée à soupe ou 20 grammes de ce sirop, contient quatre centigrammes de codéïne; une cuillerée à café dont le poids est de 5 grammes, en contient donc quatre fois moins.

Les recherches de Cl. Bernard, Messieurs, ont montré que la codéïne était plus toxique que la morphine. Etudiant les six alcaloïdes de l'opium alors connus, au point de vue de leurs propriétés toxique, soporifique et convulsivante, l'illustre physiologiste a pu reconnaître que la codéïne était moins soporifique, plus convulsivante et surtout beaucoup plus toxique que la morphine (*Académie des sciences*, 1864. — *Leçons sur les anesthésiques et l'asphyxie*, 1875.). — En partant de ces données de l'expérimentation, vous pourrez être étonnés de me voir administrer à des enfants, qui ressentent si vivement l'action de l'opium, du sirop de codéïne, alors que je repousse absolument la morphine de la thérapeutique infantile; c'est qu'il y a loin, Messieurs, des expérimentations physiologiques les mieux faites à l'expérimentation, à l'observation clinique; il est possible, il est vrai que, pour les chiens, la codéïne soit plus toxique que la morphine, pour les enfants c'est le contraire qui s'observe chaque jour, c'est pourquoi tout en rendant justice aux découvertes dont la physiologie enrichit chaque jour la pratique médicale, lorsqu'il s'agit de thérapeutique, c'est toujours l'observation clinique qui doit juger en dernier ressort.

Le sirop de codéïne soit seul, soit associé à une potion, se donne rarement au-dessous de deux ans, et jamais au-dessous d'un an. Vous en mettrez de 5 à 10 gr. dans une potion de 120 gr. qui sera prise de demi-heure en demi-heure, jusqu'à effet sédatif. J'associe très-volontiers le sirop de codéïne et le sirop de belladone, et je donne ce mélange dans les bronchites quinteuses à la dose d'une cuillerée à café, matin et soir.

5° Le *diascordium* est un électuaire de l'ancienne pharmacopée dans la composition très-complexe duquel il entre des drogues toniques, astringentes et surtout de l'opium. Très-peu actif, il ne s'emploie jamais seul, mais bien associé au sous-nitrate de bismuth et au laudanum contre les diarrhées de longue durée. Vous formulerez, par exemple, la potion suivante :

© BIU Santé

Laudanum de Syd.....	1 goutte.
S. n. de bismuth.....	2 grammes.
Diascordium.....	0,50 à 2,00.
Julep.....	120.

6° Le *sirop diacode* est beaucoup moins actif que le sirop d'opium officinal que je proscris de la thérapeutique infantile, mais il l'est plus que le sirop de codéïne par lequel je vous conseille plutôt de commencer votre médication. Vous l'administrerez aux mêmes doses que le sirop de codéïne, soit une cuillerée à deux cuillerées à café en 24 heures, dans une potion ou de la tisane.

7° Enfin, pour clore cette liste qui suffira à toutes les indications, vous emploierez souvent la *poudre de Dower* dont je vous ai signalé déjà la formule et les usages dans nos conférences sur la méthode vomitive.

Un gramme de poudre de Dower équivaut à 0 gr. 09 d'extrait d'opium : vous la donnerez aux enfants au-dessus de 2 ans seulement, aux doses de 0 gr. 20 à 0 gr. 30.

Après vous avoir indiqué, Messieurs, les préparations d'opium que j'emploie journellement dans ma pratique, permettez-moi d'énumérer rapidement celles que leur trop grande activité, leurs dangers m'obligent à repousser et que je vous engage à oublier absolument lorsque vous aurez à donner vos soins à des enfants. Ce sont : la morphine qui, je le répète, est, chez l'enfant, bien plus active que la codéïne, l'extrait thébaïque et le sirop thébaïque, le sirop de karabé pour la raison toute simple que ce sirop est du sirop d'opium auquel on a ajouté un peu d'huile volatile de Lunier, enfin le laudanum de Rousseau deux fois plus actif que celui de Sydenham.

Je vous ai indiqué, à propos de chaque préparation, les doses auxquelles vous devrez les donner, au moins au début, je n'y reviendrai donc pas. *Trousseau* était tellement pénétré de l'exquise sensibilité des tout jeunes enfants aux effets de l'opium, qu'il proposait presque d'y renoncer pour les enfants à la mamelle : ce serait aller trop loin, et l'observance des règles d'administration aux enfants des substances actives, sur lesquelles j'insiste tant auprès de vous, vous permettra d'être un peu plus hardi. N'oubliez pas cependant que c'est par gouttes, par fractions de gouttes que le laudanum doit être mesuré aux enfants à la mamelle. Donnez d'un seul coup une goutte de laudanum à un enfant de moins d'un an, la prostration, les autres signes de l'intoxication ne tarderont pas ordinairement à vous montrer votre imprudence ; donnez, au contraire, cette goutte dans une potion et par cuillerées, l'enfant ne courra aucun danger et vous obtiendrez rapidement, sans le dépasser, l'effet thérapeutique que vous aviez en vue de provoquer.

Action physiologique. — L'opium et ses alcaloïdes employés comme topiques sont irritants, mais c'est surtout leur action sur les diverses fonctions de l'organisme que je désire passer rapidement en revue, avant d'aborder l'étude de leurs indications et de leur contre-indication.

1° *Appareil digestif.* — Un des premiers effets de l'ingestion de l'opium est une soif vive accompagnée de sécheresse de la gorge et de difficulté de la déglutition, sans que ces phénomènes soient cependant accompagnés de cette âcreté et de cette amertume qui suit l'administration des solanées vireuses. Rarement on observe le ptyalisme.

L'appétit est notablement diminué et la digestion peut être profondément troublée. Les vomissements surviennent quelquefois et peuvent se prolonger pendant plusieurs jours surtout lorsque l'opium est donné à haute dose à l'intérieur. Il est, du reste, à cet égard, de grandes différences selon les individus.

Enfin, la constipation est une conséquence presque nécessaire de l'ingestion des opiums, mais, de même qu'à des doses élevées, le ptyalisme peut succéder à la sécheresse de la gorge, de même à la constipation on a vu succéder la diarrhée.

2° *Sécrétions.* — La quantité d'urine est ordinairement diminuée, en vertu d'une action spéciale, nerveuse, de l'opium sur la fonction urinaire, et non pas sous l'influence d'un trouble de la circulation parenchymateuse des reins. Cependant, le défaut d'excrétion par suite de l'atonie du plan musculaire de la vessie, y paraît aussi jouer un certain rôle. Par contre, la sécrétion sudorale est augmentée surtout chez les femmes, la peau congestionnée est le siége de démangeaisons quelquefois insupportables, qu'il est impossible de rapporter exclusivement aux éruptions eczémateuses, exanthémateuses, prurigineuses ou ortiées qui suivent quelquefois l'administration de l'opium, puisqu'elles peuvent être très-vives sans que la peau soit atteinte d'aucune de ces éruptions. Cette action, si remarquable de l'opium sur la circulation cutanée, a suggéré l'idée de donner de l'opium aux malades atteints de fièvres éruptives pour en favoriser les manifestations cutanées.

D'une manière générale, l'opium paraît augmenter la sécrétion des glandes de la peau et diminuer celle des reins et des glandes annexées au tube digestif, ainsi que la sécrétion de la muqueuse des voies respiratoires.

3° *Circulation.* — Les sueurs s'accompagnent toujours de troubles de la circulation et de la calorification ; le pouls s'accélère, la température de la peau s'élève et la tension du sang dans les vaisseaux est diminuée à haute dose ; cette accélération de la circulation est suivie d'épuisement et de collapsus.

4° *Respiration.* — L'opium ne ralentit pas par action directe les mouvements de la cage thoracique ; mais il soulage en diminuant la sécrétion de la muqueuse bronchique.

5° *Système nerveux.* — Organes des sens. Il existe un rapport exact, selon *Trousseau*, entre la contraction des pupilles et les phénomènes du narcotisme : somnolence et vomissements. Les paupières sont congestionnées et s'abaissent, le sommeil survient, d'abord, lorsque la dose est faible, calme, peu profond, entrecoupé de rêvasseries, mais si la dose est plus élevée, agité, troublé par des rêves et des hallucinations.

Même lorsque les doses sont très-élevées, vous n'observerez pas, chez les sujets soumis à l'action de l'opium, ces véritables accès maniaques avec hallucinations terrifiantes et impulsions violentes qui succèdent à l'intoxication par les solanées vireuses. Vous observerez rarement ainsi chez l'adulte un collapsus inquiétant et un véritable coma, à moins que la dose n'ait été véritablement toxique ; mais il n'en sera pas de même chez les très-jeunes enfants et je vous ai fait voir quelles inquiétudes pouvaient inspirer les phénomènes qui succèdent à l'absorption d'une seule goutte de laudanum chez un enfant âgé seulement de quelques mois.

A doses progressives et longtemps prolongées, l'opium, vous le savez, Messieurs, agit sur les fonctions intellectuelles de la manière la plus remarquable, mais le but de ces conférences m'interdit de m'étendre sur ce sujet, quelque grand que soit son intérêt.

Contre-indication et indication de l'opium. — Il est, Messieurs, un certain nombre d'affections dans lesquelles la principale indication thérapeutique doit être tirée de l'état général du malade, bien plus que des symptômes eux-mêmes. Beaucoup d'entre elles offrent tous les caractères d'un véritable empoisonnement, d'une infection réelle et s'accompagnent d'une dépression profonde de toutes les forces de l'organisme. De même que je vous ai recommandé instamment de vous abstenir de l'émétique dans les affections profondes et généralisées du poumon, telles que la broncho-pneumonie, la bronchite capillaire, où toute perturbation brusque de l'organisme peut être suivie de collapsus et de syncope mortelle ; ainsi me verrez-vous proscrire entièrement l'opium de la thérapeutique d'affections infectieuses et adynamiques, telles que la diphthérie, la variole et la rougeole graves.

Je vous ferai la même recommandation lorsque vous aurez à traiter la gangrène de la vulve chez les petites filles ; enfin, vous vous abstiendrez, lorsque vos malades seront atteints d'affections prurigineuses, d'ajouter à leurs souffrances par l'administration d'un médicament qui, par lui-même, congestionne la peau, excite ses terminaisons

© BIU Santé

nerveuses et amène, à lui seul, des démangeaisons parfois insupportables.

C'est principalement dans les maladies des voies digestives que l'opium rend de grands services à la thérapeutique infantile. On l'emploie sous forme de laudanum associé au bismuth, au diascordium, dans les diarrhées bilieuses, dans les entérites et entéro-colites, les affections de l'estomac, du péritoine, etc.

Vous rencontrerez souvent des petites filles, âgées de 6 à 8 ans, déjà dyspeptiques et nerveuses, que vous saurez bientôt reconnaître à leurs manières étudiées et à leur état mental spécial; ce sont de futures hystériques. Beaucoup souffrent de gastralgies. Outre un traitement général tonique, outre une hygiène physique et morale convenable, vous pourrez leur prescrire une des préparations suivantes, que vous varierez de diverses manières.

Mixture.

Teinture de colombo.....	10 grammes.
Teinture de belladone.....	5 —
Teinture d'aconit.....	5 —
Elixir parégorique.....	5 —

Cette mixture sera donnée à la dose de 5 à 10 gouttes avant chaque repas.

Dans ces formules, et pour des enfants du même âge et au-dessus, vous pourrez aussi introduire la teinture de rhubarbe et la teinture de noix vomique, qui est un excellent stimulant des fonctions stomacales. Vous aurez encore la ressource de donner ces substances en poudres apéritives; avant chaque repas, un paquet composé de :

Codéine 1/4 à 1/2 centigramme.	
Poudre d'yeux d'écrevisses.....	10 centigr.
Magnésie.....	10 —
Rhubarbe.....	5 —
Noix vomique	1 —

Pour les affections des voies respiratoires et principalement lorsqu'elles revêtent un caractère spasmodique qui indique la part importante qu'y prend l'élément nerveux, (Bronchites quinteuses, coqueluche, etc.), vous m'avez vu employer sur une large échelle la belladone et l'aconit. A ces médicaments, mais chez les malades seulement qui auront dépassé deux ans, vous pourrez ajouter un peu d'opium et vous formulerez de la manière suivante :

Teinture de belladone.....	aa 5 gr.
Alcoolature de racines d'aconit.....	
Laudanum de Sydenham.....	5 gouttes.

Trois gouttes matin et soir, en élevant progressivement la dose d'une goutte par jour.

La formule suivante sera peut-être d'un dosage encore plus facile et plus sûr :

Sirop de codéine.....	aa 50 gr.
Sirop de belladone	

Dose d'une cuillerée à café à une cuillerée à dessert par jour.

La codéïne est ici destinée, comme le laudanum dans la formule précédente, à corriger l'action excitante de la belladone sur le système nerveux central, qui n'est déjà que trop excitable chez les sujets névropathiques.

Nous avons vu plus haut que l'opium, administré au début des fièvres éruptives, pouvait favoriser l'éruption certaine et déterminer au profit de la peau une partie des manifestations pathologiques.

Dans un grand nombre d'affections nerveuses, de névroses, et surtout contre les accidents nerveux des petites hystériques dont nous parlions tout à l'heure, vous verrez souvent l'opium réussir mieux encore que le bromure de potassium. A partir de 4 à 5 ans, dans les névroses et la chorée, vous pourrez donner une cuillerée à café de sirop diacode ou de sirop de codéïne.

Pour résumer, en quelques mots, Messieurs, ce qui a trait à cet important médicament, permettez-moi de vous rappeler les traits principaux que j'ai voulu mettre en lumière devant vous. L'opium vous rendra de réels services dans les affections gastro-intestinales et dans les névroses; dans les affections thoraciques, vous l'emploierez comme correctif de la belladone. Pour établir vos formules, vous choisirez des préparations qui, comme le laudanum de Sydenham, le sirop de codéïne, soient bien définies, faciles à doser et ne soient pas tellement actives que le moindre écart dans les doses puisse constituer un danger; au-dessous de deux ans, vous donnerez peu l'opium et vous le ferez par gouttes; dans tous les cas, vous n'oublierez jamais que les règles de toute médication active chez les enfants, sont les suivantes : fractionner les doses, commencer par des doses faibles et les élever graduellement, surveiller de près les effets physiologiques du médicament. Enfin, Messieurs, s'il vous arrivait d'outrepasser le but que vous vous étiez proposé, ne vous alarmez pas outre mesure de la torpeur dans laquelle vous trouveriez votre malade; employez alors comme antidote soit le sulfate de quinine, soit surtout le café, dont l'action est bien mieux connue, et que vous aurez toujours sous la main. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE INTERNE

Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés et description d'un nouveau tube laryngien; (1)

Par **ALBAN RIBEMONT**, ex-interne des hôpitaux et de la Maternité.

Nous espérons avoir démontré : 1° que le tube de Chaussier et que les tubes actuels qui sont une modification du type original, présentent des difficultés d'introduction qui dépendent de leur forme; — 2° que les mêmes défauts rendent leur maintien en place incertain; — 3° qu'aucun d'eux ne s'oppose au reflux de l'air; — 4° qu'avec eux on est prévenu trop tard de la pénétration de l'air dans l'estomac.

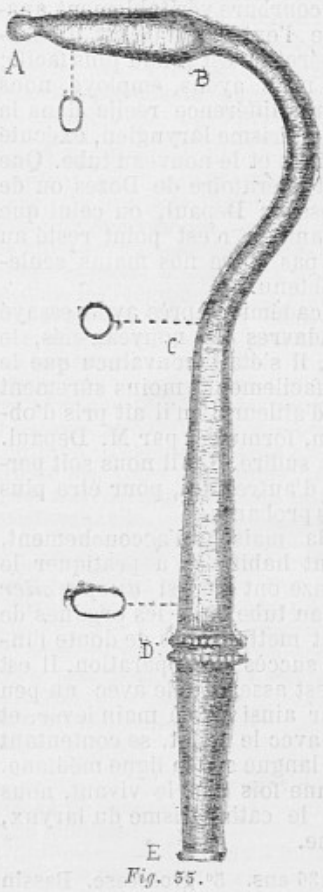


Fig. 55.

Le tube laryngien, que notre maître, M. le docteur Tarnier a bien voulu présenter en notre nom, à l'Académie de médecine, dans la séance du 4 septembre 1877, offre, sur les tubes actuels, les avantages suivants : 1° son introduction est plus facile; — 2° son maintien en place n'exige aucune attention particulière; — 3° il prévient absolument le reflux de l'air; — 4° il permet de savoir à chaque moment de l'opération, s'il est toujours dans le larynx. Ce tube, fabriqué par M. Collin, se compose, comme le tube de Chaussier, d'une portion rectiligne et d'une autre recourbée (*Fig. 55*).

La première est formée d'une partie conique DE qui sert d'embouchure, et d'une autre également conique, mais aplatie latéralement CD. Ces deux parties sont réunies par leur base. En ce point existe une double couronne de perles dont les aspérités fournissent, ainsi que la portion CD, une prise solide qui empêche l'instrument de vaciller entre les doigts.

Nous ne croyons pas inutile de donner d'une façon précise les mensurations exactes et détaillées des différentes parties de l'instrument. Il importe, en effet, qu'on ne s'écarte pas du modèle, les modifications les plus légères en apparence pouvant avoir des inconvénients.

(1) Voir les n°s 16 et 17.

© BIU Santé

Le cône DE, long de 3 centimètres, a 9 mm. de diamètre à sa base, et 5 mm. 5 au-dessus de son sommet tronqué, ce qui donne à l'orifice d'entrée de l'air un diamètre de 4 mm. 5. La partie CD a 5 cent. de long. Les diamètres de sa base ont, l'un 6, l'autre 8 millimètres. Elle se continue par son extrémité C avec la portion recourbée de l'instrument.

On a vu plus haut qu'une courbe différente répondait à chacune des attitudes données à la tête de l'enfant. Une attitude intermédiaire à l'extension et à la flexion étant la plus naturelle, celle qu'il est facile de conserver pendant l'opération, a été choisie de préférence à toute autre, et des coupes faites sur des sujets congelés dans cette situation, nous ont donné le tracé, représenté *Fig. 30*. La courbe de notre tube n'est autre chose que sa reproduction exacte.

Ainsi que lui, il comprend une portion buccale BC, et une portion laryngienne AB. La première, formée par un tube cylindrique, présente une double courbure, moulée sur la saillie du bord alvéolaire et sur la concavité de la voûte palatine. La seconde a la forme d'un cône très-court, aplati sur les côtés et séparé d'un bouton terminal arrondi, par un léger étranglement circulaire, sur le contour duquel, et regardant la concavité de la courbure, se trouve situé l'orifice de sortie de l'air.

Cette portion laryngienne AB a une longueur totale de 26 millimètres, depuis la base du cône jusqu'au bouton terminal. Le grand axe de la base a 7 millim., le petit 6. Les dimensions du bouton terminal sont équivalentes à 2 et 3 millimètres.

1° *Introduction*. Grâce à la courbure véritablement anatomique, et à la disposition de l'extrémité de cet instrument, le premier temps de l'opération est rendu plus facile; quel que soit le procédé que nous ayons employé, nous avons toujours remarqué une différence réelle dans la sûreté et la commodité du cathétérisme laryngien, exécuté comparativement avec les anciens et le nouveau tube. Que nous ayons employé le manuel opératoire de Dozes ou de Velpeau, celui de M. le professeur Depaul, ou celui que nous décrirons plus loin, l'avantage n'est point resté au tube de Chaussier. Ce n'est pas entre nos mains seulement qu'un tel résultat a été obtenu.

M. Tarnier le déclarait à l'Académie. Après avoir essayé comparativement sur des cadavres de nouveau-nés, le tube de Chaussier et le nôtre, il s'était convaincu que le tube ancien pénétrait moins facilement, moins sûrement que le nouveau, quelque soin, d'ailleurs, qu'il ait pris d'observer les règles d'introduction, formulées par M. Depaul.

Un tel témoignage pourrait suffire. Qu'il nous soit permis cependant d'en invoquer d'autres qui, pour être plus modestes, n'en sont pas moins probants.

Sur vingt-deux élèves de la maison d'accouchement, prises au hasard et nullement habituées à pratiquer le cathétérisme du larynx, quinze ont réussi *du premier coup* à faire pénétrer le nouveau tube dans les organes de la respiration. Un dernier fait mettra hors de doute l'influence de sa courbure sur le succès de l'opération. Il est possible, nous dirons plus, il est assez facile avec un peu d'habitude de l'introduire pour ainsi dire à main levée, et sans avoir besoin de le guider avec le doigt, se contentant de lui faire suivre le dos de la langue sur la ligne médiane.

Souvent sur le cadavre et une fois sur le vivant, nous avons tenté de pratiquer ainsi le cathétérisme du larynx, et nous avons réussi sans peine.

Observation I. — Comb..... 36 ans. 5e grossesse. Bassin rétréci. Diamètre sacro-sous-pubien 9 c. O. I. D. P. M. Tarnier extrait au moyen d'une application de forceps l'enfant qui est volumineux : 3.440 gr. Enfant faible, cyanosé. La bouche et l'arrière-gorge sont débarrassées d'une quantité considérable de mucosités. Friction, flagellation. L'enfant semble d'abord se ranimer un peu, mais bientôt les bruits du cœur se ralentissent. M. Tarnier nous invite à employer notre insufflateur.

Après l'avoir introduit dans le larynx, nous enlevons à trois reprises, les mucosités qui remplissaient la trachée.

Puis, l'instrument est placé de nouveau dans le larynx, et cette fois nous opérons à main levée, sans nous guider avec l'index gauche. L'insufflateur pénètre du premier coup dans le larynx. Quelques insufflations suffisent pour mettre l'enfant hors de danger. Les cris sont énergiques, et n'offrent pas la moindre raucité.

Nous disions, il y a un instant, que le procédé opératoire que nous préférons diffère de ceux de Dozes, de Velpeau, de M. Depaul. Voici surtout en quoi : le point de repère n'est pas le même. Lorsque chez un nouveau-né on introduit profondément l'index jusque dans l'arrière-gorge, et qu'arrivé à la base de la langue, on cherche à sentir l'épiglotte, on dépasse généralement cette lame cartilagineuse sans la reconnaître et le doigt arrive sur les cartilages aryténoïdes qui sont pris pour elle. La consistance de l'épiglotte se rapproche tellement de celles des parties molles environnantes qu'elle se laisse déprimer, refouler comme elles, sans donner une sensation comparable à celle que fournissent les cartilages aryténoïdes.

Ce n'est pas à dire qu'un doigt exercé et très-sensible ne sache la distinguer, mais nous croyons être dans le vrai en soutenant que la plupart des opérateurs, soit inattention, soit inexpérience, la méconnaissent. Cette raison a conduit nos amis MM. les Drs Pinard et Budin à renoncer à se servir de l'épiglotte. Depuis déjà longtemps, dans leur enseignement particulier, ils donnent le conseil d'adopter un autre point de repère. Avec eux nous choisissons pour cet usage les cartilages aryténoïdes.

Ceci dit, voici comment nous procédons : l'enfant est couché sur le dos, la tête placée dans une situation intermédiaire à la flexion et à l'extension, c'est-à-dire dans l'attitude la plus naturelle.

Le tube saisi de la main droite près de sa grosse extrémité, est tenu comme une plume à écrire. Avec sa portion laryngienne introduite sur la ligne médiane dans la bouche entr'ouverte, on déprime le dos de la langue.

L'index, ou lorsque l'exiguïté de la cavité buccale l'exige, l'auriculaire de la main gauche est placé dans la bouche entre la voûte palatine et l'instrument qui ne doit pas quitter la ligne médiane, puis porté à la rencontre des cartilages aryténoïdes. Ceux-ci reconnus, le doigt conducteur passe derrière eux, de telle sorte qu'au devant de sa pulpe se trouve l'orifice sous-épiglottique du larynx.

Puis on pousse le cathéter jusqu'à ce que son bouton arrive sur la pulpe de l'index. Il suffit de relever alors un peu la portion extérieure du tube pour que le bouton s'engage à coup sûr dans l'orifice d'entrée du larynx.

Le doigt conducteur est retiré en même temps que la portion laryngienne de l'instrument pénètre plus avant dans le canal laryngo-trachéal, et cela, sans difficulté, grâce à la disposition de son extrémité. Si l'on a agi avec douceur, légèreté de main, on sent bientôt que le tube ne pourrait pénétrer plus profondément sans violence. L'instrument est en place.

On pourra se demander ce que devient l'épiglotte dans ce procédé. A aucun temps de la manœuvre, nous ne nous préoccupons en effet de sa situation. Normalement l'épiglotte est relevée, et laisse parfaitement libre et découvert l'orifice sous-épiglottique. Elle ne s'abaisse que sous la pression de l'index, surtout quand on prend pour point de repère cette lamelle cartilagineuse.

Lorsque le doigt est derrière le larynx, l'épiglotte, grâce à son élasticité, se redresse. Mais demeurât-elle abaissée, elle ne gênerait en rien la pénétration de la sonde, et ne risquerait pas d'ailleurs d'être refoulée dans l'intérieur de la portion sus-glottique du larynx. Sitôt, en effet, que l'extrémité du tube arrive sur la face linguale de l'épiglotte celle-ci s'incline à droite ou à gauche et fuit devant l'instrument. Elle se plie alors suivant le sens de sa longueur et reste dressée le long d'un de ses côtés. Dans cette situation elle n'entrave en rien l'insufflation, et l'opération terminée elle reprend sa forme et sa situation normales.

2° *Maintien du tube*. — Une fois introduit le tube peut être abandonné à lui-même, sans que les mouvements, même étendus, imprimés à la tête de l'enfant le fassent

© BIU Santé

sortir du canal laryngo-trachéal. Cet avantage tient uniquement, on le devine, à la courbure. Calculée pour une demi-extension, elle convient encore pour une attitude plus fléchie. Les mouvements de flexion qui sont, nous l'avons dit et démontré, la cause déterminante du déplacement, pour le tube de Chaussier, sont sans influence sur la stabilité du nouvel insufflateur. Ce n'est plus en effet le bord alvéolaire qui vient alors exercer une pression sur la partie correspondante de l'instrument, mais la voûte palatine, dont la concavité adaptée à la convexité du tube transmet par son intermédiaire, à la face dorsale de la langue et à tout le plancher de la bouche la pression qui résulte de la flexion de la tête. Deux forces inégales, dont l'application se fait normalement à la courbure du tube sont donc directement opposées.

Leur différence agissant dans la même direction que chacune d'elles, c'est-à-dire parallèlement à la partie laryngienne du tube n'a d'autre effet que de tendre à engager un peu plus le cathéter dans les voies aériennes. L'extension de la tête est tout aussi impuissante à provoquer le déplacement. Quel que soit son degré, la direction du conduit laryngo-trachéal reste sensiblement la même. La partie laryngienne de l'insufflateur y demeure donc engagée tandis que la voûte palatine s'éloigne plus ou moins de la partie buccale.

Si au lieu d'abandonner entièrement le tube à lui-même, on le soutient en tenant rapprochées les arcades alvéolaires pendant les mouvements d'extension et de flexion, la même stabilité s'observe, mais, l'extension exagérée détermine une saillie en avant de la trachée entraînée par l'extrémité du tube, dont la portion buccale est forcée de suivre la voûte palatine, sans qu'il lui soit possible de glisser ou de s'échapper hors de la bouche. Dans tous ces mouvements, la saillie de l'arcade alvéolaire supérieure répondant à cette partie concave du tube qui se trouve à la réunion des deux portions rectiligne et recourbée, est pour cette dernière portion un obstacle qui l'empêche constamment de se porter en avant et par suite de sortir de la cavité buccale.

La fixité de l'instrument est donc absolue ; elle dépend de sa courbure propre; et nullement comme on pourrait peut-être l'imaginer de la forme conique de sa portion laryngienne.

3° *Du reflux de l'air.* — Nous avons déjà indiqué la forme de la portion de l'insufflateur qui répond au larynx et à la trachée, et nous en avons donné les dimensions. Il nous reste à en indiquer l'utilité. L'honneur de la disposition particulière qu'elle présente revient à notre bien cher et vénéré maître, M. Tarnier qui nous a prodigué ses conseils et toujours encouragé avec une bienveillance dont nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner notre respectueuse gratitude.

Il pensa qu'en dotant la partie laryngienne de l'insufflateur d'une forme conique, on oblitérerait suffisamment le larynx pour prévenir le reflux de l'air, cet écueil de tous les insufflateurs imaginés jusqu'ici.

Mettant à profit cet avis précieux de notre maître, nous avons cherché à déterminer la forme et les dimensions du canal laryngo-trachéal, ce qu'il nous a été facile de faire en prenant avec de la cire l'empreinte de l'intérieur de ce conduit.

Les moulages obtenus par ce moyen nous ont servi ensuite à établir ainsi sur des données anatomiques la partie laryngienne du nouvel instrument. Les essais sur le cadavre et plus tard l'emploi sur le vivant, ont montré la justesse des prévisions de M. Tarnier.

L'air ne trouvant plus à s'échapper entre les parois du tube et celles du larynx, est forcé de pénétrer jusque dans les dernières ramifications bronchiques, et de dilater les alvéoles pulmonaires en surmontant et leur élasticité et la résistance des parois thoraciques.

En conséquence, la manœuvre compliquée que nous avons décrite précédemment et qui est destinée à empêcher le reflux de l'air n'a plus de raison d'être. L'obstacle au reflux n'est pas un des moindres avantages de l'insufflateur et cette qualité lui appartient bien en propre. Aucun insufflateur, à notre connaissance, n'offre de disposition analogue. Il est, en effet, impossible de lui comparer le tube de Chaussier par cela seul qu'il possède, lui aussi, une forme conique. Pour qu'il puisse agir comme notre instrument, en remplissant la glotte, il faudrait qu'il fût enfoncé à une telle profondeur, que son extrémité terminale répondrait alors à la cavité abdominale, car pour trouver sur le tube de Chaussier un point dont les dimensions soient équivalentes à celles de la partie moyenne de notre bouchon laryngien, il est nécessaire de remonter à 10 cent. de son extrémité terminale. Dix centimètres ! et la trachée d'un enfant nouveau-né n'en a que quatre.

L'obturation parfaite de la glotte assurant la pénétration de la totalité de l'air insufflé rend indifférente la situation de l'œil du tube laryngien. Qu'il soit unique ou double, terminal ou placé sur les côtés, peu importe ; l'air ne pouvant plus s'échapper du larynx trouvera une égale facilité, dans tous les cas, à aller distendre les lobules du poumon.

Son siége dans le point le plus étroit du cône laryngien, sur le trajet de la gorge circulaire qui le sépare du bouton terminal, sa situation qui le met en rapport avec les anneaux cartilagineux de la trachée, le préservent de l'oblitération que pourrait amener l'application des parois trachéales sur ses bords, car ceux-ci sont toujours maintenus à une certaine distance de la paroi antérieure du conduit aérien. La colonne d'air sortira librement, et, point important, les mucosités pourront être aspirées avec autant de facilité, ainsi que l'expérience nous l'a démontré.

Observation II. — X.... accouche le 18 août, à 9 heures 1/2, à la Maternité. Présentation du sommet. L'accouchement a été assez rapide. Mais l'enfant dont les battements cardiaques s'étaient ralentis vingt minutes environ avant la terminaison, et qui perdait du méconium depuis ce moment, naît en état de mort apparente.

L'enfant est décoloré. Battements cardiaques très-lents et sourds. On pratique l'insufflation avec le tube de M. Depaul. Après une demi-heure de soins assidus, le cœur bat un peu plus vite ; les battements s'entendent mieux. Lorsque nous sommes appelés, le cœur bat 70 ou 80 fois par minute. L'enfant dont les téguments se colorent, vient d'essayer, à plusieurs reprises, un mouvement d'inspiration spontanée, qui ne va pas jusqu'à faire pénétrer de l'air dans les poumons. Nous introduisons notre insufflateur et nous commençons par débarrasser (ce qu'on avait négligé de faire avant nous) les voies aériennes des liquides peut-être mélangés de méconium qui paraissent constituer un obstacle à l'établissement de la respiration. L'aspiration faite avec la poire de caoutchouc débarrasse les voies aériennes, d'un bouchon de méconium auquel son mélange avec des mucosités épaisses, a donné une consistance telle, qu'il est expulsé de l'insufflateur en conservant la forme cylindrique qu'il y a prise. L'enfant fait aussitôt une inspiration brusque qui s'accompagne de gargouillement trachéal, et est suivi d'un cri faible et rauque.

L'insufflateur est réintroduit dans le larynx, et l'on achève de débarrasser le conduit laryngo-trachéal des corps étrangers, qu'il contient encore, et qui sont de même nature que ceux enlevés lors de la première aspiration.

L'insufflation est alors pratiquée. Elle ne s'accompagne plus de gargouillement trachéal. Au bout d'un quart d'heure les inspirations spontanées deviennent assez fréquentes et régulières pour que l'enfant soit considéré comme hors de danger. Le cri est maintenant net et vigoureux. Quatre jours après sa naissance, cet enfant succombe à une double pneumonie lobulaire.

L'autopsie montre que l'inflammation des lobules a été déterminée par la présence dans le tissu pulmonaire de petites masses de méconium. Il n'existe aucune trace d'emphysème pulmonaire.

(*A suivre*).

Concours pour la nomination à trois places de médecin au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 6 juin 1878, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. — Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 4 mai 1878, et sera clos définitivement le lundi 20 mai, à trois heures.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Clinique des maladies du premier âge : M. Parrot.

Dimanche dernier, à neuf heures et demie, à l'hospice des Enfants-Assistés, devant un nombreux auditoire composé, en majeure partie, de jeunes docteurs et d'internes des hôpitaux, M. Parrot a repris la série des conférences cliniques sur les maladies du premier âge qu'il fait depuis plusieurs années à pareille époque.

Le sujet traité, l'an dernier, était la syphilis héréditaire; cette année, le professeur ne s'enfermera pas dans un programme et ne traitera pas spécialement de telle ou telle maladie des nouveau-nés, il consacrera chacune de ses leçons à montrer des malades suivant les hasards de la clinique, c'est assez dire que les auditeurs sont assurés d'assister à un cours pratique.

Autant que possible, les petits malades atteints d'une même affection seront présentés le même jour, ce qui permettra au professeur de faire précéder ses démonstrations cliniques d'une courte dissertation de pathologie qui aura pour but de bien mettre en saillie chacune des particularités qui seront ensuite étudiées sur le bébé lui-même ; enfin, après examen des malades, aura lieu la présentation des pièces anatomiques ayant, autant que possible, trait aux maladies dont il aura été montré des types ; de cette façon, seront envisagées sous toutes leurs faces chacune des affections du premier âge.

Profitant de la réunion dans son service de plusieurs syphilitiques, M. Parrot a consacré sa première leçon à étudier rapidement la syphilis héréditaire, dans sa genèse, dans son moment d'apparition et dans ses diverses manifestations. Celles-ci se répartissent en deux groupes bien distincts : les unes, superficielles et *périphériques* — de beaucoup les plus importantes — envahissant la peau et les muqueuses; les autres, profondes, osseuses et viscéroles, par cela même difficiles à pénétrer et échappant fréquemment au médecin.

Les premières des manifestations syphilitiques, les manifestations *périphériques* font le sujet de la conférence. M. Parrot rappelle qu'elles forment, d'après leur caractéristique anatomique, quatre variétés qu'il dénomme : 1° Syphilides *bulleuses*; — 2° Syphilides *maculeuses*; — 3° Syphilides *papuleuses*, formant elles-mêmes deux sous-variétés, les syphilides en plaques et les syphilides lenticulaires; — 4° Syphilides vésico-papuleuses.

Les plus importantes parmi ces syphilides sont la syphilide *bulleuse* et la syphilide *lenticulaire*, celle-là, comme étant la plus précoce non-seulement des manifestations cutanées mais de toute espèce de manifestations syphilitiques; celle-ci, comme étant la plus tardive, comme étant, pour ainsi dire, le dernier écho de la diathèse épuisée, de la maladie qui s'éteint.

M. Parrot décrit surtout la syphilide en plaques, comme étant la plus fréquente et la plus difficile à reconnaître à cause de ses formes variées. Elle est caractérisée par l'apparition d'élevures variant de $0^m,01$ à $0^m,001$ de diamètre sous lesquelles le doigt sent une induration des plus nettes : ces élevures qui sont d'un rouge vif au centre, violacé à la périphérie se montrent, comme toutes les éruptions infantiles, sur les parties du corps irritées, quelle que soit du reste la cause de cette irritation. C'est ainsi qu'on les trouve, avec une fréquence extrême, sur le segment supérieur des membres inférieurs, sur le scrotum et les grandes lèvres, toutes parties constamment souillées par l'urine et les matières fécales; c'est ainsi encore, qu'on les trouve à la face, sans cesse irritée par les larmes, les sécrétions nasale et salivaire.

Contrairement aux syphilides en plaques à siége multiple, les syphilides lenticulaires ne se montrent qu'au niveau de la région pelvienne, sur le scrotum, les grandes lèvres, aux plis génito-cruraux, parce que dans ces diverses régions se trouvent réunies à leur *summum* les causes d'irritation indispensables pour faire éclore ces manifestations dernières de la diathèse épuisée. Ces syphilides lenticulaires ont une importance pronostique considérable, puisque, manifestations ultimes de la maladie, elles permettent au médecin de considérer comme définitivement guéri tout enfant chez lequel cette éruption aura disparu depuis plusieurs mois.

Après une description nette et rapide des caractères des manifestations périphériques de la syphilis, M. Parrot montre à ses auditeurs de magnifiques exemples de syphilides maculeuses, de syphilides en plaques et de syphilides lenticulaires.

L'ordre suivi dans cette première leçon sera celui des autres conférences : les dissertations théoriques seront, chaque fois, adaptées aux petits malades présentés, puis aux pièces anatomiques ayant trait à l'affection spécialement étudiée, par exemple, aux manifestations profondes, viscérales ou osseuses syphilitiques ; mais, nous le répétons, la syphilis ne sera point exclusivement étudiée par le professeur qui se propose de faire profiter son auditoire de tous les éléments d'instruction qu'il pourra trouver dans son service; c'est assez dire que les auditeurs de M. Parrot trouveront, rue d'Enfer, un *cours clinique* complet des maladies du premier âge.

L'*Abeille médicale* et les écoles d'infirmerie.

L'*Abeille médicale* serait-elle atteinte de cette surdité volontaire qui, dit le proverbe, est la pire de toutes? Nous sommes tentés de le croire, car il n'est pas possible de moins répondre à ce que nous avons dit dans notre dernier article sur M. le docteur Brochard et miss Florence Lees, que ne le fait l'*Abeille médicale* dans ce qu'elle appelle sa réponse. Nous ne pouvons cependant pas refaire, dans le *Progrès médical*, le même article jusqu'à ce qu'il ait plu à l'*Abeille* d'y prendre ce qu'il y a et non ce qu'il n'y a pas. N'ayant jamais nié que les sœurs de charité fussent capables de pousser jusqu'au mépris de la mort le sentiment du devoir et le dévouement à l'humanité, nous n'avons pas à répondre à des reproches qui ne nous touchent pas, et l'*Abeille* aura beau nous crier : « Hé bien! que le *Progrès* réponde ; » nous ne répondrons qu'en haussant les épaules. Mais lorsque l'*Abeille* ajoutera : « S'il n'a pas encore un seul exemple de semblable abnégation de la part des dames de la haute société, croit-il qu'il le trouvera chez nos gardes, d'un rang très-inférieur, généralement dominées par les préoccupations de la famille, les soucis de l'existence, les passions et les appétits nés des difficultés de la vie; » nous répondrons, d'abord, que l'*Abeille* se moque de nous en nous priant de lui citer un seul exemple de semblable

© BIU Santé

abnégation de la part des femmes de la haute ou de la basse société, attendu que les annales de l'humanité sont heureusement pleines de ces actes de dévouement admirables, lesquels, d'ailleurs, sont indépendants et du sexe et de la couleur de la peau, et des situations sociales, et des idées dogmatiques, religieuses ou autres, et même de l'âge, car on voit jusqu'à des enfants s'exposer à la mort pour porter secours à leurs petits camarades: on a vu même des animaux se montrer, par de tels actes, dignes en tout point de l'amitié la plus vive et la plus dévouée; de sorte que ce ne serait pas seulement au nom des infirmières laïques, — qui n'ont jamais, que nous sachions, reculé devant le service des varioleux, des cholériques ou autres malades atteints d'affections contagieuses, et dont beaucoup ont payé de leur vie leur fidélité au devoir, — que nous devrions protester, mais au nom de toute l'humanité et même de la fraction la plus noble de l'animalité.

Comment donc ceux que nous avons tant de raison d'appeler *cléricaux* (l'article de l'*Abeille* le prouve mieux que tout ce que nous pourrions dire), ne comprennent-ils pas que c'est précisément cette affirmation que pour pousser le sentiment du devoir jusqu'au sacrifice de soi-même, il faut avoir fait vœu de pauvreté, de chasteté et d'obéissance, avoir renoncé aux joies de ce monde et s'être donné tout entier à un époux ou à une épouse céleste (Jesus ou Marie), qui rend absolument ridicules, odieuses et insupportables les prétentions des ordres religieux au monopole des plus hautes vertus? Comment, enfin, les amis éclairés des cléricaux, s'ils ne veulent être appelés cléricaux eux-mêmes, ne comprennent-ils pas qu'en maintenant de telles prétentions on tombe au niveau du charlatanisme le plus éhonté?

Que dirait M. le Dr Bossu, si nous prétendions soutenir sérieusement, au nom des mineurs, par exemple, que ce n'est que dans la profession des mines qu'on trouve des gens capables d'abnégation, parce qu'eux seuls osent s'exposer journellement aux noires horreurs des galeries souterraines et aux mortelles explosions du feu grisou? Mais que diraient alors les soldats, et les marins, et les maçons et couvreurs, et ceux qui s'exposent, pour accomplir un travail aussi répugnant qu'indispensable à la salubrité publique, aux accidents souvent mortels auxquels donne lieu l'air méphitique de certaines fosses? Et les femmes, toutes les femmes, que la science commence à peine à racheter de cette malédiction divine qui les a condamnées à enfanter dans la douleur, et dont toute la vie est, pour le plus grand nombre, un long acte de dévouement, que diraient-elles? Vraiment, le dévouement jusqu'à la mort étant possible, *et souvent impératif*, dans toutes les carrières, il est probable que nous finirions par rire tous ensemble des prétentions ridicules de ceux qui prétendent qu'il faut être tonsuré, ou embéguiné, ou avoir une épée au côté, pour être capable de courage et d'abnégation. Que M. le Dr Bossu nous permette donc de ne pas lui répondre autrement sur ce point. Quant aux autres points, il les trouvera traités avec les développements qu'ils méritent dans la série d'articles que nous continuerons à publier sur les *écoles d'infirmerie*. Pour le surplus, qu'il veuille bien nous faire grâce des rivalités et des bavardages des commères, sages-femmes ou autres, et des prétentions des rebouteurs, des marchands d'orviétan, des somnambules et des sorciers: nous n'avons cure de tout ce monde-là que pour l'écarter d'une société où il n'est ni une utilité ni un ornement; et ce n'est pas répondre, ce n'est même pas comprendre la question, que de la poser un seul instant sur ce terrain.

A. T.

De la spécialisation des services d'accouchements dans les hôpitaux.

Nous croyons devoir appeler l'attention de nos lecteurs et de nos collègues de la presse sur le *rapport* que nous insérons plus loin (page 366), relatifs à la création d'*accoucheurs* dans les hôpitaux de Paris et à une nouvelle organisation des services des femmes en couches et des nourrices.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 mai.

Traitement des kystes de l'ovaire par établissement d'une fistule permanente, sans gastrotomie; par le Dr A. Tripier.

L'opération qui fait l'objet de ce mémoire consiste à établir, au moyen de la galvano-caustique négative ou alcaline, une communication permanente entre la cavité de la tumeur et l'extérieur, communication qui sert ensuite à opérer les injections, lavages, cautérisations, etc., que pourront réclamer le développement et la marche de l'affection.

Dans l'observation qui s'y trouve rapportée, la fistule artificielle a servi à faire des injections quotidiennes d'eau iodée. Les résultats ont été rapides, puisque c'est au bout de moins d'un mois que la question d'une guérison relative a pu être posée. En présence des résultats si brillants obtenus depuis quelques années par la gastrotomie, je ne saurais proposer comme opération de choix la méthode de l'établissement d'une fistule permanente. Mais les conditions multiples qui assurent aujourd'hui à la gastrotomie le degré de perfection qu'elle a atteint entre les mains de quelques chirurgiens, sont si difficiles à remplir dans la plupart des centres de population, qu'il me paraît utile d'avoir en réserve un procédé qui, inférieur sans doute au point de vue de la rapidité et de la netteté des résultats, a du moins l'avantage d'être exécutable partout, dans toutes les installations et par tous les praticiens.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 mai. — Présidence de M. Luys.

M. Brown-Sequard a fait avec le compas de Weber un grand nombre d'expériences sur la sensibilité des régions situées au voisinage de la ligne médiane. Il a pu constater que la distance où les deux pointes donnent lieu à deux sensations différentes n'est pas beaucoup moindre dans ces points que dans le reste du corps. Au dos, la différence est imperceptible; au front elle est un peu plus marquée. Ce fait est difficile à expliquer pour qui admet l'existence de deux centres percepteurs, car si réellement chaque hémisphère était un centre, deux pointes appliquées des deux côtés de la ligne médiane, devraient être senties, quelle que soit leur distance, puisque la sensation est transmise par les nerfs aux deux moitiés de l'encéphale. Lorsque le compas est placé verticalement, c'est la pointe supérieure qui est généralement la mieux sentie. M. Brown-Sequard a constaté, en outre, que dans certains cas d'hyperesthésie, la sensation des deux pointes était perçue lors même que celles-ci étaient adossées l'une à l'autre.

M. Javal a observé certains faits curieux qui ne peuvent s'expliquer qu'en admettant l'existence de deux centres. Ainsi qu'on fasse regarder dans un stéréoscope une personne récemment guérie de strabisme, et qu'on produise une tache sur une des deux photographies, cette personne dira immédiatement de quel œil elle voit la tache, ce qui est impossible pour les yeux normaux, ce qui devient aussi impossible à la

© BIU Santé

longue pour la personne soumise à l'expérience, alors que la vision binoculaire est devenue parfaite. Il semble que, par l'habitude, l'individu perde certaines qualités de ses sens qui sont inutiles au point de vue pratique.

M. Brown-Séquard dit avoir observé pareils phénomènes pour d'autres sens. Il compte du reste communiquer à la Société les résultats de ses expériences sur les diverses sensations; il prouvera que la perception se fait dans les cellules périphériques, dans les éléments rétiniens par exemple, et non dans les centres encéphaliques.

M. Malassez dépose sur le bureau deux notes : la première de M. Picard est relative à la production simultanée, sous l'influence des injections de morphine, d'un abaissement de la pression vasculaire et d'un ralentissement des battements cardiaques; la seconde concerne le tissu adamantin de l'ectoderme, elle est de M. J. Renaut.

M. Philipeaux envoie à la Société une note sur l'action physiologique des sels de cuivre. L. D.-B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 mai 1878. — Présidence de M. Baillarger.

La théorie des germes et ses applications à la médecine et à la chirurgie; par MM. Pasteur, Joubert et Chamberland.

Après les premières communications de M. Pasteur sur les fermentations, en 1857-1858, on put admettre que les ferments proprement dits sont des êtres vivants, que des germes d'organismes microscopiques abondent à la surface de tous les objets, que l'hypothèse d'une génération spontanée est présentement chimérique, que tous les liquides de l'économie n'éprouvent aucune de leurs altérations au contact de l'air. En 1877, M. Pasteur démontra, par des faits indiscutables, que le charbon est la maladie de la bactéridie. Aujourd'hui c'est le vibrion septique qui est soumis à l'analyse et au sévère contrôle de l'expérimentation. Les premières cultures ayant été négatives, M. Pasteur pensa qu'il en était peut-être de même du vibrion de la fermentation butyrique et du vibrion de la septicémie; autrement dit le vibrion septique n'est pas un organisme *anaérobie*? Cette interprétation fut confirmée par les faits. Mais si l'oxygène tue le vibrion, comment expliquer la persistance de la septicémie dans l'air atmosphérique? M. Pasteur répond que ses affirmations ne sauraient se prêter à tous les cas : elles sont vraies, si le liquide cystique ne contient que des vibrions adultes, en voie de génération par scissiparité. Exposés au contact de l'air, les vibrions adultes seuls disparaissent, se brûlent et perdent leur virulence; les corpuscules germes, au contraire, se conservent prêts pour de nouvelles cultures et de nouvelles inoculations. Si l'on prend de la sérosité abdominale, renfermant des vibrions septiques en voie de génération par scission en quantité suffisante pour avoir une certaine épaisseur et si on expose ce liquide au contact de l'air, on assiste à deux phénomènes remarquables qui se passent l'un dans les couches supérieures, l'autre dans les couches inférieures. Dans les premières, le vibrion meurt; dans les profondes, les vibrions protégés contre l'action de l'oxygène par leurs frères qui périssent au-dessus d'eux, continuent de se multiplier par scission. Ces résultats permettent de comprendre l'ensemencement des liquides putrescibles par les poussières de l'atmosphère et la permanence des maladies putrides à la surface de la terre.

En dehors et à côté du vibrion adulte et de son germe, l'existence d'une matière virulente propre, liquide ou solide, ne peut donc être admise. La multiplication du vibrion par scissiparité s'accompagne d'un dégagement de gaz acide carbonique, de gaz hydrogène, d'un peu d'azote et d'une très-faible quantité de gaz putrides. La formation de ces gaz cesse avec la transformation du vibrion en corpuscules germes, et explique le ballonnement des animaux morts de septicémie, ainsi que l'état emphysémateux du tissu conjonctif. Pénétré des dangers auxquels exposent les germes des microbes répandus à la surface de tous les objets, particulièrement dans les hôpitaux, M. Pasteur conseille l'emploi d'instruments d'une propreté parfaite, le lavage et le flambage rapide des mains; la charpie, les bandelettes, les éponges devraient être exposées dans un air porté à la température de 130 à 150°, l'eau employée devrait avoir subi une température de 110 à 120°. A côté de la bactéridie charbonneuse et du vibrion septique, M. Pasteur a trouvé un autre vibrion, être à la fois *aérobie* et *anaérobie*. Cette troisième espèce est capable de se multiplier dans le corps vivant et d'y provoquer un état pathologique différent des manifestations morbides qui naissent à la suite de l'inoculation de la bactéridie charbonneuse ou du vibrion septique. C'est là, d'après M. Pasteur, une preuve que le pus formé par notre organisme est lié à la spécificité de sa structure. Ce pus, accompagné d'êtres vivants microscopiques dont la vie est possible dans l'économie animale, amène des désordres plus grands et des résorptions plus difficiles que le pus qu'on peut appeler pur. Sans vouloir trancher la question relative à la formation du pus, M. Pasteur pense que les globules rouges du sang engendrent les globules de pus par une transformation pure et simple des premiers dans les seconds. Le microbe générateur de pus peut être associé au vibrion septique ou à la bactéridie charbonneuse; cette association de deux organismes permet de concevoir la superposition des deux maladies distinctes et par suite la production de ce qu'on peut appeler une infection purulente septicémique ou une septicémie purulente, un charbon purulent ou une infection purulente charbonneuse.

En résumé, on peut produire à volonté des infections purulentes exemptes de tout élément putride, des infections purulentes putrides, des infections purulentes charbonneuses, des combinaisons variables de ces sortes de lésions, selon les proportions des microbes spécifiques que l'on fait agir sur l'organisme vivant.

M. Blot fait la lecture de son rapport officiel sur les vaccinations pratiquées en France durant l'année 1876.

M. Proust lit un travail intitulé : *D'une nouvelle maladie professionnelle chez les polisseurs de camées*. Ce travail se trouve résumé dans les conclusions suivantes : 1° Il existe dans l'industrie des polisseurs de camées une cause constante d'intoxication saturnine. Cette cause est rendue plus puissante, lorsque le polisseur, non content du procédé habituel, humecte le cylindre de plomb au moyen d'un acide, système qui doit rendre le travail plus rapide et plus lucratif, et donner à son œuvre un fini plus parfait. L'emploi d'un cylindre en cuivre qui a été trouvé chez deux ouvriers seulement, devrait être généralisé. Au point de vue du travail, il ne présente relativement au cylindre de plomb qu'une infériorité tout à fait secondaire. Le prix de revient en est un peu plus élevé, et il exige de la part de l'ouvrier une attention plus soutenue en l'exposant davantage à briser la pierre qu'il veut polir. Il serait donc nécessaire d'éclairer ces ouvriers sur les causes de leurs accidents qu'ils méconnaissent, et d'arriver à faire substituer au plomb, un corps qui, possédant ses qualités physiques, n'en aurait pas les propriétés toxiques;

2° Envisageant la question sous un aspect plus général, nous pensons que l'hygiène professionnelle devrait être vulgarisée, et que des instructions devraient être rédigées, ayant pour objet d'éclairer les ouvriers de chaque industrie sur les causes réelles des accidents qu'ils peuvent éprouver et sur les maladies auxquelles ils s'exposent.

Suite de la discussion sur les pansements des plaies.

M. A. Guérin, prend la parole pour défendre son pansement ouaté ou plutôt pour réfuter les attaques qui ont été formulées dans les précédentes séances par quelques-uns de ses collègues.

Au-dessus de la question des statistiques existe une question de doctrine qu'il convient de trancher; il faut savoir comment et pourquoi on guérit les malades. Avant d'arriver à cette notion, on doit se demander quels sont les accidents auxquels les opérés succombent. Tous les chirurgiens sont unanimes à reconnaître que l'infection purulente est la cause la plus ordinaire de la mort après les grandes opérations. M. A, Guérin, abordant le problème étiologique de l'infection purulente en nie la spontanéité; il n'admet pas non plus qu'elle

© BIU Santé

puisse résulter d'une phlébite enflammée. Une plaie est nécessaire à la production de l'infection purulente ; c'est pour obvier à cette terrible complication que le pansement ouaté a été institué, non pas un pansement négligemment établi, mais méthodiquement façonné, puisqu'il nécessite le filtrage de l'air pur. — Bien loin de produire les accidents qu'on lui reproche, c'est-à-dire, la rougeur érythémateuse de la peau qui baigne dans le pus, ou la production de fusées purulentes, il s'oppose à la formation de ces complications : les nombreux cas que M. A. Guérin a recueillis dans son service en font foi. — Avant les travaux de Pasteur, M. A. Guérin déclarait que l'infection purulente et l'érysipèle étaient des affections miasmatiques, que les miasmes étaient atmosphériques et pouvaient être arrêtés dans la trame de ses pansements. Le pansement ouaté et la méthode antiseptique ont rendu des services incontestables et les résultats obtenus à la suite des grandes plaies, des fractures compliquées par exemple, ne sont pas moins satisfaisants que ceux que l'on observe à la suite des amputations. Sur une statistique de 23 amputations ou résections, le pansement ouaté a réalisé un progrès qu'on ne saurait méconnaître, puisqu'il compte 21 succès. — De 1874 à 1878, M. A. Guérin, compte 2 morts pour 13 fractures compliquées ; en outre, l'infection purulente et l'érysipèle ne se sont jamais produites. — M. Pasteur voudrait que la température de la ouate employée soit portée à 200° ; si cette idée est inapplicable, sur le champ de bataille notamment, il faut bien reconnaître que les vibrions sont vivement combattus alors qu'emprisonnés entre la plaie et la ouate, ils subissent l'action d'une solution d'acide phénique au vingtième.

A mesure que l'étude des corpuscules animés se complètera, on apprendra à mieux connaître les conditions de la guérison des grandes blessures. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 8 février 1878. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Cas de mort par fracture de la colonne vertébrale dorso-lombaire, des côtes et de l'avant-bras, résultat d'une chute; par J.-B. GAUCHÉ, interne des hôpitaux.

Le 24 janvier 1878, vers deux heures de la nuit, F....., de Paris, âgé de 66 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 6, tombe, par erreur de porte, dans la cage de l'ascenseur du 2e pavillon (bâtiment des hommes). Opéré de cataracte dans le service de M. Cusco, en décembre 1877, il était atteint de complication inflammatoire, au point de ne pouvoir se conduire, l'autre œil étant cataracté. Par une incurie des plus regrettables, la porte du rez-de-chaussée, qui ouvre dans l'ascenseur, alors arrêté au plus haut de sa course (2e étage), n'est pas encore munie du système de fermeture convenable, d'où l'accident. La chute fut d'autant plus funeste que l'ascenseur, n'étant pas situé au point le plus bas de son trajet, la hauteur de celle-ci mesura 4 m. 50, auxquels il faut ajouter un mètre jusqu'au niveau où se trouvait le blessé. La violence du choc peut donc être évaluée à 355 kilogrammètres = 5 m 50 × 65 k. Le blessé était debout, les bras appuyés sur le plancher du sous-sol ; il fut reconduit dans la salle par l'ascenseur, et put marcher lui-même jusqu'à son lit, soutenu par des aides.

A la visite, M. le docteur Cusco constate une légère hématurie, une plaie contuse en avant et en haut de la jambe droite, une fracture de l'avant-bras gauche vers son extrémité carpienne. (Traitement : gouttière plâtrée.) Les jours suivants, le délire de parole, déjà remarqué par la religieuse avant l'accident, s'accentue encore, affectant le caractère de la démence sénile, et il s'y ajoute du délire d'action, qui empêche le séjour du membre fracturé dans un hamac. On dut maintenir le blessé dans son lit au moyen de liens ; il succomba, le 1er février suivant, à huit heures du soir, à une bronchopneumonie. Une note, sur les causes de cette mort accidentelle, ayant été demandée par la direction, c'est cette note nécropsique que nous reproduisons ici, faisant remarquer d'avance que l'autopsie révéla des lésions que les phénomènes négatifs observés durant la vie n'eussent pas permis de soupçonner.

RAPPORT. — Nous soussignés, P. Bruchet et J.-B. Gauché, internes des hôpitaux de Paris, chargés par M. le docteur Cusco, chirurgien à l'Hôtel-Dieu, notre chef de service, de procéder à l'autopsie du sieur F... et d'en décrire les différentes particularités, déclarons avoir ainsi opéré le 3 février 1878 et constaté les faits suivants :

1° Le malade étant mort dans un service d'hôpital, l'autopsie a été naturellement faite devant les externes et stagiaires de cette division, dans l'amphithéâtre, à l'heure habituelle (10 h. du matin).

2° La mort remontait à 38 heures ; le cadavre offrait peu de rigidité. Pas de signes extérieurs de décomposition ; les viscères n'en paraissent pas atteints. A la surface externe, on constate la présence d'une plaie contuse de 3 centimètres, oblique en bas et en dehors, intéressant la peau et le tissu sous-cutané, et siégeant au niveau de la partie supérieure de la région antéro-interne de la jambe droite. En outre, il existe une déformation du poignet gauche.

3° Après avoir incisé la peau sur la ligne médiane, pour arriver aux cavités splanchniques, et l'avoir décollée avec les muscles sous-jacents, à l'extrémité externe du cartilage de la septième côte droite, on trouve un foyer de pus de la grosseur d'une noix, lésion récente.

Nous résumerons les modifications principales des différents organes, en décrivant séparément les *lésions anciennes* et les *lésions récentes*.

I. *Lésions anciennes.* — Cavité crânienne. Pie-mère congestionnée au niveau des deux lobes pariétaux. Cavité abdominale. Foie un peu graisseux, rouge très-clair. Rate petite. Reins. Pas d'adhérence de la capsule. Rein droit, de volume normal, d'une couleur rosée uniforme ; les deux substances sont difficiles à distinguer. Rein gauche, petit, ratatiné, sclérosé, avec dépression à sa surface : deux substances impossibles à distinguer. Vessie. Contient un peu d'urine muco-purulente.

Cavité thoracique. Péricarde épais, cœur graisseux à la surface, cœur gauche stéatosé ; à la coupe, coloration feuille-morte. Aorte. A l'origine de sa paroi, quelques plaques blanchâtres d'athérome. Plèvres. Adhérences dans toute l'étendue du poumon droit ; à gauche, il n'en existe que de très-légères au sommet.

II. *Lésions récentes.* — Ce sont les plus importantes : elles sont très-claires et ont été plus étudiées ; cette étude, que nous n'avons pas cru devoir faire seuls, a été contrôlée par MM. Cossy et Déjerine, internes en médecine. La paroi antérieure de la cage sterno-costale étant enlevée, on voit, du côté gauche, sourdre un liquide couleur marc de café ; il paraît provenir de la cavité pleurale (10 grammes de ce liquide ont été recueillis dans un tube).

Poumon droit sain, sauf la base, qui est congestionnée. *Poumon gauche.* Coloration rouge-noirâtre à la surface (splénisation). Il crépite à la pression digitale. Un morceau de poumon, pris au sommet, nage entre deux eaux. La base paraît saine. A la coupe, surfaces à peu près unies, d'une coloration rougeâtre, comme celle de la superficie.

Cage thoracique. — Au niveau de la septième côte droite en dehors de son angle postérieur, on voit, dans l'intérieur, sourdre du pus ; il y a, à ce niveau et au-dessous, fracture transversale des septième, huitième, neuvième et dixième côtes droites.

Avant-bras gauche. — On constate une fracture avec écrasement des extrémités inférieures du radius et du cubitus. Les fragments, très-petits et très-nombreux, nagent dans un liquide purulent, qui baigne l'articulation radio-carpienne.

Colonne vertébrale. — Le corps vertébral de la dernière dorsale est le siége d'une fracture par tassement, ayant produit une grande quantité de petites esquilles ; le corps de la première lombaire, est celui d'une fracture simple verticale à direction antéro-postérieure. En outre, cette vertèbre est fracturée en deux points : pédicule du côté gauche, lame du côté droit, de sorte qu'elle se compose de trois fragments inégaux circonscrivant le trou vertébral.

© BIU Santé

Les pièces justificatives (vertèbres indiquées et liquide pleural) sont conservées, pouvant être examinées ultérieurement.

Séance du 15 février 1878. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Tuberculisation des reins, des testicules, de la prostate et des poumons. — Péritonite tuberculeuse guérie ; par A. ROUTIER, interne des hôpitaux.

Le nommé P. A..., âgé de 25 ans, entre le 15 août 1877, salle Saint-Félix, à la Charité. (Service de M. LABOULBÈNE.)

Ce jeune homme, fils d'une mère morte de phthisie pulmonaire, vint à Necker en 1874, pour y être soigné de douleurs au ventre. C'était la première fois qu'il était malade, sauf quelques légers rhumes. Il resta à Necker dans le service de M. Laboulbène du mois d'août 1874 au mois de septembre 1875.

Durant ce long séjour, on vit se développer chez lui diverses lésions, qui ne firent que confirmer le diagnostic qu'on avait porté sur son affection abdominale, c'est-à-dire péritonite tuberculeuse. C'est ainsi qu'il eut successivement une ostéite suivie de nécrose de la phalangette du petit doigt de la main gauche; une épididymite à droite, qui suppura.

Enfin, le sommet du poumon gauche parut être envahi par le tubercule. Néanmoins, la péritonite guérit, et, quand le malade quitta l'hôpital, il n'en restait plus trace.

Du mois de septembre 1875 jusqu'en août 1877, le sujet a eu un état général assez satisfaisant. Cependant, la toux n'avait jamais cessé complétement; quant à son ventre, il n'en avait été nullement inquiété.

En avril, il eut des douleurs dans le coude gauche, occasionnant quelque gêne dans les mouvements. Quelque temps après, il eut des douleurs au bord interne du pied gauche, qui allèrent jusqu'à empêcher la marche. C'est ce qui fit rentrer P... dans le service de M. Laboulbène, salle Saint-Félix, à la Charité, le 15 août 1877.

L'épididyme gauche, indemne jusqu'à ce moment, est devenu le siége d'un gonflement œdémateux. L'épididyme droit et le testicule correspondant sont très-bosselés. La prostate est aussi le siége de nodosités et très-sensible au toucher. Le gonflement du bord interne du pied gauche correspond à la face interne du scaphoïde.

Le coude gauche, sans gonflement, est douloureux, surtout pendant les mouvements, que limite, du reste, la contracture du biceps. L'examen de la poitrine, fait à son entrée, donne les signes suivants :

En avant : Sonorité conservée des deux côtés; vibrations exagérées à droite; respiration rude, saccadée sous les clavicules, avec résonnance de la voix et de la toux. Les bruits du cœur s'entendent jusque sous la clavicule droite.

En arrière : Augmentation des vibrations; de la résonnance de la voix, avec faiblesse des murmures vésiculaires et quelques craquements humides après les secousses de la toux dans la fosse sus-épineuse droite.

L'abdomen est souple, indolent, bien sonore; on ne perçoit rien qui ressemble à des restes de péritonite. Le foie semble seul déborder les fausses côtes, et est un peu sensible à la pression. Pas d'albumine ; pas de sucre dans l'urine.

Le malade, après ce premier examen, resta un certain temps dans le service; il ne se plaignait de rien, et on passait, le matin, à son lit sans faire grande attention.

En octobre, il se plaignit, un jour, d'avoir les urines changées, en même temps qu'il avait quelques difficultés à les rendre.

L'urine, recueillie dans un bocal, laissa déposer une grande quantité de pus; il n'y avait aucun écoulement par le méat en dehors des mictions. Les douleurs siégeaient au col de la vessie ; rien aux lombes. L'épididyme gauche suppure. L'état général est bon.

Quand, au 1er janvier, j'ai pris le service, mon collègue et ami, M. Davaine, m'a laissé les notes qui précèdent; je reconnus P... pour l'avoir vu dans le service de M. Laboulbène, à Necker.

Son état général paraissait bon; le coude était ce qui le faisait le plus souffrir, il pouvait marcher. L'urine assez claire, ne laissait pas déposer de pus, mais contenait un peu d'albumine. Dans le courant de janvier, il eut des douleurs le long du tibia droit; il s'y manifesta un peu de gonflement au périoste, qui céda à quelques applications d'ouate et d'iode.

30 *janvier*. — Tout à coup, le malade se plaint de douleurs de tête très-violentes, avec vomissements abondants, se produisant à propos du moindre mouvement.

2 *février*. — La fièvre s'allume avec prostation; les vomissements sont difficilement calmés par la potion de Rivière.

3 *février*. — La respiration perd sa régularité, et prend le type de Cheyne-Stokes. La sensibilité était très-variable, mais il y avait toujours retard des sensations.

4 *février*. — L'urine est fortement albumineuse; le malade tombe le soir dans le coma, ressemblant ainsi à un urémique ou à un malade atteint de tuberculose du cerveau.

Les pupilles deviennent inégales et dilatées.

5 *février*. — Le côté gauche du corps parait paralysé; cependant on arrive à y provoquer quelques mouvements. C'est plutôt de la contracture que de la paralysie.

10 *février*. — Le malade a passé ces derniers jours dans le coma absolu, toujours avec sa respiration irrégulière.

11 *février*. — Il meurt dans la matinée.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, toute la masse intestinale agglomérée forme un gros paquet, difficile à enlever, et au milieu duquel on ne trouve pas de granulations tuberculeuses. Les poumons étaient sains, à première vue, mais il y avait, à droite, de fortes adhérences, surtout vers le sommet. A la coupe, le sommet droit présentait des granulations. Rien à gauche. Le foie, assez gros, paraissait un peu graisseux. La rate n'offrait rien de particulier. Les deux reins que nous avons eu l'honneur de présenter à la Société anatomique, étaient assez gros : 15 cent. de long sur 8 de large. Ils sont tous deux bosselés, violacés. Le rein droit, plus mou que l'autre, laisse voir, à travers la substance corticale, de larges places blanchâtres. A la coupe, le rein gauche, très-congestionné, laisse écouler beaucoup de sang, les vaisseaux restent béants, on délimite difficilement les pyramides à la différence de couleur. Il présente, vers son tiers supérieur, une grosse masse jaunâtre granuleuse, molle, qui est certainement du tubercule.

Sur aucun autre point on ne trouve semblable lésion.

Le rein droit présente, à la coupe, l'aspect d'une ruche; ce qui reste de substance de la glande cloisonne des cavités remplies de pus, ou matière jaunâtre comparable à du mastic; à la moindre pression, on fait couler ce pus.

Un filet d'eau, versé sur ces portions ramollies, en détache la partie la plus liquide et laisse une paroi jaune filamenteuse.

Les *testicules* sont inégaux, le gauche est beaucoup plus volumineux que le droit. Sur le testicule droit, on trouve, vers la queue de l'épididyme, une masse tuberculeuse jaune, grosse comme un pois.

A la coupe : les tubes séminifères ont à peu près disparu; la substance testiculaire est remplacée par des amas blanchâtres, qui paraissent cicatriciels ; vers la partie postérieure, on trouve un autre noyau pareil à celui qui était dans la queue de l'épididyme. Le testicule gauche a le volume d'un œuf de poule ; sur la partie externe, on trouve une production jaunâtre qui faisait communiquer l'intérieur de l'albuginée avec l'extérieur par la fistule. La substance testiculaire est infiltrée de tubercules, et l'épididyme est presque entièrement caséifié.

Le scaphoïde gauche était friable, congestionné ; nous n'y avons pas trouvé de tubercules, pas plus que dans les têtes des os du coude gauche.

OBSERVATIONS. — Cette observation nous a paru curieuse à plusieurs points de vue :

Tout d'abord, la péritonite, qui a guéri, et qui, malgré l'absence de tubercules apparents à travers les fausses membranes qu'elle avait laissées, ne nous paraît pas moins se rattacher à la diathèse.

Cette marche spéciale du tubercule, qui semblait d'autant moins sévir sur un point que d'autres plus nombreux étaient

© BIU Santé

envahis, comme si le péritoine, les os, les testicules et surtout les reins, avaient servi de révulsion aux poumons. Ce testicule droit montrait bien ce que devient une orchite tuberculeuse guérie, tandis que le gauche la montrait en pleine évolution. Les reins, enfin, dont l'un avait presque échappé à la diathèse et permettait la vie, pendant que l'autre avait, pour ainsi dire, entièrement disparu.

Corps fibreux de l'utérus. — Péritonite aiguë généralisée;

par Albert Josias, interne des hôpitaux.

La nommée Saunier, âgée de 38 ans, couturière, est entrée dans le service de M. le professeur U. Trélat, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Rose, lit n° 12, le 22 janvier 1878.

Pas d'antécédents de famille, n'a jamais été malade, à 30 ans a eu un enfant; l'accouchement a été naturel. Réglée à 13 ans, avait toujours vu régulièrement et aussi abondamment; depuis quatre ans, les règles sont devenues irrégulières; mais, depuis dix-huit mois, elles apparaissent deux fois par mois et en quantité notable. Il y a deux ans environ, pour la première fois, la malade ressentit des douleurs vives dans la région hypogastrique; ces douleurs se sont reproduites souvent et la malade les compare aux douleurs expulsives de l'accouchement. Elle est sujette à avoir des douleurs lombaires, des coliques, de la constipation et se plaint principalement de métrorrhagies répétées. Le toucher vaginal permet de reconnaître l'existence d'une tumeur arrondie, lisse, dure, engagée à travers l'orifice externe du col utérin qu'elle dépasse de telle sorte que les lèvres du col constituent un bourrelet peu saillant et poli. Leucorrhée légère.

L'examen au spéculum, fait le 29 janvier, montre le polype saillant à travers l'orifice vaginal du col, ayant les dimensions d'un œuf de pigeon, d'une consistance dure et d'un aspect jaunâtre; l'examen avec l'hystéromètre révèle que son point d'implantation se trouve sur la partie inférieure de la face latérale gauche du col. Il s'agissait donc d'un corps fibreux légèrement pédiculé ayant franchi l'orifice utérin.

Le même jour, on opère la malade : le spéculum de Marion Sims est introduit de telle façon qu'il déprime par sa face convexe la paroi postérieure du vagin. Un aide maintenant écartées les grandes lèvres, M. Trélat saisit avec une pince à griffes le polype sur lequel il exerce une légère traction, puis incise avec les ciseaux le pédicule de la tumeur. Cette tumeur a les dimensions d'une grosse noix, est arrondie et présente à la coupe une surface lardacée, d'un blanc mat et très-résistante au toucher. L'opération est accompagnée d'un léger écoulement de sang; et, après un lavage de la plaie avec l'eau froide, la malade est portée dans son lit.

Les cinq jours qui suivent l'opération s'écoulent sans accidents; la malade se sent bien, n'éprouve aucune douleur, absence de fièvre, on la nourrit légèrement et on lui prescrit le repos absolu au lit. — Malheureusement, dans la nuit du 3 au 4 février, c'est-à-dire, cinq jours après l'opération, l'infirmière lui ayant refusé le bassin, elle se leva et quitta la salle pour aller à la garde-robe. Elle se refroidit, eut un frisson; et, le lendemain matin, au moment de la visite, nous constatons une fièvre légère, et un point douloureux au niveau du flanc droit. Embarras gastrique (huile de ricin, 30 gr. cataplasmes laudanisés en permanence sur le bas-ventre).

6 *février*. La douleur du flanc droit a augmenté. La fièvre persiste, constipation, (lavement émollient, vésicatoire sur le flanc droit).

7 *février*. La douleur est généralisée, plus vive au niveau de la région hypogastrique, quelques nausées. Envies fréquentes de vomissements, hoquet. Pouls petit, fréquent, régulier. — P. 120; T. 38°,9. Soir: P. 108; T. 39°,4, matin 120; soir 108.

8 *février*. Même état, ventre ballonné, facies abdominal, yeux excavés, langue sèche, vomissements bilieux. P. 108; T. R. 39°,9. — Soir: P. 136; T. 39°,7. Onctions faites sur l'abdomen avec l'onguent mercuriel, cataplasmes laudanisés, vésicatoire sur le flanc gauche, limonade vineuse, glace, potion avec 2 gr. de chloral.

9 *février*. Le ventre est plus tendu, plus douloureux; la pression des draps n'est pas tolérable, vomissements fréquents, nausées, insomnie, respiration anxieuse. P. 108; T. R. 37°,8. — Soir : P. 136; T. 38°,6.

10 *février*. Nuit agitée, aggravation des symptômes, respiration fréquente, supérieure P. 148; T. 38°,4. La malade meurt à 1 heure de l'après-midi, c'est-à-dire douze jours après l'opération et sept jours après le premier frisson.

Autopsie faite 44 heures après la mort. — *Cavité abdominale*: le péritoine présente une injection vasculaire intense et est recouvert dans toutes ses parties d'un exsudat fibrineux; un liquide peu abondant, séro-purulent, se rencontre dans les parties déclives, principalement dans l'excavation pelvienne au niveau des ligaments larges. Les anses de l'intestin sont très-distendues par les gaz et adhèrent les unes aux autres par l'intermédiaire des exsudats fibrineux et purulents. Sur la face convexe du foie, on remarque une injection très-nette des vaisseaux. Le foie, non hypertrophié, présente une coloration jaunâtre, pâle; les vaisseaux sanguins semblent un peu saillants. L'*utérus* est un peu plus volumineux, sa longueur mesurée du bas-fond de l'organe à l'orifice du col donne 0 m 090; sa largeur, comprise entre l'insertion des deux trompes donne 0 m 070; son épaisseur est égale à 0 m 025. — Le péritoine qui recouvre l'utérus et les ligaments larges présentent, surtout à gauche, une vascularisation très-fine et très-nette. Au milieu de ces prolongements, de ces réseaux vasculaires, existent quelques traînées blanches, également ténues. Sur le bas-fond de l'utérus, immédiatement au-dessus et en arrière de la trompe de Fallope du côté gauche, se trouve un corps fibreux sous-péritonéal, arrondi et ayant les dimensions d'une noisette. En incisant l'utérus sur la ligne médiane de sa face antérieure, depuis sa base jusqu'à son col, on met à nu sa surface interne, ce qui permet de constater à la partie inférieure et gauche du col un sillon inégal, irrégulier, rosé, dont les bords également rosés sont ramollis.

En avant de ce sillon et sur la lèvre antérieure du col apparaissent trois petits kystes muqueux, lenticulaires, blancs, transparents, contenant une matière visqueuse. C'est au niveau de ce sillon que s'implantait le corps fibreux excisé. Tout le côté droit de la muqueuse utérine est ramolli et rosé; en outre, vers la partie médiane du bas-fond de l'utérus, un polype muqueux d'un rouge très-intense, d'une consistance molle et ayant les dimensions d'un pois ordinaire, présente un pédicule peu étendu. Dans l'épaisseur des parois musculaires de ce même organe, on remarque l'existence de plusieurs corps fibreux intra-pariétaux (trois à quatre), durs, résistants à la coupe et variant du volume d'une noisette à celui d'une petite noix. Les autres viscères abdominaux sont normaux.

Cavité thoracique. — La plèvre diaphragmatique droite présente des exsudats fibrineux et purulents avec un épanchement séro-purulent peu abondant. Les deux poumons sont très-congestionnés, et n'offrent pas d'abcès métastatiques. Rien sur la plèvre gauche, ni sur le péricarde, ni dans le cœur.

Réflexions. — L'intérêt de cette observation ne repose pas essentiellement sur le diagnostic facile de la maladie, non plus que sur l'opération simple qui fut pratiquée.

Le polype fibreux reconnu et l'ablation qui en fut faite avec les ciseaux, sont deux actes secondaires, accessoires même chez notre malade. Ce que nous tenons à faire ressortir, c'est l'existence d'une complication grave et redoutable dans des circonstances déterminées, malgré les apparences les plus heureuses. Si l'hémorrhagie, la péritonite, la phlébite et la pyohémie sont des accidents avec lesquels il faut compter dans les diverses affections utérines, notamment dans les opérations que l'on pratique sur l'utérus, on peut, dans le cas présent, s'étonner de la péritonite aiguë généralisée qui a emporté notre malade. Aussi, tenant compte d'une part de l'imprudence commise par la malade elle-même, qui s'est levée cinq jours après son opération, et attachant, d'autre part, une grande importance à l'inflammation péritonéale, déterminée par une lymphangite reconnaissant pour cause la plaie de la muqueuse utérine, nous avons à relever plusieurs faits importants : La péritonite aiguë généralisée n'est nullement en rapport avec l'incision peu étendue, peu profonde et bien délimitée de la muqueuse utérine. Le début des accidents a coïn-

© BIU Santé

cidé avec un refroidissement. Le pronostic d'une semblable opération devra toujours être réservé.

Hypertrophie énorme de la prostate ; rétrécissement ; calculs de la prostate ; par Alf. Jean, interne des hôpitaux.

Le nommé M.., Julien, âgé de 63 ans, entré à l'hôpital Necker, le 5 février 1878, salle Saint-Vincent, n° 3 (service de M. le professeur Guyon).

Cet homme a eu une légère chaudepisse à l'âge de 20 ans. En 1846, le malade a commencé à uriner plus souvent ; les mictions étaient longues et douloureuses et les dernières gouttes tombaient dans son pantalon. En 1855, il eut une rétention d'urine et fut traité par la dilatation, pendant une année. Depuis cette époque jusqu'en 1869, tous les accidents avaient disparu, quand à ce moment, il fut repris de douleurs pendant les mictions, qui devinrent douloureuses et très-longues, le malade urinant goutte à goutte.

Le 4 février 1878, sans cause appréciable, le malade fut pris d'une rétention d'urine ; un médecin de la ville fit un cathétérisme infructueux et provoqua une légère hémorrhagie uréthrale.

Le 5 février, on explore son canal avec des explorateurs à boule olivaire ; tous, depuis le n° 21 jusqu'au n° 6, sont arrêtés à la région perméo-bulbaire. On peut introduire une petite bougie filiforme, collodionnée, mais cette bougie, qui a franchi le rétrécissement, s'arrête au niveau de la région prostatique ; on la laisse à demeure. La vessie est très-distendue et remonte jusqu'à l'ombilic. Le malade urine par regorgement.

6 *février* — La bougie est sortie pendant la nuit. On en fixe une autre à demeure ; mais celle-ci, pas plus que la première ne peut franchir la région prostatique. — La vessie est encore plus distendue que la veille ; elle remonte à deux centimètres au-dessus de l'ombilic.

7 *février*. — Le malade a uriné par regorgement avec sa bougie à demeure. La vessie est un peu moins distendue, mais l'état général devient grave. La température n'est pas élevée. Le malade est oppressé, et on entend des râles muqueux dans la poitrine.

8 *février*. — Congestion pulmonaire très-intense. La langue est sèche, recouverte d'un enduit brunâtre. La température s'abaisse à 35°,6. Mort.

Autopsie. — Les *poumons* sont extrêmement emphysémateux. Pas trace de tuberculose. Congestion aux bases.

Cœur. — Très-gros : 660 grammes. Le cœur droit est normal. Hypertrophie énorme du ventricule gauche. Pas d'insuffisance aortique, ni mitrale. Le bord de la valvule mitrale est un peu épaissi. Aorte légèrement athéromateuse ; quelques plaques calcaires. *Foie*, *rate*, sains.

Reins assez volumineux : chaque rein pèse 230 grammes. Ils sont pâles à la surface. La capsule fibreuse s'arrache facilement, sans entraîner de substance corticale. La périphérie est bosselée, granuleuse et présente une quantité considérable de petits kystes miliaires. La substance corticale est normale, ni diminuée, ni augmentée.

La vessie est pleine d'une urine claire. Très-distendue ; elle remonte jusqu'à l'ombilic. Son épaisseur est à peu près normale. Nullement hypertrophiée, elle paraît, au contraire, amincie en certains points. La surface interne est à peu près lisse. Le bas-fond est très-prononcé, car la prostate, très-hypertrophiée, remonte dans l'intérieur de la cavité vésicale.

Prostate du volume d'une petite orange. Les deux lobes latéraux sont énormément hypertrophiés ; le médian est à peu près normal. Au premier abord, on pourrait croire que l'hypertrophie est générale, car les lobes latéraux se rejoignent en arrière, et le col vésical est limité par un bourrelet circulaire très-régulier. Sur le lobe latéral gauche, existe une petite saillie, en forme de champignon, de la grosseur d'un pois. En coupant la prostate sur la ligne médiane, on rencontre de nombreuses lacunes remplies par des petits calculs noirâtres, irréguliers, triangulaires, variant de la grosseur d'une petite graine à celle d'un grain de tabac. A l'entrée de la région membraneuse, rétrécissement peu marqué. Quelques petites brides fibreuses. Dilatation en arrière.

Les calculs qui naissent et se développent dans l'intérieur de la prostate, présentent deux variétés bien distinctes. La première est très-fréquente chez les individus qui ont dépassé l'âge de cinquante ans, constitue la gravelle prostatique ; ce sont de petits graviers à peine perceptibles à l'œil nu, offrant un diamètre qui varie depuis un centième de millimètre jusqu'à celui d'une tête d'épingle. Morgagni avait déjà décrit ces calculs et les comparait à des grains de tabac. M. Robin (*Traité des humeurs*, p. 447) en a étudié la structure, et d'après leurs réactions avec les acides et les bases, il conclut que ces calculs transparents ou demi-transparents, de couleur ambrée ou rougeâtre, sont essentiellement des concrétions de nature azotée.

La seconde variété est beaucoup plus rare, et c'est à celle-ci que se rapportent les calculs que nous présentons. Leur composition chimique paraît très-variable ; on y a trouvé du phosphate, du carbonate de chaux, du phosphate ammoniaco-magnésien, de l'oxalate de chaux.

Un calcul prostatique de cette variété, analysé par Lassaigne, lui a donné :

Phosphate de chaux	845
Carbonate de chaux	5

M. R. Leroy (d'Etioles) a présenté à la Société anatomique un petit calcul prostatique en forme de cornemuse, composé de phosphate de chaux, qui avait été extrait par Bérard. Au musée Dupuytren (n° 145), on trouve quatre petits calculs à facettes, composés de :

Phosphate de chaux	60 pour 100.
Phosphate ammoniaco-magnésien	20 —
Carbonate de chaux	20 —

Au n° 166 du même musée, on voit de petits calculs dont la périphérie est formée de phosphate de chaux, et dont la partie centrale contenait de l'oxalate et du carbonate de chaux.

Les petits calculs que nous présentons aujourd'hui ont été analysés avec soin par notre ami, M. Guignard, et de cette analyse il résulte qu'ils sont composés de *phosphate de chaux*. Voici d'ailleurs le détail de l'opération.

Calculs intra-prostatiques : Poids = 0,09 centigrammes. 1° Un fragment de calcul, incinéré dans une capsule de platine perd environ la moitié de son poids, par suite de la destruction de la matière organique ; 2° Il ne donne pas la réaction caractéristique de l'acide urique ou des urates, par l'acide azotique et l'ammoniaque ; 3° Le résidu de l'incinération ne fait pas effervescence par l'addition d'une goutte d'acide chlorhydrique : il n'est donc pas formé par un carbonate qui pourrait résulter de l'incinération de l'oxalate de chaux. D'ailleurs, le calcul traité directement par l'acide sulfurique pur ne donne pas de dégagement d'oxyde de carbone, caractéristique de la présence d'un oxalate ; 4° On obtient avec le molybdate d'ammoniaque la réaction caractéristique des phosphates ; 5° Ce phosphate est un phosphate de chaux, parce que l'oxalate d'ammoniaque donne un précipité d'oxalate de chaux insoluble dans l'acide acétique. De plus, l'infusibilité du résidu au chalumeau démontre l'absence du phosphate de magnésie.

Donc ces calculs, dans leur partie minérale, sont composés de phosphate de chaux.

Si nous avons présenté cette observation, c'est à la fois pour montrer cette hypertrophie énorme de la prostate, et pour appeler l'attention sur les calculs prostatiques. Ces derniers sont mentionnés dans tous les auteurs ; cependant, ils sont assez rares pour que, depuis une dizaine d'années, ils ne se soient pas encore présentés à l'observation de notre maître, M. Guyon. En effet, si on fait abstraction des calculs qui sont arrivés dans la prostate à la suite de l'opération de la taille, et de ceux qui, nés dans la vessie, en sont sortis alors qu'ils étaient d'un petit volume, et se sont creusés une loge dans la glande, on verra qu'on sera forcé d'éliminer une grande partie des observations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mai. — Présidence de M. Tarnier.

Castration dans un cas d'hématocèle. — Discussion sur les inconvénients de la ligature en masse du cordon. Au nom de M. le Dr Poinsot, de Bordeaux, M. le secrétaire donne lecture

© BIU Santé

d'une observation d'hématocèle du scrotum, traitée par la castration, chez un individu d'une cinquantaine d'années. Avant l'opération il y avait eu erreur de diagnostic : M. Poinsot croyait avoir affaire à un sarcome du testicule, parce que la tumeur s'était développée rapidement, que la peau était adhérente en certains points, et que le malade n'avait pas reçu de coup sur les bourses.

La castration fut pratiquée sous le nuage phéniqué, avec toutes les précautions indiquées par M. Lucas-Championnière dans son mémoire sur la chirurgie antiseptique. M. Poinsot fit la ligature du cordon en deux paquets séparés et avec des fils de catgut ; et, tout en pratiquant la réunion immédiate dans les cinq sixièmes de la plaie, il laissa dans le fond de la plaie une mèche de crins de cheval, qu'il fit sortir par le point le plus déclive. La guérison eut lieu en quelques jours sans accidents.

M. Poinsot insiste sur les avantages de la mèche de crins de cheval employée en guise de drain. En terminant il répond au reproche que lui avait adressé M. Desprès, dans une précédente séance, au sujet de la ligature en masse du cordon. S'il a lié tous les éléments du cordon, il n'a fait, dit-il, que se conformer aux préceptes de beaucoup d'auteurs classiques.

M. Desprès maintient que la ligature en masse du cordon dans la castration est une mauvaise pratique, parce qu'elle peut amener le tétanos. Il y a des observations qui le prouvent; aussi le chirurgien ne doit pas exposer son malade à un pareil danger.

M. Verneuil a publié une observation de tétanos survenu après la ligature en masse du cordon. Paletta a aussi perdu un de ses opérés de cette même complication survenue dans des conditions identiques.

M. Verneuil est persuadé qu'en cherchant bien on trouverait plusieurs cas analogues. Mais indépendamment de la complication possible de tétanos, la ligature en masse offre d'autres inconvénients. C'est ainsi qu'elle peut être suivie de *funiculite*, avec gonflement douloureux au niveau du trajet inguinal. M. Verneuil préfère la ligature séparée de tous les vaisseaux du cordon, artères et veines ; les veines spermatiques qui sont dépourvues de valvules, donnent quelquefois lieu à une hémorrhagie, quand elles restent béantes. Quant aux ligatures au catgut, elles sont pour M. Verneuil bien supérieures aux ligatures ordinaires.

M. Le Dentu déclare que la ligature en masse provoque des douleurs insupportables pour le malade. C'est un inconvénient grave que l'on évite sûrement par la ligature des vaisseaux les uns après les autres. Pour M. Le Dentu cette ligature séparée ne présente aucune difficulté.

M. Tillaux trouve la question bien plus complexe. Il n'est pas démontré que le tétanos soit la conséquence de la ligature des nerfs du cordon et du canal déférent. M. Tillaux a pour sa part pratiqué plusieurs castrations en employant la ligature en masse, et il n'a jamais observé d'accidents. D'un autre côté la ligature des vaisseaux un à un offre aussi des inconvénients : les artères se rétractent dans l'anneau et il n'est pas toujours facile de les saisir. Un autre point doit aussi fixer l'attention : après la ligature en masse les fils mettent très-longtemps à tomber, Aussi pour hâter la chute des fils, M. Tillaux a-t-il adopté le procédé suivont : avant de sectionner le cordon, il partage les différents éléments en trois faisceaux, et il lie chacun de ces faisceaux séparément. C'est donc la ligature des vaisseaux, des nerfs et du canal déférent par paquets séparés.

M. Marc Sée a abandonné depuis longtemps la ligature en masse. Quand il enlève un testicule il étale le cordon, et place une ligature sur chacun des vaisseaux avant de faire la section.

M. Terrier rappelle la pratique de M. Chassaignac qui faisait la castration à l'aide de l'écraseur linéaire, et qui n'avait jamais d'hémorrhagie soit primitive, soit consécutive, et jamais non plus de tétanos. Du reste, les vétérinaires qui pratiquent la castration chez les animaux avec la ligature en masse, n'ont pas noté la complication de tétanos.

Opération du phimosis par la ligature élastique. M. le docteur Hue, de Rouen, lit un travail sur une modification particulière qu'il a apportée à l'opération du phimosis. Au lieu de sectionner tout le prépuce avec un instrument tranchant, il se contente de traverser, à l'aide d'une aiguille, le prépuce à la base du gland, sur sa face dorsale, et de lier avec un fil de caoutchouc la portion de peau comprise en avant de l'orifice. Au bout de trois à quatre jours la section est terminée ; les malades ne souffrent pas, et peuvent au besoin continuer leur travail. M. Hue a vu son procédé réussir 80 fois sur des vieillards comme sur des enfants. Au point de vue esthétique, d'après M. Hue, le résultat définitif est des plus élégants : le gland, à demi découvert conserve son ornementation naturelle ; il n'y a pas à craindre ces balafres de la verge qui causent tant d'effroi aux hommes qui poussent à l'extrême la coquetterie de leurs organes génitaux. Tels sont les avantages que M. Hue, dans un style d'image, a revendiqués pour son procédé d'opération du phimosis.

Enfin, M. Marc Sée présente le cerveau d'un homme de 55 à 60 ans qui avait une atrophie complète du membre supérieur droit par suite de paralysie infantile. Ce qui a paru remarquable à M. Marc Sée, c'est l'inégalité des circonvolution frontale droite et gauche ; tandis que la circonvolution frontale ascendante droite est normale, celle de gauche est complétement atrophiée. Or, c'est précisément l'endroit qui a été assigné comme le centre des mouvements du membre supérieur du côté opposé.

Le bulbe n'offrait aucune lésion apparente ; la moelle n'a pas été examinée. Ch. Avezou.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

IV. Traité de thérapeutique appliquée basée sur les indications, etc. : par J.-B. Fonssagrives, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier. Tome I.— A. Delahaye, Paris. (Le tome II qui termine l'ouvrage paraîtra dans le mois de juillet).

M. le professeur Fonssagrives vient de publier le premier volume d'un traité de thérapeutique appliquée. L'auteur, a voulu réagir contre le scepticisme thérapeutique qui augmente tous les jours justement à l'époque où nous voyons apparaître un si grand nombre de médicaments nouveaux. Pour lui, ce scepticisme tient d'une part à l'étude incomplète des données de la thérapeutique, et d'autre part aux défectuosités de la méthode usitée pour cette étude. En effet, grouper autour d'un médicament les diverses maladies dans lesquelles il peut être utile, ou bien cataloguer autour d'une maladie tous les médicaments employés contre elle, voilà les deux méthodes suivies aujourd'hui. La première est celle des traités de thérapeutique actuels. Il est difficile de se défendre en les lisant de cette pensée : qu'un médicament qui guérit tant de maladies si diverses doit avoir été surfait pour le moins. La seconde est celle des traités de pathologie le plus en vogue; comme le disait M. le professeur Béhier, les chapitres de thérapeutique y ressemblent à un meuble à tiroirs dont chacun porterait l'étiquette d'une maladie ; ouvrez, et vous trouvez dedans les médicaments à employer. La routine est substituée au travail et à la réflexion.

M. Fonssagrives n'a suivi ni l'une ni l'autre de ces méthodes. Pour écrire son livre essentiellement clinique, il s'est mis devant un malade et il a étudié les opérations de son esprit. Il a vu qu'une fois le diagnostic posé, les indications tirées du malade et de la maladie discutées, on arrive nécessairement, mais alors seulement, à se poser cette question : Que faire ? Comment le faire? « Aller du médicament à l'indication, dit-il, » n'est pas le procédé clinique ; il consiste, au contraire, à aller » de l'indication, quand elle a été saisie par l'esprit, au moyen » tiré de la pharmacologie ou de l'hygiène qui est le plus » susceptible de la remplir. En procédant ainsi, on met à la » base d'une détermination thérapeutique une opération de » l'esprit dogmatique ou empirique, suivant le cas: on sait » (chose si importante) ce que l'on veut faire et on choisit la » meilleure route pour arriver au but qu'on se propose. » Cette phrase de la préface résume la méthode employée par l'auteur et justifie son titre de thérapeutique appliquée.

Mais il ne pouvait faire une sèche énumération des indica-

© BIU Santé

tions et des médicaments qu'elles réclament : une classification était nécessaire.

M. Fonssagrives s'éloigne encore ici, avec grand avantage pensons-nous, des auteurs qui l'ont précédé. Contrairement à Trousseau et Pidoux, il renonce à la prétention de classer, d'un bloc, le même médicament dans un seul groupe ; chaque médicament étant un faisceau thérapeutique dont les traits séparés peuvent appartenir à des groupes divers. L'action physiologique adoptée par M. Rabuteau comme base de classification est variable suivant les modalités infinies de l'individu ; il est difficile, par conséquent, d'asseoir sur elle une classification. D'ailleurs combien de médicaments dont l'action physiologique ne saurait expliquer les divers modes et les diverses circonstances d'emploi. M. Fonssagrives, voulant surtout faire une classification utile au lit du malade, prend la clinique pour base et divise les agents thérapeutiques suivant les diverses manières dont nous pouvons agir sur l'organisme. Pour lui, on peut influencer l'économie suivant trois modes : 1° En agissant sur la manière d'être des fonctions ; 2° En agissant sur la cause des changements fonctionnels ou en créant une forme de santé qui empêche cette cause d'agir ; 3° En créant des actes ou des états morbides qui favorisent la marche de la maladie vers la guérison. De là trois médications : la médication physiologique ou biocratique, la médication étiocratique, la médication nosopoïétique. La médication biocratique forme le sujet de ce premier volume. Par elle, on active, on déprime, on régularise, on *gouverne* à son gré les fonctions de l'organisme vivant. Les divisions du sujet sont toutes naturelles et fournies par les diverses fonctions : 1° Modificateurs de l'action nerveuse ; 2° Modificateurs de l'état du sang et de la circulation : 3° Modificateurs de la respiration et de la calorification ; 4° Modificateurs des sécrétions ; 5° Modificateurs de la nutrition. Chacun de ces chapitres se subdivise naturellement suivant qu'on veut stimuler, déprimer, régulariser la fonction.

M. Fonssagrives, dont tout le monde connaît les travaux sur l'hygiène, n'a pas seulement étudié les médicaments que fournit la pharmacologie, il a mis à côté de chacun son régime : c'est-à-dire l'ensemble des conditions d'hygiène qui peuvent le faire valoir. Il a consacré aussi un certain nombre de pages aux modificateurs hygiéniques des diverses fonctions et ce sujet lui a fourni la matière de plusieurs chapitres qui ne sont pas les moins intéressants de l'ouvrage. De plus des formules sont placées au bas de la page en face même des indications auxquelles elles s'adaptent le mieux. « De cette façon le clinicien trouve réunis les motifs de son intervention, le sens dans lequel il doit agir et l'instrument de son action. »

Tel est le plan suivi par M. Fonssagrives. Le lecteur, en parcourant ces pages, résumé de toute une vie d'études et de méditations, verra comment l'auteur a su remplir le cadre qu'il s'était tracé. Ce livre, écrit dans le style clair, élégant, facile de l'auteur, d'une lecture attrayante, est un ouvrage essentiellement pratique. Il est destiné à prendre sa place sur la table de tout praticien qui, sachant qu'il ne peut toujours guérir, veut toujours au moins être utile. Dr S. Morer.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS.

Rapport sur un projet de vœu relatif à une nouvelle organisation du service des accouchements dans les hôpitaux ; par Bourneville (1).

(Annexe au procès-verbal de la séance du 11 avril 1878.)

Messieurs,

Au mois de mai dernier, nous avons déposé un vœu pour demander à l'administration de l'assistance publique : 1° d'instituer des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices ; 2° de confier ces services à des médecins accoucheurs, de même que les services de médecine sont confiés à des médecins et les services de chirurgie à des chirurgiens ; 3° de nommer les médecins accoucheurs à la suite d'un concours imposant des connaissances générales et spéciales.

Ce vœu a été signé par MM. Asseline, Cadet, Clavel, Collin, Fr. Combes, Dubois, de Heredia, Lafont, Lamouroux, Lauth, Level, Levraud, Loiseau, Georges Martin, Métivier, Réty, Sigismond Lacroix.

Pour justifier ce vœu et mettre en relief l'utilité de la réforme que nous désirons vous voir demander à l'administration, nous devons exposer la situation des services d'accouchements tels qu'ils sont constitués aujourd'hui dans nos hôpitaux.

Outre la Maternité consacrée exclusivement aux femmes en couches, il existe des services de nourrices et des services de femmes en couches dans les établissements hospitaliers qui suivent :

HOPITAUX	SERVICES D'ACCOUCHEMENTS		SERVICES DE NOURRICES	
	LITS	BERCEAUX	LITS	BERCEAUX
Pitié	17	17	7	7
Charité	18	18	14	14
Temporaire	»	»	23	23
Saint-Antoine	2	2	27	17
Necker	6	6	12	12
Cochin	48	44	»	»
Beaujon	16	16	»	»
Lariboisière	28	28	8	8
Saint-Louis	28	30	»	»
Lourcine	18	18	6	6
Clinique	60	44		

Sauf une partie de la Maternité, et la maternité de Cochin, qui sont confiées à des chirurgiens dont le premier est l'un des accoucheurs les plus distingués de Paris ; sauf aussi le service d'accouchements de l'hôpital des Cliniques, qui est dirigé par le professeur de clinique obstétricale de la Faculté de Médecine, toutes les autres salles d'accouchements ont à leur tête des médecins ordinaires des hôpitaux. Vous connaissez tous la réputation méritée qu'ils possèdent et les services qu'ils rendent. Or, ceux d'entre eux qui sont chargés de la salle d'accouchements, ont, en général, une salle de femmes et une salle d'hommes, affectés de maladies aiguës. C'est par celles-ci qu'ils commencent leur visite ; c'est à ces malades qu'ils consacrent forcément la plus grande partie de leur temps. Aussi ne peuvent-ils faire, le plus souvent, qu'une courte apparition dans la salle des femmes en couches. Quelques-uns, il est vrai, qui se sont plus spécialisés, font exception et s'occupent activement des femmes en couches.

L'inconvénient déjà sérieux, qui résulte de ces visites imparfaites n'est pas le seul. Lorsqu'il s'agit d'accouchements naturels, les internes suffisent parfaitement à la tâche. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'accouchements nécessitant de graves opérations. Alors l'interne prévient le directeur qu'il y a lieu de faire appeler un chirurgien spécial. Deux chirurgiens des hôpitaux sont d'ordinaire désignés pour ce service exceptionnel. Un commissionnaire se rend chez le chirurgien le plus voisin, et, s'il ne le trouve pas, chez le second. De là, un retard ; mais s'il ne rencontre pas ce dernier, on est obligé d'attendre et en pareille circonstance, c'est chose grave. Une intervention en temps utile aurait pu sauver deux existences ; une opération tardive échoue bien souvent.

Nous ne voulons pas nous appesantir davantage ni citer des faits. Cette simple indication suffira pour vous faire comprendre, Messieurs, les inconvénients de l'organisation actuelle.

Le service des salles de femmes en couches confié à des accoucheurs nommés au concours, non-seulement permettrait aux malades ou mieux, aux femmes enceintes et en couches, d'être soignées par des hommes particulièrement compétents,

(1) Rapport fait au nom de la 4e commission. Cette commission (*Instruction publique. — Assistance publique. — Mont-de-Piété*) est composée de MM. Harant, *président ;* Lafont, *secrétaire ;* Bourneville, François Combes, Hovelacque, Lauth, Level, Loiseau, Prétet, Thulié.

© BIU Santé

mais offrirait encore d'autres avantages que nous allons énumérer.

Le médecin accoucheur ayant un service l'intéressant directement, un service qui ne serait pas pour lui comme un supplément ajouté à son service ordinaire, pourrait donner tout son temps à ses malades. Il connaîtrait d'une manière précise la situation de toutes les femmes enceintes ou en travail, présentes dans ses salles, et saurait d'avance si son intervention sera indispensable ou non. Une présentation vicieuse est-elle évidente, une opération grave, telle que l'embryotomie, est-elle indiquée, il prendra ses précautions, reviendra voir la malade, fournira les indications nécessaires pour que, en cas de besoin, on sache où le trouver. En un mot, toutes les précautions seront prises afin d'éviter une perte de temps préjudiciable aux intérêts de la mère et de l'enfant.

Autre avantage. Dans toute la région relevant d'un hôpital, les sages-femmes chez lesquelles l'Assistance publique envoie des malades devraient, si un cas difficile ou douteux se présentait, conduire la malade le matin à l'hôpital, à la visite de l'accoucheur; ou bien si la complication survenait pendant le travail ou après la délivrance, les sages-femmes devraient prévenir l'accoucheur qui se rendrait chez elles. De la sorte, tous les accouchements d'une région seraient attentivement surveillés. Cette organisation pourrait rendre de grands services car, fréquemment, en obstétrique, l'intervention, nous ne saurions trop le répéter, est une opération d'urgence. Elle ne toucherait du reste en rien à l'organisation des bureaux de bienfaisance; elle ne diminuerait pas non plus le nombre des services de médecine ou de chirurgie. Ceux de ces services, dont seraient distraites les salles de femmes en couches et de nourrices, resteraient composés de leurs deux salles de malades ordinaires, ce qui est parfaitement suffisant.

Enfin — et ce serait là une question à étudier — cette création de médecins accoucheurs permettrait d'organiser dans l'avenir les accouchements à domicile qui seraient faits par les étudiants en médecine, sur le point d'être reçus docteurs, sous la direction de l'accoucheur de l'hôpital. L'administration de l'Assistance publique rendrait ainsi de nouveaux services, tout en y trouvant un bénéfice : elle pourrait secourir, chez elles, un certain nombre de femmes pauvres qu'elle n'aurait à entretenir ni à l'hôpital ni chez les sages-femmes.

En réalisant le vœu que nous avons déposé, on ne ferait d'ailleurs qu'imiter ce qui est mis en pratique avec beaucoup de succès dans la plupart des autres pays, en Angleterre, en Suisse, en Autriche, en Allemagne. Dans toutes ces contrées, en effet, les services d'accouchements sont confiés à des accoucheurs de profession. Dans la plupart de ces pays, chacun le sait, les services hospitaliers sont toujours divisés en trois catégories : médecine, chirurgie, accouchements. Il en est ainsi à Londres, Edimbourg, Dublin, Genève, Berne, Zurich, Munich, Vienne, Pesth, Prague, Berlin, sans parler de bien d'autres villes. Nous rappellerons aussi que souvent, et cela est plus spécialement bien organisé à Londres, chaque hôpital est le centre d'un district dans lequel les accouchements à domicile sont faits par les étudiants, sous la direction du chef du service obstétrical.

Pour nous en tenir, quant à présent, à l'organisation de ces services dans l'hôpital même, il nous semble qu'ils devraient comprendre : 1° Les femmes enceintes, malades pendant leur grossesse; — 2° Les femmes dont la grossesse est anormale ou compliquée; — 3° Les femmes en couches; — 4° Les femmes malades de suite de couches immédiates ou éloignées; — 5° Les nourrices.

Nous pensons qu'il convient que l'administration crée ces services d'accouchements progressivement, de manière à ne mettre au concours qu'une place chaque année ou deux places tous les deux ans. Ceci permettrait aux internes actuels, qui désireront s'adonner aux accouchements, de diriger, le moment étant venu, leurs études dans le sens de ce concours. Grâce à cette précaution, le recrutement se fera dans les meilleures conditions possibles.

L'Administration de l'Assistance publique devra faire étudier les conditions de ce concours, dans lequelles seront exigées : 1° des connaissances générales en médecine et en chirurgie; 2° des connaissances spéciales en accouchements. Enfin, elle aura à fixer la composition du jury et la date du premier concours, en laissant aux candidats un délai d'au moins six mois pour se préparer. Prenant en considération les arguments développés dans le cours de ce rapport, la 4e commission demande au Conseil municipal d'adopter, dans les termes ci-après, le vœu qui lui a été soumis.

Paris, 11 avril 1878. *Le rapporteur*: BOURNEVILLE.

Projet de délibération.

Le Conseil, considérant, etc.

Délibère : L'administration de l'Assistance publique est invitée : 1° à instituer dans les hôpitaux de Paris des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices; — 2° A confier ces services à des médecins accoucheurs; — 3° A nommer ces médecins accoucheurs à la suite d'un concours imposant aux candidats des connaissances générales et spéciales.

VARIA

Concours d'agrégation en médecine.

29 candidats s'étaient fait inscrire pour subir les épreuves du concours, qui s'est ouvert le 16 février 1878. Six se sont désistés. Sur les 23 candidats restants, ont déclaré être candidats : pour la *Faculté de Paris*, 12; pour la *Faculté de Lille*, 2; pour la *Faculté de Lyon*, 2; pour la *Faculté de Montpellier*, 3; pour la *Faculté de Nancy*, 2; à la fois pour Paris et Lille, 1; pour toutes les Facultés, 1. — Dans sa séance du 15 mars, sept ont été éliminés.

Le 7 mai, ont été nommés agrégés, pour *Paris*: MM. Straus, Debove, Rendu, Hallopeau; pour *Montpellier*: MM. Carrieu, Mairet, pour *Nancy*: MM. Spillmann et Demange; pour *Lyon*: MM. Teissier et Laure; pour *Lille*, le jury ne propose pas d'agrégés; pour toutes les Facultés, M. Pitres. Nos lecteurs verront avec plaisir, nous n'en doutons pas, les nominations de nos collaborateurs, MM. Debove, Pitres, Teissier et Straus.

Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

Une décision présidentielle en date du 5 octobre 1872 dispose que chaque année un concours aura lieu au mois de septembre pour l'admissiou aux emplois d'élève du service de santé militaire, et que les candidats admis, dans la proportion déterminée par les besoins du service, seront répartis, à leur choix et suivant leur convenance, entre les douze villes ci-dessous indiquées qui possèdent à la fois un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil et une faculté de médecine ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie, savoir : Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Besançon, Grenoble et Alger.

En exécution de ces dispositions, un concours pour les emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira :

A Paris, le 23 août 1878;
A Lille, le 29 du même mois;
A Nancy, le 1er septembre;
A Besançon, le 4 du même mois;
A Lyon, le 7 du même mois;
A Marseille, le 11 du même mois;
A Montpellier, le 14 du même mois;
A Toulouse, le 18 du même mois;
A Bordeaux, le 22 du même mois;
A Rennes, le 26 du même mois.

Aux termes de la décision précitée, sont admis à concourir :

Pour les emplois d'élève en médecine :

1° Les étudiants pourvus des deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint;

2° Les étudiants ayant 4, 8 et 12 inscriptions valables pour le doctorat et ayant subi avec succès les examens de fin d'année correspondant au nombre de leurs inscriptions;

En exécution du décret du 22 août 1854, 14 inscriptions d'école préparatoire seront acceptées pour 12 inscriptions de faculté.

Pour les emplois d'élève en pharmacie :

1° Les étudiants pourvus du diplôme de bachelier ès sciences complet;

2° Les étudiants ayant 4 inscriptions d'école préparatoire ou d'école supérieure pour le titre de pharmacien de 1re classe;

3° Les étudiants ayant 8 inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe et ayant subi avec succès les examens réglementaires.

10 inscriptions d'école préparatoire pourront suppléer à 8 inscriptions d'école supérieure.

Les autres conditions sont les suivantes :

1° Etre Français;

© BIU Santé

2° Avoir eu au 1er janvier de l'année du concours plus de dix-sept ans et moins de vingt et un ans (élèves sans inscriptions), moins de vingt-deux ans (élèves à 4 inscriptions), moins de vingt-trois ans (élèves à 8 inscriptions), et moins de vingt-quatre ans (élèves à 12 inscriptions);

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins, et pourra être vérifiée, au besoin, par le jury d'examen;

4° Souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins à dater de l'admission au grade d'aide-major de 2e classe.

Toutes les conditions qui viennent d'être indiquées sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats en activité de service, s'ils sont compris dans la liste d'admission, seront placés en position de congé pouvant être renouvelé aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité d'élève du service de santé.

La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité pendant le cours de leurs études.

FORMALITÉS NÉCESSAIRES.

Les candidats auront à requérir leur inscription à leur choix sur une liste qui sera ouverte à cet effet, à dater du 1er juillet prochain, dans les bureaux de MM. les intendants militaires en résidence dans les localités indiquées d'autre part. La clôture de cette liste aura lieu dans chaque ville cinq jours avant l'ouverture du concours dans cette localité.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance :

1° Son acte de naissance dûment légalisé ;

2° Un certificat d'aptitude au service militaire, dans la forme ci-dessus indiquée ;

3° Un certificat délivré par le service du recrutement, indiquant sa situation au point de vue militaire ;

4° Les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint, s'il est candidat en médecine sans inscriptions, et, pour les concurrents à 4, 8 et 12 inscriptions, les certificats d'examens de fin d'année, où il sera fait mention de la note obtenue à chacun de ces examens ; — le diplôme de bachelier ès science complet, s'il est candidat en pharmacie sans inscriptions, et, pour les concurrents à 4 et 8 inscriptions, les certificats des examens réglementaires.

Ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves;

5° S'il a moins de 12 inscriptions valables pour le doctorat, ou de 8 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de 1re classe, l'indication de la ville où il désire faire ses études.

Chaque candidat indiquera exactement son domicile, où lui sera adressée, s'il y a lieu, sa commission d'élève du service de santé.

FORME ET NATURE DES ÉPREUVES.

I. — *Concours en médecine.*

Candidats sans inscriptions ou n'ayant pas passé le premier examen de fin d'année :

1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle ; 2° Interrogations sur la physique et la chimie, d'après le programme des connaissances exigées pour le baccalauréat ès sciences restreint.

Candidats à 4 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le premier examen de fin d'année: 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle médicale et de physiologie élémentaire ; 2° Interrogations sur la physique et la chimie dans leur partie afférente à la science médicale ; 3° Interrogations sur l'ostéologie, les articulations et la myologie.

Candidats à 8 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le deuxième examen de fin d'année : 1° Composition sur une question de physiologie ; 2° Interrogation sur l'anatomie descriptive et sur la physiologie.

Candidats à 12 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le troisième examen de fin d'année devant une faculté ou une école de plein exercice : 1° Composition sur une question de pathologie générale ; 2° Interrogations sur la pathologie interne et la pathologie externe ; 3° Interrogations sur l'anatomie et la physiologie.

II. — *Concours en pharmacie.*

Candidats sans inscriptions ou n'ayant pas satisfait aux examens semestriels de première année: 1° Composition sur une question de physique et de chimie ; 2° Interrogations sur la physique, la chimie et les éléments d'histoire naturelle.

Candidats à 4 inscriptions au moins, ayant satisfait aux examens de première année : 1° Composition sur une question de physique et de chimie ; 2° Interrogations sur la chimie médicale et les éléments de chimie organique ; 3° Interrogations sur la botanique, la zoologie, la minéralogie et l'histoire naturelle des médicaments.

Candidats à 8 inscriptions au moins, ayant satisfait aux examens de seconde année: 1° Composition sur une question de chimie ; 2° Interrogations sur la chimie minérale et la chimie organique ; 3° Interrogations sur la pharmacie, la toxicologie, la botanique et l'histoire naturelle des médicaments.

Les épreuves ci-dessus spécifiées auront lieu devant un jury unique composé d'un médecin inspecteur qui le présidera et sera chargé de régulariser les opérations du concours, de deux médecins et de deux pharmaciens militaires désignés par le ministre.

Il sera accordé trois heures pour la composition ; chaque épreuve d'interrogation durera de quinze à vingt minutes. Les candidats qui auront satisfait à la composition seront seuls admis aux interrogations orales.

Les compositions sont lues à huis-clos par le jury. Chaque examinateur interroge séparément les candidats pour sa spécialité. L'appréciation des candidats pour chaque épreuve est exprimée par un chiffre, de 0 à 20.

Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite. Le classement général se fait à Paris, après que le jury d'examen a terminé ses opérations.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Les élèves du service de santé militaire qui auront moins de 12 inscriptions en médecine ou de 8 inscriptions en pharmacie seront dirigés chacun sur celle des douze villes ci-dessus mentionnées qu'il aura choisie pour y faire ses études. (Toutefois aucun pharmacien militaire n'étant attaché aux hôpitaux de Grenoble, de Besançon et de Montpellier, les élèves pharmaciens ne pourront être placés dans ces trois localités).

Attachés à l'hôpital militaire, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils coucourront, suivant leur spécialité et le degré d'avancement de leurs études, à l'exécution du service; en même temps, ils suivront les cours et travaux pratiques de la faculté de médecine, ou de l'école supérieure de pharmacie, ou de l'école préparatoire, et y subiront les divers examens aux époques et dans la forme déterminées par la législation en vigueur.

Ces élèves ne porteront pas d'uniforme et ne recevront aucune indemnité ni subvention. Ils auront donc à pourvoir, au moyen de leurs propres ressources, aux frais d'entretien, de nourriture et de logement, ainsi qu'à l'achat des livres et instruments nécessaires à leurs études. Toutefois, ceux d'entre eux qui auront été boursiers au Prytanée militaire pourront obtenir, sur leur demande, une subvention mensuelle fixée à 1,200 francs par an à Paris, 1,000 francs à Lyon et à Marseille, et 800 francs dans les autres villes que celles ci-dessus désignées.

Cette faveur ne pourra être accordée à aucun autre élève, pour quelque motif que ce soit.

Les élèves du service de santé qui seront en possession de 12 inscriptions pour le doctorat ou de 8 inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe, seront réunis à Paris et placés sous les ordres du directeur de l'école du Val-de-Grâce ; inscrits à la faculté de médecine ou à l'école supérieure de pharmacie, ils suivront les cours spéciaux en rapport avec le degré de leur scolarité. A l'intérieur du Val-de-Grâce, ils recevront l'enseignement pratique et complémentaire des matières sur lesquelles portent les examens de doctorat et ceux de pharmacien de 1re classe.

Pendant la première année du séjour au Val-de-Grâce, les élèves en médecine devront satisfaire aux deux premiers examens de doctorat, qui seront subis dans l'ordre déterminé par le décret du 28 juillet 1860. Après la seizième inscription en médecine et la douzième inscription en pharmacie, les élèves en médecine auront à subir les trois derniers examens de doctorat et la thèse, et les élèves en pharmacie auront à satisfaire aux trois examens probatoires. Toutes ces épreuves devront être terminées avant le 1er mai, époque où commencera le stage proprement dit, qui finira au mois de septembre.

Les élèves de cette catégorie porteront l'uniforme et recevront la solde de 2,502 fr. par an ; dès que chacun d'eux aura obtenu le titre de docteur ou de pharmacien de 1re classe, la solde spéciale de l'emploi de stagiaire lui sera acquise.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé, les frais d'inscriptions, d'exercices pratiques, d'examens et de diplôme seront payés par l'administration de la guerre. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen seront à la charge de l'élève.

Un second échec au même examen de fin d'année, semestriel ou de fin d'études, entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement des frais de scolarité qui auront été payés pour son compte et de l'indemnité de première mise d'équipement qui lui aura été allouée à l'école du Val-de-Grâce. Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service de santé militaire avant d'avoir accompli la durée de leur engagement d'honneur.

Paris, le 25 avril 1878.

Thèses du doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 6 au 11 mai, — 275. M. Leneveux : Contribution à l'étude des maladies chirurgicales à urines albumineuses au point de vue de leur siége, leurs causes, leurs symptômes et leurs lésions. — 276. M. Varaillon : De l'adénopathie iliaque dans le coxalgie chez l'enfant. — 277. M. Paris : L'ophthalmomalacie. — 278. M. Lerat : Essais sur certaines lésions de nutrition de l'œil liées à la menstruation. — 279. M. Morisson : Quelques considérations sur l'œdème et en particulier sur l'œdème des membres inférieurs. — 280. M. Demouch : De la tuberculose miliaire aiguë à forme cérébrale apoplectique.

© BIU Santé

Congrès international d'hygiène de Paris en 1878.

Parmi les questions qui seront mises en discussion, l'une des plus importantes est celle des *Logements des classes nécessiteuses* (maisons et cités ouvrières, garnis et logements d'ouvriers dans les grandes villes). — Nous invitons instamment ceux de nos collaborateurs qui pourraient avoir des renseignements particuliers sur cette question à nous les adresser; nous les ferons parvenir à la Commission spéciale dont le rédacteur en chef du journal fait partie.

La succession de M. Cl. Bernard au collége de France.

Autre chose maintenant pour la chaire de médecine au collége de France. La semaine dernière, il n'y avait guère qu'un concurrent, M. Charcot; cette semaine il y en a deux, par l'addition de M. Brown-Sequard. Maisce savant distingué pourrait être appelé le Juif errant de l'enseignement : nommé à Paris professeur de médecine comparée, il quitte Paris pour aller professer je ne sais quoi en Angleterre, qu'il quitte bientôt pour aller porter sa robe et sa toque en Amérique, d'où il se laisse nommer professeur en Suisse, où il n'a jamais encore professé, et je crois qu'on serait bien en peine de dire s'il et où il professe en ce moment. Vraiment M. Brown-Sequard est un candidat-professeur trop de la nature des cailles et des hirondelles, et si l'on tient à le donner comme successeur à Claude Bernard, il convient de lui faire prendre un engagement, devant plusieurs notaires, de permanence et de stabilité. (*L'Union médicale.*)

Service médical de nuit dans la ville de Paris

STATISTIQUE DU 15 JANVIER AU 31 MARS 1878, PAR M. LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er.	6	13	5	24
2e.	7	11	5	23
3e.	22	34	8	64
4e.	16	22	9	47
5e.	15	26	8	49
6e.	12	14	3	29
7e.	9	15	6	30
8e.	7	10	0	17
9e.	8	15	5	28
10e.	18	31	7	56
11e.	19	38	25	82
12e.	20	18	14	52
13e.	7	10	8	25
14e.	25	32	7	64
15e.	15	26	7	48
16e.	9	6	0	15
17e.	22	34	11	67
18e.	22	40	15	77
19e.	13	17	6	36
20e.	12	34	22	68
	284	446	171	901

MALADIES OBSERVÉES

A		**E**	
Congestion et apoplexie cérébrales	53	Convulsions	61
Angine	86	Delirium tremens	5
Croup	41	Névralgies	16
Coqueluche	2	Névroses	41
B		Epilepsie	10
Asthme	25	Aliénation mentale	3
Affections du cœur	32	**F**	
Bronchite	30	Rhumatisme art. aigu	5
Pleuro-pneumonie.	52	Hémorrhagie	48
Congestion pulmonaire	18	Affections éruptives	17
C		**G**	
Troubles gastro-intestinaux	75	Brûlure	4
Diarrhée cholériforme des enfants	10	Corps étranger dans le larynx	1
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	32	Plaies et contusions	22
Hernie étranglée	10	Fractures, Luxations, Entorses.	13
Rétention d'urine	11	Intoxications	8
D		Asphyxie par le charbon	2
Métro-péritonite	39	Suicide	2
Métrorrhagie	28	**H**	
Fausse couche	39	Mort avant l'arrivée du médecin.	4
Accouchem. Délivrance	50		901

La moyenne des visites par nuit a été de 12.
Les hommes entrent dans la proportion de 31 0/0.
Les femmes — — 50 0/0.
Les enfants de 3 ans et au-dessous pour 19 0/0.

Monument de Cl. Bernard à Villefranche.

Le conseil municipal de Villefranche (Rhône), dans sa séance du 16 avril, a voté la résolution suivante :

Attendu que, dans sa séance du 26 mars, le conseil municipal a émis le vœu qu'une souscription fût ouverte dans les quinze communes du canton de Villefranche, où est né Claude Bernard, à l'effet d'élever une statue à cet illustre savant sur l'une des places de la ville, et que la commission chargée d'assurer le succès de la souscription fût composée de M. le maire de Villefranche, président, aidé de cinq conseillers municipaux et de MM. les maires des quatorze autres communes ;

Attendu que M. le maire a accepté la mission qui lui était confiée par le conseil, mais que le lendemain il a déclaré aux cinq conseillers qui lui avaient été adjoints qu'il ne voulait prendre aucune part à une œuvre ayant pour but d'honorer un homme qui avait été *sénateur sous l'empire et qui, en outre, était séparé de sa femme*, etc., et, qu'en conséquence, il se retirait de la commission ;

Attendu qu'il s'est montré sourd à toutes les observations qui lui ont été présentées et qu'il a persisté dans sa résolution ;

Attendu que, parmi les personnes dont le conseil est en droit de réclamer le concours, le maire pouvait seul, en sa qualité de maire du chef-lieu du canton, être mis à la tête d'une commission dans laquelle entraient les maires de toutes les communes du canton ; que, par suite du refus de M. le maire, le vœu du conseil municipal ne saurait plus être rempli, au moins quant à la forme ;

Attendu, d'ailleurs, qu'il serait difficile, sinon impossible, au conseil de faire réussir toute autre forme d'organisation de la souscription, surtout en présence de l'attitude prise par M. le maire ;

Le conseil municipal, laissant à M. le maire toute la responsabilité de sa conduite, renonce à l'initiative qu'il avait prise ; il exprime l'espoir qu'un comité privé ne tardera pas à reprendre l'œuvre patriotique dont, à son grand regret, il ne peut poursuivre directement la réalisation, et il se déclare prêt à lui venir en aide par le vote d'un crédit.

Société protectrice de l'enfance de Lyon.

La question « *Des vers intestinaux, comme cause de maladies chez les enfants* » mise au concours en 1877 par la Société protectrice de l'Enfance de Lyon a été traitée d'une façon très-brillante. Le jury a cru devoir récompenser trois au lieu d'un et ajouter deux médailles d'argent à la médaille d'or primitivement annoncée dans le programme. Le mémoire n° 8 qui a obtenu la médaille d'or est de M. le dr *Elie Goubert*, de Paris. Les deux médailles d'argent ont été décernées à M. le dr G. Maze, médecin de l'hôpital du Havre et à M. le dr Monot, de Montsauche, auteur déjà connu par de nombreuses publications et récompenses académiques.

Concours d'agrégation. — Chirurgie et accouchements.

Les épreuves orales commenceront le vendredi 10 mai et auront lieu dans l'ordre suivant : Vendredi 10 mai, MM. Richelot et Vincent ; samedi 11, MM. Bouilly et X ; — lundi 13, MM. Poncet et Peyrot ; — mardi 14, MM. Puel et Reclus ; — mercredi 15, MM. Terrillon et Humbert ; — vendredi 17, MM. Heydenreich et X ; — samedi 18, MM. Hergott et Martel ; — Dimanche 20, MM. Budin et Pinard.

Enseignement médical libre.

Hospice de la Salpêtrière. — Cours de Pathologie mentale. — M. le docteur Luys a recommencé ses leçons sur la pathologie mentale et la structure du cerveau le dimanche 5 mai à 9 h. 1/2 (salles des consultations de l'infirmerie). Ce cours aura pour objet cette année l'étude des circonvolutions cérébrales et de la paralysie générale.

Pathologie générale de la syphilis. — M. Cornil, médecin de l'hôpital Lourcine, commencera ses conférences le samedi 18 mai à 9 heures 1/2. Démonstrations cliniques après la leçon.

Conférences cliniques sur la prophylaxie et le traitement de la syphilis et autres maladies spéciales aux organes génito-urinaires. — Dans ces conférences, au nombre de quatre, M. Ed. Langlebert exposera les diverses méthodes de traitement qui lui ont le mieux réussi dans sa pratique. La première conférence aura lieu le lundi, 20 mai, à 7 heures 1/2 du soir, rue de l'Odéon, 10 ; les trois autres se feront les vendredis et lundis suivants à la même heure. Messieurs les docteurs et élèves en médecine qui voudraient y assister sont priés de se faire inscrire d'avance tous les jours de 5 heures à 7 heures du soir, rue de l'Odéon, 10. L'inscription est gratuite.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard commenceront le mercredi 15 mai à 4 h. 1/2, un nouveau cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique ; — 2° Eutocie ; — 3° Opérations et dystocie ; — 4° Exercices pratiques — Pour les renseignements et pour s'inscrire, s'adresser 29, rue Monsieur-le-Prince.

Souscription pour élever un monument à Claude Bernard.

Le Progrès médical recevra toutes les souscriptions que ses lecteurs voudront bien lui adresser.

Total des six premières listes..... 528 fr.

SEPTIÈME LISTE

MM. les internes en médecine de Bicêtre.....	40
— — hôpital Ste-Eugénie.	15
M. le Dr Bailly, de Bains (Vosges).....	10
Total général.....	593 fr.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 2 mai 1878 on a déclaré 965 décès, savoir : fièvre typhoïde, 12 ; rougeole, 29 ; scarlatine, ; variole, 1 ; croup, 13 ; angine couenneuse, 32 ; bronchite, 42 ; pneumonie, 85 ;

© BIU Santé

diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 6; choléra nostras »; dysentérie 1; affections puerpérales, 5; érysipèle, 4; autres affections aiguës, 238; affections chroniques, 418 dont 176 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 46; causes accidentelles, 33.

Faculté de médecine. — MM. les élèves inscrits à l'école pratique pour la médecine opératoire sont prévenus que l'appel sera fait tous les jours à midi et demi, et qu'il ne sera délivré de sujets qu'à ceux qui répondront à l'appel.

Concours pour le bureau central (*Médecine*). — Les candidats *admissibles* pour les épreuves définitives sont : MM. Quinquand (avec 54 points); Huchard et Sevestre (52); Hanot, Homolle et Landouzy (51); Hutinel et Sanné (50); Chouppe et Gingeot (49). — La composition écrite aura lieu dimanche 12 mai, à 8 h. 3/4. Lecture des compositions lundi à 4 heures.

Herborisation. M. le professeur Chatin, membre de l'Institut, fera sa prochaine herborisation le dimanche 12 mai, dans les bois du Vésinet et de St-Germain. Rendez-vous à la gare Saint-Lazare pour le train de 10 h. 1/2.

Herborisation publique. — M. Bureau, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche, 12 mai 1878, dans la presqu'île de Saint-Maur. Rendez-vous à la gare Saint-Maur-Port-Créteil (chemin de fer de Vincennes) à l'arrivée du train partant de Paris à 11 heures 5.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche, 12 mai 1878, à Ver, Saint-Sulpice et Ermenonville. On se réunira à la gare du Nord ou l'on prendra à 7 heures 35 le train pour le Plessis-Belleville.

Nécrologie. — Un jeune externe des hôpitaux, M. J. Tremblet, vient de succomber à l'âge de 21 ans. Il était venu de Besançon à Paris il y a quelques mois à peine pour y terminer ses études et avait été reçu au dernier concours de l'externat.

En examinant un malade atteint d'angine diphthéritique, dans le service de M. le dr Hillairet, il contracta lui-même cette affection qui prit presque aussitôt les allures les plus alarmantes; moins de huit jours ont suffi pour tuer ce malheureux jeune homme. Connaissant la gravité de sa maladie, sachant combien peu elle pardonne, il mourut à l'hôpital Saint-Louis avec courage et résignation, emportant les regrets de sa famille, de ses maîtres et de ses amis. Ses obsèques ont eu lieu à l'hôpital le lundi 6 mai.

Le *Bordeaux médical* nous apprend la mort de M. le dr Rencontre, médecin à Portets.

Société de médecine légale. Séance du lundi 13 mai 1878, à 3 h. précises, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e chambre du tribunal civil.) *Ordre du jour* : Rapport de M. Mayet, sur l'empoisonnement par l'arsenic, à propos d'une communication de M. Bardy-Delisle. — Suite de la discussion sur la crémation. — Discussion du rapport de M. Legroux, sur les ecchymoses sous-pleurales. — Communication de M. Lutaud, sur les anesthésiques. — Communication de M. Masbrenier.

Association générale des médecins de France. — L'assemblée générale de l'association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, aura lieu le dimanche 19 mai prochain, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria. Voici l'ordre du jour de cette séance : 1° Allocution de M. le président; 2° exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier; 3° rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Herard, membre du conseil général; 4° rapport au nom de la commission spéciale, chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères pour l'année 1878 (1re partie), par M. Bucquoy, rapporteur; 5° compte-rendu général sur la situation et les actes de l'association générale pendant l'année 1877, par Amédée Latour, secrétaire général. Le même jour, à 7 h. 1/2 du soir, aura lieu au Grand-Hôtel, boulevard des Capucines, le banquet offert aux présidents et délégués des sociétés locales. Le prix de la souscription est de 20 fr. On souscrit directement ou par lettre chez M. le docteur Brun, trésorier, 23, rue d'Aumale. — (*L'Union médicale*).

Erratum. — Le *Manuel de médecine légale*, dont nous avons publié l'analyse dans le dernier numéro, est de M. le dr Lutaud.

Avis. — Congrès international. — C'est par erreur que nous avons annoncé que le congrès international des sciences médicales à Amsterdam devait avoir lieu en septembre 1878 : C'est en septembre 1879 qu'il faut lire.

Vacances médicales. — On demande un jeune médecin pour une commune importante du département d'Indre-et-Loire. Rapport annuel de 8,000 à 10,000 francs. S'adresser pour les renseignements à M. Cornil, à l'hôpital de Lourcine, à 9 heures du matin. — On demande un médecin pour le canton de Gennes (Maine-et-Loire). Ce canton comprend onze communes, sillonnées de routes superbes facilitant les visites en voitures aux diverses localités. Population du canton 8434 habitants. Nombre de communes ont des bureaux de bienfaisance et pourront s'entendre avec le docteur. — Demande de médecin pour la commune de Valdampierre, canton d'Auneuil (Oise). Rapport de 13 à 15,000 francs. S'adresser à M. Guiguet, maire de Valdampierre. — On demande un docteur-médecin pour la commune de Chaumes (Seine-et-Marne). Bureau de bienfaisance 500 fr., Société mutuelle 800 à 900 francs. Rapport 6 à 8,000 francs. S'adresser au maire ou à M. Martin, notaire à Chaumes. — Demande de médecin pour la commune de Thenezay (Deux Sèvres). Rapport 6000 francs. S'adresser au maire.

Clientèle médicale à céder. — Rapport de 9,000 à 10,000 fr., pour renseignements, s'adresser à M. le docteur Moreau, rue Lacharrieu, 15, square Parmentier (Paris).

En vente **aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL,**

De midi à cinq heures.

Bourneville. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie. Compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière de 1872 à 1875. Paris, 1876. In-8 de 192 pages, avec 6 figures dans le texte et trois planches en chromo-lithographie. 4 fr. Pour nos abonnés, 3 fr.

Bourneville. Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde. In-8 de 80 p. avec 4 pl. en chromo-lithographie et 2 pl. noires. 3 fr.

Charcot (J.-M.). Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau, recueillies et publiées par Bourneville. In-8 de 168 pages avec 45 figures dans le texte. Prix : 5 fr. Pour les abonnés, 4 fr. (*franco*).

Charcot (J.-M.). Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins, faites à la Faculté de Médecine de Paris, recueillies et publiées par Bourneville et Sevestre. Un gros volume in-8 de 400 pages, orné de sept planches chromo-lithogr. — Prix : 10 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical*, 7 fr.

Cornillon (F.). Action physiologique des alcalins dans la glycosurie. Vichy, 1876. In-8 de 15 pages. Prix : 60 c. Pour nos abonnés, 40 c.

Gombault (A.). Etude sur la sclérose latérale amyotrophique. Paris, 1877, in-8 de 87 pages. Prix : 2 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical* 1 fr. 25.

Iconographie photographique de la Salpêtrière, par Bourneville et Regnard. — Mode de publication : Chaque livraison comprendra **3** ou **16** pages de texte et **4** photographies. — Prix : **5** fr. — Pour les *abonnés* du *Progrès médical*, pris au bureau du journal : **2** fr. **50**. Les douze livraisons formant le tome Ier sont en vente.

Miot. De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan. In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50, pour les abonnés du *Progrès médical*, 2 fr. 50.

Oulmont (P.). Etude clinique sur l'athétose. Paris, 1878. Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical*, 2 fr.

Pitres (A.). — Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales. — In-8 de 152 pages, 2 planches coloriées. — Prix : 4 fr.; net 2 fr. 75 pour les abonnés du *Progrès médical*.

Raymond. Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques. In-8 de 140 pages, avec figure dans le texte et 3 planches. 3 fr. 50. Pour les abonnés, 2 fr. 50.

Imprimerie et lithographie Eug. Jobard, de Dijon.

Langlois (A.-M.). — Contribution à l'étude du sommeil naturel et artificiel. Dijon, 1877, brochure in-8 de 61 pages.

Bureau du Bulletin continental, 5, rue du Seyon (Neufchatel).

Ladame. — Discours sur les remèdes secrets et annonces immorales dans leurs rapports avec la prostitution. Neufchatel, 1878, brochure in-8 de 34 pages.

Philadelphia, Printed for the Congress.

shurst (J.). — Transactions of the international medical Congress of Philadelphia. 1 vol., grand in-8°, cartonné de 1142 pages, 1877.

Duchaussoy. — Discours prononcé à la séance d'ouverture de la 2e année de l'école de garde-malades et d'ambulancières, in-8° de 16 pages, Paris, 1877.

Sevier (W.-R.). — Cholera of 1873, (Revised.) Brochure de 20 pages. The therapeutical Society of New-York. — Une brochure de 17 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Temporaire. — Service de M. H. Gouraud. — Salle Sainte-Ludivine : 2, pneumonie à répétitions, souffle et râles persistants trois semaines après la défervescence; 8, polyurie et azoturie; 16, ichthyose congénitale et tuberculose pulmonaire; 23, sciatique à répétitions; 24, pyopneumothorax, avec fistule pleuro-cutanée chez un tuberculeux, résonnance métallique du choc cardiaque; 30, emphysème et bronchite; dilatation du cœur droit, insuffisance tricuspide et asystolie consécutives. — Salle Sainte-Catherine : 14, paralysie générale chez un syphilitique; 20, pleurésie gauche ponctionnée; 25, insuffisance mitrale, rétrécissement et insuffisance aortique. — Salle Saint-Barthélémy : 2, corps fibreux utérins; 13, pleurésie; 15, paralysie généralisée avec atrophie musculaire consécutive à la scarlatine; 3, 22, cornage; 23, rhumatisme articulaire; 38, embarras gastrique fébrile; 41, carcinôme utérin avec destruction de la paroi vésicale.

Service du dr Gouguenheim. — Salle Saint-Joseph : 10, ictère aigu; 11, péritonite tuberculeuse; 18, tumeur cérébrale; 19, ictère chronique; 24, hémianesthésie hystérique; 27, phlegmatia double. — Salle Sainte-Geneviève : 4, sclérose en plaques; 5, tumeur lombaire; 11, néphrite parenchymateuse; 16, cystite aiguë; 27, néphrite interstitielle; 24, pleurésie ponctionnée. — Salle Sainte-Marthe : 8, tumeur cérébrale; 10, mal plantaire; 15, mal de Pott cervical; 16, rhumatisme articulaire aigu.

Service du dr Duguet. — Salle Sainte-Hélène : 1, myosite syphilitique du masséter 12, rhumatisme blennorrhagique; 13, insuffisance mitrale; 20, pleurésie gauche et ataxie locomotrice; 24, pneumonie du sommet; 28, pleu-

© BIU Santé

résie droite ; 29 paralysie saturnine. — Salle Saint-Jean : 8, pleurésie ; 20, pelvi-péritonite ; 21, grossesse, cystite ; 25, corps fibreux utérins. — Salle Saint-Louis : 4, rhumatisme chronique ; 7, cancer de l'estomac ; 12, sclérose amyotrophique ; 18, ataxie locomotrice ; 20, paralysie générale progressive ; 25, insuffisance aortique ; 29, pleurésie purulente.

Service du dr Grancher. — Salle Saint-Julien : 2, rhumatisme blennorrhagique ; 6, pyélo-néphrite catarrhale, albuminurie ; 12, métrorrhagie ; 19, rétrécissement mitral ; 23, cancer du foie ; 29, kyste de l'ovaire (injection iodée) ; 25, pyélite, coliques néphrétiques ; 44, kyste de l'ovaire. — Salle Sainte-Julie : 3, pneumonie ; 13, bronchite, emphysème, affection cardiaque ; 21, rhumatisme articulaire, affection cardiaque ; 22, tumeur abdominale, compression de la veine cave inférieure. — Salle Sainte-Thérèse : 5 ataxie locomotrice ; 8, rhumatisme articulaire ; 11, sclérose en plaques : 15, tumeur de la colonne vertébrale ; 20, pleurésie droite ; 23, hépatite ; 25, mal de Pott.

Service du dr Marchand. — Salle Saint-André : 3, conjonctivite blennorrhagique ; 4, épithélioma de la langue : 7, anthrax de la lèvre supérieure ; 8, abcès abdominal ; 12, arthrite du genou ; 14, hygroma suppuré de la bourse séreuse olécrânienne ; 15, tumeur blanche du genou ; 16, pseudarthrose du cubitus ; 19, fistule à l'anus ; 21, abcès par congestion ; 22, phlegmon sous-cutané de la paume de la main ; 23, rhumatisme blennorrhagique ; 24, fracture du péroné ; 26, fracture du corps du fémur, fracture compliquée de jambe ; 34, hydrohématocèle suppurée ; 38, atrophie du globe de l'œil énucléation ; 42, spina-ventosa, périostite des métacarpiens ; 43, hygroma prolifèrant du coude.

Hôpital des Enfants Malades. — Service de M. Jules Simon. Visite et examen des malades à 8 h. 1/2. Consultations le jeudi et le samedi à 9 h. Conférences de thérapeutique le mercredi à 9 h.

Service de M. Labric. Visite des malades à 8 h. 1/2. Consultations le vendredi à 9 h. 1/2. — Salle Saint-Jean : 2, 6, chorée ; endo-péricardite rhumatismale ; 10, pleurésie purulente, vomique ; 13, endo-péricardite ; 14, méningite cérébro-spinale ; 27, pneumonie ; 32, mal bleu ; 35, périostite phlegmoneuse diffuse ; 36, endocardite, anasarque ; 38, mal de Bright ; 40, croup opéré.

Service de M. Bouchut. Visite des malades à 8 h. 1/2. Leçons cliniques le mardi à 6 h. 1/2 sur les maladies des enfants. — Salle Sainte-Catherine : 1, 26, croup ; 12, granulie ; 17, purpura ; 22, néphrite parenchymateuse ; 23, ascite ; 6, 41, 44, 45, coqueluche ; 53, 58, chorée. — Le mardi 21 mai, M. Bouchut fera à 8 h. 1/2 du matin une séance d'ophtalmoscopie et de cérébroscopie médicale avec projections à la lumière oxyhydrique ; à l'hôpital des enfants.

Service de M. de Saint-Germain. — Salle Sainte-Pauline : 1, abcès froid ; 2, abcès par congestion ; 6, mal de Pott ; 9, kyste du poignet ; 15, tumeur blanche du poignet ; 22, syndactylie. — Salle Saint-Côme : 8, hydrocèle enkystée du cordon ; 15, périostite phlegmoneuse diffuse ; 16, circoncision.

Hôpital Necker. — Par décision de M. le doyen, la clinique médicale de M. le professeur Potain aura lieu désormais les lundis et vendredis.

Hôpital Necker. — Service de M. Chauffard. — Salle Saint-Jean (H.) : 5, insuffisance mitrale ; 11, fièvre typhoïde ; 16, aphasie ; 18, tumeur cérébrale ; 23, cirrhose ; 28, affection mitrale ; 30, insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Eulalie (F.) : 1, pneumo-thorax ; 2, paralysie faciale rhumatismale ; 3, affection mitrale ; 4, insuffisance mitrale ; 13, myélite ; 16, affection mitrale ; 29, néphrite parenchymateuse.

Service de M. Blachez. — Salle Saint-Louis (H.) : 1, emphysème ; 2, cirrhose ; 5, rhumatisme articulaire subaigu ; 10, 12, rhumatisme blennorrhagique ; 17, hémiplégie, aphasie ; 18, ataxie locomotrice, crises gastralgiques ; 15, rhumatisme articulaire aigu ; 24, pleurésie purulente ; 30, rhumatisme articulaire aigu. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 2, rhumatisme noueux ; 3, pneumonie gauche ; 4, rhumatisme articulaire subaigu ; 14, néphrite parenchymateuse : 16, phlegmon du ligament large ; 21, rhumatisme noueux ; 22, hystérie ; 23, rhumatisme articulaire ; 25, iritis syphilitique ; 27, péritonite tuberculeuse.

Service de M. Broca. — Salle Saint-Pierre : 3, 5, 7, fracture de cuisse ; 16, plaie du poumon par arme à feu ; 23, fracture compliquée, issue de l'extrémité inférieure du tibia ; 27, fracture compliquée du coude, phlegmon consécutif ; 19, fracture de la clavicule ; 30, coxalgie ; 32, amaurose traumatique ; 35, luxation du coude en dedans ; 40, contusion du sein ; 55, fistule à l'anus.

Service de M. Delpech. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 2, pleuro-pneumonie ; 4, mal de Bright ; 6, pérityphlite ; 7, 15, érysipèle ; 16, méningite spinale ; 19, hématurie ; 20, cancer de l'estomac ; 21, tumeur cérébrale ; 24, péritonite tuberculeuse ; 28, pleurésie ; 30, rhumatisme articulaire ; 31, pleurésie. — Salle Sainte-Anne (F.) : 3, ulcère de l'estomac ; 5, pneumonie ; 6, chlorose ; 10, fièvre intermittente ; 13, ramollissement cérébral ; 19, phlegmon de la fosse iliaque ; 27, insuffisance mitrale.

Service de M. Guyon. — Salle Saint-André (H.) : 2, fracture de jambe ; 5, hernie inguinale opérée, phlegmon des bourses ; 8, fracture sus-malléolaire ; 14, fracture de jambe ; 16, anévrisme artérioso-veineux poplité ; 20, phlegmon du bras ; 22, phlegmon périnéphrétique ; 30, fracture de cuisse. — Salle St-Vincent (voies urinaires) : 1, calculeuse ; 3, cancer de la vessie ; 4, pyélite et cystite tuberculeuse ; 6, cancer de la vessie ; 7, rétrécissement ; 9, cancer de la prostate ; 10, 12, cystite tuberculeuse ; 14, catarrhe vésical, épididymite suppurée ; 15, cystite tuberculeuse, 17, uréthrotomie externe ; 19, calcul de l'urèthre ; 26, pyélite ; 27, incontinencee infantile ; 28, fistule périnéale. — Salle Sainte-Cécile : 1, entorse du poignet ; 3, tumeur blanche du genou ; 5, arthrite du métatarse ; 6, cancer du rectum ; 11, anus contre nature ; 13,

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans constipation et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, anémie, chlorose, diabète*, etc.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de migraine venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre de diluer la créosote, ce qui est une condition essentielle de ses succès dans la phthisie. Grâce à sa solubilité le titre de cette préparation a pu être élevé à 0 gr. 20 par cuillerée. Cette dose, délayée dans un verre d'eau rougie, lui donne la saveur d'un vin coupé d'eau de goudron un peu forte et se prend sans plus de difficulté.

Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Dragées Meynet d'Extrait de foie de morue, au *métal-lum album*. **ASO**^{3} 1 milligramme par pilule. Association de l'acide arsénieux à la propylamine.
Préparation très-efficace, mieux tolérée que les arséniaux en général. Ne se délivre que sur ordonnance
Notice, échantillon, envoi gratis.
Paris, pharmacie MEYNET, 31, rue d'Amsterdam, et princ. pharm.

LES DRAGÉES GRIMAUD
APPROUVÉES PAR PLUSIEURS SOCIÉTÉS DE MÉDECINE
(Plusieurs médailles)
GUÉRISSENT RADICALEMENT
Incontinence d'urine, maladies des femmes, chlorose, aménorrhée, leucorrhée, paralysie de la vessie chez les vieillards, pertes séminales, chute du rectum chez les enfants, etc. Succès constatés dans les hôpitaux.
Prix : 5 francs le flacon
POITIERS, *chez l'inventeur, M. GRIMAUD aîné*
Envoi de brochure sur lettre affranchie
Se trouve dans toutes les Pharmacies de France et de l'étranger
Poitiers Poitiers

EPILEPSIE
Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)
Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.
LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE
RÁKÓCZY DE BUDE
EXIGER RIGOUREUSEMENT ÉTIQUETTE BLEUE
La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.
25 gram. de Sulfate de Magnésie
20 gram. de Sulfate de Sodium } par litre.
Se prend à très-petites doses.
Loser Frères, propriétaires à Budapest (Hongrie)
DÉPÔT GÉNÉRAL A PARIS : CHEZ JEAN SKWARÇOW
35 bis, Rue de Trévise, 35 bis.
En vente : Chez tous les Marchands d'Eaux minérales, et Pharmaciens de Paris et de province.

De la Psoïte traumatique, par G. Marcano, in-8 de 160 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés, 2 fr.

HYDROTHÉRAPIE
Eau de source 9 degrés
EDOUARD SOLEIROL
49, rue de la Chaussée-d'Antin, 49

De l'influence des Maladies du foie sur la marche des traumatismes, par F.-E.-Maurice Longuet. In-8 de 124 pages. Prix : 2 fr. 50.

De la Tête du Fœtus au point de vue de l'Obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Par P. Budin, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut et de la Faculté, etc. Gr. in-8e de 112 p., avec de nombreux tableaux, dix figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. Prix : 10 fr.
Pour les abonnés du *Progrès* : 5 fr. *franco*.

© BIU Santé

parotidite ; 16, tumeur sarcomateuse du dos, tumeur érectile.

Hôpital de Lourcine.—Service de M. Martineau. Cliniques du mercredi 1er mai 1878. — Salle Saint-Alexis : 6, syphilis buccale ; 32, blennorrhagie lymphangite et adénite blennorrhagique; 44, rétroflexion, syphilis; périostose syphilitique au niveau de la sixième côte. — Salle Saint-Louis. Clinique du samedi 27 avril 1878 : 14, métrite généralisée subaiguë avec lymphangite et adénite pelvienne gauche ; 3, chancre buccal avec adénite sous maxillaire, syphilides cutanées ; 7, syphilis, métrite généralisée avec lymphangite et adénite pelvienne droite, induration du tissu cellulaire péri-utérin ; 21, métrite herpétique, eczéma de la vulve du vagin et du col.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles. Imp. Cerf et fils, 59, rue Duplessis

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE — ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. — PILULES 20 cent. p. pilule.

FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — Paris.

Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

VIANDE et QUINA

VIN AROUD AU QUINA

Et à tous les Principes nutritifs solubles de la VIANDE

Médicament-aliment, d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. Prix : 5 fr.

Pharmacie AROUD, 4, rue Lanterne, à Lyon, et toutes les pharmacies de France et de l'Etranger.

COTON IODÉ

Préparé par *J. THOMAS*, pharmacien de 4re classe

Lauréat et ex-préparateur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris

48, AVENUE D'ITALIE, 48, PARIS

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut garantir les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc..., ont été guéris sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Le prix du flacon 3 francs 50. Se trouve dans toutes les pharmacies.



VIN TANNIQUE

DE BAGNOLS - SAINT - JEAN

NATUREL

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinaire.

Prix : 3 francs la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



VIANDE CRUE ET ALCOOL

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Prescrit tous les jours avec succès, dans les **Maladies consomptives, Phthisie, Diarrhée chroniques**, le **Rachitisme**, l'**Anémie**, la **Scrofule**, l'**Albuminurie** : très-utile dans les convalescences, l'épuisement. — Prix du flacon : 3 fr. 50. — Détail : Pharmacie, 82, rue de Rambuteau ; — Gros : 20, place des Vosges, à Paris.

Enfants arriérés ou Idiots

Maison spéciale d'Education et de Traitement, fondé en 1847. Rue Benserade, 7, à Gentilly (Seine).

Vacance médicale. — La commune de Bèze (Côte-d'Or) demande un médecin. Indemnité annuelle, 800 fr., gros bourg, environné de villages importants. Site très-agréable. Bonne clientèle.— Ecrire au maire.

Étude clinique sur l'athétose, par P. Oulmont. Paris, 1878, in-8 de 116 pages avec figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

TRAITEMENT de la PHTHISIE PULMONAIRE

et des affections chroniques des voies respiratoires.



A LA **CRÉOSOTE VRAIE**

ET A L'HUILE DE FOIE DE MORUE

FORMULE DES Drs BOUCHARD ET GIMBERT

(*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1877*)

BOURGEAUD, pharm., fournis. des hôp.

20, rue de Rambuteau, à Paris

Ces capsules, à enveloppe très-soluble, d'odeur agréable, à saveur sucrée, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de **créosote vraie** du goudron de hêtre et 50 centigr. d'huile de foie de morue. Les grosses, 5 centigr. de **créosote vraie** et 2 grammes d'huile de foie de morue. Bien préférables à toutes les autres préparations caustiques de la créosote, lesquelles ne sont absorbables qu'à l'aide de quantités considérables de liquide et, par conséquent, difficilement tolérées par l'estomac. Les seules employées dans les hôpitaux de Paris.

Doses : 5 à 10 **petites capsules** et 2 à 4 **grosses capsules** matin et soir, d'après l'avis du médecin.

La Boîte, 4 francs.

DRAGÉES BLOT au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opium*, Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à Toulouse : toniques, dépuratives, anti-blennorragiques, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires*, catarrhe vessie. Bte 4f, fco 4.20.

Ethe Blot Pharm.-chim.

Pour éviter imitation exiger :

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

M. GALLEPIE, pharmacien, 50, *rue Monge* fera une remise spéciale à MM. les Étudiants, sur les **Dragées Blot** et sur tous les médicament en général.

VESICATOIRE L. ROUVIÈRE

Argocystique et Indolore

(EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN)

1re MÉDAILLE EXPOSITION PARIS.

Attestations des médecins en chef des Hôpitaux

Employé dans les *Hôpitaux* et ordonné par tous les médecins après essai.—Agit sûrement.—Pas Camphré.—Jamais de cystite.

Trois formats : 1° Vésicatoire indolore, la boîte.... 1f 50 — 2° — instantané, la boîte.. 1f 50 — 3° Toile Vésicante, le mètre..... 2f »

Paris : **Pharmacie centrale**, 7, rue de Jouy et ses succursales. — **A. Hugot**, rue Vieille-du-Temple, 19 et principales droguerie.

Vente en gros : L. ROUVIÈRE, pharmacien, à Nîmes (Gard).

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 20. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 18 MAI 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

De la commotion de la moelle épinière.

Leçon recueillie par le dr A. CARTAZ (1).

Messieurs,

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'un cas assez rare et dont je n'avais, pour ma part, pas encore rencontré d'exemple bien authentique. Vous en trouverez la description dans vos traités classiques de pathologie externe, mais en lisant cette description vous verrez que bien des points, dans l'histoire de cette affection, sont restés longtemps inconnus et que c'est aux progrès de la science, à nos connaissances plus complètes des maladies nerveuses que nous devons de voir les faits de ce genre mieux étudiés. Il faut bien croire, en effet, que ces traumatismes ne se sont pas multipliés de nos jours dans des proportions plus considérables qu'autrefois ; seulement l'application raisonnée des principes physiologiques à l'étude des lésions de l'axe cérébro-rachidien nous a permis de classer d'une façon plus méthodique et plus nette une série d'affections mal définies ou confusément décrites.

Voici les détails du fait curieux que vous avez pu observer dans nos salles : il s'agit de ce malade, exerçant la profession de couvreur, qui est entré lundi dernier dans notre service à la suite d'un accident grave ; samedi, dans le cours de son travail, il a glissé du haut d'un échafaudage et a été précipité dans un jardin, sur un sol assez résistant ; il est tombé sur les pieds et s'est affaissé sur lui-même. Au bout d'un instant il pouvait se relever et se traîner sans trop de difficultés jusqu'à son domicile, aidé par ses compagnons de travail. Pressé par les sollicitations de sa famille, il s'est décidé, mais presque à regret, à venir à l'hôpital ; vous verrez, en effet, en l'interrogeant, qu'il regarde son accident comme peu important ; chaque jour il trouve une amélioration dans son état (ce qui est vrai jusqu'à un certain point) et demande à chaque instant son exeat.

A son entrée, nous constations tout d'abord une extrême difficulté dans la marche : cet homme se traînait plutôt qu'il ne marchait et éprouvait sans cesse le besoin de s'asseoir ; c'est à grand peine qu'il pouvait se tenir debout pendant un court instant. L'examen rapide auquel nous pûmes nous livrer dans la salle de consultation nous permit d'écarter immédiatement toute idée de fracture ou de luxation ; nous trouvions cependant à la base du sacrum, un peu à droite de la ligne médiane, un point douloureux, mais insuffisant pour admettre autre chose qu'une contusion locale ; aujourd'hui vous verrez à cette place une petite ecchymose et la douleur est en grande partie dissipée.

En l'examinant plus attentivement le lendemain dans le service, nous confirmions notre diagnostic exclusif de la veille, c'est-à-dire, nous écartions résolument une fracture ou une luxation soit des membres, soit du rachis. Mais voici les particularités intéressantes qui nous avaient échappé à un premier examen ; sur les deux membres inférieurs on trouvait une anesthésie des plus marquées qui s'étendait jusqu'au pli inguinal de chaque côté et un peu à la partie inférieure de la région abdominale du côté droit ; sur le côté gauche du tronc, un peu au-dessous des fausses côtes, on trouvait également une petite zone anesthésique de quelques centimètres d'étendue. Aujourd'hui (trois jours après son entrée à l'hôpital) cette anesthésie est limitée aux deux pieds et a disparu complètement à la jambe et à la cuisse pour faire place à l'état normal de sensibilité cutanée.

Aucun muscle n'était paralysé, mais quand on demandait au malade d'exécuter un mouvement de la jambe, de l'un ou de l'autre côté, il commençait le mouvement lentement, puis tout d'un coup tous les muscles du membre inférieur étaient pris d'un tremblement irrégulier, avec caractère convulsif, tout à fait comparable à ce qu'on a décrit sous le nom de trémulation épileptoïde, et qui ne cessait qu'au bout d'un instant. Il n'était pas besoin d'un mouvement pour en déterminer l'apparition ; un simple pincement de la peau y donnait lieu avec la même intensité. Du côté des membres supérieurs, on constatait, à droite, une paralysie incomplète ; le membre était pendant et la main dans la flexion ; sous l'empire de la volonté, les doigts s'étendaient lentement, la main se redressait, le malade relevait le bras, mais pour le laisser retomber presque aussitôt comme épuisé par cet effort et la main revenait bientôt à la position fléchie.

Pour compléter ces renseignements sommaires, j'ajouterai que la miction était facile, normale et qu'il n'existait pas d'incontinence des matières fécales ; tout se résumait en des troubles incomplets de la motilité et de la sensibilité ; il y avait de la paralysie incomplète et de l'anesthésie disséminée et passagère. La réunion de ces divers symptômes, si incomplets qu'ils vous paraissent, nous impose en quelque sorte le diagnostic : nous ne dirons pas en effet qu'il y a eu compression ou plaie de la moelle ; sauf le point douloureux du sacrum, il n'y a pas trace de traumatisme. Pour admettre une plaie de la moelle, en l'absence de déformation, de signes de fracture et de plaie des téguments, on ne pourrait songer qu'à une rupture de la moelle ; mais vous êtes assez au courant des recherches physiologiques pour savoir que les plaies de cet ordre entraînent une paralysie totale immédiate, absolue et trop souvent durable. J'écarterai de même la compression et notez que je ne parle ici que d'une compression par épanchement sanguin, ayant éliminé l'idée de fracture ou de luxation ; les signes matériels en font défaut ; les troubles fonctionnels ne sont pas ceux qu'elle détermine ; les accidents s'aggravent progressivement, la paralysie s'accentue peu à peu et reste permanente pendant un laps de temps prolongé, pour ne pas dire indéfini. Ici, rien de semblable ; la paralysie, très-mal limitée, était loin d'être complète ; ce terme de paralysie est même défectueux dans ce cas ; il n'y avait qu'un certain degré de parésie ; les contractions musculaires étaient lentes, paresseuses, mal coordonnées, mais possibles.

Je ne veux pas m'attarder à défendre le diagnostic en établissant les différences qui le séparent des deux affections que je viens de vous nommer, compression ou plaie de la moelle ; je vous les ai rappelées pour les écarter, en raison du manque de symptômes qui leur sont propres, cela nous doit suffire.

Je me suis arrêté au diagnostic de commotion de la moelle épinière ; dans le cas actuel, je ne crois pas qu'il puisse y avoir de doutes sur son exactitude ; un symptôme particulier pouvait cependant nous engager à des réserves le premier jour, c'était cette parésie du membre supérieur ; je reviendrai tout à l'heure sur ce point ; néanmoins le diagnostic était, on peut le dire, facile. Dans ces cas que je qualifierai de bénins, il y a évidemment peu de chances d'erreur ; les symptômes, peu tranchés les premiers instants, s'atténuent d'heure en heure pour disparaître au bout de quelques jours. Mais il n'en est plus de même, Messieurs, pour les cas de commotion grave ; souvent il est absolument impossible, au premier moment, de reconnaître à quelle lésion on a affaire. Aussi remarquez que ce diagnostic de compression,

(1) Cette leçon a été faite et rédigée antérieurement aux communications de notre collègue Duret sur la pathogénie de la commotion cérébrale.

© BIU Santé

de plaie de la moelle, que j'écartais tout à l'heure avec tant de facilité, eu égard à notre cas particulier, s'impose au contraire, avec une grande rigueur, mais malheureusement avec peu de chances de certitude. On a cité, en effet, des cas de commotion mortelle et rapidement mortelle; je ne parle, bien entendu, que de ceux où un contrôle nécropsique a pu démontrer qu'à défaut de lésions matérielles, tangibles, visibles, il fallait admettre simplement une commotion; dans ces cas, l'ensemble symptomatique diffère peu des lésions d'un ordre plus élevé, plaie, déchirure, etc. Perte de connnaissance, résolution complète, anesthésie absolue, excrétion involontaire de l'urine et des fèces, tout s'y trouve au même degré que dans les cas de destruction vraie de la moelle; évidemment le diagnostic n'est guère possible; tout au moins doit-on l'établir avec les plus grandes réserves; ce n'est que par la constatation suivie de la marche des accidents que vous pourrez arriver à une probabilité moins douteuse. Disons-le, ces faits de commotion grave ont besoin d'être confirmés par des recherches nouvelles; des lésions peu étendues, qui ont passé jusqu'ici inaperçues, pourront peut-être être reconnues, grâce à nos moyens perfectionnés d'investigation. Dès lors, le terme de commotion ne saurait s'appliquer qu'aux lésions analogues à celles de notre malade.

Quoi qu'il en soit, je ne veux avoir en vue, pour le moment, que cette forme légère : eh bien, vous pouvez voir, par la lecture des faits publiés, que les caractères du traumatisme et les désordres observés ont toujours été à peu près analogues. Dans le livre d'Ollivier d'Angers, plein de faits et d'aperçus cliniques et physiologiques, remarquable pour l'époque à laquelle il a été publié, vous trouverez un long chapitre sur la commotion de la moelle; les accidents y sont bien décrits, mais les observations ne m'ont pas paru confirmatives d'un simple ébranlement médullaire et je ne saurais vous les donner comme types; elles appartiennent, pour la plupart, à des lésions plus graves et d'un autre ordre. Les observations publiées récemment ont un caractère de diagnostic plus précis; je ne veux vous en citer que quelques-unes et d'une façon très-brève. Dyce Brown (*Med. Times and Gaz. 1866*) rapporte qu'un jeune homme, à la suite d'une chute sur le sacrum, eut une paralysie des deux jambes, avec constriction abdominale et douleurs vives dans les deux membres inférieurs; de plus il y avait rétention d'urine. Les accidents disparurent graduellement et le huitième jour, la guérison était complète.

Tout récemment, M. Chaboud a publié dans le *Lyon médical* (sept. 1876), sous le titre de commotion de la substance grise de la moelle, l'observation suivante : un charretier est pris entre le timon de sa voiture et l'angle d'un mur; il a la partie inférieure du tronc si fortement pressée qu'il tombe sans pouvoir se relever, tout en ne perdant pas connaissance. Pas de fracture, mais point très-douloureux au niveau de la première et de la deuxième vertèbres lombaires, rétention d'urine, pas de paralysie des membres inférieurs. Sur divers points du tronc, sans ordre appréciable, zones analgésiques et anesthésiques, ne dépassant pas 2 ou 3 centimètres d'étendue. Peu à peu ces troubles s'effaçaient et le huitième jour, le malade demandait son exeat.

Dans le relevé des cas de chirurgie traités à l'hôpital de Saint-Thomas, à Londres, pendant l'année 1875 (St-Thomas's hospit. Reports, vol. VI) il est fait mention de huit cas de commotion médullaire, six chez des hommes, deux chez des femmes. Voici les seuls détails qui soient rapportés : pour les hommes, dans deux cas, il n'y eut ni paralysie ni anesthésie dans les membres inférieurs; dans deux cas, abolition partielle du mouvement et de la sensibilité; dans un autre, abolition complète, dans les deux membres; chez le sixième, abolition complète d'un seul côté. Pour les femmes, dans un cas, paralysie incomplète et anesthésie partielle dans les quatre membres; dans l'autre, pas de paralysie; six de ces malades sortirent bien guéris après un séjour moyen de 10 jours à l'hôpital; un fut renvoyé pour des motifs particuliers extra-médicaux; le huitième est porté sur la liste des décès, sans qu'il soit fait mention de quel genre de mort et si cette mort est le résultat de sa commotion médullaire ou d'une autre lésion (1.)

Tous ces faits, vous le voyez, Messieurs, concordent, par la ressemblance des symptômes, leur disparition rapide et la guérison complète. Le terme de commotion, qui leur est appliqué, est, je l'avoue, un mot un peu élastique; sous ce mot peut se cacher aussi bien un simple ébranlement, une secousse qu'un tiraillement, une contusion légère et superficielle; l'essentiel est de s'entendre sur la valeur clinique qu'on lui prête et, sur ce point, il n'y a pas désaccord. Je ne veux pas chercher, ici, Messieurs, quelle est la lésion caractéristique de la commotion médullaire, au point de vue anatomo-pathologique; l'incertitude qui règne sur le mécanisme et la nature de la commotion cérébrale est égale pour la commotion de la moelle. Si vous tenez à approfondir cette question de doctrine, je ne pourrai mieux faire que de vous renvoyer à un article récent de mon collègue et ami M. Verneuil sur la *commotion* en général (*Dictionnaire encyclopédique.*)

La commotion de la moelle est rarement le résultat d'une cause directe : c'est, le plus souvent, à la suite d'une chute de grande hauteur sur les pieds, les genoux et surtout sur le bassin; il ne se produit pas de décomposition des forces et du mouvement par suite de la rigidité du rachis surpris par le traumatisme et le choc se transmet dans toute sa violence d'un bout à l'autre de l'axe rachidien : tel a été, je crois, le mécanisme de l'accident de notre malade. Le choc a été en quelque sorte redoublé par la chute sur les pieds et la chute consécutive sur le sacrum. MM. Leudet (*Arch. gén. de méd.* 1863), Erichsen (*Science art. of surgery*, 1869) et plus récemment J. Morgan (*Med. Press and Circular*, janv. 1873) ont publié des faits de commotion et même de lésions congestives de la moelle consécutifs à des accidents de chemin de fer; il est probable que le mécanisme de la transmission directe du choc à la colonne maintenue rigide et surprise par la brusquerie et la violence du traumatisme, que ce mécanisme, dis-je, est de tous points applicable à ces faits.

Pour en revenir à notre malade, nous trouvions chez lui des troubles peu intenses tout d'abord (puisqu'il a pu rentrer à pied chez lui) ne s'accentuant pas beaucoup (puisqu'il a pu venir à pied à l'hôpital) et enfin s'affaiblissant de jour en jour. Un seul point, vous ai-je dit, nous avait intrigué et nous avait fait hésiter un instant; c'était la parésie siégeant dans le membre supérieur. Existait-il dans la région cervicale ou du côté du cerveau des lésions qui nous avaient échappé tout d'abord ? nous ne le pensâmes pas, car, en pareille occurrence, nous aurions eu des troubles fonctionnels du côté du thorax et de l'appareil respiratoire. Du reste, je viens de vous citer des observations où la paralysie a siégé momentanément dans les membres supérieurs et la chose est facile à concevoir si vous admettez la transmission du choc dans toute la hauteur de la moelle. Vous n'ignorez pas qu'à la suite des blessures de la moelle, pathologiques ou expérimentales, on constate des troubles réflexes profonds; l'excitabilité réflexe est singulièrement exagérée et c'est elle qui nous donne l'explication, dans le cas actuel, de ces contractions épileptoïdes.

La guérison ne tardera pas à être complète; l'anesthésie diminue de jour en jour, la paralysie s'efface et le malade ne demande qu'à nous quitter. Avant de lui accorder son exeat, j'attendrai encore quelques jours pour que tout soit revenu à l'état normal et pour être bien assuré qu'aucun accident inopiné ne viendra infirmer notre diagnostic et notre assurance du peu de gravité de la lésion. Notre traitement s'est borné à peu de chose et il en doit être ainsi pour ces formes de commotion; repos absolu, décubitus

(1) Voy. encore les faits de Mosengeil (*Berliner klin. Wochensch.*, oct. 1875 et *Revue des Sc. médicales.* tome VIII, 217).
Moore (*British med. journal*, 8 fév. 1873).
Gay (*The Lancet*, 8 janv. 1876).
Leyden (*Arch. f. Psychiatrie*, VIII, p. 31).
Bernhardt (*Berliner klin. Wochensch.*, n° 20, 1876; 2 observat.).

© BIU Santé

horizontal, en un mot tranquillité de corps et d'esprit. Si les désordres parétiques des muscles persistaient au-delà d'un certain temps, quelques applications de courants électriques favoriseraient le retour à un fonctionnement régulier.

Nota. — Le malade est sorti de l'hôpital complétement guéri, quelques jours après la leçon de M. Trélat.

MALADIES DU PREMIER AGE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — **M. PARROT**

QUATRIÈME LEÇON (1)

La syphilide maculeuse et la syphilide en plaques.

Les ulcérations syphilitiques de la peau, dont je suis de la sorte conduit à vous parler, ne se développent jamais d'emblée ; elles ont toujours pour point de départ, soit une bulle, comme je vous l'ai déjà appris, soit une plaque ; et l'on peut dire qu'il n'y a pas, à proprement parler, de *syphilide ulcéreuse* ; c'est la bulle, c'est la plaque qui s'ulcèrent ; peut-être, sous l'influence d'une disposition particulière du malade ; mais à coup sûr, par le fait du siége qu'elles occupent. Tout à fait exceptionnelles sur le tronc et sur les régions des membres, qui ne sont pas en contact avec des sécrétions ou des déjections irritantes, elles sont, au contraire communes sur les fesses, la partie postérieure des cuisses et le scrotum, que souillent constamment les selles et les urines ; et sur la face, fréquemment exposée chez les petits enfants, à l'action irritante des corps extérieurs et des liquides qui viennent des yeux, des narines et de la bouche.

Les ulcérations n'ont pas toujours la même forme. Sans m'arrêter à d'inutiles détails, je vous en signalerai deux principales. Dans la première, elles restent limitées aux plaques et leur nombre est très-variable. Quelquefois l'on n'en compte que deux ou trois, presque toujours larges et profondes ; mais en général, elles sont beaucoup plus nombreuses. Quand la peau est simplement érodée, la surface des plaques, au lieu d'être lisse et luisante, est le siége d'un léger suintement, ou se couvre d'une mince concrétion. Dans le cas où les ulcérations sont plus profondes, elles sont très-nettement arrondies, cupuliformes, et exceptionnellement taillées à pic ; leur couleur est rouge saumon ou grisâtre. Si deux plaques voisines se couvrent d'ulcérations, celles-ci peuvent se rencontrer et se confondre.

Dans la seconde forme, le mal qui occupe les régions anale et ischiatique, le scrotum et la partie la plus postérieure et la plus élevée des cuisses présente un aspect tout autre.

Les ulcérations commencent bien par les plaques, mais elles n'y restent pas limitées, et s'étendent aux parties voisines, envahissant rapidement de larges surfaces. Elles sont ordinairement profondes, et par la netteté de leurs bords, semblent taillées à l'emporte-pièce. Leur fond est d'un rouge saumon, d'autres fois gris ou jaunâtre. Elles sont le siége d'un suintement séreux et saignent facilement. Il est très-rare qu'elles couvrent une grande étendue sans discontinuité ; presque toujours, elles affectent la disposition de rigoles très-sinueuses, de largeur et de profondeur variables, qui circonscrivent des îlots de peau. L'apparence du tégument altéré de la sorte, est celle du drap, lorsque certaines larves y ont cheminé en le rongeant.

Dans les régions qui sont couvertes par les vêtements, les ulcérations restent presque toujours apparentes, parce que l'exsudat est enlevé d'une manière continue, par le tissu qui s'en imprégne. Mais il n'en est pas de même sur la face et le cuir chevelu, où elles sont habituellement couvertes de concrétions assez friables, jaunes, ou jaune-verdâtres, quelquefois brunes.

Sur le front, entre les sourcils, et sur le cuir chevelu, les croutes sont plus solides, plus adhérentes, se superposent en couches stratifiées, et présentent une grande ressemblance avec celles en pastelle du Rupia.

(1) Voir les nos 44 et 47 de 1876 et les nos 1 et 4 de 1878.

C'est autour des narines, de la bouche et sur le menton que les concrétions sont le plus saillantes. Elles s'y accumulent parfois en masses si volumineuses, que la face en est complétement déformée ; son aspect est alors repoussant, et il n'est aucun autre état morbide, capable de l'enlaidir au même degré.

Quand la terminaison est heureuse, les ulcérations se comblent, et souvent d'une manière très-rapide. A leur place, on trouve des cicatrices très-légèrement déprimées, à surface lisse, violacées au début, mais finalement plus blanches que le reste de la peau, entourées par une zone brunâtre, d'autant plus accentuée, que le tégument est plus pigmenté. Chez une petite mulâtresse, cette zône était excessivement foncée et rendait plus apparente encore, la cicatrice, d'un blanc presque éclatant. — Il est indispensable de connaître les cicatrices et leur siége habituel, car, après plusieurs années, alors que la maladie est complétement éteinte, on peut reconnaître qu'elle a existé, à ces stigmates indélébiles.

La seconde forme de la syphilide en plaques, que j'ai qualifiée de lenticulaire, est sans contredit, après la syphilide bulleuse, la plus simple, la plus nette, la plus facile à reconnaître. De toutes, c'est la plus dure, la plus solide. Elle se montre la dernière, et après elle, il semble que la peau soit épuisée pour la végétation. Presque toujours elle guérit spontanément, et avec elle s'éteint d'une manière définitive l'activité diathésique.

On ne la voit jamais se développer en dehors des fesses, de la région postérieure des cuisses et des jambes, de la partie inférieure du scrotum et des grandes lèvres. Elle consiste en saillies lenticulaires, très-aplaties ou demi-sphéroïdales, n'ayant jamais plus d'un centimètre de large, violacées ou rouge cerise. Leur centre, dont l'épiderme est aminci, plus lisse et plus luisant qu'à la périphérie, est rarement excorié, suintant, déprimé et circonscrit par une collerette épidermique. — Leur distribution a quelque chose de caractéristique, étant exclusivement groupées, sous forme d'îlots, sur quatre régions, qu'isolent certains plis du tégument, d'autant plus profonds, que les enfants sont plus gras. Ce sont : en les énumérant de haut en bas, la fesse, la moitié supérieure de la cuisse, sa moitié inférieure et le mollet. Leur saillie et leur confluence sont à leur maximum sur la fesse, et s'atténuent graduellement et d'une manière très-notable, sur les autres segments, dans l'ordre où je viens de les énumérer ; de telle sorte que la partie inférieure de la cuisse, est en général faiblement atteinte et le mollet très-rarement. Dans chacune de ces régions, c'est la partie centrale qui présente les lésions les plus accentuées. Les papules y sont plus larges, plus saillantes et plus nombreuses qu'à la périphérie, où, par une décroissance successive, elles dégénèrent en de simples taches. Il n'y en a jamais sur la peau des sillons.

Lorsque les plaques envahissent les plis de l'anus, elles leur donnent une saillie considérable. Sur le scrotum et les grandes lèvres, elles acquièrent en général un volume énorme, et se présentent sous la forme de gros tubercules coniques, quelquefois ulcérés.

Pour en avoir fini avec les exanthèmes cutanés de la syphilis héréditaire, il me reste à vous dire quelques mots de celui que l'on peut qualifier de *syphilide vésiculo-papuleuse*. Elle consiste en de petites vésicules ou de petites pustules acuminées, entourées d'une zone rouge-brun, presque toujours squameuse ; et supportées par une petite papule.

Si l'on excepte cette dernière éruption, que je n'ai jamais rencontrée seule, toutes les autres, peuvent exister isolément. Pourtant cela est rare et d'ordinaire, plusieurs syphilides se montrent sur le même sujet, d'une manière successive ou simultanément. Il n'y a que la forme lenticulaire qui conserve une indépendance absolue. — Ces éruptions, lorsqu'elles coexistent, ne se présentent pas constamment et sur tous les points, avec leurs caractères les plus tranchés ; on note tous les degrés, toutes les nuan-

© BIU Santé

ces; et par des dégradations successives, on va de la plaque la plus saillante à la simple macule. — A de certains moments de l'évolution morbide, ces formes atténuées existent seules, et l'on serait exposé à méconnaître leur véritable nature, si l'on n'était prévenu ; et si l'on n'y trouvait constamment, quelques marques spécifiques, telles que la coloration cerise ou violette, le reflet brillant, les fines plicatures de l'épiderme aminci et avant toute chose, une localisation typique.

Ce ne sont pas seulement ces divers exanthèmes, qui se montrent concurremment sur le même sujet ; avec eux, on en rencontre parfois d'une espèce tout autre; par exemple: le pemphigus des nouveau-nés, l'eczéma, l'impétigo et l'érythème athrepsique. Mais ces diverses éruptions, évoluent les unes à côté des autres, sans se mêler; et vous les distinguerez toujours sans peine, en tenant compte des différences que je vous ai signalées déjà ou qu'il me reste à vous faire connaître.

J'ai suffisamment insisté sur le diagnostic du pemphigus, de la roséole, de l'érythème, je n'y reviendrai pas ; je vous parlerai seulement de l'eczéma et de l'impétigo, des ulcérations de l'athrepsie et de celles qui, dans le cours de la rougeole, se développent à la vulve et au pourtour de l'anus.

L'eczéma et l'impétigo, atteignent à peu près exclusivement le cuir chevelu, la face et le cou. La peau qui n'est pas ulcérée, mais simplement érodée, laisse suinter un liquide très-abondant qui se concrète en une matière granuleuse et très-friable. Il n'y a ni induration, ni saillie.

Les ulcérations de l'athrepsie se développent au talon, sur les parties latérales du pied, ou bien encore au-dessus ou au-dessous des malléoles internes. Elles débutent par une rougeur, bientôt suivie d'une eschare; ou se forment peu à peu par l'usure lente de l'épiderme, puis du derme dans toute son épaisseur. De largeur variable, elles peuvent, sur les talons, atteindre le diamètre d'une pièce d'un franc. Leurs bords sont plats, sur leur fond rosé et finement mamelonné, suinte un liquide séro-sanguinolent. Une zone d'un rouge vif les circonscrit. — Leur siége est si spécial, il marque si sûrement leur développement mécanique, dans un organisme en proie à l'athrepsie, qu'on n'hésitera pas sur leur détermination.

La rougeole étant exceptionnelle chez les enfants de l'âge qui nous occupe, ils ne seront que très-rarement atteints des ulcérations vulvo-anales qu'elle provoque. Celles-ci, d'ailleurs, débutent toujours par une vésicule, dont la calotte épidermique est blanche et opaque et qu'entoure une zone rosée de un à deux millimètres de large. Dès que la cuticule est rompue, et cela se fait très-rapidement, on constate une ulcération en godet, dont le fond gris, tomenteux, repose sur une base tuméfiée. L'évolution de ce mal se fait avec une rapidité surprenante. Au bout de trois ou quatre jours, les ulcérations d'abord limitées à des points, très-circonscrits des lèvres ou du clitoris, peuvent couvrir toute la surface de ces organes, et y déterminer des eschares larges et profondes. Jamais la syphilis ne produit aussi rapidement, des altérations aussi redoutables. (*A suivre*).

PATHOLOGIE INTERNE

Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés et description d'un nouveau tube laryngien (1) ;

Par **ALBAN RIBEMONT**, ex-interne des hôpitaux et de la Maternité

4° *Diagnostic de la situation du tube.* — Il est enfin une conséquence de l'oblitération parfaite de la glotte, qui ne manque pas de présenter un certain intérêt. Grâce à elle l'opérateur, du début à la fin de l'insufflation, est averti dès que l'instrument quitte le larynx.

Est-il placé dans les voies aériennes, la progression de l'air, sa pénétration dans le parenchyme pulmonaire se font silencieusement, et ne sont révélées que par la dilatation de la cage thoracique. Est-il, au contraire, engagé dans l'œsophage, l'air s'en échappe en produisant un gargouillement sonore caractéristique. On est donc à l'abri d'une introdution inconsciente d'air dans le tube digestif.

Le contact prolongé du tube peut-il avoir pour l'intégrité des cordes vocales quelque danger? Nous n'avons trouvé aucune lésion sur la muqueuse des deux enfants dont nous avons fait l'autopsie et qui n'avaient pu être ranimés, malgré la longue durée de l'insufflation ; et chez les sujets rappelés à la vie, la vigueur et la pureté du cri nous ont prouvé que les cordes vocales n'avaient subi aucune lésion capable d'entraver leur fonctionnement.

Observation III. — Hir..., 26 ans, primipare, accouche le 29 septembre, à 11 h. du matin, à la Maternité. Bassin étroit, diamètre sacro sous-pubien : 10 centimètres. La période d'expulsion dure 3 heures et demie. L'enfant qui pèse 2,425 gr., naît en état de mort apparente. Téguments décolorés. Battements cardiaques à peine perceptibles. L'insufflation, pratiquée avec notre instrument, est prolongée pendant 4 heures sans que celui-ci se déplace. L'enfant n'est pas ranimé.

Autopsie. — Tous les lobules ont été distendus ainsi que le montrent l'examen de la surface du poumon et les coupes pratiquées sur ces organes. La plèvre viscérale n'est soulevée en aucun point. La glotte présente sa forme et ses dimensions habituelles. La muqueuse du larynx, examinée à l'œil nu et à la loupe, ne présente aucune trace d'érosion.

Observation IV. — So..., 30 ans, secondipare, conformation du bassin normale. Début du travail le 24 octobre, à 4 heures du matin. Présentation de l'épaule droite en AIG. Rupture des membranes à 4 heures 15 du soir.

M. Polaillon pratique à 6 heures la version podalique. Le dégagement des épaules et de la tête présente des difficultés qui arrêtent l'opérateur quelques minutes pendant lesquelles on voit se produire des mouvements d'inspiration prématurés. Enfant volumineux 3,600 gr. Mort apparente. Cyanose.

L'insufflateur est introduit sans peine dans le larynx et l'on aspire tout d'abord, à l'aide de la poire en caoutchouc, les mucosités et le liquide amniotique que les efforts d'inspiration prématurés ont fait pénétrer dans les voies respiratoires. Puis on fait la respiration artificielle. Le tube reste bien en place, la cyanose diminue progressivement, les bruits du cœur, de 60 sont remontés à 110 par minute. La première inspiration spontanée se fait au bout de trois quarts d'heure.

Elle est bientôt suivie par d'autres de plus en plus rapprochées et énergiques. L'insufflateur est retiré. Quelques flagellations suffisent alors pour provoquer les cris de l'enfant.

Leur pureté, leur vigueur témoignent de l'intégrité de l'organe de la phonation.

Emphysème traumatique. — L'emphysème traumatique déterminé par l'insufflation pulmonaire a été depuis déjà longtemps l'objet de recherches expérimentales et d'observations cliniques. Les auteurs ne sont pas toutefois arrivés à des conclusions analogues.

Dans un travail fort intéressant sur l'emphysème, Leroy (d'Etioles) (1) étudiant comparativement les résistances du tissu pulmonaire chez l'adulte et chez l'enfant, rapporte, entre autres, les expériences suivantes faites sur le fœtus humain. Dans une première série de recherches, Leroy insufflant avec la bouche sept enfants qui avaient vécu de 1 à 15 jours, constate « que l'épanchement d'air entre les parois thoraciques et le poumon ne fut jamais produit; seulement de l'air était épanché sous la plèvre pulmonaire, les lobules du poumon semblaient isolés les uns des autres par de l'air épanché, les cellules pulmonaires étaient en plusieurs points distendues. »

Duménil et Magendie, rapporteurs à l'académie des sciences du mémoire de Leroy (d'Etioles), confirmèrent ces recherches par de nouvelles expériences. Ils introduisirent un tube à travers une incision faite à la trachée d'enfants ayant vécu seulement quelques heures..... « l'air, poussé avec beaucoup de force dans la trachée-artère, ne produisit point d'épanchement dans la cavité de la plèvre, quelques bulles apparaissaient seulement çà et là sous la plèvre pulmonaire. »

A son tour, M. Depaul étudie la résistance à la déchirure qu'offre le poumon des nouveau-nés. Il pratique,

(1) Voir les n°s 16, 17 et 19.

(1) Recueil de lettres et de mémoires adressés à l'Académie des sciences. Paris, 1844.

© BIU Santé

dans ce but, l'insufflation avec le tube de Chaussier ou une canule introduite dans le larynx, la trachée, les bronches.

« Ces insufflations, dit M. Depaul, étaient faites d'abord doucement, puis avec plus de force, et enfin j'ai constamment terminé mes aspirations qui duraient au moins une demi-heure par une vingtaine d'insufflations beaucoup plus énergiques encore. J'ai toujours été frappé de la force avec laquelle il fallait pousser l'air pour produire la dilatation de toutes les vésicules surtout quand on se sert du tube de Chaussier. Du reste, on constate, sous ce rapport, d'assez grandes différences. La densité du tissu pulmonaire est variable et cette condition influe sur sa perméabilité. »

Jamais M. Depaul n'a réussi à déterminer de l'emphysème et cela même en poussant son tube jusque dans l'une des bronches. L'emphysème traumatique existe cependant, et ses lésions ont été constatées par des observateurs dignes de toute confiance.

Le Dr Pinard a présenté, en novembre 1873, à la *Société anatomique*, les poumons de deux enfants nés en état de mort apparente et insufflés par les aides sage-femmes de la Maternité avec le tube actuel. En dehors des lésions asphyxiques : ecchymoses nombreuses sur les poumons, le thymus, le péricarde, etc... voici ce que l'on observait sur les poumons de l'un de ces enfants chez qui l'insufflation avait duré deux heures: « l'air n'avait pénétré que dans un tiers seulement du tissu pulmonaire. Il y avait atélectasie complète dans les deux autres tiers ; de plus, là où l'air avait pénétré, de nombreuses vésicules étaient rompues, car il y avait production d'emphysème interstitiel et sous-pleural. Au niveau de la circonférence des deux lobes inférieurs droit et gauche, les bulles atteignaient le volume d'un pois.» Quant à l'autre enfant, il avait été insufflé pendant six heures. L'autopsie permit de constater les lésions suivantes : lésions asphyxiques. Tous les viscères congestionnés. Pas d'hémorrhagie. L'air avait pénétré dans toutes les vésicules pulmonaires, mais en en déchirant un assez grand nombre, car il y a un emphysème tellement prononcé que la plèvre viscérale est presque complètement soulevée ; l'air a pénétré au niveau du hile, dans le médiastin, et on observe à ce niveau des bulles du volume d'une grosse noisette. Sur la surface des lobes pulmonaires, on observe de petites bulles d'air sous la plèvre qui paraît soulevée par de l'écume.

Ces deux exemples remarquables d'emphysème traumatique ne sont pas les seuls que M. Pinard ait pu recueillir à la Maternité. Il avait eu antérieurement l'occasion de faire l'autopsie de cinq enfants présentant des lésions semblables.

M. Tarnier, en présence de ces faits, et se souvenant d'observations analogues, chargea M. Pinard de faire quelques recherches expérimentales. En voici la conclusion. Sur des poumons d'enfants *ayant respiré*, il faut déployer une force considérable, quelquefois énorme, pour produire de l'emphysème ; que les poumons soient insufflés détachés ou bien en place, la cavité thoracique n'étant pas ouverte, le résultat est le même.

Mais sur des poumons d'enfants n'ayant pas respiré du tout, alors qu'il y a atélectasie complète, on produit de l'emphysème avec *la plus grande facilité*, et même alors que toutes les vésicules n'ont point encore été dilatées.

L'année précédente, le Dr Budin, avait fait à la Maternité, en présence de M. le Dr Hervieux, dont il était l'interne, une série d'expériences sur des poumons d'enfants qui *avaient respiré* et *vécu plusieurs jours*.

Nous détachons d'une note qu'il a bien voulu nous remettre à ce propos, les passages suivants : J'ai essayé bien des fois de déterminer la rupture des vésicules pulmonaires, soit en insufflant en même temps les deux poumons, soit en n'opérant que sur l'un des deux ; soit même en insufflant successivement et isolément les différents lobes isolés et détachés du reste de l'organe. Je me servais d'un appareil spécial muni d'un robinet qui permettait de maintenir dans les alvéoles l'air que l'on venait d'y injecter.

L'opérateur pouvait de la sorte se reposer, et recommencer l'insufflation avec une nouvelle force..... D'autrefois, on mettait le poumon en communication avec une grande vessie à parois très-épaisses. Une planche était placée sur cette vessie et lui transmettait une pression égale aux poids du corps de deux personnes: l'air passait avec cette énorme pression dans les deux poumons qui se distendaient considérablement..... Dans toutes ces expériences, au nombre de dix environ, les poumons qui étaient ceux d'enfants ayant vécu, restèrent intacts. Une fois seulement, il se produisit un peu d'emphysème, la plèvre cependant resta intacte, alors que toutes les vésicules n'étaient point encore dilatées.

Quelques expériences que nous avons pratiquées confirment entièrement les résultats obtenus par le Dr Pinard. Ils sont, on le voit, en opposition avec les idées généralement admises, d'après lesquelles les poumons atélectasiés jouiraient d'une résistance bien supérieure à celle des poumons d'enfants ayant vécu.

« Lorsqu'on insuffle, dit M. Pinard, les poumons d'un enfant qui n'a pas respiré, on voit l'air pénétrer d'une façon irrégulière et dilater quelques vésicules seulement, tantôt dans les parties supérieures du poumon, tantôt dans les inférieures. Ce sont ces vésicules qui vont alors supporter en grande partie l'effort des autres insufflations, car l'air éprouvant de la résistance du côté de la masse des vésicules encore affaissées, suit toujours le même chemin, et pour peu qu'on insuffle avec une certaine force, on voit l'emphysème se produire.»

Non-seulement les premières vésicules dilatées supportent tout l'effort de la colonne d'air et sont exposées à la déchirure, mais elles rendent difficile la dilatation des alvéoles voisines par la compression qu'elles exercent sur leurs parois.

Si au contraire on insuffle les poumons d'un enfant qui a déjà respiré on voit l'air se répandre dans l'organe tout entier d'une façon uniforme car là le tissu est élastique, et comme toutes les vésicules sont gonflées, elles supportent en commun le choc de l'air et ne crèvent que difficilement.

M. le professeur Lefort avait déjà dans sa remarquable thèse inaugurale (1), expliqué les difficultés de produire l'emphysème par l'insufflation, en montrant que les vésicules pulmonaires se soutiennent réciproquement par leur distension. Mais cet appui mutuel n'est possible qu'alors que toutes les vésicules pulmonaires sont uniformément dilatées et remplies d'air. La théorie et les résultats de l'expérience sont concordants.

Nous avouons ne pas comprendre en quoi l'établissement de la respiration, c'est-à-dire la mise en activité fonctionnelle des organes pulmonaires, suffirait pour rendre ceux-ci fragiles au point que l'inspiration naguère impuissante à les déchirer, deviendrait immédiatement pour eux, très-dangereuse.

Sans doute, tous les poumons n'offrent pas la même résistance à la distension, et les uns cèdent sous une pression qui n'eût pas suffi à déchirer les autres.

Sans doute, on doit tenir compte des conditions différentes résultant du degré d'introduction du tube ; de la direction du courant d'air ; de la présence des mucosités qui peuvent en oblitérant une bronche rendre imperméable tel département du poumon ; et de la force avec laquelle on pratique l'insufflation.

Mais nous devons retenir de tout ce qui précède cette notion importante que l'on peut par l'insufflation rompre les alvéoles pulmonaires d'un nouveau-né, quand il n'a pas encore respiré.

La force nécessaire pour produire la distension de toutes les alvéoles pulmonaires a toujours paru considérable à la plupart des observateurs surtout lorsqu'ils faisaient usage de la sonde de Chaussier, primitive ou modifiée.

Cette force se compose de deux éléments distincts : la rapidité du courant, le volume de l'air injecté. L'intensité de l'un et l'autre n'est rendue nécessaire que parce que le

(1) Thèse de Paris, 1858, p. 34.

© BIU Santé

tube de Chaussier ne s'oppose pas au reflux. On est alors obligé pour dilater les alvéoles d'employer une force de beaucoup supérieure à la résistance qu'offre le tissu pulmonaire à la distension.

Leroy (d'Etioles), pratiquant l'insufflation sur des animaux à l'aide d'une sonde introduite à travers une incision de la trachée déterminait des accidents variables suivant le calibre de cette sonde.

Avec une sonde d'une ligne de diamètre, une mort rapide survenait, avec une autre d'une demi-ligne de diamètre il n'y avait qu'une simple gêne respiratoire, l'étroitesse de celle-ci empêchant que la force d'impulsion fût aussi grande. Dans cette expérience le calibre de la sonde n'entrait pour rien dans la force d'impulsion de l'air si sa vitesse initiale était la même dans l'un et l'autre cas.

La quantité d'air pénétrant dans le poumon, en un temps donné différait seule, et la différence était d'autant plus marquée que la grosse sonde qui fournissait une plus grande masse de fluide s'opposait en outre bien plus à son reflux.

M. Depaul avait remarqué dans ces expériences qu'en se servant d'une sonde en gomme élastique, il avait toujours éprouvé une plus grande facilité à dilater les poumons dans leur totalité qu'avec le tube laryngien.

Ne serait-ce point que celle-là plus volumineuse que celui-ci remplissait mieux la lumière de la glotte? Il suffit, en effet, de fermer à l'air toute voie de retour pour obtenir avec une force très-modérée une dilatation complète du poumon. On peut s'en convaincre expérimentalement. Si le tube de Chaussier étant en place on applique bien exactement sur ses parois celles de la trachée on est surpris de la facilité avec laquelle l'air pénètre dans les poumons et en distend rapidement toutes les alvéoles. Un pareil résultat s'obtient avec le nouvel insufflateur, aussi est-il très-facile d'apprécier la sensation de résistance qu'offrent les parois thoraciques et les poumons, lorsque ces organes sont complètement distendus. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La reconnaissance d'utilité publique de l'Association générale.

Dans une circonstance où nous avions cru devoir blâmer l'inertie de l'Association générale (1), l'*Union médicale*, enveloppant son accusation de compliments que nous croyons sincères, nous a reproché d'être jeunes, mal renseignés et prévenus contre l'Association. De la première de ces imputations, d'une vérité passagère, nous n'avions pas à nous défendre et il ne nous plaisait pas de traduire la réponse de Chatham à H. Walpole. La seconde ne nous touchait point, le passé de l'Association n'étant pas en discussion. Quant à la troisième, nous n'avions pas à démontrer qu'on peut être sympathique à une institution sans approuver toujours la direction qui lui est donnée.

Si nous revenons aujourd'hui sur cette vieille histoire, c'est qu'à cette époque on nous a promis de nous faire connaître les opinions du Conseil général sur le point que nous avions traité, et qu'ayant aujourd'hui encore à parler de l'Association, nous voulons protester à l'avance contre toute accusation d'hostilité et de préventions, si, par hasard il devait s'en reproduire dans la communication que nous attendons dimanche prochain.

Ce jour là se réunissent en Assemblée générale les délégués des Sociétés locales. La première séance sera consacrée à entendre des exposés et des rapports sur la situation et les actes de l'Association générale; dans la seconde viendront des rapports sur différentes questions, dont la plus importante de beaucoup est celle de la reconnaissance d'utilité publique de l'Association générale des médecins de France. L'Assemblée aura donc à étudier cette grave question et à se prononcer sur la solution qu'elle entend lui donner. La controverse, il faut s'y attendre, sera vive, car il paraît y avoir un désaccord profond entre le Conseil général, peu enclin à demander la reconnaissance d'utilité publique, et quelques sociétés locales déterminées à en poursuivre l'obtention.

Dociles aux bons conseils, même superflus et donnés avec humeur, nous avons recherché soigneusement tout ce qui pouvait nous éclairer et nous aider à nous former une opinion sur le point en litige. Il faut l'avouer, nos efforts n'ont eu d'autre résultat que de nous laisser perplexes. Entre les arguments allégués en faveur de la reconnaissance d'utilité publique et ceux qui leur sont opposés, nous restons indécis. Il n'en serait plus de même si nous avions des préventions, car si on se laissait aller à l'impression que produisent certaines particularités de l'affaire et à la nullité manifeste de certaines raisons données pour ne pas demander la reconnaissance d'utilité publique, on croirait à quelque mystère, à un inconnu dont on ne veut pas parler. Mais de la fragilité de quelques moyens de défense, conclure à la fausseté de la cause, n'est pas dans nos habitudes, et nous reconnaissons volontiers que si les avocats du Conseil général ont invoqué de mauvaises raisons, il en est d'autres qui ont leur valeur. La justice veut qu'on regarde simplement les premières comme non avenues, en tenir un compte négatif serait aller trop loin. Ne pouvant donc nous prononcer encore, nous devons nous borner à exposer l'état de la cause et à résumer les arguments apportés de part et d'autre, en les appréciant impartialement.

L'idée de demander pour l'Association générale la reconnaissance d'utilité publique remonte, on peut le dire, à l'époque de le naissance même de l'Association. Dès le mois d'octobre 1858, M. Rayer faisait entrevoir dans l'avenir la reconnaissance d'utilité publique comme une récompense des services qu'elle rendrait à la famille médicale. En 1868, M. Gallard, vice-secrétaire du Conseil général, montrait prochain le jour où devraient commencer les démarches nécessaires pour obtenir cette autorisation; et, en même temps, le secrétaire général, M. A. Latour, la présentait comme « un couronnement de l'édifice à désirer, à solliciter, à obtenir ». En 1869, un refroidissement se manifeste dans les dispositions du conseil général, et M. Gallard, après avoir démontré que l'association est au plus haut degré intéressée à ce que la demande de reconnaissance soit faite et poursuivie, signale des inconvénients possibles, fait des réserves et met en doute l'opportunité de cette demande. En 1870, M. Jeannel expose qu'il serait périlleux de poursuivre les tentatives commencées, et l'Assemblée générale, de confiance, lui donne raison. En 1875, M. Guerrier dit qu'il est urgent de demander la reconnaissance d'utilité publique, l'Assemblée, convaincue, charge le Conseil général de prendre les mesures et de faire les démarches nécessaires. En 1877, M. Durand-Fardel annonce que ces démarches commencées ont dû être suspendues, toujours en raison de dangers et d'inconvénients

(1) Voir les nos 32 et 40 du *Progrès médical*, 1877.

© BIU Santé

sur lesquels on ne s'explique guère. Le Conseil général n'ose agir ; le mandat de l'Assemblée ne lui suffit pas, il lui faut l'avis conforme des sociétés locales. On remet donc la décision, ou tout au moins la discussion à la réunion de 1878 ; nous y sommes, et le rapport de M. Penard nous apprendra quelle est l'opinion des sociétés locales sur les avantages et les inconvénients de la reconnaissance d'utilité publique.

Voilà pour l'historique. Au premier abord, il y a bien quelque chose d'étonnant à voir le Conseil général, qui avait pris l'initiative de la reconnaissance d'utilité publique, par l'organe de son président et de ses secrétaires, et en célébrait les immenses avantages, hésiter tout à coup, puis reculer, tergiverser et recourir à des moyens dilatoires qui ont fait que, depuis dix ans, la question n'a pas fait le moindre pas vers sa solution. Toutefois, ces fluctuations d'opinion peuvent s'expliquer par les changements survenus dans le personnel du Conseil, par une étude plus attentive de la question. Mais on comprend moins le ton mystérieux que l'on prend pour parler des inconvénients qu'aurait la reconnaissance d'utilité publique, et on ne comprend plus du tout les allusions voilées aux périls inconnus que feraient courir à l'Association de simples démarches. S'il s'agissait d'une société de conspirateurs craignant d'attirer sur elle les investigations de la police, on n'y parlerait pas autrement, ni plus bas, ni à mots plus couverts. Il semble pourtant, en dehors des inconvénients et des avantages de la reconnaissance en elle-même, que les démarches à faire pour l'obtenir, ne font courir qu'un danger variable suivant le point de vue : réussir ou échouer.

Passons, sans chercher un mystère où il n'y en a sans doute pas, et sans faire aucune hypothèse sur un secret qui est peut-être celui de Polichinelle. Toutes les assemblées délibérantes ont des couloirs où se chuchote ce qui ne peut se dire tout haut en séance publique. En était-il ainsi à l'Assemblée générale des délégués, nous n'en savons rien.

Examinons seulement les allégations des deux partis adverses et tâchons d'en faire la balance, en éliminant tout d'abord celles qui n'ont aucun poids. Parmi celles-là est la crainte de voir les Sociétés locales arguer d'un changement accompli sans l'assentiment formel de l'Assemblée générale pour se séparer de l'association. Les Sociétés locales sont appelées à donner leur avis, l'Assemblée générale se réunira pour prononcer : la procédure sera parfaite. Nous regrettons d'être obligés de ranger sous la même rubrique, l'explication donnée par M. Brun à la *Gazette hebdomadaire* (1). « Si, dit-il, le conseil général de l'Association demande l'ajournement des poursuites en reconnaissance d'utilité publique, c'est pour avoir le temps de surmonter toutes les difficultés qu'il rencontrera sur sa route. » Si cela ne veut pas dire que le conseil général entend surmonter les difficultés en se croisant les bras, cela signifie qu'en dehors de l'instance officielle, il y a des négociations préliminaires, officieuses, à faire en grand secret. Mais alors on rentre dans le mystère, et nous n'avons plus rien à dire. Quant à croire, avec la *Gazette hebdomadaire*, que M. Brun a voulu indiquer par là la nécessité de bien connaître les avantages et les inconvénients d'une révision des statuts ou d'une modification complète de l'organisation de l'Association, nous ne le pouvons ; ce serait fausser, croyons-nous, le sens de cette explication ; mais, en adoptant même cette interprétation, la raison serait mauvaise : le Conseil général a eu le temps de faire longuement toutes les études nécessaires.

Les avantages de la reconnaissance d'utilité publique ont été fortement exposés, au nom de la Société de la Gironde, par M. Verdalle, son conseil judiciaire (1) : faculté d'ester en justice, pour son compte personnel, capacité de recevoir des dons et legs de toute valeur et de toute nature, mobiliers et immobiliers. Il n'est pas besoin d'insister sur leur importance. M. Brun (2), dans une note adressée aux Sociétés locales, s'est, par avance, attaché à la diminuer. Il estime qu'il ne faut pas se faire d'illusions sur l'abondance future des legs d'immeubles, et en cela il a raison ; mais il va trop loin en pensant qu'en cas de legs pareil, l'Association pourrait actuellement trouver facilement moyen d'entrer en possession ; c'est plus que douteux. De même, pour les legs mobiliers d'une valeur supérieure à 5.000 francs, un avis du Conseil d'Etat a décidé que les Sociétés de secours mutuels approuvées pouvaient recevoir des dons ou legs mobiliers, de quelque valeur que ce soit ; mais on ne doit pas oublier que la jurisprudence du Conseil d'Etat peut varier.

Quant au droit d'ester en justice M. Brun, n'en fait pas grand cas ; l'Association peut parfaitement se défendre sans posséder ce droit ; elle ne peut, il est vrai, poursuivre les charlatans ni se porter partie civile contre eux, mais elle a mieux à faire. La répression du charlatanisme était pourtant, il nous semble, inscrite sur le programme. C'est encore une partie de sa tâche à laquelle l'Association renonce. En somme, l'argumentation de M. Brun ne nous paraît pas affaiblir beaucoup sur ce point la thèse de M. Verdalle.

M. Brun dit encore qu'en cessant d'être Société de secours mutuels, l'Association ne serait pas assurée d'être reconnue d'utilité publique ; c'est une objection que renverse M. Verdalle en démontrant que ce changement n'est pas nécessaire et que plusieurs sociétés de secours mutuels ont obtenu la reconnaissance d'utilité publique. Il n'y a donc pas à s'arrêter à cette objection.

Au contraire, il est difficile de ne pas accorder une grande attention à d'autres difficultés que fait ressortir l'honorable trésorier. La reconnaissance d'utilité publique pour l'Association générale, entraîne-t-elle la reconnaissance pour toutes les sociétés locales ? Ou bien faudrait-il le demander pour chacune d'elle, et alors l'obtiendra-t-on pour toutes ? Cujas dit oui et Barthole dit non ; la question est au moins douteuse. M. Verdalle, toutefois, a raison de dire qu'au cas où des sacrifices sérieux seraient réclamés de l'Association, ou bien si cette reconnaissance devait être accordée seulement à l'Association et refusée aux sociétés locales, il n'y aurait qu'à arrêter les négociations entre le Conseil général et le Gouvernement.

(1) 3 mai 1878.

(1) *Union médicale*, 9 juin 1877.
(2) *Quelques réflexions à propos de la reconnaissance de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France comme établissement d'utilité publique*, par H. Verdalle.

© BIU Santé

Il n'est pas sérieux de prétendre que la reconnaissance d'utilité publique priverait l'Association de la faculté de faire des dépôts à la Caisse des dépôts et consignations et à la Caisse d'épargne ; la loi de 1850 dispose au contraire que ces établissements sont ceux où les sociétés de secours mutuels peuvent et doivent effectuer de semblables versements. Nous croyons par conséquent, que M. Brun s'exagère les difficultés de laisser au capital de l'Association une mobilité suffisante pour faire face au service des secours et des pensions. En supposant même que ce capital dût être placé autrement qu'il ne l'est, le trésorier de l'Association saurait, nous n'en doutons pas, trouver moyen de tourner les difficultés qu'il signale sans être obligé de transformer son cabinet en bureaux de banque.

L'argument principal que fait valoir M. Brun pour repousser la reconnaissance d'utilité publique, c'est la crainte de voir le Conseil d'Etat modifier les statuts, « tout particulièrement en ce qui concerne le taux des pensions qui, par dérogation aux prescriptions du décret de 1856, peut s'élever jusqu'à 1,200 fr., alors que le maximum fixé ne peut dépasser le décuple de la cotisation annuelle des sociétaires, c'est-à-dire 120 fr. Cette faculté ne repose jusqu'à présent que sur une sorte de tolérance administrative, due à la bienveillance d'un ministre, et M. Brun appréhende que le Conseil d'Etat y mette un terme. S'il en devait être ainsi, l'Association ferait bien de renoncer à la reconnaissance d'utilité publique. La question est donc de savoir si ces craintes sont fondées.

M. Verdalle ne le croit pas, et ne voit aucune raison pour laquelle on ne pourrait plus compter sur cette tolérance bienveillante dont l'Association a joui jusqu'à présent. Nous ajouterons même que si le Conseil d'Etat consacrait cette dérogation à la loi générale qui régit les sociétés de secours mutuels, la jouissance en serait plus assurée à l'Association; mais rien, on doit en convenir, ne prouve que le Conseil d'Etat ne voudra pas, au contraire, faire rentrer l'Association dans la règle commune. La véritable difficulté est donc là ; c'est même la seule à notre avis ; mais elle est capitale. Si, après avoir renoncé à protéger la dignité des médecins contre les abus du pouvoir et leurs intérêts contre le charlatanisme; si, réduite à n'être plus qu'une tontine, l'Association générale se résignait encore à ne plus donner que des pensions dérisoires, il ne lui resterait plus qu'à se dissoudre. Nous sommes loin de le désirer, et si cette dernière considération obligeait l'Assemblée générale à repousser la reconnaissance d'utilité publique, nous engagerions les Sociétés locales à y regarder à deux fois avant de suivre le conseil que leur donnait, pour cette hypothèse, la *Gazette médicale de Bordeaux* : se replier sur elles-mêmes et examiner sérieusement s'il ne serait pas plus utile et plus pratique de se retirer momentanément de l'Association générale et de faire elles-mêmes leurs affaires. C'est la dernière extrémité à laquelle il faudrait recourir ; la Société de la Gironde, notamment, a pris une trop grande part à la création de l'Association générale pour qu'il lui soit permis de la déserter. Plus même elle en croirait mauvaises les tendances, plus elle aurait le devoir d'y rester pour mieux les combattre ; l'émigration ne vaut jamais rien.

E. T.

L'affaire Danval au point de vue toxicologique.

Un drame d'un intérêt saisissant et destiné à prendre place parmi les causes célèbres vient de se dérouler devant les assises de la Seine. Il intéresse de trop près le monde médical et pharmaceutique pour que nous le passions sous silence. Nous parlerons seulement, aujourd'hui, de la partie médico-légale et toxicologique.

Les faits en eux-mêmes sont assez connus de tous nos lecteurs pour qu'on nous sache gré de ne point en parler; il est toujours, du reste, pénible d'avoir à étaler les perversités de la nature humaine, surtout quand le coupable, appartenant à une classe élevée de la société, a reçu une instruction convenable.

Les empoisonnements dirigés par une main savante sont assez rares et après La Pommerayе il faut arriver jusqu'à Danval. Dans la cause actuelle, le grand intérêt des débats provient de l'existence d'une contre-expertise qui ne s'est point trouvée d'accord avec les conclusions du ministère public; il provient aussi de la discussion et de débats très-intéressants, du choc desquels n'a point jailli la lumière.

En présence de MM. Bergeron et Lhote se trouvait M. le professeur Bouis. Les deux premiers, experts légaux, dont l'infaillibilité a été mise en relief d'une façon incontestable par l'affaire Moreau ; le second, professeur de toxicologie à l'école de pharmacie, dont la haute valeur est connue de tous ceux qui ont eu l'honneur d'être ses élèves et dont la prudence scientifique est telle qu'il n'affirmera jamais un fait qu'il n'en soit trois fois sûr.

L'expertise légale, disait, au sujet de ce procès, un journaliste bien connu et très-apprécié, devrait être faite autant pour dissiper les soupçons qui pèsent sur l'accusé que pour les confirmer ; cela doit se faire, la suite va nous montrer si cela se fait.

Une impression bien pénible plane sur tous ces débats et provient de la latitude que l'accusation laisse à ses experts pour dire ce qu'ils pensent et des épithètes flatteuses dont elle se plait à les gratifier.

Mais la défense : que vient-elle faire ? M. Bouis est-il médecin ? Qu'il s'écarte un peu de la chimie, le docteur Delens sait bien vite le renvoyer à ses cornues, tandis que lui peut trancher dans la classification toxicologique et créer des empoisonnements mixtes. Que le docteur Gallard fasse une déclaration dont la netteté et la modération révèlent le médecin légiste dans son type le plus pur, il se trouvera bien une voix pour lui dire qu'il est venu rendre à la légère un témoignage improvisé, tandis que cette même voix restera muette lorsqu'il s'agira de déclarer que le rôle d'un expert n'est point celui d'un accusateur.

Entrons dans quelques détails et examinons la partie toxicologique de cette affaire ; telle qu'elle a d'abord été présentée dans l'acte d'accusation, puis soutenue et discutée par les experts des deux camps.

« L'absence de toute cause naturelle de décès, dit l'acte » d'accusation, et l'état de conservation remarquable du » *tube digestif* firent supposer que la mort était due à l'in» gestion d'une substance toxique, *l'arsenic par exemple*, » qui possède au plus haut degré la propriété de conserver » les *tissus*. »

Ce qui a le plus frappé les experts ce n'est pas la conservation *du cadavre*, mais seulement celle du tube digestif,

© BIU Santé

lui-même; les autres portions, organes annexes, étaient dans un état de décomposition tel, qu'il ne leur a pas été possible de faire l'examen histologique du foie et qu'enfin, à l'ouverture de la boîte crânienne, le cerveau s'échappa sous forme de bouillie et tomba à terre. Les contradictions commencent et s'accentuent à mesure que les débats se poursuivent. Les experts ont conclu à *un empoisonnement lent*. Dans ces conditions, et pour être conséquents avec eux-mêmes, ils doivent convenir que si l'arsenic a été absorbé, il s'est répandu dans toute l'économie ; comment se ferait-il alors que les organes qui emmagasinent le plus facilement les poisons, et l'arsenic en particulier, n'aient pas résisté à la putréfaction ? Ce n'est pas seulement le tube digestif, mais le cadavre tout entier qui eût dû jouir de l'immunité eu égard à la durée supposée de l'empoisonnement.

Les cadavres des individus morts à la suite d'une intoxication par l'acide arsénieux présentent, *lorsque le toxique a eu le temps de se répandre dans toute l'économie* (et c'est bien le cas), une grande résistance à la putréfaction, et peuvent même se momifier au bout d'un certain temps. (Dragendorff.)

Poursuivons :

« L'analyse des organes pouvant seule faire la lumière, il » y fut procédé *avec un soin minutieux* par MM. les docteurs Bergeron et Delens, et le *savant chimiste* M. Lhote. » Après destruction des matières par la carbonisation sulfurique, le liquide acide provenant du traitement de » ce charbon fut introduit dans l'appareil de Marsh.

« Les experts recueillirent sur des soucoupes des taches » brunâtres d'aspect métallique, qui, soumises aux réactifs » accoutumés, décelèrent la présence de l'arsenic dans des » *proportions appréciables.* » Une contre-épreuve produisit le même résultat, et permit d'obtenir « *un léger anneau.* »

Nous reviendrons plus tard sur ces résultats, qui paraissent avoir été obtenus tout naturellement ; mais d'après la proportion d'arsenic trouvée, il nous semble bien difficile d'admettre qu'il a tout simplement suffi aux experts d'écraser avec une soucoupe la flamme de l'appareil pour obtenir des taches. Quand la quantité d'arsenic est aussi faible que celle qui a été signalée, il n'est possible de constater la présence de l'arsenic dans le gaz qui sort de l'appareil, et par suite d'obtenir des taches qu'au bout d'un temps fort long, quelquefois des heures. C'est du reste ce qu'a observé M. Bouis. Pourquoi l'accusation ne signale-t-elle pas le même fait ?

« Les hommes de l'art firent remarquer que l'arsenic n'a » pas la propriété de s'accumuler et de se localiser d'une » manière permanente dans le corps humain ; mais qu'au » contraire *il s'élimine très-promptement*, et que, par » suite, son absorption, à une date quelque peu éloignée » du décès, *ne laisserait aucune espèce de trace*. Un em- » poisonnement par petites doses comme celui qui avait été » (il n'y a pas *qui pouvait avoir été*), pratiqué sur la dame » Danval, ne pouvait donc se trahir que par la présence » d'une faible quantité d'arsenic, c'est-à-dire par le résultat » qu'a fourni l'analyse. »

Cette déclaration est de la plus haute importance : *l'arsenic s'élimine très-promptement et ne laisse pas de traces;* toute l'accusation roule sur ce point. L'opinion citée par l'accusation est celle de MM. les experts, il est juste qu'ils en aient toute la responsabilité. Mais, avant de la commenter, je ferai une remarque très-importante. Ce mot *rapidité d'élimination* peut s'entendre de deux façons bien différentes. Si l'on administre de l'arsenic, il s'élimine en effet très-promptement, dans ce sens qu'il apparaît *très-promptement dans l'urine*. C'est par cette voie qu'il s'en élimine la quantité la plus considérable, d'après Orfila. Mais il ne s'en suit pas pour cela que son élimination soit *très-rapide*, c'est-à-dire qu'il disparaisse très-vite de l'économie. Wurtz fixe de 12 à 15 jours le temps nécessaire à cette élimination dans les circonstances ordinaires. Dragendorff indique 17 jours; Kierchgassner rapporte une observation prise sur l'homme et dans laquelle on a retrouvé de l'arsenic dans les urines *pendant six semaines* et durant *deux semaines* dans les fèces.

En nous bornant à ces citations, nous allons voir qu'il était scientifiquement impossible aux experts du ministère public, d'affirmer qu'il y avait eu empoisonnement par l'arsenic, et cela sans sortir de leur rôle, sans devenir accusateurs.

Le 9 *août* 1877, Madame Danval reçut la visite du Dr Dervillez, et se plaignit des médicaments préparés par son mari; après cette visite du médecin, après le *9 août* par conséquent, l'état de la malade ne fit qu'empirer : les *vomissements se succédaient sans discontinuer, les diarrhées étaient plus violentes*; des sueurs nocturnes, une *sensation de brûlure à l'estomac* s'étaient jointes aux premiers symptômes, le poison était donc administré *à ce moment* ; du reste, l'acte d'accusation le dit, « à mesure que se développaient dans l'organisme les ravages du poison savamment administré par son mari, etc. »

Après le 2 *septembre*, les accidents « dont *l'inexplicable persistance déroutaient la science,* » étaient encore relatés par les docteurs Colvis et Renault. Le 8, la victime avait encore *l'estomac brûlant*, les jambes *presque paralysées*; la mort avait lieu le lendemain.

Or, en nous plaçant dans les conditions les plus favorables à l'accusation, en prenant la date du 9 *août* comme dernière limite pour l'administration de l'arsenic, on voit que du 9 août au 9 septembre, il n'y a qu'un mois. Devant un cas bien avéré, où l'arsenic a pu être constaté pendant 6 semaines dans l'urine, où par conséquent il se trouvait encore retenu dans l'économie 6 semaines après son ingestion, est-il possible à l'expert d'affirmer que l'arsenic a dû disparaître de l'économie, et qu'il n'en reste plus que des traces, alors surtout que la substance toxique a été, d'après eux, administrée pendant 18 mois. Un doute devait au moins se manifester, quand de ce doute dépend la vie d'un homme, fût-il le plus grand des coupables. Quel chimiste oserait aujourd'hui affirmer qu'un empoisonnement doit être attribué au cuivre, par cela seul qu'il en a retrouvé dix centigrammes, même vingt dans le foie de la victime, puisqu'il s'est rencontré, ne serait-ce qu'une fois, et cela est suffisant, un foie contenant vingt-neuf centigrammes de ce métal, sans que le sujet ait présenté pendant sa vie aucun symptôme d'empoisonnement (1).

Le second point, au moins aussi important, est le sui-

(1) Voir Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie.* Chapitre consacré au *sulfate de cuivre*, avec analyses chymiques de Yvon, Rabuteau et A. Robin.

© BIU Santé

vant : l'arsenic *s'élimine sans laisser aucune espèce de trace*. Il n'est pas de notre compétence de le discuter; du reste, il s'agit là de faits qui *existent* ou *n'existent pas* et non d'appréciations; l'audition et la discussion des experts les ont fait suffisamment ressortir.

La déposition de M. Lhote est, pour nous, très-intéressante. Nous devons, tout d'abord, déclarer que nous ne prétendons critiquer en rien la recherche toxicologique en elle-même; elle a été faite avec tout le soin désirable et la haute valeur du préparateur des Arts-et-Métiers, comme chimiste, ne peut être mise en doute par personne. Il y a cependant un désidératum qui se trouve mis en relief par la contre-expertise. M. Lhote a examiné en bloc le *foie*, l'*estomac* et les *intestins*, ses recherches auraient eu un caractère beaucoup plus précis si elles eussent porté sur chacun de ces organes pris séparément; elles lui auraient permis d'indiquer l'endroit où s'*était localisé le poison*.

Pourquoi enfin M. Lhote, de concert avec ses co-experts n'a-t-il pas, éclairé par les recherches de Scolosuboff, qu'il connaît sans aucun doute, recherché l'arsenic dans les parties qui le localisent le plus facilement. Si l'on prend comme terme de comparaison le pouvoir localisateur du muscle frais, on trouve d'après cet auteur les chiffres suivants :

Muscle frais	1
Foie	2,2
Cerveau	7
Moelle	7,5

Le cerveau n'a pu être examiné par suite d'une circonstance fâcheuse; le cerveau est tombé à terre, mais n'était-il pas possible de le ramasser, et pour répondre aux objections de rechercher également l'arsenic dans les raclures du sol, et cela dans un certain rayon. Mais la *moelle* n'est pas tombée à terre, que nous sachions, pourquoi n'y a-t-on pas recherché le poison : c'est elle qui doit en contenir la plus forte proportion. Le cadavre a-t-il tout dit? Ses restes ne peuvent-ils encore parler?

La conclusion du rapport est constatative de *proportions appréciables d'arsenic*. Cette expression est bien vague. On est habitué à ne jamais séparer le chimiste de sa balance. On a de très-bons instruments aux Arts-et-Métiers et pour que M. Lhote n'ait pas pesé, il faut qu'il ne l'ait pas pu.

Or, quelle est la limite minimum d'arsenic qui peut être décelée par l'appareil de Marsh et pesée à la balance? M. Gauthier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, a publié un travail très-intéressant sur la recherche et le dosage de l'arsenic dans les matières organiques ; il y donne le poids des anneaux à 1/100e de milligramme près. Nous croyons très-volontiers qu'il n'est pas possible de compter sur le dernier chiffre ; mais on obtient le dixième de milligramme d'une façon courante. La proportion appréciable d'arsenic trouvée par M. Lhote doit donc être inférieure à ce dernier chiffre, autrement, pourquoi ne l'aurait-il pas pesée, puisqu'il a obtenu un *léger anneau*.

Il n'est peut-être pas indifférent d'indiquer comment on peut peser de si faibles quantités : On coupe le tube dans lequel s'est déposé l'anneau à deux centimètres environ de part et d'autre de cet anneau ; puis, on en prend la tare sur une balance d'analyse qui donne très-facilement le *dixième de milligramme*. Cela fait, on enlève le fragment de tube de la balance et l'on fait couler dedans un peu d'acide azotique qui dissout l'anneau arsenical; on lave ensuite le tube ; puis, on dessèche à l'étuve et l'on pèse de nouveau. La différence de poids indique la quantité d'arsenic qui s'était déposée sur le tube.

Autre observation. M. Lhote a obtenu, en *quelques minutes*, des taches d'arsenic : lorsque la proportion de cette substance est très-faible, l'apparition des taches n'a lieu, habituellement, qu'au bout d'un temps beaucoup plus considérable. MM. Bergeron et Delens doivent en savoir quelque chose, puisque la patience leur a manqué pour attendre le résultat de la contre-expertise.

La déposition de M. Bergeron n'a rien qui nous concerne; c'est l'expert infaillible qui dit dans son rapport : « Je croyais devoir conclure à l'empoisonnement, *je conclus formellement à l'empoisonnement*. » Cette assurance fait plaisir à entendre ; mais il y a bien quelques faits qui viennent contredire ces assertions. Par exemple on a cité très-souvent non pas des cas d'empoisonnement, mais des *accidents* survenus par suite de l'emploi de tentures arsenicales. Du moment qu'il y a eu des accidents, c'est que l'*arsenic a été absorbé* ; cela paraît impossible au docteur. Heureusement que les gens infaillibles sont rares, car ils ont une singulière façon d'entendre la logique.

Vient ensuite le docteur Delens, chirurgien et chimiste tout à la fois ; nous le verrons tenir facilement tête à M. Bouis. Celui-ci, qui se contente de son titre de chimiste, et qui représente la contre-expertise, a été appelé à examiner le *foie*, l'*estomac* et les *intestins*. Il a soumis chacune de ces parties, séparément, à l'analyse. C'est ainsi qu'il faut toujours procéder.

Les résultats obtenus sont : proportion excessivement faible pour le foie; infiniment faible pour l'estomac, peut-être un millième de milligramme ; et quantité si faible pour l'intestin, qu'un dosage n'a pas été possible.

Les docteurs Delens et Bergeron assistaient à la recherche de l'arsenic dans le foie et ils partirent sans avoir pu constater la présence des traces d'arsenic, que M. Bouis n'obtint qu'au bout d'un temps très-long et au moment de démonter l'appareil.

Il est très-regrettable, à notre avis, que M. Bouis n'ait point examiné les poumons. M. Lhote ayant opéré sur le mélange des organes, n'a point éprouvé la même difficulté que M. Bouis pour constater la présence de l'arsenic dans l'estomac; il dit lui-même avoir obtenu des taches en quelques minutes. Ne serait-il pas possible qu'il y eût dans les poumons des traces d'arsenic plus faibles encore que dans l'estomac, et que l'expert, se basant sur le résultat relativement rapide obtenu dans ses premières expériences, n'ait pas attendu un temps suffisant avant de se prononcer.

Nous nous permettons d'émettre ce doute parce que l'objection n'a point été soulevée dans les débats. C'eût été, cependant, un point bien important et dont la constatation eût tout éclairci.

M. Bouis évalue la quantité d'arsenic contenu dans le corps tout entier à environ *un milligramme*, c'est-à-dire six à huit fois moins que n'en contient un litre d'eau de la Bourboule. Nous devons encore donner ici une explication : comment peut-on doser, approximativement bien entendu, des quantités aussi faibles d'arsenic ?

La sensibilité de l'appareil de Marsh est telle, qu'on peut

© BIU Santé

retrouver l'arsenic dans une solution qui en contiendrait 1/500,000 de son poids, d'après Moler, et 1/1,000,000 d'après Devergie. Dans un appareil qui fonctionne à blanc, on introduit une certaine quantité, par exemple 1/50 ou 1/100 de milligramme d'acide arsénieux, et l'on reçoit sur des soucoupes les taches qui se produisent, puis la comparaison du nombre et de l'intensité de ces taches avec celles qui proviennent de la recherche toxicologique, permet de déduire approximativement la quantité d'arsenic contenue dans l'appareil.

La quantité d'arsenic trouvée est, pour M. Bouis, absolument insuffisante pour conclure à un empoisonnement. Un empoisonnement bien caractérisé doit, en effet, pouvoir s'établir : 1° *par des symptômes bien constatés* ; 2° *par des lésions caractéristiques* ; 3° *par la matière toxique*.

Or, ici les symptômes ne sont pas suffisants, les lésions caractéristiques n'ont pas été décrites dans une autopsie qui *doit avoir été faite* avec le plus grand soin ; il n'y en avait donc pas. Pour la quantité de matière toxique, elle est absolument insuffisante. Lorsque M. Bouis a déposé son rapport, il ignorait que les rideaux contenaient une quantité considérable d'arsenic (27 grammes, d'après la déposition du Dr Gallard), sans quoi il eût été encore plus affirmatif. Il se résume en disant que la mort n'est pas due à une préparation arsenicale.

Alors commence une discussion dans laquelle, aux faits précis exposés par M. Bouis, le Dr Delens répond par l'hypothèse des empoisonnements mixtes, subaigus et finalement par une fin de non-recevoir. M. Bouis n'est pas médecin, soit ; mais il est toxicologiste et trop poli pour répondre à M. Delens qu'il n'est pas chimiste.

Ce manque de respect pour l'expert de l'accusé, se retrouve, d'ailleurs, dans l'acte d'accusation même. « MM Bergeron, Delens et Lhote réduisirent *sans peine* ces objections (celles de M. Bouis) à *leur juste valeur*, et leurs explications eurent pour consécration la haute autorité de M. le professeur Gubler, appelé à dire le dernier mot dans ce débat scientifique, et qui conclut en ces termes : « *Les accidents envisagés dans leur ensemble ont été ceux d'un empoisonnement par des doses médiocres, mais réitérées d'arsenic.* »

Dans l'interrogatoire, l'honorable professeur se renferme dans des assertions vagues, nuageuses, qu'il développe avec cette facilité d'élocution et cette richesse de langage qu'on lui connaît. A son avis, il y a, non pas certitude assurément, mais grande vraisemblance que les accidents si bien décrits par les docteurs Bergeron et Delens soient dus à la présence de l'arsenic. On est amené à croire à l'intoxication, l'intoxication paraît vraisemblable. Mêmes prudentes réserves sur la possibilité de conclure à un empoisonnement par l'acide arsenieux, en l'absence de lésions caractéristiques. Poussé à bout et devant la demande catégorique de M. Bouis : « Citez-moi des cas déterminés d'intoxication par des doses fractionnées d'arsenic où il n'y aura pas eu de lésions caractéristiques ? » le savant mais prudent professeur répond : « Eh ! mon Dieu, j'en connais ; mais j'avoue, d'ailleurs, que les empoisonnements arsenicaux donnent le plus souvent lieu à la stéatose. »

Desinit in piscem. Somme toute, déposition qui devait profiter à l'accusé. Nous laisserons de côté la déposition du docteur Cornil, elle a trait à des faits qu'il n'est point de notre compétence d'examiner, mais que le *Progrès médical* appréciera prochainement.

La déclaration de M. le docteur Gallard est tout aussi précise que celle de M. Bouis, et à lui M. le docteur Delens ne pourra pas reprocher de n'être pas médecin.

Les symptômes d'un empoisonnement lent, tels qu'ils ont été décrits par M. Devergie, ne sont point ceux qui ont été observés chez la femme Danval ; les vomissements et la diarrhée sont des symptômes de l'empoisonnement *aigu*. Une lésion caractéristique de l'empoisonnement lent est l'altération interne du cœur ; on n'a pas indiqué cette lésion : la stéatose du foie manque également, et il paraît démontré à l'honorable médecin des hôpitaux que l'empoisonnement par l'arsenic n'est point la véritable cause de la mort de Mme Danval.

En terminant, nous citerons un dernier point que nous croyons devoir relever. M. l'avocat général dit dans son réquisitoire que : « M. Bouis a dans le *Traité de médecine légale* de Briand et Chaudé, contredit ses affirmations d'hier. » Nous répondrons en deux mots. La chimie légale signée Bouis, qui constitue la seconde partie de l'ouvrage, est tout à fait distincte de la première. Celle-ci reste tout entière sous la responsabilité de MM. Briand et Chaudé.

Nous voici arrivé à la fin de ce long débat dont le plus grand intérêt provient de la controverse médico-légale. Le verdict a été rendu : pour lui on ne peut avoir que respect et soumission. Mais une impression subsiste, c'est la possibilité d'une erreur sur la cause apparente de la condamnation ; puisse cette impression être le point de départ d'une réforme devenue aujourd'hui indispensable.

Pourquoi l'expert est-il *un* ? Si une discussion pareille à celle dont nous avons été témoins doit avoir lieu, pourquoi n'éclate-t-elle pas avant le dernier moment ?

Pour des recherches qui sont loin d'avoir la haute importance des expertises médico-légales, on a établi des laboratoires où tour à tour sont convoqués des hommes compétents ; pour la moindre chose, on forme un petit jury d'experts. Pourquoi l'honneur ou la vie d'un homme sont-ils confiés à un seul ? Il appartient à d'autres de s'occuper de ces questions, ils ne failliront pas à leur tâche ; quant à nous, nous n'avons qu'à regretter les lacunes qui existent dans les expertises médico-légales, l'insuffisance de l'enseignement et à espérer que les réformes réclamées par tous ne se feront pas attendre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Rosenstiehl a étudié l'effet produit par l'assortiment des couleurs. Depuis longtemps, Chevreul avait démontré que pour rehausser une couleur qui semble *fausse*, il convient de la placer sur un fond gris, légèrement teinté de la couleur complémentaire. M. Rosenstiehl a appliqué cette donnée à l'assortiment des étoffes d'ameublement avec les bois d'ébénistérie. Il a vu que le même phénomène de vision se reproduisait et que le bois ressortait le mieux sur les étoffes dont la teinte était exactement complémentaire de la sienne.

Pour vérifier les expériences de M. Paul Bert sur la *décompression*, M. Feltz a directement injecté de l'air dans différents départements artériels. Il est arrivé aux résultats suivants : la présence d'air gazeux dans le système aortique, même en très-minime quantité, provoque des accidents dont

© BIU Santé

la gravité varie selon les territoires vasculaires, dans lesquels se forment les embolies gazeuses ; c'est ce qui fait penser à M. Feltz que les troubles et les lésions qui caractérisent la décompression brusque, tiennent à des embolies gazeuses artérielles. Le cœur gauche, malgré sa force contractile, ne parvient que bien rarement à chasser les bulles d'air des artères dans les veines, ce qui est démontré par la durée des symptômes et les modifications cadavériques. Le retour possible des fonctions normales fait penser qu'en certains cas, les index gazeux peuvent se résorber.

L'introduction de l'air dans le système veineux est, pour M. Feltz, presque sans danger. Car l'air ne tue qu'autant qu'il fait équilibre par sa tension à la puissance contractile du cœur droit, qui peut être évaluée à la pression d'une colonne d'eau de 35 centimètres de hauteur. Ce résultat s'explique par la facilité de l'élimination de l'air dans les poumons, et prouve que les embolies gazeuses veineuses sont pour bien peu de chose dans les accidents dus à la décompression.

MM. Landolt et Charpentier présentent une *note sur la vision des couleurs dans les différentes parties de la rétine*. La fovea et les parties périphériques sont également impressionnées par la même intensité de lumière blanche. Il faut, au contraire, une plus grande quantité de lumière colorée pour la périphérie, si on veut obtenir une impression égale aux points excentriques qu'à la fovea. L'explication de ce fait tiendrait à ce que la sensation de couleur est en grande partie le résultat d'une élaboration spéciale faite par les centres nerveux, des impressions que leur transmet la rétine, élaboration qui vient seulement après la sensation simple et primitive que produit toute excitation lumineuse. Dans les parties périphériques, peu exercées en général, l'élaboration cérébrale serait plus lente.

M. Sédillot communique une *observation de résection tibio-calcanéenne*, avec succès et guérison rapide du malade.

M. Jayat communique à l'Académie une note, de laquelle il résulte que le *glaucome* peut être observé sur le littoral nord de l'Afrique, qu'il s'y comporte comme dans nos climats, relativement à la cause, les signes, la marche et le traitement.

M. Bert présente une note qui résume ses nombreuses communications sur l'*action de l'air comprimé*. L'oxygène a une action toxique évidente, lorsqu'il est poussé à cinq atmosphères environ. C'est qu'à ce moment l'hémoglobine est saturée et l'oxygène gazeux se dissout. Il est alors toxique pour les tissus, pour les éléments, pour les globules et pour tous les ferments aérobies. Les éléments sont donc tous comparables à ces ferments, qui vivent aux dépens de corps oxygénés, mais qui sont invariablement tués par l'oxygène libre.

M. Mosso étudie le phénomène du pouls au moyen de l'hydrosphygmographie. Il a pu ainsi faire une étude très-intéressante du pouls pendant le sommeil, le travail intellectuel, etc. Un point important qui ressort de son travail, c'est que les modifications du pouls se font même pendant le sommeil et en dehors de toute sensation perçue.

P. Regnard.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 Mai 1878. — Présidence de M. Luys.

M. Burcq présente de nouveau à la Société la malade hémianesthésique que lui avait déjà montré M. Charcot, comme spécimen des effets métalloscopiques. Les accidents que l'application de l'or avait fait disparaître, ont brusquement réapparu. Voyant que l'or était devenu impuissant, M. Burcq essaya l'argent qui lui donna des résultats excellents, mais très-fugaces ; il eut alors l'idée de recouvrir la plaque d'argent d'une lame de melchior. Pendant deux jours, le couple ainsi formé resta appliqué sur le bras de la malade et il n'y eut d'anesthésie de retour qu'au moment où on enleva la lame de melchior. On appliqua de nouveau, pendant trois jours, les deux métaux accouplés et depuis cette époque la guérison ne s'est plus démentie. Aujourd'hui la sensibilité est normale et, ce qui indique une guérison durable, on ne voit pas se produire d'anesthésie de retour lorsqu'on enlève les deux plaques.

M. Onimus répond à certaines assertions contenues dans la thèse d'agrégation de M. Tissier. On sait que MM. Legros et Onimus ont montré que les courants descendants accélèrent et que les courants ascendants relentissent la circulation. Si MM. Vulpian, Chauveau sont arrivés à des résultats contraires, cela tient à ce qu'ils appliquent les réophores directement sur les nerfs et qu'ils produisent ainsi des phénomènes chimiques qui modifient les conditions expérimentales. M. Onimus s'élève aussi contre le scepticisme thérapeutique de M. Tissier, et montre que la direction des courants continus a une grande importance au point de vue du traitement de certaines maladies.

M. Vidal s'élève contre la théorie parasitaire de la pelade. Il n'a trouvé en effet que les spores vulgaires que l'on rencontre dans un grand nombre d'affections cutanées et même chez les individus sains. La première lésion de la pelade est une dégénérescence cornée qui frappe les cellules des glandes sébacées et l'épithélium de la gaîne du cheveu.

M. Hallopeau, en déposant sur le bureau sa thèse d'agrégation, expose sa manière de concevoir l'action du mercure dans la syphilis. Le mercure tue le virus syphilitique comme les parasites végétaux ou animaux. Ses propriétés antibiotiques justifient aussi son emploi dans la fièvre typhoïde, la dysentérie, la pustule maligne.

M. Bert rapporte l'expérience suivante au sujet du protoxyde d'azote, employé sous tension comme anesthésique. Un chien est soumis à la respiration d'une atmosphère contenant 4/5 de protoxyde d'azote et 1/5 d'oxygène ; puis on augmente la pression du mélange de 1/5. L'anesthésie s'établit alors d'une manière complète sans que le pouls, la température, la respiration subissent des modifications sensibles. Après une demi-heure, le chien fut rendu à la liberté ; il ne présentait aucun phénomène anormal.

M. Leloir, présente à la société des dessins montrant comment évolue la lésion des cellules épidermiques qu'il a déjà présentée. La cavité formée dans le centre de la cellule va toujours en s'agrandissant, le protoplasma en se racornissant. Bientôt les cellules épidermiques adhérentes les unes aux autres, entourées d'une mince couche de protoplasma filamenteux dont les dentelures ont disparu, présentent, à s'y méprendre l'aspect de cellules végétales. A cette période elles contiennent parfois plusieurs noyaux.

Enfin, à un degré plus avancé de l'altération les cellules s'ouvrent les unes dans les autres, formant ainsi des lacunes pleines de globules blancs, de granulations. La coupe de la végétation ou plaque muqueuse ressemble alors à s'y méprendre à une coupe de pustule variolique. C'est dans des végétations, plaques muqueuses, des épithéliums que M. Leloir a constaté ce mode d'évolution.

M. Vidal dit que ce mode d'altération se rencontre dans les bulles de pemphigus, les pustules de variole, d'impétigo, etc.

M. Leloir répond que les cellules épidermiques une fois creusées d'une grande cavité centrale se comportent probablement de la même façon partout.

Ce sur quoi il insiste, c'est sur le mode de formation de cette cavité centrale, mode de formation non décrit, débutant entre le noyau et le protoplasma et différent complétement de l'altération vésiculeuse connue, elle, depuis longtemps. L. D. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 mai 1878. — Présidence de M. Baillarger.

M. Auguste Ollivier lit un travail intitulé : *Contribution à l'histoire de la goutte spinale*. Il résulte de l'observation qu'il rapporte que, dans la goutte, il peut se faire, du côté du canal rachidien, des manifestations caractérisées par une infiltration uratique de la face externe de la dure-mère spinale et rentrant, par conséquent, dans le cadre de la vraie goutte viscérale. Ces manifestations spinales avaient été plutôt soupçonnées que décrites et dans aucune observation on ne trouve

© BIU Santé

la preuve de leur nature goutteuse; on n'avait point, en effet, constaté jusqu'ici leur caractéristique essentielle, c'est-à-dire le dépôt de granulations d'urate de soude.

M. Colin *d'Alfort* lit un travail ayant pour titre : *La haute température de certains animaux est-elle un obstacle au développement des affections charbonneuses.* M. Colin se résume dans les propositions suivantes : 1° Il n'y a aucun rapport constant entre la température normale des animaux et leur aptitude ou leur non-aptitude à contracter le charbon. A égal degré les uns sont aptes, les autres réfractaires à cette affection. 2° L'abaissement artificiel de la température des gallinacés au chiffre de 40°ne fait pas développer l'affection charbonneuse, quoique à 40° cette affection évolue rapidement sur le mouton, le lapin et d'autres espèces. 3° L'abaissement de la température à 38° et à 37° chez les carnassiers tels que le chien et le chat adultes, est également impuissant à faire naître l'état charbonneux dans l'ensemble de l'organisme. 4° Enfin la basse température cutanée ou sous-cutanée, même exagérée par la dénudation ou par le bain froid, ne paraît pas exercer d'influence bien sensible sur la manifestation des accidents dans les points où le virus a été inséré. Les conclusions que M. Colin vient de formuler se rattachent, comme on le voit, aux expériences qui laissent les animaux dans les conditions les plus rapprochées de l'état normal.

M. Blanche, *candidat à la place vacante dans la section des associés libres*, fait la lecture d'un travail ayant pour titre :

Des homicides commis par les aliénés. — Ce mémoire se trouve résumé dans les considérations suivantes :

Il n'existe pas de forme spéciale d'aliénation mentale qui doive porter le nom de *monomanie homicide*. L'homicide peut être commis par des aliénés atteints d'affections mentales diverses, à la condition que les malades soient sujets à des crises d'excitation dite congestive assez intenses pour qu'ils n'en restent pas à la pensée et qu'ils en viennent à l'acte. Ces crises d'intensité et de durée variables s'accusent par des signes qui doivent éveiller la défiance. Lors même qu'elles se dissiperaient sans avoir abouti à un meurtre ou à des violences graves, le devoir du médecin est de se tenir sur ses gardes. L'alcoolisme et l'épilepsie représentent les maladies à percussions mentales dans lesquelles on observe le plus communément l'invasion de ces crises portées à leur plus grande puissance: ce sont aussi les espèces où on voit le plus souvent survenir les homicides; le délire de persécution et la monomanie suicide en offrent également des exemples assez fréquents. Enfin les malades atteints d'affections cérébrales congéniales ou acquises, caractérisées d'abord par des accidents physiques et plus tard par des troubles plus ou moins vagues du caractère ou de l'intelligence, peuvent être disposés à subir des crises d'excitations et à commettre, sous cette influence passagère, des meurtres ou des actes de violence, en désaccord avec leur état pathologique pendant les longues intermissions qui séparent les crises.

Dans un second travail, *M. Blanche* étudiera les mesures qu'il conviendrait de prendre à l'égard des aliénés dangereux pour la sécurité de la société.

M. Gaujot fait une communication sur l'*étiologie du varicocèle* dans l'armée. Cette affection débute le plus ordinairement dans le cours ou à la fin de l'adolescence ; sa fréquence serait beaucoup moindre en France que dans d'autres pays. Le varicocèle qui survient chez le jeune soldat, prend le plus souvent un développement rapide. Il semble que l'affection survenue dans ces circonstances, naisse et se développe sous l'influence de conditions propres à l'exercice des armes. Après avoir rappelé les causes anatomiques et occasionnelles que tous les auteurs admettent, M. Gaujot a cru reconnaître que le varicocèle se développe chez les hommes de l'armée sous l'influence de plusieurs conditions. La première est une cause prédisposante constitutionnelle et consiste en une disposition particulière, le plus souvent héréditaire, en vertu de laquelle le système veineux du sujet a une tendance à subir l'altération variqueuse. Les causes déterminantes qui paraissent agir plus particulièrement sur le soldat, sont la gêne occasionnée par l'habillement et l'équipement, les stations debout fréquentes et prolongées, les manœuvres de force. C'est beaucoup moins l'intensité de l'effort que l'accumulation répétée et prolongée de ses effets, qui rend la stase veineuse plus forte du côté gauche, où les muscles sont en contraction permanente. Le relevé des cas de varicocèle développé chez les soldats, montre que l'exercice du cheval n'expose pas autant qu'on le croit généralement à cette affection. La dilatation des veines semble dépendre d'une altération essentielle de la paroi veineuse, et les phénomènes nerveux, névralgiques ou trophiques qui accompagnent l'évolution du varicocèle, sont plutôt secondaires que primitifs. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 8 février 1878. — Présidence de M. Charcot.

Cancer de la vessie ; par Avezou, interne des hôpitaux.

Malade de 66 ans, concierge, admis d'urgence à l'Hôtel-Dieu pour une rétention d'urine. Au moment de son entrée il déclare qu'il n'a pas uriné depuis deux jours. La vessie est, en effet, très-distendue et l'interne de garde pratique sans difficulté le cathétérisme qui donne issue à un litre et demi environ d'urine ammoniacale contenant des grumeaux et des débris brunâtres.

Le malade déclare souffrir depuis trois mois. Il éprouvait au début une sensation de pesanteur dans le bas-ventre avec des envies fréquentes d'uriner. Il souffrait en même temps d'une constipation très-rebelle, et perdait peu à peu l'appétit.

Dépérissement graduel. A plusieurs reprises le malade a rendu du sang noirâtre dans les urines. Avant d'être pris d'accidents de rétention il avait eu de l'incontinence d'urine.

1er *janvier*. *Etat actuel*. Teint jaune paille caractéristique. Face amaigrie. Le malade déclare s'être beaucoup affaibli depuis trois mois. M. Richet sonde le malade avec une sonde métallique à grande courbure, et passe très-facilement. Il sort un verre d'urine ammoniacale avec des débris fétides : des bulles de gaz sont mêlées au liquide.

Au toucher rectal on sent, à sept centimètres de l'anus, une masse sphérique, grosse comme le poing, qui fait saillie dans le rectum, et qui occupe la paroi antérieure. Les tuniques du rectum ne paraissent pas envahies par la tumeur ; la muqueuse ne présente d'ulcération en aucun point. Il n'y a donc pas de fistule recto-vésicale qui puisse expliquer la présence de gaz dans la vessie. A la palpation de la paroi abdominale on reconnait qu'elle est souple dans toute son étendue. Cependant, au niveau de l'hypogastre la pression est douloureuse et l'on sent son empâtement profond.

Douleurs vives dans tout le bas-ventre. Gêne considérable dans la marche. Léger œdème des jambes au niveau des malléoles.— *Diagnostic. Cancer de la prostate et du col de la vessie.*

2 *janvier*. La rétention d'urine a fait place à de l'incontinence. Le malade perd constamment ses urines. Pas d'appétit. Eprouve parfois des nausées. Constipation.

15 *janvier*. Rien de saillant. Le malade se plaint de souffrir beaucoup. La tumeur augmente de volume; bosselures au-dessus de la symphyse pubienne sous la paroi abdominale. Il y a toujours incontinence d'urine. Affaiblissement graduel. Œdème des jambes augmente. Pas d'épanchement ascitique. Le malade ne va à la selle que par lavements.

16-24 *janvier*. Quelques vomissements de temps en temps. La maladie continue son cours sans autre complication.

26 *janvier*, 2 *février*. Dans une période de huit jours le malade éprouve des hoquets pendant la plus grande partie de la journée. Impossible de les faire cesser.

3 *février*. Vomissements surviennent de nouveau. Le malade avale à peine un peu de bouillon et de vin. Etat de somnolence permanent. Urines toujours ammoniacales : l'incontinence dure toujours. La peau du malade est sèche et flétrie, le pouls est petit ; la température abaissée comme dans toutes les maladies des voies urinaires. T. R. 36°,7.

4-8 *février*. Le malade continue à se traîner. Toujours même état de prostration et de somnolence. Fuliginosités de la langue.

9 *février*. T. R., 36°,4.

10 *février*. Mort dans le marasme à 9 heures du soir.

Autopsie le 12 février, 36 heures après la mort. Développement considérable du tissu graisseux dans toutes les parties

© BIU Santé

de l'économie. L'épiploon et l'intestin en totalité sont doublés d'une grande quantité de graisse. La *vessie* est enlevée avec la verge et le rectum par la coupe ordinaire du pubis. Le rectum est absolument sain. La surface interne de la vessie est tapissée, principalement au niveau de sa face postérieure de détritus brunâtres qui correspondent à une tumeur grosse comme un poing d'adulte, située dans l'épaisseur de la paroi vésicale, plus à gauche qu'à droite. A la coupe, aspect ordinaire du cancer.

La *prostate* est complétement saine; elle n'est pas même hypertrophiée. La tumeur vésicale n'a pas contracté d'adhérence avec les parties voisines. Les *reins* sont atrophiés. Tissu très-dur. Petits kystes sur la substance corticale.

Les *poumons* n'offrent rien de particulier à noter. Le *cœur* est graisseux et flasque. Plaques athéromateuses sur l'endocarde et à la surface interne de l'aorte. Toutes les artères sont d'ailleurs athéromateuses.

En résumé une erreur de diagnostic a été commise, mais l'erreur portait simplement sur le siége de la tumeur cancéreuse, que l'on sentait après avoir introduit deux phalanges dans le rectum, c'est-à-dire à la hauteur où se trouve habituellement la prostate.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mai.

A l'occasion du procès-verbal, M. PRESTAT (de Pontoise), membre correspondant, rappelle deux faits qu'il a observés dans sa pratique, et qui se rapportent à la grande discussion de la dernière séance sur la ligature en masse ou la ligature séparée des vaisseaux du cordon dans la castration. M. Prestat a vu Guersant faire la ligature en masse, chez un malade de sa clientèle, opéré à Pontoise : le malade mourut trois jours après, mais non de tétanos. Dans un second cas, M. Prestat a fait la castration lui-même, liant séparément tous les vaisseaux du cordon. L'opération a été suivie d'un plein succès.

M. DÉSORMEAUX déclare qu'il procède à la castration de la manière suivante : après avoir séparé le canal déférent des autres éléments du cordon, il lie en masse tout le cordon, moins le canal déférent, et il sectionne au-dessous de la ligature. En agissant ainsi, M. Désormeaux n'a jamais eu d'accidents consécutifs.

Des épanchements du genou dans les fractures du fémur. — M. LANNELONGUE fait un rapport sur un travail récent de M. Berger, contenant deux nouvelles observations de fracture du fémur avec épanchement dans l'articulation du genou. Dans les deux cas, les signes de la fracture restaient incertains, parce que les malades, très-pusillanimes, ne consentaient pas à se laisser examiner. L'apparition d'un épanchement dans le genou, qui se fit dans les 24 heures, permit à M. Berger de porter le diagnostic de fracture, et ce diagnostic se confirma entièrement les jours suivants.

M. Berger donne encore, dans son travail, une troisième observation pour appuyer la théorie qu'il a émise sur le mode de formation des épanchements du genou dans les cas de fracture ; pour M. Berger, dont l'opinion est également adoptée par M. Gosselin, le sang épanché fuserait le long de l'os, et irait se collecter dans l'articulation en passant à travers la synoviale.

Or dans cette observation il s'agit d'un individu, qui, à la suite d'un traumatisme sur le grand trochanter, eut au niveau de la partie contuse un vaste épanchement sanguin sans fracture. Le sang descendit graduellement le long de la cuisse: au dixième jour, M. Berger distingua une collection extra-articulaire au voisinage du genou, et, après un examen attentif, il conclut que le sang s'était accumulé dans la bourse séreuse sous-tricipitale, indépendante dans ce cas particulier de la synoviale articulaire proprement dite.

M. Lannelongue déclare ne pas adopter entièrement cette interprétation, parce que l'existence d'une bourse sous-tricipitale, indépendante de la synoviale du genou, est un fait exceptionnel; l'honorable rapporteur est persuadé que la théorie de M. Berger n'est pas applicable à la grande majorité des cas de fracture de cuisse avec épanchement dans le genou. Le mécanisme ordinaire de ces épanchements semble indirect: le plus souvent la véritable cause est une entorse du genou.

M. Lannelongue a vu beaucoup de faits analogues pour des fractures de jambe. C'est ainsi qu'un jeune garçon, actuellement dans son service, a présenté des signes d'épanchement dans le genou, trois jours après une fracture de jambe qui n'avait amené qu'un léger gonflement: il n'y avait aucune relation à établir entre cet épanchement articulaire et le foyer de la fracture.

M. TILLAUX n'a pas d'opinion bien arrêtée sur la pathogénie de ces épanchements articulaires. Parmi les faits qu'il a observés depuis six mois, les uns semblent donner raison à la théorie de M. Berger, les autres ne s'y rapportent pas du tout. Cependant, M. Tillaux n'accepte pas qu'il puisse exister une entorse du genou sans douleur; et l'absence de douleur a été constatée plusieurs fois dans des cas d'épanchement articulaire, suite de fracture du fémur.

M. VERNEUIL hésite à croire que le sang puisse pénétrer dans l'articulation en traversant la synoviale. Il ne croit pas davantage à la possibilité de l'extravasation du sang de dedans en dehors. Il est vrai que Valentin a signalé les épanchements de la paroi thoracique consécutifs à des épanchements sanguins intra-pleuraux. Mais M. Verneuil pense que cet épanchement extra-pleural peut parfaitement être dû à une contusion du tissu cellulaire situé en dehors de la plèvre.

M. LANNELONGUE répond que dans son rapport il s'est borné à apprécier les faits nouveaux publiés par M. Berger, à l'appui de sa théorie. Quant à la théorie elle-même, elle est basée sur d'autres faits connus depuis longtemps, et qui paraissent indiscutables à M. Lannelongue. Il est certain que la rupture des vaisseaux périostiques du fémur, a quelquefois pour conséquence un épanchement intra-articulaire du genou. M. Lannelongue rappelle les recherches de M. Poncet, qui a démontré la pathogénie de l'ictère traumatique ou hémaphéique de M. Gubler, par la résorption du sang collecté dans le tissu cellulaire. Il a en ce moment, dans son service, un petit garçon, atteint à la rotule, lequel a eu les ganglions cruraux engorgés, et dont les urines ont présenté la coloration rosée caractéristique de l'hémaphéine. M. Lannelongue admet donc le passage du sang à travers une synoviale de dedans en dehors : pour lui une séreuse ne constitue nullement une barrière infranchissable : il en trouve d'abord la preuve dans ce fait, mis d'abord en évidence par Recklinghausen, que du lait déposé dans la cavité pleurale filtre dans le péritoine à travers la diaphragme et réciproquement. D'ailleurs, on sait aussi que, toutes les fois qu'il y a du pus dans une articulation, le tissu cellulaire du voisinage s'infiltre de sérosité. Donc, en s'appuyant à la fois sur la physiologie et la pathologie, M. Lannelongue n'a aucune répugnance à admettre la transsudation des globules rouges du sang à travers une séreuse.

M. DESPRÈS soutient qu'on ne peut établir d'assimilation entre la résorption du sang dans les foyers sanguins par les vaisseaux eux-mêmes, et la théorie de la migration du sang, que M. Berger a mis en avant. Il n'y a rien de commun entre ces deux phénomènes.

Enfin, comme MM. Verneuil et Tillaux élèvent quelques doutes sur la réalité de l'expérience de Recklingshausen, M. Lannelongue promet d'apporter, à la prochaine séance, des preuves concluantes.

Version pratiquée avec succès dans un cas de tétanos utérin. — M. *Guéniot* lit un rapport sur une observation de M. le Dr Zued, qui a pratiqué la version avec succès dans un utérus tétanisé. L'enfant se présentait par le sommet, et le col n'était pas dilaté, de sorte que M. Zued a plutôt fait un accouchement forcé. M. Guéniot, qui admet la possibilité de la version malgré la contracture tétanique de l'utérus dans les cas de présentation de l'épaule, ne trouve pas que cette opération fût parfaitement indiquée chez la malade de M. Zued, à cause de la présentation du sommet. Quoi qu'il en soit, l'extraction du fœtus n'amena pas la mort de la mère, c'est là le point principal de l'observation.

Un autre point important a trait à l'administration de l'ergot

© BIU Santé

de seigle. Comme cela arrive presque toujours, le tétanos utérin est survenu chez la malade de M. Zued, à la suite de l'administration intempestive de fortes doses d'ergot de seigle, par une sage-femme. M. Guéniot profite de ce fait pour déclarer de nouveau que l'on devrait enlever aux sages-femmes le droit de donner de l'ergot de seigle pendant le travail. M. *Tarnier* constate, comme M. Guéniot, les accidents regrettables qui arrivent tous les jours par suite de l'abus de l'ergot de seigle avant la délivrance. Mais les sages-femmes ne sont pas les seules coupables; beaucoup de médecins font aussi des sottises. Plutôt que d'interdire aux sages-femmes le droit de donner l'ergot de seigle, il vaut mieux, d'après M. Tarnier, vulgariser une pratique saine, et éclairer à la fois sages-femmes et médecins, pour la sécurité des mères et des enfants. Sur tous les traités d'accouchements on devrait inscrire en tête et en gros caractères une maxime comme celle-ci : *« Il est très-dangereux de donner de l'ergot de seigle avant que la délivrance soit faite.*

CH. AVEZOU.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

Phthisie au 2e degré traitée par le Silphium. — Guérison.

Le 4 mars 1877, je fus appelé pour donner des soins à M. Gustave C..., rue Custine, n° 28. C'est un jeune homme de 19 ans, d'une taille élevée, né à Paris de parents bien portants, originaires de la province qu'ils habitent actuellement. Dans la famille il y a des tuberculeux; un cousin-germain du malade a succombé récemment à une phthisie rapide.

Gustave C... était employé dans une usine à Londres. Les médecins anglais l'ont renvoyé à Paris, le déclarant atteint de phthisie au 2e degré, avec pronostic très-grave. En effet, l'examen du malade me permet de constater au sommet du poumon droit, des râles sous-crépitants nombreux, avec pectoriloquie et matité à la percussion. — Ni cavernes, ni cavernules. A gauche, expiration prolongée, sans râles, et submatité.

Le malade tousse beaucoup; il a maigri considérablement; il a des sueurs nocturnes et ne peut faire le moindre exercice sans essoufflement. — Il a de la fièvre le soir. — Il a craché le sang à plusieurs reprises.

Quand mon examen est terminé, les parents me déclarent qu'ils ont une grande confiance dans le silphium, et qu'ils désirent que leur fils en prenne. Je ne fais aucune difficulté, ayant moi-même souvent employé ce médicament avec utilité pour mes malades. Le cas qui m'est soumis me permettait presque d'affirmer un succès rapide. C'est une phthisie torpide, à marche lente, le sujet n'a qu'un petit mouvement de fièvre le soir, et dans ces conditions le silphium m'a toujours réussi. Je prescris donc 2 granules roses et 6 gouttes de teinture de silphium par jour; plus tard 4 granules roses et 20 gouttes de teinture. J'y ajoute huile de foie de morue et badigeons de teinture d'iode.

Ce traitement a été suivi très-exactement pendant quatre mois. Plusieurs fois j'ai prescrit des pilules d'opium pour calmer la toux, ainsi que des granules de sulfate d'atropine contre les sueurs, et au commencement de juillet les signes stéthoscopiques avaient complètement disparu : la respiration était redevenue normale, des deux côtés; le malade avait récupéré 4 kilogr. de son poids.

L'amélioration, dans le cours du traitement, s'était faite avec une telle rapidité que dès le commencement de juin mon malade me tourmentait pour obtenir l'autorisation de prendre des bains froids ; j'opposai un refus constant, mais je n'oserais pas affirmer que ma défense ait été observée.

Depuis le mois de juillet tout traitement a été suspendu et la guérison s'est maintenue. Je me suis borné à défendre à Gustave C... de retourner à Londres.

Il y a quelques semaines, j'ai eu occasion de voir ses parents : ils venaient me remercier, me confirmer la guérison de leur fils, et m'annoncer qu'il avait repris possession de son emploi à Londres.

Le silphium me paraît avoir eu là une action évidente ; il est vrai qu'il a eu comme adjuvants les moyens que j'ai cités plus haut, et par-dessus tout un climat plus favorable que celui de Londres, une hygiène, une nourriture, des soins que le malade n'avait pas à l'étranger; mais nous voyons trop souvent ces moyens rester impuissants pour leur attribuer exclusivement le mérite de la guérison.

Ma conclusion, c'est que le silphium est un médicament trop négligé, et que je considère comme un devoir pour ceux qui en obtiennent de bons effets, de les publier dans l'intérêt des malades et de la science : je ne me suis pas proposé autre chose.

Dr LABURTHE,
Ex-interne des hôpitaux.

Elixir asthmatique.

Alcool rectifié		250 grammes.
Réglisse		6 —
Calamus aromaticus, Aunée	aa.	4 —
Iris de Florence, Semence d'anis	aa.	2 —
Camphre		3 décigrammes.
Racine d'asarum		1 gramme.

F. s. a. 10 à 30 gouttes dans une tasse d'infusion de thé ou d'une tisane appropriée. (Boerhaave).

Thé Tunka.

Fleurs de mélilot		100 grammes.
— de camomille, — de sureau, — de botrys	aa.	30 —

macération pendant 18 jours dans 2 litres d'alcool à 20 degrès; passez et puis mélangez :

Teinture ci-dessus	50 grammes.
Sirop de capillaire	100 —

à la dose de 50 grammes pour 500 grammes d'eau, comme stimulant carminatif. (*Dict. de méd. et Thérap.*)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pour les infirmières, par Miss FLORENCE LEES.

PREMIER ARTICLE.

Le titre anglais du livre de Miss Florence Lees est : *Handbook for Hospital sisters*, ce qui signifie exactement *Manuel pour les sœurs hospitalières* ; mais Miss Lees donne à ce nom de *sœurs* deux sens très-différents de celui qu'on y attache ordinairement : un sens général et un sens particulier. Dans le sens le plus général, elle appelle *sœurs* non pas seulement les religieuses, mais toutes les infirmières, aussi bien les laïques que les autres. A cela nous n'avons aucune objection, car s'il est au monde une classe de femmes qui méritent ce nom, où tant de tendresse se mêle à tant de respect, c'est bien assurément celle dont le dévouement ne recule devant aucune fatigue et aucune répugnance dans les soins nécessaires aux malades et aux blessés. Si donc l'on veut donner le nom de *sœurs hospitalières* à toutes les femmes qui soignent les malades dans les hôpitaux, nous ne demandons pas mieux; mais, jusqu'à ce qu'une entente se soit faite sur ce point, nous devons traduire *Hospital sisters* par *infirmières*, parce que c'est d'infirmières qu'il s'agit et non de *sœurs de charité* appartenant à des congrégations religieuses. Miss Lees, outre le sens général, donne un sens particulier au mot *sister*, et dans ce cas-là elle le fait habituellement précéder du mot *ward* (salle). La *ward sister* est donc l'infirmière en chef d'une salle. Les infirmières sous ses ordres sont les simples *nurses* (infirmières), ou *probationers* (aspirantes). Les *superintendents* sont les supérieures ou surintendantes, qui ont sous leurs ordres tout un service ou tout un hôpital. *Probationers*, *nurses*, *ward-sisters*, *superintendents* : tels sont jusqu'ici les grades de cette admirable phalange qui rivalise avec tous les membres de la profession médicale pour organiser les services hospitaliers en Angleterre, comme jamais encore ils n'ont été organisés nulle part.

Il faut absolument que l'on comprenne en France que la question des *Ecoles d'infirmerie* et de l'organisation scientifique des services hospitaliers n'est pas une étroite question

© BIU Santé

de rivalité et d'influence entre des médecins plus ou moins libres-penseurs et des congrégations plus ou moins dominées par l'esprit de superstition. Alors même que ce serait cela, les partisans de l'infirmat laïque auraient encore raison, car rien n'est contraire au progrès comme l'esprit de superstition; mais il s'agit de bien autre chose que du simple remplacement de sœurs de charité superstitieuses par des infirmières qui ne leur céderaient guère en fait d'ignorance : il s'agit de la réforme complète et de la reconstitution, sur des bases scientifiques, d'une branche de l'art médical, à laquelle nous donnerons, si le corps médical veut accepter ce nouveau vocable, le nom d'Infirmat.

Que doit être l'Infirmat ? En quoi tient-il de l'ancien service des garde-malades et des sœurs de charité ? En quoi en diffère-t-il ? Nous allons, pour répondre à cette question, laisser la parole à M. le Dr *Henry W. Acland, Regius professor of Medicin in the University of Oxford*, qui a écrit pour le livre de Miss Florence Lees la très-intéressante préface dont nous donnons ici la traduction.

« Parmi les changements sociaux qui se sont produits en Angleterre au XIXe siècle, il n'en est pas de plus remarquable que celui qui est né du désir sans cesse croissant de donner aux malades pauvres des soins de plus en plus systématiques et scientifiques. Nous ne voulons pas dire que durant les siècles précédents, les soins à donner aux malades pauvres n'aient pas été au nombre des principales œuvres de bienfaisance chères aux personnes pieuses en général, et aux congrégations religieuses en particulier. Mais depuis la suppression des ordres religieux (1), et surtout depuis le rapide accroissement de la population dû à l'essor de nos manufactures, il faut convenir que l'État n'a pu que très-imparfaitement venir en aide à l'action de la charité privée en ce qui touche les malades, et que la charité privée s'est montrée fort au-dessous de la tâche qui lui incombait, et qui était d'apporter une aide systématique à l'économie forcément rigoureuse de l'État.

» Mais cette période malheureuse est, nous l'espérons, sur son déclin, et rien n'est plus encourageant pour les économistes philanthropes (car il en existe de tels) que les efforts qui sont faits de toutes parts pour réduire à un minimum, sans grande déperdition de forces et de ressources, les maladies dont les pauvres gens sont plus particulièrement victimes, ou pour soigner ces malheureux lorsqu'il n'a pas été possible de les empêcher de tomber malades.

» L'ouvrage pour lequel est écrite cette préface a pour but de fortifier un des corps de l'armée qui a pour mission de livrer bataille aux maux qui affligent nos grandes agglomérations urbaines ou désolent les foyers ruraux de nos classes agricoles.

» Il faut, pour apprécier parfaitement la place que l'infirmat doit tenir dans notre organisation sociale, donner à ce problème un peu d'attention. Miss Nightingale, la première, fit tressaillir de surprise nos contemporains, en présentant comme naturelle et familière cette idée qu'une femme bien née et de bonne éducation pouvait très-bien quitter un foyer luxueux pour les ambulances empestées d'un camp, afin d'y panser les blessures et d'y soigner les fièvres d'une armée en campagne. La première, elle montra quelle grande mission il y a là pour la femme, mais en même temps combien sont indispensables l'instruction générale, l'instruction professionnelle et l'esprit d'organisation.

» Ses écrits aussi bien que sa pratique prouvent ce que nous avançons; elle a inauguré une nouvelle période dans l'histoire de la civilisation, et sur le poteau indicateur de cette nouvelle voie semblent se détacher en caractères admirablement lisibles ces mots : L'INFIRMAT EST PAR EXCELLENCE L'ŒUVRE MÉDICALE DE LA FEMME. Mais la profession dont il est ici question, est un art qui exige des qualités mentales spéciales, une culture spéciale, une capacité spéciale de supporter les fatigues physiques.

» L'infirmat est, comme la médecine et la chirurgie, une branche de la profession médicale. L'infirmat est incompatible avec la pratique ordinaire du médecin et du chirurgien, parce qu'il exige souvent qu'une infirmière se consacre entièrement à un seul malade, et quelquefois, même, le concours de deux ou trois infirmiers ou infirmières auprès d'un seul malade. L'infirmat est donc devenu une branche spéciale de l'éducation médicale, et spéciaux sont aussi l'enseignement et le matériel d'une école d'infirmat. »

Nous omettons ici les détails que donne l'auteur pour illustrer cette spécialisation des fonctions de l'infirmat, fonctions qui se classent en trois grandes divisions : *organisation et direction du service, hygiène des hôpitaux et chambres des malades, soins personnels aux malades*, lesquelles ne sont séparées que dans les grands établissements, et doivent être complètement enseignées dans toute école d'infirmat. L'auteur de la préface continue ainsi :

« Ce n'est pas le lieu de nous étendre longuement sur la question des rapports de l'infirmat avec les autres arrangements qui concernent l'hygiène publique et la santé individuelle; cependant il serait injuste envers l'auteur de ce Manuel aussi bien qu'envers le lecteur, de ne faire aucune mention de cet aspect d'une œuvre si complexe.

» Le progrès de la civilisation provoque parmi nous une révision générale de tous les arrangements que l'on était habitué à regarder comme constituant la charpente même de la société. Cela saute aux yeux et quelquefois de la façon la plus inattendue. Il n'y a pas plus d'un demi-siècle, par exemple, tout le monde acceptait comme vrai que la saignée est un *sine qua non* dans le traitement de la pneumonie; qu'il faut être homme pour être médecin, et que la plus haute fonction de l'art médical est de guérir. Tout le monde admet aujourd'hui que la saignée n'est point indispensable, que les femmes peuvent être médecins, et que, dans une foule de cas, médicaux aussi bien que non médicaux, on peut prévoir et empêcher ce qu'on ne pourrait pas guérir.

» Au milieu de ce remue-ménage de toutes les institutions, les personnes réfléchies se demandent à quoi tout cela aboutira, et à quoi il est désirable que tout cela aboutisse ?

» En ce qui concerne l'objet particulier qui nous occupe, il est certain qu'une infirmière vraiment capable a une influence au moins aussi grande que celle du médecin sur le tour favorable ou fatal que prendra la maladie; que l'infirmat est, par conséquent, une carrière où l'on peut déployer la plus grande habileté pratique et les plus hautes qualités morales, et que les femmes, en raison de leur puissance de tendresse et de la délicatesse de leurs soins, peuvent y exceller mieux que personne; que cinq ans ou même dix ans d'infirmat dans un hôpital ne doivent pas plus rendre une jeune personne impropre pour l'avenir à la vie de famille que cinq ou dix ans de barreau ne rendent un homme impropre à la vie d'un gentilhomme campagnard; enfin, qu'une femme qui a reçu la bonne éducation générale que beaucoup reçoivent aujourd'hui, et qui a suivi les cours et s'est formée à la discipline d'une école comme celle de Miss Nightingale à l'hôpital de Saint-Thomas, quelle que puisse être sa destinée, fera, dans le sens le plus vrai de ces mots, l'ornement et le bonheur de la société où elle sera placée.

» Il est absolument certain qu'une bonne éducation générale, suivie de l'étude de quelques-unes des sciences physiques et de leur application pratique au soulagement des maux de l'humanité, l'habitude du commandement doux et ferme à la fois qu'une infirmière en chef (*Ward sister*) doit acquérir, la familiarité avec les arrangements administratifs d'un grand hôpital, l'intérêt dans les grandes questions d'organisation sociale que soulève le double problème de la maladie et de la pauvreté; tout cela suivi, accompli avec la sympathie pratique et délicate qui appartient si essentiellement au caractère féminin, feront, comme ils l'ont déjà fait, les plus nobles types de femmes.

» S'il en est qui croient que le genre de vie dont nous célébrons ici les louanges, n'offre pas une carrière suffisante au déploiement des plus hauts perfectionnements intellectuels, qu'ils étudient de près quelques-unes des questions physiques et psychiques qui assiégent ceux qui veillent auprès du lit des malades, et ils trouveront, ce que d'aussi sages qu'eux ont trouvé depuis longtemps déjà, tout ce qu'il y a dans la vie et dans la mort d'un seul homme pour celui qui a des yeux pour voir et un cœur pour comprendre.

» Que ces brèves suggestions deviennent des germes de vérité, et nous verrons l'infirmat prendre des développements intellectuels et professionnels qui seront la source d'incalculables avantages, premièrement pour les malades et les pauvres, et secondement pour les femmes et pour la profession médicale.

» Des malades et des pauvres, il n'est pas nécessaire de parler plus longuement ici; des femmes, en ce qui touche la profession médicale, il faut dire encore quelques mots.

» L'acte médical de 1858 permet aux femmes d'être diplômées (*registered*) comme médecins (*medical practitioners*). Cet acte ne décide rien quant au diplôme (*registration*) des infirmières ou sages-femmes, quelles que puissent être leur éducation et leur habileté professionnelle. Beaucoup de femmes accomplies peuvent cependant désirer d'avoir le titre aussi bien que de remplir la fonction, soit d'infirmière, soit de chargée de salle (*Ward sister*), soit de surintendante d'un hôpital. Actuellement elles ne peuvent avoir aucun titre légalement reconnu, comme ceux qu'obtiennent nos maîtresses d'école et les élèves ou professeurs femmes de nos écoles d'art. Il n'est pas douteux que cet état de choses n'appelle une réforme. Mais c'est aux femmes de décider si la thèse soutenue ici a leur approbation, ou si le seul rapport qu'elles veulent avoir avec la profession médicale est celui qui résulte de l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou en chirurgie. Il paraît que quelques-unes de celles qui ambitionnent le titre de docteur, apprécient peu ou méprisent l'infirmat, même entendu dans le sens large que nous lui donnons. Dans leur propre intérêt, elles feraient peut-être bien d'encourager et non de rabaisser ce qui, même à leur point de vue, est toujours une étape vers le but le plus élevé auquel elles aspirent. »

Nous arrêtons ici cette citation, que le manque d'espace ne nous permet pas de faire plus longue; mais nous ne pouvons

(1) C'est une des illusions chères à beaucoup d'esprits libéraux que de croire que les ordres religieux ont été supprimés. Cela n'est vrai ni en France, ni même en Angleterre. (*Note du traducteur.*)

© BIU Santé

la terminer sans dire que la courte biographie de Miss Florence Lees, qui termine la préface de M. Acland, constitue, en faveur du système qu'il préconise, le meilleur, le plus invincible des arguments. A. T. (*A suivre*).

NÉCROLOGIE.

E. Marot.

Le *Progrès médical* vient de perdre un de ses jeunes et de ses plus distingués collaborateurs, M. E. Marot, interne des hôpitaux et membre de la *Société anatomique*. Il a succombé à une affection thoracique, dont la marche a pris rapidement un caractère funeste.

Quand un savant illustre, à la fin d'une carrière largement remplie, tombe sous les coups du sort, sans doute, c'est un grand deuil pour la science : mais, il continue de vivre dans ses œuvres, et celles-ci servent encore aux progrès des générations suivantes. S'il s'agit au contraire d'un jeune homme, ayant déjà fait concevoir de grandes espérances et capable de grandes choses, c'est l'arbre vigoureux détruit avant d'avoir pu donner ses fruits, c'est un malheur irrémédiable et sans compensation. Aussi, ceux qui connaissaient l'intelligence élevée, l'esprit vif et plein de saillies heureuses, et la généreuse ardeur de Marot, ceux qui avaient pu juger de son instruction profonde et de son éducation vraiment scientifique, regretteront-ils amèrement sa mort prématurée. Les maîtres l'estimaient, et ses collègues des hôpitaux aimaient la franchise de ses allures, et, en même temps, admiraient son énergie infatigable pour le travail. Peut-être, ces labeurs incessants, auxquels sont soumis ceux qui affrontent la pénible carrière des concours, n'ont-ils pas été étrangers à sa maladie : on le sait, chaque génération de concurrents a ses victimes.

Marot sera encore regretté pour les excellentes qualités de son cœur, qu'ont pu apprécier sa famille et ses amis. Il était l'aîné d'une famille nombreuse et un *grand-frère*, plein de dévouement pour les jeunes, à l'instruction desquels il trouvait encore moyen de consacrer une partie de son temps.

Nos lecteurs se souviennent sans aucun doute, des intéressantes leçons de clinique de MM. Trélat et Duplay, et des travaux originaux qu'il a publiés dans le *Progrès médical ;* ils ont pu juger du réel talent de notre regretté collaborateur. Si la mort ne nous l'eût enlevé, il aurait certainement continué de produire : car il était de ceux qui aiment le progrès dans la science et par la science. H. D.

VARIA

Jurisprudence pharmaceutique.

Concurrence déloyale. — Dragées de fer du Dr Rabuteau.

Tout récemment, le tribunal de commerce de la Seine a prononcé une condamnation contre un pharmacien qui s'était rendu coupable de concurrence déloyale envers la maison Clin et Ce, en se servant du nom du Dr Rabuteau, pour vendre sous cette dénomination une préparation ferrugineuse.

Il ressort de cette condamnation que « le fait de se servir du nom du Dr Rabuteau pour abriter une préparation ferrugineuse quelconque, alors que Clin et Ce ont fait de ce nom le signe distinctif de leur fabrication, est, au premier chef, constitutif de la concurrence déloyale et contraire aux principes établis par une jurisprudence toujours constante en ces matières.

Ce jugement démontre, d'une manière irréfutable *que si tous les pharmaciens peuvent préparer et vendre des produits ferrugineux*, aucun n'a le droit de se servir du nom du Dr Rabuteau.

Les garde-malades laïques à Troyes.

Nous extrayons les renseignements suivants d'une correspondance adressée de Troyes au *Bien public* (12 mai) :

Sur une proposition signée de MM. Chereau, Stanislas Baltet, Ray-Robert, Louis Saussier, Pellaveinne, Tisserand, Roy, Demarche, le conseil municipal de Troyes, dans sa séance du 3 mai, a émis à l'unanimité le vœu que l'administration municipale, fasse, près de l'administration supérieure, toutes les démarches nécessaires pour obtenir que les instituteurs et institutrices congréganistes qui dirigent une partie des écoles communales de la ville de Troyes, soient remplacés par des instituteurs et institutrices laïques.

Dans la même séance, et également à l'unanimité, le conseil, sur la proposition de M. le maire, a nommé une commission de cinq de ses membres, *à l'effet d'étudier les bases d'une association à établir à Troyes en vue de la création de garde-malades laïques et d'une crèche également laïque destinée à recevoir les enfants pauvres que les mères ne peuvent allaiter.*

Nous faisons les vœux les plus sincères pour le succès de l'œuvre entreprise par la municipalité de Troyes. Maire et conseillers donnent là un bon exemple qui aura certainement des imitateurs.

Association française pour l'avancement des sciences.

L'association française pour l'avancement des sciences ouvrira le 22 août sa session annuelle. Le bureau de l'association française pour cette année est constitué comme suit :

Président : M. Fremy, membre de l'Institut ; — vice-président : M. Bardoux, député, ministre de l'instruction publique ; — secrétaire-général : M. le commandant Perrier, membre du bureau des longitudes ; — vice-secrétaire-général : M. le comte de Saporta, correspondant de l'Institut, à Aix ; — trésorier : M. G. Masson, libraire de l'Ecole de médecine ; — secrétaire du conseil : M. C. M. Gariel, ingénieur des ponts-et-chaussées, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris.

Le Congrès international d'hygiène.

Le *Journal officiel* du 13 mai, vient de publier un arrêté ministériel autorisant le congrès international d'hygiène à tenir ses séances au palais du Trocadéro du 1er au 10 août. Cet arrêté est suivi du programme des questions que nous avons déjà fait connaître. L'agence du congrès est installée au palais des Tuileries, pavillon de Flore et nous informons nos lecteurs que les bureaux sont ouverts tous les jours de une heure à cinq heures.

De nombreuses adhésions sont déjà arrivées de l'étranger et parmi celles qui sont venues en grand nombre de Belgique, il est intéressant de constater celles de bourgmestres, d'échevins, etc. Nous serions heureux de trouver un semblable empressement parmi les maires ou les conseillers municipaux de France. Les questions qui seront étudiées dans ce congrès sont de celles qui méritent de fixer particulièrement l'attention des administrateurs de tous les pays et nous félicitons nos voisins les Belges de l'avoir si bien compris.

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 13 au 18 mai. — 281. M. Deglaye : Quelques considérations sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. — 282. M. Tiryakion : Etude expérimentale et clinique sur la conicine et ses sels. — 283. M. Dubrandy : Quelques considérations sur la lymphangite aiguë et la lymphangite chronique. — 485. M. Vanderquand : Des fractures du col chirurgical de l'humérus. — 228. M. Vrain : La menstruation et la grossesse dans leurs rapports avec quelques manifestations cutanées diathésiques. — 286. M. Taillefert : Du rhumatisme articulaire aigu.

Statue de Claude Bernard à Lyon.

Un comité s'est formé à Lyon pour organiser une souscription publique en vue d'ériger une statue à Claude Bernard dans la seconde ville de France, près de laquelle il est né. Voici la circulaire de ce comité : « Claude Bernard, le grand physiologiste, à qui la France vient de faire de triomphales funérailles, compte au nombre des plus illustres enfants du Lyonnais et du Beaujolais. Né aux portes de Lyon, dans le département du Rhône, Claude Bernard n'a jamais oublié le sol natal. Il y venait chaque année, retremper, dans le repos de la villégiature, son ardeur et ses forces épuisées par le travail. L'humble village qui a vu naître Claude Bernard, et auquel il est toujours resté si profondément attaché, devenait alors pour les Lyonnais un but de pèlerinage. Ils étaient assurés d'y trouver, avec l'accueil charmant que l'homme aimable savait faire à tous les hôtes, les encouragements et les conseils prodigués par le savant aux travailleurs qui se recommandaient à sa bienveillance par leur amour de la science et du travail. Claude Bernard a exercé ainsi une influence considérable sur la direction des études médicales et physiologiques dans le milieu lyonnais. Ses compatriotes lui en gardent la plus vive reconnaissance. Paris, comprenant ses devoirs envers cette gloire française, se dispose à élever une statue à Claude Bernard, devant le collége de France, où ont été faites ses principales études. Lyon ne fera pas moins pour cette illustration du département du Rhône. Un hommage local est dû à cette grande mémoire. La Faculté de médecine, qui doit tout à Claude Bernard, en prend l'initiative, elle a confié à une commission le soin d'ouvrir une souscription publique, dont le produit

© BIU Santé

est destiné à l'érection d'une statue qui s'élèvera, nous l'espérons, en face du palais de la Faculté, sur le quai de la Vitriolerie, appelé à échanger bientôt son nom contre celui de Claude Bernard. Nous nous adressons avec confiance à tous nos concitoyens, à tous les corps constitués, à toutes les Sociétés savantes du département du Rhône. Notre appel sera certainement entendu de cette population du Lyonnais et du Beaujolais, si attachée à son pays, si fière de toutes ses gloires.

» Lyon, le 30 mars 1878.

» *Les membres du comité :*

» Chauveau, Delorme, Gailleton, Lortet, Allier, Renault, Picard, *secrétaire*, Icard, *trésorier*.

» Les souscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, rue de la Barre, 17. »

(*Revue scientifique.*)

Société protectrice de l'Enfance (de Marseille).

Prix de 200 francs et médaille d'or, médailles d'argent, de bronze, mentions honorables aux meilleurs mémoires en réponse à cette question : Réformes à introduire dans l'assistance publique des enfants en bas-âge. — Etudier les questions de secours aux filles-mères, de réceptions d'enfants abandonnés ou trouvés, de refuges pour les femmes enceintes, de maisons de sevrage pour les enfants d'indigents ou d'ouvriers, du séjour des nouveau-nés dans les hospices et généralement tous les services pour les enfants, de la naissance à trois ans. — Comparer les établissements ouverts en France et à l'étranger.

Médailles d'or, d'argent, de bronze, mentions honorables aux meilleurs mémoires en réponse à cette question : Hygiène et traitement des maladies de la peau de la tête, chez les enfants en bas-âge. — Combattre les préjugés y relatifs. Les mémoires sur l'*une* ou l'*autre* question doivent être adressés *franco* à M. le président de la commission scientifique et médicale, rue Mazagran, 6, avant le 15 décembre 1878, *terme de rigueur*. Ils porteront une épigraphe qui sera répétée sur un pli cacheté contenant les noms, prénoms et demeure de l'auteur.

Médailles d'or, d'argent, de bronze, et mentions honorables aux inventeurs, importateurs ou producteurs d'objets nouveaux utiles au premier âge (naissance à trois ans). — La Société appelle l'attention des concurrents sur les points suivants : Conserves de lait. — Instruments et procédés pour constater la quantité du lait. — Instrument pour élever, en peu de temps, le lait à la température naturelle. — Boissons et aliments favorisant la sécrétion du lait. — Fécules, pâtes, spécialités alimentaires appropriées à la nourriture des enfants. — Spécialités économiques pour le sevrage. — Confiserie et biscuiterie hygiénique.

Vêtements et accessoires du vêtement au point de vue de l'hygiène et du bon marché. Plans de crèches, de maisons nourricières et de sevrage, — chambres d'enfant, — meubles, — berceaux, objets de literie, de toilette, de ménage, de transport. Jouets servant au développement de l'intelligence et des sens. Biberons, bouts de sein, tire-lait, garde-lait, bandages, ceintures, instruments de chirurgie et d'orthopédie infantiles. Livres relatifs à l'instruction, à la conservation, à l'épargne, aux maladies du premier âge.

Les pièces envoyées au concours seront adressées *franco*, à M. le président de la Commission scientifique et médicale, avant le 15 décembre 1878, *terme de rigueur*. Ces pièces seront acquises à la Société, pour son Musée de l'enfance. Elles seront classées, cataloguées et mention sera faite sur chaque fiche, du nom et de l'adresse du concurrent.

Médailles d'or, d'argent, de bronze, mentions honorables. — 1° Aux membres correspondants qui se seront fait remarquer par leur dévouement à la cause de l'enfance ; 2° aux personnes qui auront accompli des actes de bienfaisance et d'humanité vis-à-vis des enfants ; 3° aux médecins, accoucheuses et gardes d'accouchées qui présenteront dans leur clientèle le nombre relatif le plus grand de mères allaitant leurs enfants.

Médailles d'or, d'argent, de bronze, mentions honorables et primes en argent. — 1° Aux personnes s'occupant des soins à donner à l'enfance ; 2° aux nourrices méritantes ; 3° aux mères élevant leurs nourrissons par le système de l'allaitement mixte. Les propositions motivées, pour les concours IV et V, devront être adressées à M. le président de la Société, rue Mazagran, 6, par MM. les médecins-inspecteurs et les présidents de comités de patronage, avant le 15 décembre 1878, *terme de rigueur*.

Service médical de nuit à Alger.

Un service médical de nuit vient d'être organisé à Alger. Toute personne qui, ayant à requérir des soins instantanés, en cas d'accidents subits ou de déclaration inopinée de maladie (sauf les cas d'accouchement), se présentera au bureau de police de son arrondissement, sera invitée à désigner sur le tableau des médecins attachés à ce service, celui dont elle désire réclamer les soins. L'agent qui accompagnera le médecin chez le malade et le reconduira à domicile, lui remettra un bon de dix francs, payable à présentation à la caisse municipale. Une boîte de secours, pour les premiers soins à donner, sera déposée au bureau de police du 1er arrondissement. La disposition des amphithéâtres de la ville et l'éloignement des trois bureaux de police nécessiteraient peut-être que chacun de ces derniers eût la boîte de secours, qu'il importe toujours d'avoir sous la main en cas d'accident.

(*Journal de médecine et de pharmacie de l'Algérie.*)

Concours d'agrégation. — Chirurgie et accouchements.

Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes : *Des synovites tendineuses. — Corps étrangers articulaires. — Abcès du sein. — Signes et diagnostic des diverses variétés de cataractes. — Rétrécissement du rectum.* — Les épreuves continueront dans l'ordre suivant : Samedi, 18 mai, 5 heures. MM. Herrgott et Martel. — Lundi, 20 mai. MM. Budin et Pinard.

Les candidats tireront probablement le mardi, 21 mai, l'ordre dans lequel ils subiront la troisième épreuve. Une leçon de une heure après vingt-quatre heures de préparation pour commencer. Cette épreuve mercredi ou vendredi.

Enseignement médical libre.

Hospice de la Salpêtrière. — Cours de Pathologie mentale. — M. le docteur Luys a recommencé ses leçons sur la pathologie mentale et la structure du cerveau le dimanche 5 mai à 9 h. 1/2 (salles des consultations de l'infirmerie). Ce cours aura pour objet cette année l'étude des circonvolutions cérébrales et de la paralysie générale.

Hopital Saint-Louis. — *Conférences sur les maladies de la peau et la syphilis.* — M. Alfred Fournier a commencé ces conférences le vendredi 17 mai, à neuf heures et demie, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. Le mardi, conférences au lit des malades (8 heures et demie).

Hôpital Saint-Louis. M. le dr Lailler reprendra ses conférences cliniques le vendredi 24 mai, à 8 h. 1/2 précises et les continuera tous les vendredis à la même heure. Salle Sainte-Foy et pavillon Saint-Mathieu.

Hôpital des Enfants assistés. — Conférences cliniques. — M. Parrot, le dimanche à 9 heures et demie.

Cours préparatoires aux troisième et quatrième examens du doctorat. — M. Martin Damourette recommencera ses cours préparatoires aux troisième et quatrième examens du doctorat pour la chimie et la thérapeutique, le mercredi 15 mai, à 1 heure, rue de Seine, 70.

Maladies des enfants. — M. le dr Archambault a repris ses conférences cliniques, à l'hôpital des Enfants-Malades le vendredi 10 mai, et les continuera les vendredis suivants. (*Gazette des hôpitaux*).

Maladies des enfants. — M. le dr Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera ses démonstrations de cérébroscopie par la lumière oxhydrique, à l'hôpital, le mardi 21 mai, à 9 heures du matin. Il les continuera pendant la durée de l'Exposition universelle, le mardi 18 juin, le mardi 16 juillet et le mardi 7 août, à la même heure. La visite des malades aura lieu à 8 heures, et tous les autres mardis, clinique ordinaire sur les maladies de l'enfance. (*Gaz. des hôp.*)

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard ont commencé le mercredi, 15 mai, un nouveau cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique ; — 2° Eutocie ; — 3° Opérations et dystocie ; — 4° Exercices pratiques — Pour les renseignements et pour s'inscrire, s'adresser 29, rue Monsieur-le-Prince.

Pathologie interne. — M. le dr Labadie-Lagrave a commencé son cours de pathologie interne, lundi dernier 13 mars, à cinq heures du soir (amphithéâtre n° 3), de l'Ecole pratique et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Souscription pour élever un monument à Claude Bernard.

Le Progrès médical recevra toutes les souscriptions que ses lecteurs voudront bien lui adresser.

Total des six premières listes.....	593 fr.
SEPTIÈME LISTE	
MM. les internes en médecine de l'hôpital Cochin..	12
M. le dr G. Monod.....	20
Total général.....	625 fr.

Les huit premières listes de la Société de Biologie forment un total de 5,083 fr.; dans ce chiffre ne sont pas comprises les souscriptions du Ministre, du Conseil municipal de Paris, de la Chambre, du Sénat, du Collége de France, etc., etc.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 2 mai 1878, on a déclaré 1,001 décès, savoir : fièvre typhoïde, 12; rougeole, 27; scarlatine, 1; variole, 1; croup, 19; angine couenneuse, 37; bronchite, 52; pneumonie, 79; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 13; choléra nostras, »; dysenterie, »; affections puerpérales, 6; érysipèle, 4; autres affections aiguës, 248; affections chroniques, 424 dont 184 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 42; causes accidentelles, 36. — Les 1,001 décès ci-dessus donnent une proportion de 26,2 par 1,000 habitants et pour l'année.

Herborisation. — M. Bureau, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 19 mai, au Vésinet et dans la forêt de Saint-Germain.

© BIU Santé

es-Laye. Rendez-vous à la station du Vésinet à l'arrivée du train qui part de Paris (gare Saint-Lazare) à 9 h. 35.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. STANISLAS MEUNIER, aide-naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche 19 mai, aux environs de Vigny. On se rendra à la gare Saint-Lazare où l'on prendra, à 6 h. 20 du matin, le train pour Chars.

MÉDECINS DÉPUTÉS. — Les élections partielles du 7 avril et du 8 mai ont amené à la Chambre cinq nouveaux médecins. Ce sont : MM. A. Naquet, pour Apt (Vaucluse); Poujade, pour Carpentras (Vaucluse); Soye, à Vervins (Aisne); Labuze, à Bellac (Haute-Vienne); Mougeot, à Chaumont (Haute-Marne). Tous appartiennent au parti républicain.

Le catalogue de la bibliothèque de M. Claude Bernard, dont la vente aura lieu le 5 juin et jours suivants, vient de paraître : il sera adressé par MM. J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, à toute personne qui en fera la demande.

ECOLES VÉTÉRINAIRES. — Un concours sera ouvert, le 15 juin 1878, à l'école vétérinaire de Toulouse, pour les deux chaires de pathologie et de clinique vacantes à cette école. — Un second concours sera ouvert le 5 août 1878, à l'école vétérinaire d'Alfort pour l'emploi de chef de service de physique, de chimie et de pharmacie. Les programmes de ces concours se distribuent à Paris, au ministère de l'agriculture et du commerce (direction de l'agriculture, service vétérinaire) et au secrétariat des trois écoles d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

NÉCROLOGIE. — M. le dr Despaulx-Ader, membre de la Société protectrice de l'enfance, vient de mourir.

— Le *Journal de Toulouse* nous apprend la mort de M. le dr Cany, décédé à 88 ans, et de M. le drGuitard, professeur à l'école préparatoire de cette ville.

— Le *Sud médical* nous apprend le décès de M. le docteur LEBAS.

— M. le dr RAMEAU, professeur de physique médicale à la Faculté de Nancy, auteur de travaux estimés sur l'air comprimé, vient de mourir subitement dans cette ville à l'âge de 74 ans.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

CUFFER (P.). — Recherches cliniques et expérimentales sur les altérations du sang dans l'urémie et sur la pathogénie des accidents urémiques. Paris, 1878, un vol. in-8 de 79 pages. — Prix : 2 fr.

SCHWRATZ (Ch. Ed.). — Recherches anatomiques et cliniques sur les gaines synoviales de la face palmaire de la main. Paris, 1878, un vol. in-8 de 110 pages et de 3 planches lithographiques. — Prix : 3 fr. 50.

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

BOURRU (H.) — De l'affection catarrhale à propos de l'endémie catarrhale qui règne dans la vallée de la Touvre (Charente). Paris, 1878, un vol. in-8 de 110 pages. — Prix : 3 fr.

SAMONDES (L.). — Du temps d'arrêt dans la marche des polypes naso-pharyngiens. — Paris, 1878, un vol. in-8 de 71 pages. — Prix : 1 fr. 50.

PUY LE BLANC (F.). — Du traitement de l'anémie par les eaux thermo-minérales de Royat. Paris, 1878, brochure in-8 de 15 pages. Prix : 50 cent.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, pl. de l'École-de-Médecine.

ABEILLE. — Fibromes interstitiels de l'utérus. Paris, 1878, un vol. in-8 avec 9 figures dans le texte de 67 pages. — Prix : 2 fr.

ABEILLE. — Guérison des épanchements purulents les plus graves de la plèvre. Paris, 1878, un vol. de 48 pages, plus une planche. — Prix : 1 fr. 50.

ARMAIGNAC (H.). — Traité élémentaire d'ophthalmoscopie, d'optométrie et de réfraction oculaire. Paris, 1878, un vol. in-18, avec 116 figures dans le texte de 463 pages. — Prix : 6 fr.

AULAS (C.). — Des éruptions septicémiques. Paris, 1878, brochure in-8. — Prix : 1 fr. 50.

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

FABRE (P.). — De l'anémie et spécialement de l'anémie chez les mineurs, in-8 de 232 pages. Prix : 5 fr.

FAUCHON (A.). — Précis théorique et pratique des maladies des voies urinaires, d'après les leçons du dr Sirus Pirondi, un vol. in-8 de 400 pages. — Prix : 5 fr.

PIÉCHAUD (A.). — Rapport sur l'usurpation des titres médicaux et secondairement sur le charlatanisme et l'exercice illégal de la médecine, in-8, Paris, 1878. — Prix : 60 cent.

VILLARD (F.). — De l'aphasie ou perte de la parole et de la localisation de la faculté du langage articulé; traduit de l'anglais du dr Bateman. Paris, 1870, in-8 de 130 pages. — Prix : 2 fr. — Pour les abonnés, prix : 1 fr. 35.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Martineau. Clinique du samedi 11 mai. — Salle Saint-Louis : 10, métrite scrofuleuse née sous l'influence d'une métrite blennorrhagique ; 12, syphilis contractée au 6e mois de la grossesse avec le père de l'enfant ; 25, métrite généralisée, antéversion, adénite et lymphangite double ; 15, métrite généralisée, lymphangite double. — Clinique du mercredi 15 mai. — Salle Saint-Alexis : 21, épithélioma du col; 23, métrite avec lympho-adénite droite; 24, métrite chronique herpétique avec lympho-adénite gauche et cellule pelvienne, psoriasis guttata et en plaques ; 16, 29, vaginite granuleuse ; 27, syphilis simple.

Hôpital de la Charité. — Service de M. le professeur GOSSELIN. — Salle Sainte-Catherine : 12, plaie de la tête; 14, métrorrhagie ; 20, abcès du sein; 27, pelvi-péritonite avec rétroflexion de l'utérus. — Salle Sainte-Vierge : 1, fistule à l'anus; 3, rétrécissement de l'urèthre ; 10, kyste du maxillaire inférieur ; 13, 20, 50, hydarthrose du genou ; 26, plaie de la cuisse par instrument tranchant, spica de l'aine ; 32, tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, abcès froid symptomatique d'une carie vertébrale ; 34, fracture de côtes, contusion du sternum ; 36, plaies de la tête.

Service de M. le professeur U. TRÉLAT. — Salle Saint-Jean : 2, tubercules du testicule ; 3, hydrocèle vaginale ; 8, anthrax du dos ; 12 *bis*, angioleneite du pied ; 15, tumeur maligne de l'œil, ophthalmie sympathique ; 21, tumeur blanche du genou, cancer de l'intestin. — Salle Sainte-Rose : 3, ostéite raréfiante du maxillaire inférieur ; 6, fissure de l'anus ; 7, iritis ; 9, ulcère scrofuleux de la jambe gauche ; 10, scapulalgie ; 11, fissure de l'anus ; 15, corps fibreux de l'utérus ; 19, carcinome du sein gauche.

Médecine. Clinique de la Charité. Service de M. le professeur HARDY. — Salle Saint-Charles : 2, athérome cérébral, troubles intellectuels et moteur ; 4, fièvre intermittente tierce ; 8, lésion mitrale ; 9, pyélo-néphrite avec accès fébriles intermittents ; 11, emphysème pulmonaire, insuffisance tricuspidienne secondaire ; 12, tabes dorsalis ; 14, tumeur du cervelet ; 15, coliques saturnines ; 16, stomatite mercurielle ; 20, phthisie pulmonaire et laryngée. — Salle Sainte-Anne : 1, lithiase biliaire ; 2, décubitus par myélite aiguë ; 3, athérome cérébral, troubles intellectuels et moteurs ; 5, paralysie générale ; 7, pelvi-péritonite ; 8, pneumonie lobaire ; 15, pleurésie gauche avec déplacement du cœur ; 22, rétrécissement mitral ; 23, rétrécissement trachial syphilitique ; 24, affection mitrale, foie cardiaque ; 26, tabes dorsales.

Service de M. EMPIS. — Salle Saint-Michel : 2, cachexie saturnine ; 5, tubercules du cerveau ; 14, hémorrhagie cérébrale ; 18, pneumonie gauche ; 19, pleuro-pneumonie droite ; 23, goutte saturnine ; 24, cancer de l'estomac. — Salle Sainte-Marthe : 1, rhumatisme chronique, insuffisance mitrale ; 5,

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du **Dr Clin** renferme 0,20 Bromure de Chaque **Dragée** du **Dr Clin** renferme 0,10 Camphre pur.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence** de **Santal**, associée au Copahu et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

NOTA. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

GROS : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, et **dans toutes les Pharmacies.**

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

© BIU Santé

pleurésie gauche ; 9, cancer de l'estomac, insuffisance mitrale ; 15, coxalgie hystérique ; 13, granulée.

Service de M. VULPIAN, suppléé par M. DIEULAFOY. — Salle Saint-Jean-de-Dieu : 3, pleurésie ; 17, rhumatisme articulaire aigu ; 21, péricardite ; 22, encéphalopathie saturnine ; 27, ataxie locomotrice et atrophie musculaire. — Salle Sainte-Madeleine : 4, adénopathie bronchique, compression de la bronche gauche ; 5 *bis*, rétrécissement et insuffisance aortique, insuffisance mitrale, asystolie ; 22, ataxie locomotrice ; 23, rhumatisme articulaire, rétrécissement mitral, diabète.

Service de M. BOURDON. — Salle Saint-Louis (H.) : 1, cirrhose ; 3, ataxie locomotrice, épilepsie spinale ; 6, fièvre typhoïde ; 11, asthme professionnel ; 14, tumeur cérébrale ; 15, rhumatisme chronique ; 19, insuffisance mitrale ; albuminurie ; 27, ataxie locomotrice et atrophie musculaire progressive. — Salle Saint-Basile (F.) : 2, pneumonie ; 4, phlegmon du ligament large ; 8, insuffisance aortique ; 13, pleurésie ; 18, fièvre typhoïde.

Service de M. LABOULBÈNE. — Salle Saint-Félix (H.) : 1, pneumonie ; 2, péritonite tuberculeuse ; 4, rhumatisme, péricardite ; 7, pneumonie ; 8, emphysème ; 12, pleurésie ; 25, 20, rhumatisme. — Salle Saint-Vincent : 1, rhumatisme, pleurésie ; 2, albuminurie ; 6, anémie ; 12, cancer du foie ; 19, rhumatisme ; 20, érysipèle de la face.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

BROMURE de ZINC

SIROP — 50 centigr. par cuillerée à soupe.
PILULES — contenant 20 centigrammes.
PILULES ARSENICALES — contenant 5 centigr. Br. de Zinc et 1 mill. Br. d'arsen.

« Très-utile dans les cas de *Saturation* ou d'*Anémie bromurique*, le Br. de Zinc est beaucoup plus actif que le Br. de Potassium. — Doses de 0,20 à 4 gr. par jour. — FREYSSINGE, Phᵉⁿ, 97, r. de Rennes — PARIS

ACIDE SALICYLIQUE BREVET KOLBE
SEULS CONCESSIONNAIRES, SEULS FABRICANTS
SCHLUMBERGER & CERCKEL, 26, rue Bergère, PARIS.

MÉDICAMENTS Salicylés PRÉPARÉS

RHUMATISMES..... SALICYLATE de SOUDE dosé à 50 c°.
GOUTTE, GRAVELLE. SALICYLATE de LITHINE, pil. 10
SALICYLATE DE QUININE, paquets..... 10
ACIDE SALICYLIQUE MÉDICINAL, pilules..... 10
RHUME, Affections de la Gorge, PASTILLES SALICYLÉES.
VIN Tonique SALICYLÉ. — Ouate, Glycérine SALICYLÉES.

Par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, r. du Faubourg-Montmartre, 21, PARIS.

SOLUTION
De Salicylate de Soude
Du Docteur Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris (PRIX MONTYON)

La **Solution du Dr Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Cette solution très-exactement dosée contient :
2 grammes de *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche
0,50 centigr. — — par cuillerée à café.

VENTE EN GROS . CHEZ **CLIN & Cᵉ**, RUE RACINE, PARIS.
Détail dans toutes les Pharmacies.

GRANULES FERRO-SULFUREUX DE J. THOMAS

Chaque granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'**hydrogène sulfuré** et le **fer à l'état naissant** sans **éructations** ni **troubles** d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris — Pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie — Paris

PILULES DELAUNAY au Phosphate de Fer et de Manganèse. — Assimilation complète ; pas de Constipation.

ÉLIXIR DELAUNAY au Quinquina. Une cuillerée à bouche, soit 20 g. de cet Elixir, représente 0,20 extr. de quinquina jaune calisaya.

Pour la vente en gros : A la Pharmacie, 3, rue de la Madeleine, à Troyes.
Dépôt à Paris : Société française, 11, rue de la Perle.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

Clientèle médicale à céder. — Rapport de 9,000 à 10,000 fr., pour renseignements, s'adresser à M. le docteur Moreau, rue Lacharrieu, 15, square Parmentier (Paris).

LES DRAGÉES GRIMAUD
APPROUVÉES PAR PLUSIEURS SOCIÉTÉS DE MÉDECINE
(Plusieurs médailles)
GUÉRISSENT RADICALEMENT
Incontinence d'urine, maladies des femmes, chloroses, aménorrhée, leucorrhée, paralysie de la vessie chez les vieillards, pertes séminales, chute du rectum chez les enfants, etc. Succès constatés dans les hôpitaux.
Poitiers — Poitiers
Prix : 5 francs le flacon
POITIERS, chez l'inventeur, M. GRIMAUD aîné
Envoi de brochure sur lettre affranchie
Se trouve dans toutes les Pharmacies de France et de l'étranger

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuill.)
DOSES : De 1/2 à 6 milligram. par jour.
LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, PARIS.

MÉDICATION PROPYLAMIQUE
DRAGÉES MEYNET D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE
100 dragées, 3 fr.
Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Une Dragée MEYNET remplace 2 cuill. à bouche d'huile.
Paris, Ph., 34, r. d'Amsterdam, et princ. pharm.

SOLUTION BOURGUIGNON
au chlorhydro-phosphate de chaux
Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas. — *Dans toutes les pharmacies.*
Le SIROP BOURGUIGNON jouit des mêmes propriétés, et s'emploie surtout pour les enfants.

EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE
RAKOCZY DE BUDE
EXIGER RIGOUREUSEMENT ÉTIQUETTE BLEUE
La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.
25 gram. de Sulfate de Magnésie } par litre.
20 gram. de Sulfate de Sodium }
Se prend à très-petites doses.
Loser Frères, propriétaires à Budapest (Hongrie)
DÉPÔT GÉNÉRAL A PARIS : CHEZ JEAN SERWAZOW
35 bis, Rue de Trévise, 35 bis.
En vente : Chez tous les Marchands d'Eaux minérales, et Pharmaciens de Paris et de province.

DRAGÉES BLOT au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opium*, Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à Toulouse : toniques, dépuratives, anti-blennorragiques, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires*, catarrhe vessie. Bte 4f, fco 4.20.
Pour éviter imitation exiger :
Dépôt dans toutes les Pharmacies.
M. GALLEPIE, pharmacien, 30, *rue Monge*, fera une remise spéciale à MM. les étudiants, sur les **Dragées Blot** et sur tous les médicaments en général.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 21. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 25 MAI 1878

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Rapports des dyspepsies avec les maladies constitutionnelles.

Par le Dr J. CORNILLON (de Vichy).

I. — Au point de vue physiologique, l'estomac occupe une très-vaste place dans l'économie, car c'est de son fonctionnement régulier que dépend le jeu exact de tous nos autres organes. — Acteur principal de la digestion, il fait entrer dans la circulation les principes réparateurs nécessaires pour remédier aux déperditions quotidiennes et maintenir les forces dans un état toujours identique. En favorisant l'assimilation, il arrête les progrès de la désassimilation et établit ainsi l'équilibre entre les recettes et les dépenses.

Son rôle est donc considérable puisqu'il touche à tous les systèmes sans exception; il en résulte que s'il devient malade, tous les autres organes sont frappés par contre coup, tant dans leur constitution propre que dans leurs attributions naturelles; c'est ainsi que chez les vieux dyspeptiques il survient de la faiblesse générale par suite de l'atrophie des muscles, c'est ainsi qu'il survient de la tristesse, de la mélancolie par suite de l'ébranlement du système nerveux; d'autre part, le sang étant moins riche en globules, de l'anémie se déclare; enfin, les organes des sens ne recevant plus l'impulsion nécessaire, les sensations, les impressions sont plus vagues et moins complètes.

Les fonctions qui sont propres à l'estomac, nous rendent parfaitement compte de cet état de souffrance générale, lorsque ce viscère est directement lésé. Ce qui est plus extraordinaire, c'est qu'il participe, lui aussi, aux souffrances des autres organes. Il n'est pas, en effet, de maladie aiguë intéressant un système quelconque qui persiste pendant quelques jours, sans qu'il survienne de la dyspepsie : la pneumonie, les affections aiguës de la plèvre et des bronches, sont des exemples frappants de cette particularité. Il suffit, du reste, qu'il y ait fièvre sans même accompagnement d'inflammation d'organe, pour qu'il y ait immédiatement un retentissement du côté de l'estomac. Ne voit-on pas, en effet, tous les jours, des gens atteints de fièvre intermittente, éprouver de l'anorexie, des vomissements, au moment où se déclare l'accès et manger ensuite avec appétit dès qu'il est passé? La sympathie de l'estomac, pour tout ce qui le touche de près ou de loin, se montre dans toute son étendue dans les maladies chroniques; l'utérus est celui dont il ressent le plus tôt et le plus sûrement les malaises, si bien qu'on peut avancer sans crainte qu'il n'existe pas une seule lésion de la matrice, sans qu'il n'y ait, en même temps, dyspepsie. Souvent même, c'est le trouble du côté des voies digestives qui met sur la voie d'une lésion utérine, jusqu'alors méconnue. Aussi, la fréquence de la dyspepsie chez la femme s'explique-t-elle par la fréquence des métrites. En passant en revue les autres organes de l'économie, on n'en trouve pas un seul qui ne soit frappé sans qu'il y ait immédiatement répercussion du côté de l'estomac. Survient-il une cirrhose, une néphrite albumineuse, ou bien une phthisie pulmonaire? Sur le champ, les fonctions de ce viscère sont enrayées.

II. *Valeur étiologique de la dyspepsie dans les maladies diathésiques.*— Nous venons de voir comment les lésions de l'estomac influencent les divers systèmes de l'économie, et dans quelle limite cette influence s'exécute; nous avons également vu comment agissent sur les fonctions de ce viscère certaines maladies éloignées. — Nous allons maintenant examiner les rapports qui existent entre la dyspepsie et les affections constitutionnelles.

Les troubles fonctionnels de l'estomac sont-ils la cause ou seulement le prodrome d'une maladie générale? Telle est la première question que nous avons à étudier et à résoudre — Relativement au tubercule, les opinions sont partagées, voici ce que dit Bennett sur ce sujet : « Si on observe attentivement les circonstances étiologiques au sein desquelles la phthisie prend le plus souvent naissance, on demeure convaincu que c'est à un trouble des fonctions digestives, à une assimilation incomplète des aliments qu'il faut presque toujours attribuer le développement de cette maladie. » M. Bouchardat partage les mêmes idées; selon lui, la phthisie pulmonaire a pour cause essentielle, ou un défaut dans les fonctions digestives ou une aberration dans l'assimilation.

Beau, qui a tant et si bien écrit sur les dyspepsies, regardait les troubles gastriques comme une cause déterminante de la phthisie pulmonaire. Il cite, à l'appui de son opinion, l'histoire d'une jeune fille qui devint tuberculeuse après avoir souffert pendant cinq mois d'une maladie de l'estomac. Il est évident que, quand il s'écoule un aussi long intervalle entre la dyspepsie et l'apparition du tubercule, on peut croire avec quelque apparence de raison, que les troubles digestifs sont la cause et non l'effet de la phthisie pulmonaire, mais encore faut-il qu'il existe une certaine prédisposition individuelle. Car tous les jours, nous voyons des gens affectés de dyspepsie depuis de longues années, qui s'amaigrissent, s'anémient, présentent même de l'œdème des membres inférieurs, et qui meurent sans qu'on puisse rencontrer, soit dans les poumons, soit ailleurs, une seule granulation tuberculeuse.

MM. Hérard et Cornil, dans leur remarquable ouvrage sur la phthisie, placent les désordres fonctionnels de l'estomac dans la période prodromique de la tuberculisation pulmonaire. — On voit quelquefois, disent-ils, l'inappétence et les vomissements apparaître avant les signes locaux de la phthisie et simuler dans ces cas une affection grave d'estomac, tandis que le plus souvent il ne s'agit que d'un trouble dynamique. — Ainsi, pour ces deux savants praticiens, la dyspepsie est un signe et non une cause de la phthisie, survenant, comme beaucoup d'autres symptômes d'ordre différent, au début de cette maladie.

Andral professait à peu près la même opinion; il avait remarqué que des phénomènes morbides qu'il rapportait à la gastrite, tels que nausées, vomissements se développaient quelquefois au milieu de la santé la plus parfaite, et étaient suivis, au bout d'un temps plus ou moins long, des symptômes caractéristiques de la tuberculisation.

A bien examiner, le chiffre des auteurs qui attribuent à la dyspepsie l'origine de la phthisie pulmonaire est fort élevé, c'est un fait indéniable; mais nous devons ajouter que ce nombre serait moins considérable, si on pouvait suivre les malades plus longtemps et si toujours on consultait sévèrement les antécédents. — A chaque instant on verrait alors que ces troubles digestifs que l'on croyait indépendants de toute maladie diathésique et que l'on traitait comme tels, couvaient, en réalité, une phthisie tuberculeuse. A plusieurs reprises, j'ai été témoin de ce fait : en 1874, je donnai des soins à un jeune architecte du midi qui m'avait été adressé par un confrère d'Auvergne. Il souffrait depuis plusieurs mois d'une dyspepsie flatulente excessive, avec amaigrissement et déperdition des forces. Son corps était, en outre, couvert d'anthrax que je dus inciser. Ce malade toussait un peu depuis quelque temps; il était, du reste, très-sujet aux bronchites, mais il n'avait pas de sueurs nocturnes et n'avait jamais vomi de sang. — Je lui prescrivis de l'eau de l'Hôpital à très-faible dose, suivant les recommandations de son médecin. Je le soignai ainsi

© BIU Santé

pendant trois semaines sans obtenir la moindre amélioration. A la fin de la saison, il partit pour Paris, où il passa l'hiver; sept mois après son départ, un médecin à qui je l'avais recommandé, m'informa que ce malade avait failli succomber à une pneumonie du côté droit, et que mes craintes de phthisie s'étaient malheureusement réalisées, car, depuis l'apparition de cette phlegmasie aiguë, l'amaigrissement avait fait de rapides progrès, et M. D. présentait, au sommet de la poitrine, des signes irrécusables de tuberculisation. Cet été, j'ai vu un étranger, d'une quarantaine d'années, que l'on avait envoyé à Vichy pour remédier à une dyspepsie datant d'une année environ, et qui avait déterminé un amaigrissement extraordinaire avec affaiblissement et diarrhée. Ce malade ne présentait à l'auscultation de la poitrine ni bruits de souffle, ni râles; du reste il ne toussait pas. Il avait dans la bouche quelques aphthes qui disparurent rapidement. Sans pouvoir affirmer nettement qu'il était phthisique, je fis part à un confrère, qui se trouvait dans son intimité, de mes appréhensions, relativement à la possibilité de la tuberculose. M. C. resta un mois environ à Vichy, et quand il partit, toute trace de dyspepsie semblait avoir disparu; si bien que j'étais profondément ébranlé dans mes convictions; mais, j'appris trois mois après qu'il eut quitté nos thermes, qu'il avait succombé à une phthisie galopante; ce qui vérifiait mes prévisions.

Peut-on voir, dans les deux cas que je viens de raconter, autre chose qu'une dyspepsie annonçant l'apparition d'une maladie constitutionnelle et dont elle était une des premières manifestations morbides? Evidemment non. Car si à la rigueur on peut admettre que des troubles gastriques, remontant à un grand nombre d'années et ayant déterminé de grands désordres dans la nutrition générale, soient capables de favoriser, à la longue, l'éclosion du tubercule, il n'en est pas de même lorsque l'affection stomacale ne date que de quelques mois. Pour nous, l'apparition d'une dyspepsie chez des individus prédisposés par leurs antécédents, l'opiniâtreté avec laquelle elle résiste à tous les moyens appropriés est un signe d'une grande valeur séméiologique. Aussi je n'hésite pas à regarder ces troubles digestifs comme l'avant-coureur de la phthisie pulmonaire. C'est la conviction que j'ai eue dans le cas suivant : cette année, j'ai donné des soins à une jeune fille de dix-huit ans, atteinte de dyspepsie avec constipation depuis huit mois environ. Elle a perdu déjà un frère et une sœur de phthisie chronique. Malgré le bon état de la poitrine, malgré les résultats excellents que cette malade a retirés de l'absorption de nos eaux, je n'ai pas craint d'affirmer devant la famille que l'invasion du tubercule était à redouter. Nous verrons ce que l'avenir réservera à notre pronostic.

Tout ce que nous venons de dire à propos du tubercule peut parfaitement s'appliquer au cancer. Les troubles fonctionnels de l'estomac sont souvent un signe précurseur, avant-coureur de cette maladie organique. Beau n'est point de cet avis : pour lui, la diathèse cancéreuse ne se manifeste par ses lésions caractéristiques que quand l'économie est détériorée par une dyspepsie antécédente. Tous les auteurs, dit-il, reconnaissent en effet l'influence des causes morales sur la production du cancer externe. Si on analyse soigneusement les faits, on observe que la cause morale entraîne immédiatement après elle un état dyspeptique, et c'est au bout d'un temps variable de l'existence des symptômes gastriques qu'on voit apparaître sur la surface extérieure du corps les signes caractéristiques de la lésion cancéreuse.

Pour le carcinome de l'estomac, il est généralement admis que les dyspepsies répétées jouent un rôle occasionnel prépondérant en dehors de toute prédisposition individuelle morbide. Il semble, du reste, très-rationnel qu'une irritation perpétuelle d'un organe peut un jour amener la production d'une maladie chronique. C'est l'histoire de toutes les tumeurs. En ce qui concerne le cancer des régions extérieures, nous sommes surpris qu'un esprit aussi judicieux que Beau ait pu en attribuer l'origine à la dyspepsie; car les troubles digestifs sont l'exception au début du cancer externe : ils n'apparaissent que quand l'économie est infectée déjà par la diathèse, et souvent même les malades succombent, jaunes et amaigris, sans avoir ressenti le moindre dérangement dans leurs fonctions stomacales. Tout au plus, l'opinion de Beau pourrait-elle s'appliquer au carcinome utérin; il est vrai que, dans cette maladie organique, la dyspepsie est la règle. Mais dans ce cas joue-t-elle, comme il le prétend, le rôle de cause occasionnelle? Assurément non; car chacun sait que dès que l'utérus est touché, qu'il est le siége d'une lésion quelconque, il y a répercussion du côté des voies digestives et de l'estomac en particulier. Il me semble dès lors que, dans l'exemple que nous venons de choisir entre mille autres, la dyspepsie ne peut être regardée que comme l'effet et non comme la cause de la lésion organique.

C'est dans l'arthritisme que la valeur séméiologique de la dyspepsie me semble le mieux établie. Il est inutile de rappeler tout ce qui a été dit sur l'étiologie de la goutte et de la gravelle. Cependant il faut reconnaître que tout ce qu'on a écrit sur l'intervention de l'hygiène et de l'alimentation vicieuse comme agents producteurs de cette diathèse est fort exagéré. Prétendre qu'une nourriture animalisée, qu'un exercice insuffisant est une cause prédisposante de goutte ou de gravelle, rien de mieux; mais aller plus loin, c'est avancer des faits contraires à la vérité et à l'observation. Car l'hérédité est, dans l'immense majorité des cas, la cause réelle de la diathèse urique. Aussi je ne suis point de l'avis de Bence-Jones, qui prétend que la gravelle urique est uniquement le résultat d'une véritable dyspepsie, d'une digestion imparfaite des éléments azotés, occasionnée par la diète animale. Si cette opinion était entièrement exacte, la goutte et la gravelle seraient l'état habituel de la plus grande partie des habitants des villes qui vivent presque exclusivement de chair animale. Et cependant ils ne sont pas tous arthritiques!

La dyspepsie est le plus souvent l'effet de la dyscrasie urique, au même titre que certaines manifestations pathologiques d'un autre ordre. Ce qui me confirme dans cette idée, c'est que fréquemment elle alterne avec la goutte, qu'elle cesse au moment où l'accès se déclare, que pendant toute sa durée elle ne donne pas signe de vie, et qu'elle revient dès que la crise a disparu. Cela est si vrai, que beaucoup de goutteux annoncent l'apparition de leurs souffrances articulaires, à la première cessation de certains malaises, et notamment au retour de l'appétit perdu depuis longtemps. C'est ainsi que j'ai vu, plus d'une fois, des gens chez qui il existait une inappétence bien marquée manger abondamment la veille de leur accès de goutte.

Les faits cliniques, indiquant que la dyspepsie est au premier chef une manifestation viscérale primitive de la diathèse urique, sont nombreux; j'en citerai quelques-uns qui me sont personnels. En juin 1875, j'ai donné des soins à un jeune homme du département de l'Hérault, qui souffrait depuis dix ans de vomissements bilieux et glaireux : son appétit était médiocre, la digestion difficile; il avait des aigreurs dans la journée. Il me raconta, en outre, qu'il ressentait presque constamment de petits élancements dans les genoux et les orteils, ce à quoi je ne pris pas garde. Il quitta Vichy sans avoir obtenu la plus faible amélioration; quatre mois après son départ, il éprouva un accès de goutte très-violent qui le retint au lit pendant trois semaines. Je le revis l'année suivante, les troubles stomacaux avaient entièrement cessé.

Au commencement de juin 1876, j'ai vu un négociant du département du Jura, qui venait à Vichy chaque année pour se guérir de la goutte. Sous l'influence de nos eaux, les crises étaient devenues moins fréquentes et moins fortes, si bien que, dans le courant de l'hiver précédent, il n'avait pas éprouvé d'accès, contre son habitude. Mais d'autre part, des phénomènes graves du côté de l'estomac s'étaient montrés : tous les matins, il vomissait une grande

© BIU Santé

quantité de bile mélangée à des substances alimentaires incomplétement digérées. Depuis huit jours, il était, en outre, tourmenté par des hallucinations de l'ouïe et de la vue accompagnées de frayeurs nocturnes. Je lui prescrivis du bromure de potassium, et au bout d'une semaine les hallucinations avaient cessé. Il fut soumis ensuite au traitement hydro-minéral, mais il nous quitta sans avoir pu obtenir de bien grands soulagements du côté des voies digestives. Cet état de souffrance persista jusqu'à l'entrée de l'hiver ; à cette époque, il fut atteint d'un violent accès de goutte dans les pieds, les genoux et l'auriculaire de la main droite, et les troubles gastriques disparurent. J'ai revu ce malade l'an dernier, il ne ressentait plus rien du côté de l'estomac.

Le troisième exemple de ce genre de déplacement est relatif à un jeune homme de Saint-Etienne, qui devint dyspeptique à la suite d'un long séjour en Angleterre à cause de l'alimentation, disait-il, mais ajoutons qu'il est fils d'arthritique. Lorsque je le vis pour la première fois, il digérait mal, avait des éructations fréquentes et se plaignait d'aigreurs à certains moments de la journée. Il resta à Vichy trois semaines, suivant ponctuellement le traitement minéral sans éprouver le plus léger soulagement. Au moment de partir, il survint un léger accès de goutte dans le gros orteil droit. Immédiatement, les troubles digestifs s'améliorèrent. Je n'ai plus revu ce malade depuis son départ.

Dans les trois cas dont je viens de parler il est impossible d'admettre que la dyspepsie a été la cause première de la goutte, tandis qu'il est tout à fait rationnel de croire que les troubles gastriques ont été chez deux de ces malades, les manifestations initiales de la diathèse urique, que, sous certaines influences thérapeutiques ou spontanément, ils ont disparu, pour être remplacés par des accès de goutte franche. Cela est si vrai que, du moment où la crise est survenue, les désordres digestifs ont cessé.

En ce qui concerne la diathèse rhumatismale, on est généralement d'avis que la dyspepsie qui précède, accompagne ou suit de près certaines de ses manifestations, est l'effet et non la cause de cette maladie constitutionnelle. Nous n'insisterons donc pas davantage sur ce point.

(*A suivre*).

Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés et description d'un nouveau tube laryngien (1) ;

Par **ALBAN RIBEMONT**, ex-interne des hôpitaux et de la Maternité.

Nous avons dit (page 293), qu'un certain nombre d'appareils se composant d'un réservoir au moyen duquel on projetait l'air atmosphérique à travers une canule introduite dans la bouche ou dans la cavité des fosses nasales, avaient été imaginés et employés vers la fin du XVIIIe siècle. Parmi eux nous nous bornerons à citer les divers soufflets de Monro, Pia, Gorcy, Curry, Rouland ; les pompes à air de Goodwyn et Nooth, de Van Marum, de Meunier, Kopp, Dacheux, Marc, etc., etc., renvoyant pour leur description détaillée à l'excellente monographie de ce dernier auteur. Ces appareils sont oubliés aujourd'hui.

Cependant, au lieu de pratiquer l'insufflation avec la bouche, il y a plus d'un avantage, et pour l'enfant et pour l'opérateur, à faire usage d'un réservoir à air. L'air atmosphérique alors employé est, de par sa composition chimique, plus propre à l'hématose que celui qui a traversé les poumons de l'opérateur. Le premier contient 20.09 p. 100 d'oxygène, tandis que le second n'en a plus que 16.03 et possède, en outre, 4.267 d'acide carbonique. Voilà pour l'enfant. Pour l'opérateur, l'insufflation devient en même temps moins pénible, et l'aspiration des mucosités n'excite plus aucune répugnance. La disposition de la partie laryngienne de l'insufflateur nous faisait une loi de n'employer qu'un réservoir calibré d'après la capacité des poumons de nouveau-nés.

Aucun auteur, avant Leroy d'Etioles, ne s'est préoccupé de cette détermination intéressante. La capacité des soufflets et pompes autrefois employés était de beaucoup supérieure à celle des organes pulmonaires. Leroy (d'Etioles), fit construire un soufflet « gradué pour tous les âges, d'après le volume d'air rendu pendant une expiration sans effort. » Il est regrettable qu'il ne donne aucun chiffre exprimant ces différents volumes.

Nous avons cherché, sur un certain nombre de poumons, à mesurer la quantité d'air expulsé à chaque expiration par l'élasticité pulmonaire, en procédant de la manière suivante. Les deux poumons atélectasiés d'un nouveau-né sont débarrassés de tous les organes attenant à leur hile. On ne conserve que la moitié inférieure de la trachée. Ainsi préparés, ils sont immergés dans une éprouvette graduée contenant une quantité d'eau déterminée.

Nous connaissons de la sorte le volume des poumons en mesurant celui de l'eau déplacée. Les poumons sont alors insufflés jusqu'à ce que les alvéoles soient toutes distendues, puis on les plonge, dans cet état d'inspiration, dans le liquide et l'on évalue de la même façon le volume qu'ils ont acquis. Enfin, on fait une troisième opération après avoir laissé l'élasticité du poumon agir et expulser une partie de l'air qu'ils contenaient. Nous savons ainsi le volume des poumons en état d'inspiration et d'expiration. Leur différence exprime le volume d'air nécessaire au jeu du poumon pour une respiration complète.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. Enfant mâle. A terme. Poids : 3,450 grammes. Céphalotripsie.

Les deux poumons déplacent 50 c. d'eau, insufflés et laissés en état d'inspiration ils ont un volume égal à 95 c. Il a donc pénétré 45 c. d'air dans les alvéoles.

La trachée est laissée béante ; les poumons reviennent sur eux-mêmes, et expulsent une certaine quantité d'air.

Mesurés alors ils ne cubent plus que 70 c. Il reste, en définitive, 20 c. d'air dans les poumons.

Ces mensurations ont été prises de la même façon chez des sujets de poids différent. Nous résumons les résultats auxquels nous sommes arrivés dans le tableau suivant :

N[os]	SEXE.	POIDS.	ATELECTASIE.	INSPIRATION.	EXPIRATION.	DIFFÉRENCE.	OBSERVATIONS.
1	G	3.450	50	95	70	25	
2	F	3.150	50	98	69	29	
3	G	3.940	58	110	85	25	
4	F	2.400	30	68	32	36	Jumeau. Après l'expiration, les poumons tombaient encore au fond de l'eau.
5	G	3.880	43	90	60	30	
6	G	3.150	40	120	84	36	

La quantité d'air que peut recevoir sans danger un poumon d'enfant nouveau-né, oscille entre 25 et 36 centimètres cubes, en moyenne 30 c. 16. Dans ces expériences, nous avons poussé l'insufflation aussi loin que possible sans lésion du poumon. Mais il n'est pas nécessaire, pour rappeler à la vie un enfant, de dilater aussi complètement ses alvéoles. Ne voit-on pas chaque jour l'insufflation pratiquée à l'aide du tube de Chaussier réussir, malgré le reflux qui empêche ordinairement la dilatation de porter sur tous les lobules ?

Ne rencontre-t-on pas chez des enfants morts, quelques jours après la naissance, d'affection étrangère aux organes respiratoires, des lobules encore atélectasiés ? Enfin, ce qui se passe pour la respiration de l'adulte n'autorise-t-il pas à supposer qu'il n'est pas besoin, pour que la respiration artificielle soit couronnée de succès, de porter aussi loin que nous l'avons fait dans nos expériences, la dilatation du parenchyme pulmonaire. Le petit réservoir à air que nous avons fait construire consiste en une poire en caoutchouc

(1) Voir les n°s 16, 17, 19 et 20.

© BIU Santé

noir dont les parois sont assez épaisses pour être fortement élastiques. Le col de ce réservoir porte une garniture métallique qui s'adapte à l'embouchure de l'insufflateur; son fond est percé d'un trou assez large. (*Fig. 54*).

Sa capacité est de 28 centimètres cubes, et l'on peut, par la pression, en expulser 24 à 25 c. d'air, ce qui nous paraît très-suffisant d'après les mensurations qui précèdent et l'expérience que nous allons relater.

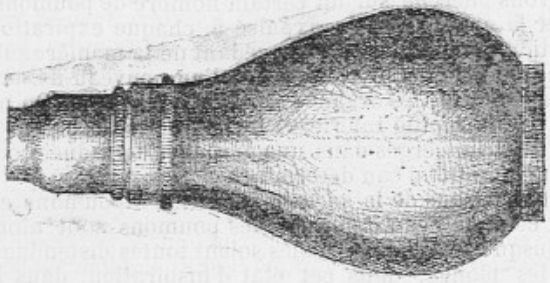


Fig. 54.

Expérience 7. Sur un enfant volumineux né mort, nous enlevons les poumons dont nous mesurons le volume qui égale 50 c.

L'insufflateur fut placé dans le larynx, une première insufflation porte le volume des poumons à 75 c.

Puis l'élasticité pulmonaire réagissant expulsa 10 c. cubes d'air seulement. Il en restait 15 dans les alvéoles.

Les deux lobes supérieurs du poumon droit sont presque entièrement dilatés, à part quelques lobules isolés.

Du côté du poumon gauche le lobe supérieur ne compte que de rares lobules distendus tandis que les quatre cinquièmes du lobe inférieur le sont.

Une deuxième insufflation est pratiquée qui, ajoutant 25 c. au 15 c. restés de la première, porte à 40 c. c. le volume de l'air contenu dans les poumons. Presque toutes les vésicules sont dilatées. L'expiration expulse 24 c. c. d'air il n'en reste donc plus que 16 dans les alvéoles.

Une troisième insufflation ajoutant 25 c. c. aux 16 c. c. précédents; les organes pulmonaires contiennent 41 c. c. d'air.

Toutes les alvéoles de la surface du poumon sont dilatées. A partir de ce moment il s'échappe, à chaque expiration, 24 à 25 c. d'air qui sont remplacés par les 25 c. c. fournis par le réservoir.

En trois ou quatre insufflations, on arrive donc à remplir d'air les poumons sans leur faire courir le danger d'une déchirure. Joulin conseillait l'emploi d'une poire de 125 c. c. de capacité; c'était beaucoup trop: avec un réservoir moins grand, puisqu'il n'expulsait que 90 c. d'air, nous avons produit des lésions.

Observation V. — Dun..., femme Hab..., 32 ans, primipare, arrivée au terme de sa grossesse entre en travail le 15 août, à minuit. OIGA. Rupture des membranes le même jour à 9 h. du matin. La dilatation est complète à 3 h. de l'après-midi. Terminaison à 3 h. 45. Fille pesant 3,150 gr., en état de mort apparente.

L'insufflateur est introduit sans difficultés, et avec la poire on aspire d'abord des mucosités abondantes qui occupaient la trachée. Puis on pratique la respiration artificielle. Après deux heures de soins, l'enfant est ranimé. Le lendemain, il est atteint de convulsions auxquelles il succombe à 2 h. 30 du soir.

Autopsie. — Les poumons ont été complètement distendus. Mais quelques vésicules d'emphysème sous-pleural sont disséminées sur les bords antérieurs des deux poumons ainsi qu'au niveau des scissures. Le larynx ne présente aucune lésion.

La rapidité du courant, indispensable lorsqu'on se sert du tube de Chaussier, pour lutter avec avantage contre le reflux, devient inutile.

L'air, poussé *lentement*, pénètre régulièrement, dilatant peu à peu toutes les vésicules dans lesquelles il arrive *lentement*. La différence entre la dimension des orifices d'entrée et de sortie de l'air est, en effet, trop insignifiante pour que la vitesse initiale du courant subisse en passant à travers notre tube une accélération notable. Il n'en est pas de même pour les tubes actuels.

Il nous reste à indiquer brièvement la manœuvre de l'insufflation pratiquée à l'aide du réservoir en caoutchouc.

1° *Aspiration des mucosités.* — Le tube étant introduit dans le larynx, il est bon de chercher à extraire avant la première inspiration artificielle, les mucosités, les liquides qui, presque toujours, embarrassent les voies aériennes. La poire, saisie de la main droite, est embrassée près de sa garniture métallique par les doigts médius et annulaire. La pulpe du pouce, appliquée sur le fond du réservoir, bouche l'ouverture qui s'y trouve.

Une pression exercée par le pouce comprime alors la poire dans le sens de sa longueur, en chasse l'air, et maintient le réservoir ainsi aplati. Dans cet état, il est ajusté sur le tube. Puis le pouce, sans cesser de boucher l'ouverture, cède peu à peu, et se laisse repousser par l'élasticité de la poire qui se dilate progressivement et reprend sa forme.

Le vide que cette dilatation de la poire, fait dans l'arbre aérien, aspire le liquide, les mucosités qui s'y trouvaient, et les force à pénétrer dans le tube. Pour les y engager davantage, autant que pour en attirer une plus grande quantité, on sépare le réservoir du tube laissé en place, et comme la première fois, on l'aplatit pour en expulser l'air, puis on l'adapte de nouveau sur l'insufflateur et l'on fait une seconde aspiration. Lorsque, après trois ou quatre manœuvres semblables, on pense avoir attiré dans l'insufflateur la majeure partie, sinon la totalité des mucosités, tout l'appareil est retiré, et un courant d'air rapide poussé à travers l'insufflateur à l'aide du réservoir, le débarrasse entièrement des liquides visqueux dont il s'était chargé.

2° *Insufflation.* — Les voies aériennes étant désobstruées, l'insufflateur est replacé dans le larynx. La poire est ajustée sur le tube et sera soutenue, comme précédemment, par l'annulaire et le médius.

Le pouce est appliqué sur le fond du réservoir et bouche son ouverture. Puis, on comprime lentement la poire dans le sens de sa longueur, et la presque totalité (25 c. sur 29 c.) de l'air qu'elle contenait passe dans les poumons. Au bout d'un instant, le pouce est relevé de manière à laisser libre l'ouverture qu'il bouchait tout à l'heure.

L'expiration se fait grâce aux forces élastiques des poumons et des parois thoraciques aidées ou non par une légère pression exercée avec la main gauche sur la poitrine. Le gaz que contient actuellement le réservoir est, pour sa plus grande part constitué par l'air qui vient d'être expiré par les poumons. Il importe d'en débarrasser la poire; pour cela, celle-ci est saisie et comprimée latéralement au niveau de sa partie renflée entre le pouce et l'index. L'air, s'échappant par l'orifice qui est au fond du réservoir, est rejeté au dehors. On laisse alors la poire se dilater, se remplir d'air athmosphérique propre à être injecté dans les alvéoles du poumon, et l'on se trouve en mesure de pratiquer une nouvelle insufflation.

Conclusions. — De tout ce qui précède, nous nous croyons en droit de conclure que le nouvel insufflateur présente les qualités suivantes : 1° Son introduction est rendue facile grâce à la forme de sa courbure, d'une part; à la disposition de son extrémité terminale, d'autre part; 2° Sa courbure assure son maintien dans les voies respiratoires de l'enfant pendant toute la durée de l'opération; 3° Il s'oppose absolument au reflux de l'air hors du larynx; 4° Il permet d'aspirer aisément les liquides, les mucosités qui obstruent les canaux aérifères; 5° On sait toujours si le tube est bien placé dans le larynx, ou s'il ne s'est point, par accident, égaré dans le pharynx et l'œsophage; 6° La possibilité de rompre les vésicules pulmonaires en employant pour les distendre un volume trop considérable d'air, et une force d'insufflation exagérée, rend prudent l'usage d'un réservoir à air rigoureusement calibré d'après le volume moyen des poumons des nouveau-nés.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Autopsie et baptême.

Il faut avouer qu'il y a des moments, — très-exceptionnels à la vérité, — où il y a quelque profit à appartenir au clergé. Lorsque, dans la clientèle (nous ne parlons pas des hôpitaux à propos desquels nous rappellerons à nos lecteurs un récent procès, intenté à un professeur de Montpellier, et dans lequel les demandeurs ont été déboutés), lorsque dans la clientèle, disons-nous, un médecin juge une autopsie nécessaire dans l'intérêt de la science et de la société, ce médecin se heurte à nombre d'obstacles et de formalités ; il faut : qu'il obtienne le consentement de la famille, qu'il laisse expirer un délai fixé, et qu'il procède à l'autopsie en présence du commissaire de police, ou, à son défaut, de tout autre officier de l'ordre judiciaire ou administratif. La loi le veut ainsi, et il en est de cette loi comme de beaucoup d'autres : médiocre en elle-même, elle devient excellente lorsqu'elle est libéralement interprétée. Quoi qu'il en soit, le médecin qui essaierait de s'y soustraire serait promptement et sûrement poursuivi.

Mais, si au lieu d'être docteur en médecine, on est prêtre; si, au lieu d'avoir conquis laborieusement, dans une faculté, un certificat de compétence médicale, on a obtenu, moins laborieusement, dans un séminaire, un certificat de compétence théologique, oh ! alors, les choses changent de face : les formalités disparaissent, les obstacles s'évanouissent, et rien n'empêche un ecclésiastique d'ouvrir ou de faire ouvrir par un cordonnier ou un charcutier (voir dans tous les journaux de ces jours derniers le récit des faits qui se sont passés dans la Loire), le ventre d'une femme qui est — ou paraît être — morte d'éclampsie, afin de baptiser l'enfant qu'elle portait dans son sein.

Le curé de Saint-Just-en-Chevalet n'a pas demandé le consentement de la famille, puisque le mari était absent ; il n'a pas attendu les délais prescrits par la loi, puisque l'enquête établit qu'il y avait une heure *au plus* que la femme était morte, — si toutefois elle était morte, ce que rien jusqu'ici n'est venu démontrer *scientifiquement* ; — enfin, il n'a pas fait procéder à l'opération césarienne en présence ou avec l'autorisation d'un officier de l'ordre judiciaire ou administratif, dont le devoir strict eût été, en pareil cas, de faire tout au moins surseoir à cette opération. Et ce curé a eu raison, — ou du moins, s'il a eu tort au point de vue du bon sens, il a eu raison au point de vue de la loi, puisque malgré tout le bruit qui s'est fait autour de cette affaire, et malgré une enquête, il n'a pas été poursuivi.

C'est donc quand il s'agit de faire progresser la science et la vérité qu'on ne rencontre qu'obstacles et formalités ; dès qu'il s'agit de baptiser un fœtus, avant même que le décès de la mère soit officiellement constaté, on trouve toutes les facilités, nous allions presque dire tous les encouragements.

Si encore, il s'agissait d'une âme à sauver, on pourrait invoquer, comme circonstance atténuante, la foi du prêtre, la mettre en regard de la violation de la loi... bien que de semblables parallèles et de pareilles compensations ne soient heureusement plus de mise dans notre société moderne et devant notre loi laïque.

Mais cet enfant, qui va naître, ne porte, même aux yeux du prêtre le plus fanatique, d'autre souillure que la tache originelle ; et cette doctrine de la perpétuité héréditaire du péché d'Adam a paru à l'Eglise elle-même si immorale et si choquante qu'elle s'est empressée de l'atténuer en créant pour ces êtres échappés au baptême une sorte de vestibule céleste, et en faisant en quelque sorte de ces petites âmes le demi-monde du ciel, les pêches à quinze sous de l'éternité ! Quant à nous, au risque de passer pour païens, nous persistons à croire que ce n'est pas ainsi qu'il faut entendre la douce parole du réformateur galiléen : « LAISSEZ VENIR A MOI LES PETITS ENFANTS. »

Rétablissement des tours.

Ouverts par Vincent de Paul, officiellement reconnus et organisés par le décret du 19 janvier 1811, les tours, après avoir fait l'admiration des gens charitables, devinrent peu à peu suspects à l'administration; signalant des abus, invoquant l'économie, elle en poursuivit la fermeture à partir de 1833, et fit si bien qu'en 1852 ils avaient presque tous disparu. Ce ne fut pas pourtant sans opposition; en 1849, la majorité des conseils généraux consultés votait pour le maintien des tours; en 1850, on proposa à l'Assemblée législative de remettre en vigueur le décret de 1811, tombé en désuétude, mais non abrogé, et la Commission adopta la proposition; en 1856, MM. Troplong, Portalis et Donnet portèrent la question au Sénat, qui renvoya au ministre de l'intérieur les pétitions demandant le rétablissement des tours; en 1860, une enquête fut ordonnée sur les motifs qui avaient amené la suppression des tours. Faite par l'administration, elle se prononça pour le système administratif, et déclara que les tours étaient *définitivement* jugés.

Ce n'est pas l'avis de M. de Lacretelle, qui a déposé, à la Chambre des Députés, un projet de loi tendant au rétablissement des tours et pris en considération ; ce n'est pas non plus l'avis de M. Bérenger qui a soumis au Sénat une proposition analogue à celle de M. de Lacretelle.

La question se représentera donc devant les Chambres, d'abord devant le Sénat, et nous aurons à revenir, alors, sur ce sujet. Le *Progrès médical* exposera impartialement les arguments apportés en faveur de chacun des deux systèmes en présence : dépôt secret ou admission à bureau ouvert avec secours aux filles-mères. Il s'efforcera de les juger sans parti pris et peut-être réussira-t-il à démontrer que chacun de ces systèmes a du bon et que la meilleure solution serait de les concilier en les combinant.

Ouverture du cours de M. Cornil, à Lourcine.

Mardi dernier, M. Cornil a commencé à Lourcine son cours sur la *pathologie générale de la syphilis*. Il ne fera pas, a-t-il dit, de la pathologie générale purement philosophique et historique (comme on le fait trop souvent), mais bien de la pathologie générale appuyée sur l'histologie et la pathologie expérimentale. Cette manière de procéder lui permettra d'étudier les points les plus importants de la maladie, d'expliquer les symptômes par les lésions observées, de comparer les accidents entre eux.

Après avoir défini la *syphilis* et avoir montré que c'est une maladie virulente, le professeur entre dans quelques considérations sur les virus en général. Il montre ensuite

© BIU Santé

que par son inoculabilité, par ses productions, la syphilis offre de grands rapports avec la morve et la tuberculose, tout en s'en distinguant à différents égards. *La syphilis est donc une maladie virulente voisine de la tuberculose et de la morve.*

Puis, il passe aux conditions de contagion de la syphilis et, après avoir rappelé les théories identistes, unicistes, dualistes, il insiste sur la différence anatomo-pathologique du *chancre mou* et du *chancre induré*. Ce qui distingue encore et surtout les deux chancres c'est la *période d'incubation*. Le chancre mou apparait de suite après la contamination ; le chancre infectant n'apparaît qu'après un temps plus ou moins long, variant de 10 à 25 jours en moyenne, pouvant atteindre deux mois même, comme l'ont montré en somme, depuis peu de temps, les observations de Langlebert, Rollet, Diday, etc., les expériences des syphilisateurs (Wallace, en Angleterre, Vidal de Cassis, Waller, de Prague, l'anonyme du Palatinat, et plus récemment Pellizari, de Florence). Ainsi fut démontrée l'existence d'une période d'incubation constante, entre le moment de la contamination et l'apparition du chancre infectant; ainsi fut-il encore démontré (au contre de l'opinion ancienne qui considérait les accidents primaires comme seuls inoculables), que la vérole à la période secondaire était inoculable dans toutes ses productions, sérosités, particules solides, pus, sang même.

Que se passe-t-il entre le moment de l'inoculation et le début du chancre ? Certains auteurs (M. Fournier, etc.), affirment que l'individu est en puissance de vérole pendant la période d'incubation, que le chancre n'est que la première manifestation d'une syphilis datant du jour de l'inoculation. M. Cusco, a même prétendu qu'on pouvait être syphilitique par simple absorption du pus, sans que l'apparition d'un chancre fût nécessaire. Renaut (d'Alfort), inocule la morve à un animal, une heure après, il enlève le morceau de peau contaminé, et l'animal n'en devient pas moins morveux. Mais, outre que cette expérience n'a de valeur que pour la morve, on lui peut opposer la fameuse expérience de Cohnheim, qui consiste à placer un morceau de tubercule dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin. Le néoplasme demeure inerte, sans action sur les tissus ambiants pendant huit jours. Ce n'est qu'au bout de huit jours que se déclare l'inflammation spécifique.

Le professeur fait ensuite remarquer que le chancre apparait toujours au niveau du point touché primitivement, que c'est dans le ganglion le plus voisin que se localise tout d'abord l'infection ; que Riaes, en 1820, Ricord, en 1845, ont préconisé la destruction du chancre, affirmant que chaque fois que le chancre avait été enlevé complètement avant le troisième jour il n'y avait pas eu de syphilis constitutionnelle (il ne faut toutefois pas oublier que l'on confondait à cette époque le chancre infectant et le chancre non infectant); qu'enfin, plus récemment, MM. Auspitz et Unna (Vienne 1877), ont cité de nombreux cas d'excision de chancres nettement indurés qui, malgré une longue observation n'ont pas été suivis d'accidents constitutionnels; sur 33 cas, dont il en faut défalquer 10, à cause de circonstances particulières, l'infection ne s'est produite que 9 fois après l'excision du chancre. Aussi, M. Cornil penche-t-il plutôt vors cette opinion qui lui semble la plus probable, que la syphilis n'est pas généralisée d'emblée, mais que le chancre est le premier accident qui infecte peu à peu l'économie.

Ce cours a lieu tous les mardis, à 9 heures et demie à l'hôpital de Lourcine. Des démonstrations cliniques seront faites après la leçon. Nous ne saurions trop engager les élèves à suivre un enseignement remarquable par sa clarté, son originalité et sa grande importance pratique. Pour assister aux cours, il suffit de se faire inscrire chez le directeur de l'hôpital, toujours si bienveillant à l'égard des étudiants en médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 Mai 1878. — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

M. DE SINÉTY fait une communication sur l'anatomie pathologique de la métrite chronique. La distinction entre les métrites interne et parenchymateuse n'est pas fondée : car les deux ordres d'altérations coexistent toujours. Du côté de la muqueuse on trouve des granulations de trois espèces. Les premières sont constituées par les glandes hypertrophiées; les secondes sont formées de tissu conjonctif embryonnaire, analogue à une plaie en suppuration ; les dernières sont des néoformations vasculaires. A ces trois espèces de granulations correspondent les trois symptômes principaux de la métrite, l'augmentation du mucus sécrété, la suppuration, enfin les hémorrhagies.

Dans le parenchyme utérin on constate une dilatation considérable des espaces lymphatiques, et une hypertrophie du tissu conjonctif, une sorte de sclérose périvasculaire. M. de Sinéty n'a pas observé de lésions des fibres musculaires.

MM. REGNARD ET JOLYET exposent les résultats de leurs recherches sur le sang des animaux aquatiques.

M. POUCHET a étudié les effets des saignées répétées sur des chiens. On peut retirer à un animal une quantité de sang équivalant au 28e de son poids, sans qu'il succombe. Entre $\frac{1}{18}$ et $\frac{1}{24}$ est la limite où les symptômes peuvent être graves. La perte d'un 21e est toujours mortelle. Les saignées rendent très-dangereuses des opérations généralement bénignes, comme l'ablation de la rate.

M. CAZENEUVE DE LAROCHE fait une communication sur la pellagre qu'il a pu étudier depuis plus de trente ans, soit dans son pays, les Hautes-Pyrénées, soit en Espagne et en Italie. Il montre que la fréquence de la maladie est en rapport non avec avec la culture du maïs, mais avec les conditions hygiéniques et climatériques. Les pays méridionaux où sévissent la misère et la malpropreté, sont remplis de pellagreux, alors même qu'on n'y cultive pas le maïs (Valteline, Trentin, bassin du Tage). Dans le pays de M. Cazeneuve, la pellagre a presque disparu, à mesure que le bien-être faisait du progrès, bien que la culture du maïs soit toujours très-étendue.

M. LABORDE demande à M. Cazeneuve comment il explique la production de la maladie chez des personnes aisées, et s'il croit aux propriétés excitantes du maïs.

M. CAZENEUVE. Dans les classes aisées, la pellagre est toujours transmise par les parents moins favorisés au point de vue matériel. La transmission héréditaire de la maladie est incontestable. En ce qui concerne les propriétés excitantes du maïs, elles ne sauraient être niées, mais sont moins prononcées que ne le dit M. Foa. Elles ont peut-être une place dans l'étiologie de la folie pellagreuse, caractérisée avant tout par l'hydromanie. C'est par l'eau que se tuent tous les pellagreux fous.

M. CADIAT a fait des recherches sur l'action des courants induits sur les muscles et les cils vibratiles des bryozaires. Il a constaté que les dermes se meuvent encore quand les muscles ne se contractent plus. Conclusion : la substance sar-

© BIU Santé

codique n'est pas une; l'élément contractile n'est pas le même dans le cil vibratile et dans le muscle.

M. ONIMUS pense que les courants induits n'agissent pas directement sur le muscle, mais sur certains éléments non encore déterminés. Ainsi, la fibre musculaire étant intacte, les courants induits peuvent ne donner aucune contraction, alors que les courants continus en déterminent : c'est ce qui se voit par exemple sur des suppliciés.

M. CADIAT fait ensuite une communication sur le foie des invertébrés. Dans toute la série animale, il y a trouvé des matières colorantes qui, sous l'influence de l'acide nitrique, donnent les réactions caractéristiques de la bile. L. D. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 mai 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. BAILLARGER annonce à l'Académie que sa séance annuelle est fixée au mardi 4 juin.

M. E. BURDEL, de *Vierzon* fait la lecture d'un travail intitulé: *De l'action fébrifuge de la quinoïdine dans le traitement des fièvres telluriques*. Cette résine alcaloïde possède d'une manière évidente des propriétés immensément fébrifuges. Ces propriétés fébrifuges sont, à peu de chose près, analogues à celles que possède le quinine. Comme le quinium la quinoïdine peut être donnée d'une manière certaine dans les fièvres intermittentes telluriques à formes bénignes. C'est spécialement dans les fièvres quartes et la cachexie tellurique que la quinoïdine, comme le quinine, possède une action fébrifuge marquée ; dans ces cas, elle est même supérieure à la quinine. Comme tous les fébrifuges analogues, la quinoïdine doit être donnée non-seulement à hautes doses, mais si l'on veut éviter les échecs et les récidives, elle doit être donnée pendant trois, quatre et même cinq semaines à doses continues et espacées. Le prix relativement minime de la quinoïdine comparé à celui de la quinine et du quinium est le principal et le seul motif qui doive faire donner la préférence à cette résine dans les types de fièvre que nous venons d'indiquer. La quinoïdine, pas plus que le quinium, ne peut espérer détrôner la quinine ; elle ne peut que la suppléer, souvent lui être un auxiliaire, mais non la remplacer, si ce n'est dans les fièvres quartes et la cachexie. Dans les fièvres telluriques aiguës, c'est d'abord et avant tout la quinine qui doit constituer le traitement primitif et principal ; la quinoïdine, comme le quinium ne doivent venir qu'après, pour assurer et maintenir les effets produits par elle. Dans l'état chronique, c'est, au contraire, aux résines alcaloïdes que l'on doit donner la préférence.

Suite de la discussion sur la désarticulation coxo-fémorale et sur les pansements des plaies.

M. CHASSAIGNAC lit un travail qui se résume dans les conclusions suivantes. Deux indications fondamentales doivent dominer le traitement des plaies : 1° Protéger les plaies ; 2° assurer la libre sortie de ce qui leur est nuisible. Dans l'état actuel de la pratique, tous les modes de pansement peuvent se rattacher à deux classes : 1° Ceux dans lesquels on emploie les tubes à drainage ; 2° ceux dans lesquels on ne les emploie pas. Il est un mode de pansement qui, dans les plaies par écrasement et dilacération de la main et du pied, préserve d'une manière à peu près certaine de l'infection purulente : résultats obtenus par M. Adolphe Richard et par M. Desprès. C'est le pansement par occlusion emplastique, tel qu'il se trouve formulé dans le mémoire publié dans les archives de médecine de Paris, en mai 1852, par M. le docteur Bastour. Tout sujet affecté d'une suppuration chronique, traumatique ou non, est à l'abri de l'infection purulente tant qu'il ne subit pas d'opération chirurgicale.

Il y a deux grandes classes de traumatismes chirurgicaux, le traumatisme à vaisseaux ouverts, le traumatisme à vaisseaux fermés. Autant l'infection purulente est fréquente dans le traumatisme à vaisseaux ouverts, autant elle est rare dans le traumatisme à vaisseaux fermés. La théorie de M. Pasteur a déjà rendu à la chirurgie d'importants services, que nous serions mal venus à méconnaître.

Elle a engendré deux des meilleures méthodes de pansement, celle de M. A. Guérin et celle de M. Lister. La question n'est pas toute entière contenue dans le point de savoir s'il vaut mieux tuer les germes ou s'il suffit de les empêcher d'arriver à la plaie. Mais, puisque ces deux méthodes ne sont nullement inconciliables avec ce qu'il y a de bon dans les méthodes connues jusqu'ici, il est évident qu'elles ajoutent puissamment à ce qu'on serait, à ce qu'on faisait, et dès lors, elles ont droit à une attention sérieuse de la part de tous ceux qui s'intéressent à la solution de ce problème difficile : quel est le meilleur mode de pansement des plaies.

M. A. DESPRÉS fait la lecture d'un mémoire sur le drainage des os dans la nécrose et l'ostéomyélite en particulier. Du fait présenté, M. Després tire les conclusions suivantes : 1° dans l'ostéomyélite avec fracture spontanée des os longs toutes les fois que les articulations sont intactes, on peut conserver le membre à l'aide d'une incision allant jusqu'à l'os, suivant les préceptes de Morwin Smith, Broca et Gosselin, par des débridements sur les parties atteintes d'abcès de voisinage et en passant un drain dans *le foyer de la fracture* à travers les abcès ouverts autour de l'os. 2° Le drain doit être laissé une année en place, de façon à placer la nécrose cérébrale de l'os dans les conditions d'une nécrose superficielle au fond d'une plaie des téguments avec perte de substance. 3° Le drainage des os atteints d'ostéomyélite, comme les désarticulations pratiquées dans les mêmes conditions, est une opération que l'on exécute pendant que les malades ont de la fièvre ; mais la plaie du drainage, égalant celle d'une ouverture d'abcès, est moindre que celle d'une désarticulation ; et, à défaut d'autres raisons, ce serait un motif de préférer le drainage.

A 4 h. 40, l'Académie se constitue en comité secret.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Seance du 15 février 1878. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Angiôme sous-cutané circonscrit, du pouce; par le Dr SCHWARTZ.

Tumeur située au niveau de la face dorsale du pouce droit, non adhérente à la peau ni aux tissus profonds. Grosseur d'une noix, facilement énucléable; à l'examen : *Angiôme sous-cutané* simple, circonscrit, traversé par un filet nerveux, dont quelques ramuscules se perdent dans la tumeur.

M. BERGER. Ce fait est intéressant, car on savait jusqu'ici combien les angiômes sont douloureux, mais on n'avait pas encore pu suivre les ramifications nerveuses jusque dans la tumeur même.

Ictère chronique. — Cancer du foie et de l'épiploon; par Mossé, interne des hôpitaux.

Cazard, Jean, garçon de magasin, 38 ans, entre le 4 janvier 1878 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Thomas, lit n° 8 (service de M. OULMONT).

Antécédents. Bonne santé antérieure, sauf une rougeole et une bronchite légère il y a sept ans : jamais d'excès alcooliques.

Il y a quatre mois et demi, courbature générale, malaise, inaptitude au travail, perte d'appétit, urines chargées : après huit jours environ de cet état, ses camarades ayant remarqué qu'il avait les yeux jaunes, notre malade prit un purgatif, et ce jour-là il s'aperçut lui-même tout à coup qu'il était devenu tout jaune : l'ictère ne disparaissant point, le malade entre bientôt à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Denis), où déjà alors on constate que le foie est gros ; il sort après quinze jours de traitement ayant encore la jaunisse et une légère diarrhée ; l'ictère est toujours demeuré ce que nous le voyons aujourd'hui, vert-jaune ; la coloration de la peau n'a pas sensiblement changé depuis le début, et n'a jamais été accompagnée de phénomènes douloureux pouvant donner l'idée de coliques hépatiques, cependant il faut signaler une douleur épigastrique avec point correspondant dans le dos, éprouvée par le malade, tout à fait au début et qui s'est depuis reproduite encore une fois : l'appétit est assez bien conservé ; quelques démangeaisons à la peau : il n'y a jamais eu de vomissements

© BIU Santé

de sang, ni d'hémorroïdes; bien que l'ictère remonte à plus de quatre mois, il n'y a qu'un mois seulement que les selles sont grisâtres, décolorées ; au début, au contraire, elles étaient jaunes.

Etat actuel. Malade un peu amaigri ; la peau est d'un jaune foncé, offrant par places irrégulières quelques pétéchies : l'abdomen n'est pas très-distendu, il n'y a point d'ascite. Foie très-volumineux, empiétant sur la région épigastrique et l'hypochondre gauche, paraissant abaissé : la limite du bord supérieur déterminée par la percussion, commence au-dessous du mamelon : la face convexe dépasse les fausses côtes de plusieurs centimètres : accessible à la palpation à travers les parois abdominales, elle est dure, mais n'offre pas d'irrégularités ; le bord inférieur est dur, régulier ; la palpation le limite assez nettement pour permettre de le dessiner, il s'étend en suivant une ligne oblique depuis deux centimètres et demi ou trois environ au-dessous du creux épigastrique jusqu'à l'ombilic ; là, on trouve une tumeur volumineuse, occupant la place de la vésicule biliaire, sur le bord inférieur du foie, et paraissant en effet n'être autre chose que cette dernière rénitente et distendue : toutefois, malgré sa forme et sa situation, sa dureté et sa consistance indiquent quelques réserves à faire à cet égard : à partir de l'ombilic, la limite inférieure du foie se dirige un peu obliquement en arrière, puis remonte et devient plus profonde. Pas d'ascite ; pas d'œdème des membres inférieurs.

La rate ne paraît pas augmentée de volume : urines ictériques; noir acajou. *Traitement.* Eau de Vichy ; 30 centigrammes de calomel.

13 *janvier.* La quantité d'urine diminue un peu depuis deux ou trois jours : dans les dernières vingt-quatre heures, elle n'a été que de 900 grammes à peine ; coloration vert noir ; l'appétit se conserve cependant assez bien et l'ictère paraît même diminuer d'intensité.

16 *janvier.* — Foie toujours aussi volumineux, sans irrégularités. Même état. Même traitement : eau de Vichy tous les deux ou trois jours ; calomel, 30 centigr.

Tuberculose de la vessie et des reins; par Alf. JEAN, interne des hôpitaux.

Buchet (Aristide), âgé de 53 ans, relieur, entre le 30 décembre 1877, à l'hôpital Necker, salle Saint-Vincent, n° 7, (service de M. le professeur GUYON).

Ce malade tousse depuis 5 ou 6 ans, et sa bronchite chronique subit plusieurs recrudescences chaque hiver ; son père est mort phthisique. L'examen de la poitrine donne les signes de cavernes pulmonaires aux deux sommets, surtout à droite. Jusqu'au mois de juillet 1877, cet homme n'avait remarqué aucun trouble du côté des voies urinaires ; il a eu une blennorrhagie en 1857. En 1877, sans cause appréciable, il se mit à uriner plus souvent que de coutume, mais le jour seulement, et surtout quand il avait marché ou fatigué plus que d'habitude. La miction était assez douloureuse, surtout en commençant. Les envies d'uriner devinrent de plus en plus fréquentes, le malade urinait certains jours, toutes les cinq minutes. Depuis cette époque, jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital Necker, sa cystite persista à peu près avec la même intensité avec quelques intermittences de temps en temps. Jamais il n'a eu de sang dans les urines.

Examen du canal. On introduit facilement l'explorateur n° 17. — *Toucher rectal.* Résultats négatifs en ce sens que la prostate paraît un peu grosse, mais sans bosselures et de consistance normale. Les vésicules séminales semblent également indemnes de tout envahissement tuberculeux.

Rien d'appréciable aux épididymes. L'état vésical est toujours le même, les mictions sont très-nombreuses, et très-peu abondantes. Les urines laissent au fond du verre un dépôt blanchâtre et laiteux qui contient surtout du pus. L'état général est peu satisfaisant.

Le malade a présenté ces symptômes jusqu'au mois de février 1878. L'état vésical n'a été modifié en aucune manière par le traitement, et il est mort le 11 février avec tous les symptômes de la cachexie tuberculeuse.

AUTOPSIE. Les *poumons* présentent de nombreuses cavernes dans le 1/3 supérieur, et des tubercules à toute période d'évolution dans toute leur hauteur.

Reins. Le rein gauche pèse 150 grammes. Il paraît absolument sain. Le rein droit est pâle et anémié. Il pèse 130 grammes. Le bassinet est dilaté, rempli de pus. Dans l'épaisseur du parenchyme, mais plus près de la périphérie, on constate plusieurs cavernes variant du volume d'un pois à celui d'une petite noix, et limitées par une paroi résistante. L'extrémité inférieure est plus malade, et la lésion s'étend presque jusqu'à la périphérie, en certains points même toute substance rénale a disparu, et il ne reste plus que la poche tuberculeuse.

Les *testicules* sont sains. La queue de l'épididyme gauche est un peu indurée. La *vessie* est un peu rétractée. Elle est uniformément épaissie dans toute son étendue. L'hypertrophie paraît porter principalement sur la muqueuse qui est blanchâtre, et friable en certains points.

Toute la surface interne de la vessie est parsemée de nombreuses granulations tuberculeuses, les unes jaunes, les autres grises, demi-transparentes. Les granulations grises, récentes, occupent principalement le sommet et les parties latérales, tandis que le bas-fond et le col sont tapissés par des granulations jaunes, plus avancées dans leur évolution.

Dans le bas-fond, à gauche et en arrière, on trouve une ulcération peu profonde, allongée, et ne dépassant pas la couche muqueuse. C'est surtout au niveau du col vésical que les lésions sont le plus accusées, et les plus profondes. Ces ulcérations, diffuses dans tout le bas-fond, sont cependant manifestement plus nombreuses au pourtour du col, et disposées en un véritable anneau ; elles sont plus profondes en ce point qu'en toute autre région, et plus avancées dans leur évolution.

Non-seulement le col vésical est atteint, mais aussi la région prostatique de l'urèthre, et, de chaque côté du vérumontanum, on trouve des granulations très-apparentes. La région spongieuse de l'urèthre est absolument saine. La prostate est normale.

Cette observation se rapproche à beaucoup d'égards de celles qui ont été présentées à la Société anatomique par MM. Tapret et de Marignac, non-seulement au point de vue des symptômes cliniques, mais aussi et surtout au point de vue de la localisation des lésions anatomiques.

En effet, des observations précédemment citées, et, de celle que nous présentons, il résulte d'une façon bien nette : Que la tuberculose vésicale débute par le col de la vessie ; là, en effet, les lésions sont les plus anciennes, et c'est de ce point que partent les granulations pour envahir le reste de l'organe et le canal de l'urèthre.

Cette disposition est en rapport avec les symptômes primitifs accusés par les malades. Ce sont, d'abord, des phénomènes de cystite du col, douleur à la fin de la miction, mictions fréquentes et peu abondantes, ténesme vésical, souvent hématurie, bien que cette dernière ait manqué dans le cas actuel.

Ces symptômes pourraient, jusqu'à un certain point, être comparés à ceux qui se passent à la partie supérieure de l'appareil respiratoire. Au début, les tuberculeux ont une toux sèche, sans expectoration revenant souvent par quintes, des hémoptysies, alors qu'il n'existe aucune ulcération des poumons, ou même de l'appareil respiratoire. Ici, c'est la vessie, le col surtout qui réagit le premier, et rien d'étonnant que la tuberculose vésicale, se traduise d'abord par les symptômes d'une cystite du col de quelque nature qu'elle puisse être.

Cancer du larynx. — Trachéotomie. — Mort; par LATIL, interne provisoire.

Le 29 janvier, entrait à l'Hôpital temporaire, salle Sainte-Hélène, n° 24 (service de M. RENDU), un homme, âgé de 46 ans, commis aux écritures, d'une constitution robuste, présentant une toux fréquente et une aphonie presque complète. Pas d'antécédents héréditaires. Le malade a toujours joui d'une bonne santé, seulement il avoue qu'il se livre à des excès alcooliques habituels, et qu'il fume avec excès.

Il y a trois mois, il commença à tousser un peu, à avoir de

© BIU Santé

la peine à avaler les aliments solides, en même temps il maigrit notablement et perdit l'appétit. Ce qui a toujours dominé chez lui, c'est la difficulté de la déglutition. La voix, d'abord enrouée, devint brusquement aphone dans l'espace d'une nuit. Il y a un mois survinrent des hémoptysies assez abondantes, qui se répétèrent à plusieurs reprises.

A son entrée on constate que le malade est très-amaigri, très-pâle et d'une teinte cachectique. Il se plaint surtout de la difficulté de la déglutition, les liquides passent assez facilement, mais les aliments solides provoquent une assez vive douleur, donnent lieu à des quintes de toux et souvent sont rejetés. La pression au niveau du larynx est douloureuse et on peut constater à la palpation un peu d'empâtement de la région. La voix est complétement aphone. La toux est fréquente. L'expectoration abondante: crachats muco-purulents striés de sang d'une odeur fétide. La respiration est un peu sifflante, mais il n'y a pas de cornage vrai.

L'examen du thorax donne les résultats suivants : à la percussion : submatité légère au tiers supérieur du côté droit, en avant en arrière, sonorité normale dans le reste de l'étendue ; à l'auscultation : le murmure vésiculaire est remarquablement affaibli, le retentissement du bruit laryngé couvre tout autre bruit pulmonaire, on ne perçoit de râles en aucun point.

4 *février*. — L'expectoration est très-abondante, le malade remplit plusieurs crachoirs ; les crachats sont sanglants, spumeux et d'odeur fétide. La déglutition est toujours très-difficile et douloureuse. La gêne de la respiration n'a pas progressé. Pas de nouveaux signes d'auscultation.

8 *février*. — Le malade accuse une gêne respiratoire plus notable. Inspiration sifflante et prolongée, expiration plus facile. La déglutition des solides est possible, mais très-sensible. La toux est fréquente et l'expectoration toujours très-abondante, les crachats sont sanglants, très spumeux et fétides. On remarque aussi un peu de fétidité de l'haleine. Le sifflement laryngé empêche de percevoir les modifications des bruits pulmonaires. Les forces du malade déclinent rapidement, il n'y a pas de diarrhée.

11 *février*. — Dans la nuit, le malade est pris, assez brusquement, d'un accès d'étouffement: on le trouve assis sur son lit, en proie à une véritable orthopnée, l'aphonie est complète, on perçoit de temps à autre un sifflement inspiratoire entrecoupé. Phénomènes de tirage et de dépression épigastrique. Le visage est remarquablement pâle, couvert de sueurs, les extrémités sont froides, le pouls insensible. On pratique d'urgence la trachéotomie, l'opération, rapidement faite, ne présente pas de difficultés, et la respiration se rétablit par la canule.

12 *février*. — Le malade, depuis l'opération, n'a pas repris connaissance. La respiration se fait librement par la canule, mais on perçoit du râle trachéal abondant, le pouls est très-petit. — Le malade succombe vers le soir.

Autopsie. — A l'ouverture du larynx on trouve une ulcération, dont le fond est tapissé de bourgeons fongueux et grisâtres. Cette ulcération s'étend en bas jusqu'au niveau des cordes vocales supérieures, latéralement elle a détruit les replis aryténo-épiglottiques. L'épiglotte est presque complétement détruite et transformée en une masse fongueuse. L'ulcération s'arrête en haut, assez exactement, au niveau des replis glosso-épiglottiques. Au niveau du repli aryténo-épiglottique droit, on observe une tumeur de la grosseur d'une petite aveline, blanche et lisse à sa surface, creusée d'une petite excavation.

Les ganglions cervicaux, situés sous les sterno-mastoïdiens, ne sont pas atteints de dégénérescence.

Poumons. — Congestion assez intense aux deux bases, sains dans le reste de leur étendue, pas de traces de tubercules. Les autres organes n'offrent rien à noter.

Réflexions. — Nous ferons remarquer que la véritable nature de la lésion n'a été reconnue qu'à l'autopsie. L'abondance de l'expectoration, les hémoptysies répétées, l'amaigrissement du malade avaient fait porter le diagnostic de *laryngite tuberculeuse*. Le rétrécissement du sifflement laryngé couvrant tout bruit pulmonaire, avait empêché d'accorder beaucoup de confiance à l'auscultation, qui avait toujours donné des résultats négatifs. Mais il est certain que l'examen laryngoscopique, s'il eût été pratiqué, eût fait découvrir la véritable nature de l'ulcération.

20. — La tension est moins marquée dans la tumeur qui occupe et dépasse le bord inférieur du foie au niveau de l'ombilic, la peau glisse facilement à son niveau et il semble bien maintenant que c'est uniquement à la vésicule distendue que nous avons affaire.

22. — Urines moins foncées, brunâtres, laissent un dépôt au fond du vase. Hier matin, le malade se trouvait fatigué, il semblait y avoir de la fièvre, la peau paraissait chaude ; mais le thermomètre placé dans l'aisselle ne monte qu'à 37°,6. Bronchite légère : julep, diacode, tolu.

3 *février*. — Le foie ne change pas de volume, mais depuis quelques jours on commence à voir se développer les veines sous-cutanées de l'abdomen; en même temps, on reconnaît qu'il y a une certaine quantité de liquide dans l'abdomen. L'état général devient mauvais.

10. — L'ascite se développe très-rapidement. Le ventre est maintenant distendu, le foie refoulé par en haut, il devient difficile, à cause de l'abondance de l'épanchement, de délimiter son bord inférieur par la palpation, comme on le faisait auparavant. En déprimant légèrement la paroi, on arrive cependant sur la face convexe, et on trouve une petite masse dure, arrondie, inégale, développée à 3 centimètres environ au-dessous de l'appendice xyphoïde. Le malade maigrit beaucoup, l'appétit est perdu, l'état général devient grave. L'expectoration entraîne des crachats noirâtres et une petite quantité de sang, l'auscultation et la percussion n'indiquent aucune complication pulmonaire; quelques râles. Dans la soirée, le malade, qui jusqu'ici n'avait pas vomi, remplit une cuvette de vomissements noirs. Ces vomissements se sont encore renouvelés pendant la nuit, mais moins abondants ; les urines sont presque complétement supprimées, et le matin, à la visite, il nous est impossible d'en avoir.

Pas d'œdème des membres inférieurs ; l'affaissement va croissant.

12. — Dans la journée d'hier, vomissements noirs en très-petite quantité. Le malade est très-faible, prend un faciès excavé, la teinte ictérique qui avait semblé, comme nous l'avons indiqué, diminuer quelques jours après l'entrée du malade, est devenue vert-foncé depuis plusieurs jours déjà et s'accuse maintenant de plus en plus.

Pas de constipation ; selles argileuses: urines rares, 250 gr. dans les 24 heures: elles ne contiennent pas d'albumine. L'examen au microscope ne fournit également qu'un résultat négatif (n'a été fait qu'une fois).

13. — Même état : le malade est dans le décubitus latéral, *sub delirium*. L'examen des organes thoraciques ne paraît indiquer aucune complication de ce côté.

Mort le 14, à 8 heures du matin.

Autopsie, le 15 février. — Dès que l'abdomen est ouvert, il s'écoule une grande quantité de liquide séreux jaunâtre, contenu dans le péritoine, et auquel se trouvent mêlés des espèces de flocons gélatineux, colorés également en jaune. Le grand épiploon est farci de petites masses cancéreuses, de consistance variable, et dont quelques-unes sont ramollies comme du cancer colloïde, d'autres, au contraire, sont dures.

Le *foie* est énorme : il occupe, ainsi que nous l'avons dit, les régions de l'hypochondre droit, de l'épigastre, dépasse très-notablement, en bas, les fausses côtes, occupe en partie la région lombaire droite et celle de l'ombilic; sa surface est parsemée de petites élevures de volume variable et de coloration blanchâtre, qui tranche sur la coloration ardoisée de l'organe ; il existe, en outre, sur le lobe gauche, à une petite distance de son extrémité et voisine du bord inférieur du foie, une petite tumeur dure, du volume d'une noix ; c'est celle qui était sentie pendant la vie à 3 ou 4 centimètres au-dessous et en dehors du creux épigastrique. A la coupe, on voit que tout le parenchyme est pour ainsi dire infiltré de petites masses cancéreuses blanchâtres, analogues à celles qui se voient à la surface. A part la tumeur indiquée plus haut, il n'y a pas de gros noyaux cancéreux.

© BIU Santé

La vésicule biliaire rénitente, distendue, forme une tumeur qui descend jusqu'au niveau de la cicatrice ombilicale, derrière laquelle elle est située, et que son bord inférieur dépasse en bas; c'est elle qui constitue la tumeur sentie immédiatement sous la peau dans cette région. Le vésicule porte sur sa face externe une plaque épaisse colorée en jaune : quand on incise la poche, il s'écoule un liquide blanc-verdâtre, qui ne ressemble pas à la bile ordinaire; il n'y avait point de calculs. A l'œil nu, la face interne de la poche n'offre rien de particulier à noter. — Le poids du foie est de 4,030 grammes.

Au microscope, les lésions qui ont été examinées par M. Dejérine dans le laboratoire de M. Vulpian, ont offert les caractères du cancer du foie, les canaux biliaires n'étaient pas atteints dans la partie soumise à l'examen histologique, mais étaient dilatés. La face inférieure du diaphragme en rapport avec le foie offrait de petites élevures de nature cancéreuse très-probablement, et semblables à celles qui se trouvent dans l'épiploon et quelques autres parties du péritoine. La rate n'offre rien de particulier à signaler; son volume est à peu près normal.

L'estomac contient une matière noirâtre tout à fait analogue au marc de café : la muqueuse est un peu ramollie mais sans érosion ni ulcération. En aucun point de sa surface, ni sur les autres parties de l'estomac on ne trouve la moindre lésion pouvant se rapporter au cancer.

Reins, parenchyme coloré en jaune, paraissent sains à l'œil nu. Dans le petit bassin, à droite, sur la partie latérale de sa prostate, on trouve une petite tumeur aplatie allongée, de couleur grisâtre et sans continuité apparente avec cette glande, ni avec les vésicules séminales : une partie de cette tumeur a été portée au laboratoire du Collége de France afin d'en déterminer la nature.

Les poumons offrent, surtout celui du côté droit, un semis de petites granulations, grosses en moyenne comme des grains de chénevis et occupant seulement leur surface externe; en faisant des sections de ces petites tumeurs, on voit qu'elles ne pénètrent pas le parenchyme pulmonaire, elles sont limitées à la surface pleurale et ne ressemblent en rien aux granulations tuberculeuses. L'état du foie ainsi que celui de la face inférieure du diaphragme permet de penser que le cancer s'est généralisé du côté de la plèvre.

Cette observation offre un exemple des difficultés que peut présenter au lit du malade le diagnostic de la cause prochaine d'un ictère chronique. Au moment de l'entrée du sujet à l'hôpital, la marche des accidents antérieurs, le volume énorme du foie, l'absence d'ascite pouvaient permettre de penser, bien que la rate ne fût pas augmentée de volume, qu'on avait très-probablement affaire à une cirrhose hypertrophique. M. Oulmont, cependant, pensa dès les premiers jours à un cancer du foie, mais bientôt après, il abandonna cette idée pour songer à une hypermégalie de l'organe sans cirrhose, quand les symptômes parurent s'amender et l'ictère diminuer d'intensité; les réserves faites lors du premier diagnostic paraissaient en effet d'autant plus justifiées que le malade n'était pas encore très-âgé (38 ans) et que les fonctions digestives étaient à peu près conservées. Mais ensuite le tableau clinique change brusquement, les symptômes s'aggravent avec une très-grande rapidité et prennent une marche fatale à bref délai, les vomissements noirs qui surviennent à cette période semblent alors mettre hors de doute l'existence d'un cancer du foie consécutif à un cancer de l'estomac. L'autopsie est venue montrer que c'était bien à un cancer du foie qu'on avait eu affaire, mais contrairement à ce qui arrive dans la très-grande majorité des cas, l'estomac n'avait pas été atteint.

Séance du 22 février 1878. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Grossesse extra-utérine. — Adhérences du fœtus au placenta. — Main bote. — Syndactylie. — Utérus normal; par A. Mossé, interne des hôpitaux (1).

Chabaud Victorine, 25 ans, domestique, entre le 18 janvier 1878, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, lit n° 1 (service de M. Oulmont). Cette malade a été prise, avant-hier, de frissons, point de côté; aujourd'hui, il y a une dyspnée intense, matité en arrière et à gauche, où l'auscultation fait reconnaître les autres signes physiques de la pneumonie. Bientôt après, le poumon droit se prend également. Les symptômes de cette affection thoracique, devenant de jour en jour plus graves, avaient plus particulièrement attiré notre attention jusqu'au moment de la mort (28 janvier). Toutefois, la malade, au moment de son entrée, nous avait paru très-inquiétée par ce fait que les règles (?) ayant été brusquement interrompues lors du frisson initial de la pneumonie, avaient reparu deux jours après sous forme de suintement. Aucun autre phénomène n'attire l'attention du côté des organes génitaux, cette femme nous raconte cependant qu'il y a 6 mois, elle a eu une métrorrhagie et une fausse couche suivie de métrite interne pour laquelle elle a été traitée pendant quatre mois, dans le service de M. le professeur Sée.

M. Sevestre, qui avait vu la malade avant son entrée à l'hôpital et qui l'a observée à cette période de la maladie, particulièrement intéressante au point de vue clinique, avait admis, d'après l'ensemble des symptômes, l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine. L'autopsie a démontré que ce diagnostic probable était parfaitement justifié.

AUTOPSIE, le 30 janvier.

Adhérences pleurales au sommet du poumon droit; hépatisation grise du lobe moyen; même lésion à gauche prédominant vers le sommet; pus à la base du poumon gauche.

Cœur, rien de particulier à noter. Caillots fibrineux.

En ouvrant l'abdomen, on trouve une masse volumineuse irrégulière, décoloration noire par places, marbrée sur d'autres, située dans l'excavation pelvienne dont elle dépasse en haut le détroit supérieur, et assez nettement placée sur la ligne médiane pour pouvoir d'abord être prise pour l'utérus dont elle rappelle la forme générale, malgré son irrégularité.

Le péritoine, dans la partie qui recouvre la paroi abdominale antérieure, est noirâtre, marbré de petites taches nombreuses et ressemblant pour la plupart aux pétéchies du scorbut, mais très-foncées. Sur le mésentère et les épiploons, il existe des marbrures analogues mais moins noires; le cœcum est entouré d'un magma de coloration noire, qui le rattache à la partie sous-jacente de la fosse iliaque, à laquelle il adhère.

Le petit bassin contient aussi dans la partie postérieure une petite quantité d'une matière de même couleur et de même nature que celle qui entoure le cœcum.

Toutes ces lésions paraissent être les restes d'une ancienne hémorrhagie interne; on ne rencontre cependant ni fausses membranes, ni caillots anciens à ce niveau. La rate est normale; les reins ont des dimensions normales, à l'œil nu ils paraissent sains; le foie offre la consistance du foie gras.

La pièce pathologique, d'abord prise pour l'utérus, est enlevée avec tous les organes annexes afin de pouvoir être étudiée en détail. On s'aperçoit alors que l'on a affaire à une tumeur bien distincte de cet organe, en arrière et au-dessus duquel elle est située, ce qui avait d'abord empêché de le voir; l'utérus, en effet, est normal; il n'est pas augmenté de volume; la cavité utérine ouverte par une incision faite sur la ligne médiane le long de la face postérieure, n'est pas élargie; on ne trouve rien qui puisse être pris pour une caduque; les parois sont lisses et offrent l'aspect qu'elles ont en dehors de toute gestation; l'on aperçoit en haut et de chaque côté du bord supérieur l'orifice des trompes qui ne présente non plus aucune anomalie.

Les organes annexes du côté gauche paraissent sains, et n'offrent à signaler qu'une déviation légère dans la position de l'ovaire, position rendue fixe par quelques petits replis minces et très-transparents, qui cèdent facilement sous le doigt et laissent, sans la moindre résistance, placer l'ovaire dans sa position habituelle. (C'est ce qui a été représenté dans le dessin joint à l'observation.) Petit kyste ovulaire rattaché à la trompe.

Du côté droit, il existe des modifications considérables. La trompe, après un trajet de quelques centimètres, s'arrête brusquement et offre une solution de continuité; la déchi-

(1) Deux dessins sont déposés dans l'album de la Société, et la pièce conservée au *Musée Dupuytren*.

© BIU Santé

rure est complète, et telle, qu'il ne reste de cet organe à peu près que la moitié correspondant à l'utérus. L'ovaire se voit en arrière et au-dessous de celle-ci, et le ligament large, paraît se continuer à son extrémité, avec la tumeur placée derrière l'utérus ; celle ci dont l'enveloppe a cédé pendant l'ablation sur un point où elle était très-amincie, est constituée par une poche contenant le produit d'une grossesse extra-utérine ; le placenta est entier et constitue les parois de la poche qui renferme un fœtus, âgé de quatre à cinq mois environ ; ses connexions avec le fœtus méritent d'être décrites avec soin ; le cordon est inséré à peu près au centre du placenta, il se dirige obliquement derrière le dos, puis sur la partie latérale gauche du tronc, passe au niveau de la crête iliaque gauche, trouve un peu plus bas l'extrémité inférieure du membre supérieur gauche qui vient se placer sous la cuisse dans la flexion et de telle sorte que la main adhère d'une part à la fesse de l'autre à la jambe et au pied ; le cordon contourne ensuite le pied qu'il luxe, passe entre les deux membres inférieurs entre croisés, puis se termine à l'ombilic après avoir décrit un huit de chiffre.

Le fœtus, dont le crâne est aplati et plusieurs os de la face fracturés, présente des déformations congénitales nombreuses et des adhérences au placenta sur la moitié environ de sa surface. Celles-ci sont irrégulières, mais elles commencent en arrière suivant une ligne étendue en écharpe de la région lombaire gauche à l'aisselle droite, et cessent en avant suivant une ligne qui remonte presque sans s'infléchir du milieu de cuisse, au sommet de l'aisselle en passant sur le thorax et l'abdomen. Le membre supérieur droit est placé dans l'élévation, de telle sorte que l'extrémité inférieure de l'avant-bras correspond à la partie postéro-supérieure du crâne ; il est fixé dans cette situation par des adhérences au placenta. Il résulte de cette disposition que les *membranes adhèrent au fœtus sur toute la moitié droite du tronc, et en outre à gauche, les adhérences occupent une certaine étendue*.

Main bote palmaire à droite ; la paume de la main est placée directement contre la face antérieure des deux os de l'avant-bras ; ceux-ci sont bien conformés, cependant l'épiphyse de l'extrémité supérieure du radius est aplatie et inclinée sur elle-même ; la cupule du radius, au lieu d'être horizontale, est obliquement dirigée en bas. Pas d'irrégularité du côté du corps. L'annulaire et l'auriculaire sont réunis.

Il existe encore d'autres déviations aux membres. Nous signalerons simplement la luxation des doigts de la main gauche qui sont déviés et inclinés en dedans sur le métacarpe : les deux derniers doigts sont réunis ; les deux premiers sont déformés et les phalanges déjetées les unes sur les autres.

Réflexions. — L'étude de cette pièce anatomique, ainsi que celle des symptômes cliniques dont nous devons la relation détaillée à l'obligeance de M. Sevestre, nous permet de penser que l'on a été ici en présence d'une grossesse abdominale secondaire. Le fœtus, dans une première période, s'est développé dans la partie externe de la trompe, puis est tombé dans le péritoine, à la suite de la rupture de ce conduit. Les symptômes d'hémorrhagie interne, les accidents suraigus brusquement survenus au mois d'août, pendant que la malade sautait à la fois plusieurs marches d'un escalier, font croire que c'est à ce moment qu'a eu lieu la rupture de la trompe constatée plus tard à l'autopsie. L'état fut alors assez grave pour faire craindre la terminaison fatale à bref délai, et qui est d'ordinaire la règle dans ces cas ; mais la malade a guéri assez rapidement, et quand elle est rentrée dans le service pour une affection aiguë du poumon, rien de particulier n'attirait l'attention du côté de l'abdomen, à part la suppression d'un écoulement sanguin (règles ?) survenu au moment du frisson initial.

Dans le fait qui précède, une chose nous paraît particulièrement intéressante à signaler : c'est l'état de l'utérus ; celui-ci n'offrait ni augmentation de volume, ni dilatation de la cavité, ni existence d'une caduque : c'est un fait reconnu depuis longtemps (Velpeau cependant l'avait contesté), que l'utérus, dans la grossesse extra-utérine, prend part au travail de gestation. Stolz (*Dict. de Jaccoud, art. Grossesse*) s'exprime même en ces termes : « Il se passe dans l'intérieur de l'utérus, pendant la grossesse anormale, absolument ce qui se voit dans la grossesse normale. » Il est vrai que, plus tard, l'éréthisme qui accompagne la conception cessant, cet organe devient plus petit, mais les faits où il a été trouvé normal sont assez rares pour que Nœgele et Grenser, dans leur traité d'accouchement (traduct. Aubenas, 1869), après avoir signalé les modifications qui sont la règle, rapportent avec détails la description d'une pièce analogue conservée au musée de Dresde.

L'utérus était tel qu'on le rencontre en dehors de toute gestation : pour ces auteurs, « cette pièce réfute une opinion » *presque généralement répandue*, d'après laquelle l'augmen- » tation de volume de la matrice, le développement de la ca- » duque, etc., seraient des phénomènes *constants* dans la » grossesse extra-utérine. » L'observation que nous avons rapportée et dans laquelle la grossesse était approximativement de cinq mois (d'après les dimensions du fœtus et les renseignements obtenus), est moins probante que celle dont il s'agit plus haut, puisqu'elle avait trait à une grossesse tubaire d'environ huit semaines, toutefois, elle nous a paru, à ce point de vue, digne de fixer l'attention, c'est ce qui explique les détails dans lesquels nous sommes entrés à ce sujet.

En terminant, signalons l'existence de deux kystes ovulaires (*a* et *b* sur le dessin joint à l'observation), qui montrent que, antérieurement, à plusieurs reprises déjà, l'ovule n'avait pu suivre son trajet habituel.

Enfin, au point de vue tératologique, les adhérences du fœtus aux membranes, l'existence d'une main bote, et d'une syndactylie des deux derniers doigts de chaque main, nous paraissent aussi pouvoir mériter quelque intérêt.

Nous joignons à notre observation, l'histoire clinique de cette malade (avant son entrée à l'hôpital), telle qu'elle nous a été remise par M. le docteur Sevestre.

Note de M. le Dr Sevestre. — Cette malade vint me consulter dans le courant du mois de juin de l'année dernière, pour des douleurs qu'elle éprouvait dans le bas-ventre. L'utérus était gros et douloureux, et j'aurais admis une métrite intense que suffisaient à expliquer les fatigues et la vie peu régulière de cette femme, si je n'avais constaté quelques signes pouvant se rapporter à la grossesse (suppression des règles depuis deux mois, picotement dans les reins qui avaient augmenté légèrement, quelques envies de vomir). — Je fis entrer la malade à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne. Sous l'influence du repos et des cataplasmes, les douleurs diminuèrent et disparurent complétement, et la malade put sortir au bout d'un mois. L'utérus était à peu près aussi volumineux qu'au moment de l'entrée, mais non douloureux ; il ne dépassait pas le pubis, derrière lequel il fallait aller le chercher.

La malade reprit ses occupations de femme de chambre, et en même temps sa vie aventureuse, ne prenant aucune précaution pour éviter un avortement qu'elle paraissait plutôt désirer (du reste, elle avait déjà eu au moins une fausse-couche).

Le 22 août, en sautant à la fois quatre ou cinq marches d'un escalier, elle ressentit dans le ventre une vive douleur et fut, au bout de peu d'instants, obligée de se coucher. Je la vis seulement le lendemain dans la journée. Un médecin avait posé le diagnostic de péritonite et fait appliquer des cataplasmes. Le ventre était, en effet, fortement ballonné, douloureux, surtout dans le flanc gauche, mais, en même temps, la malade présentait une pâleur très-marquée et d'autant plus frappante, qu'elle avait auparavant un teint très-coloré ; elle avait des menaces de syncope dès qu'elle essayait non-seulement de se lever, mais même de soulever la tête ; le pouls était très-petit, à peine perceptible par moments, la peau froide. Il existait, en somme, tous les signes d'une hémorrhagie abondante, et la constatation de ces symptômes, jointe aux phénomènes abdominaux et à l'absence de tout écoulement par le vagin, me fit porter le diagnostic d'hémorrhagie intra-péritonéale. Les accidents présentaient une telle intensité, que je ne doutais guère de voir succomber la malade au bout de quelques heures.

On appliqua de la glace sur le ventre, on lui fit prendre une

© BIU Santé

potion cordiale avec de l'extrait de quinquina et de l'acétate d'ammoniaque, et pour boisson de la limonade alternant avec des grogs. — Le soir, elle était à peu près dans le même état, mais le lendemain, elle pouvait parler un peu, ce qui lui était tout à fait impossible la veille; le pouls était un peu plus fort; au moins était-il toujours appréciable. La douleur abdominale avait notablement diminué. — L'amélioration continua les jours suivants; on alimentait la malade autant que possible avec du bouillon, du lait, etc. Cette amélioration fut même tellement rapide que, le 27 août, on pouvait la transporter à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Sée (salle Sainte-Jeanne, n° 2). J'étais alors en congé et ne pus suivre la malade, mais lorsque je revins, vers le *15 septembre*, je la trouvai presque complètement rétablie. Il y avait encore un peu de douleur dans le bas-ventre, particulièrement du côté gauche; mais l'utérus était peu volumineux, le col ne présentait au toucher aucune altération notable. La malade présentait seulement une constipation habituelle, difficile à vaincre. C'est alors que, réunissant par la pensée les diverses circonstances observées chez cette malade, c'est-à-dire l'existence des signes rationnels de la grossesse, le fait évident d'une hémorrhagie interne et l'absence de développement de l'utérus, j'en vins à me demander si l'on ne pourrait admettre une grossesse extra-utérine, mais c'était là simplement une hypothèse qui n'était démontrée par aucun symptôme caractéristique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mai.

M. Fleury, de Clermont-Ferrand, membre correspondant, adresse une remarquable observation de corps étranger de la vessie s'étant frayé une voie à travers les parois de la vessie et du rectum sans déterminer d'accidents. Il s'agit d'un malade âgé de 78 ans, à qui Civiale avait pratiqué la lithothritie en 1863. Depuis cette époque il ne pouvait uriner qu'à l'aide d'une sonde : il se sondait lui-même avec une sonde métallique qui durait depuis 15 ans, et qui avait été ajustée plusieurs fois. Un jour la sonde se rompit dans l'urèthre et un fragment de 7 centimètres de long fut repoussé dans la vessie. Le corps étranger ne provoqua qu'une inflammation médiocre. M. Fleury, appelé le surlendemain de l'accident, jugea prudent de ne pas intervenir, et laissa à la nature médicatrice le soin d'éliminer le corps étranger. Quatre jours après, pendant un effort de défécation, le bec de la sonde se présenta à l'anus, et le malade put la retirer lui-même. Aucun suintement d'urine ne se fit par le rectum, ni au moment de la sortie du corps étranger, ni les jours suivants.

Ce fait tout extraordinaire qu'il paraisse, prouve que M. Fleury eut grandement raison de ne pas intervenir. Dans ce cas particulier, l'action de la nature fut exceptionellement heureuse.

M. Fleury signale en même temps que, dans une autre circonstance, il avait été obligé de retirer de la vessie, par la cystotomie, une alène de cordonnier qui y avait pénétré par le rectum.

M. Tillaux se déclare émerveillé par le résultat obtenu chez le malade de M. Fleury. Il ne croit pas cependant que l'on doive toujours adopter le principe de non-intervention en pareil cas. La nature médicatrice ne fait pas toujours les choses aussi heureusement. Le devoir du chirurgien est alors de chercher à retirer le corps étranger de la vessie, soit à l'aide d'un instrument approprié, soit à l'aide de la taille. Dans aucun cas l'âge du malade ne saurait être une contre-indication absolue.

M. Verneuil insiste sur le pronostic défavorable que les opérations pratiquées chez les vieillards présentent généralement. Mais, malgré les dangers bien plus sérieux auxquels sont exposés les opérés d'un âge avancé, il ne faut pas se faire trop d'illusions sur le rôle avantageux de la nature médicatrice. Les devoirs de la chirurgie subsistent quand même.

M. Desprès essaye de justifier la conduite prudente de M. Fleury. Tous les instruments imaginés pour extraire les corps étrangers de la vessie, sont loin d'être inoffensifs : les différentes manœuvres que l'on tente amènent souvent des cystites. M. Desprès n'adresse qu'un reproche au chirurgien de Clermont : c'est de n'avoir pas pratiqué le toucher rectal pour essayer de sentir le bec de la sonde. Pour les corps étrangers de la vessie, qui font une forte saillie dans le rectum, M. Desprès emploierait volontiers la taille rectale, que Maisonneuve a voulu réhabiliter.

Tel n'est pas l'avis de M. Tillaux, qui considère la taille rectale comme une opération déplorable.

Blessures de l'artère axillaire : cicatrisation sans anévrisme et sans hémorrhagie. M. Marc Sée raconte l'histoire d'un jeune homme de 27 ans qui, voulant se suicider, se tira un coup de revolver dans la poitrine. La balle traversa l'aisselle, pénétrant un peu au-dessous du bord inférieur du grand pectoral, et sortant sur l'épaule au niveau du bord postérieur du deltoïde. L'accident eut lieu le 20 avril : une hémorrhagie assez abondante se fit au moment même et amena une perte de la connaissance.

M. Panas, qui vit le blessé deux jours après, constata l'absence de pulsations dans l'artère radiale correspondante.

M. Marc Sée a eu depuis à traiter ce malade, qui fut transporté à la maison Dubois. Les battements ont reparu peu à peu dans l'artère radiale, et les deux plaies se sont cicatrisées sans suppuration. Le malade est sorti guéri, se plaignant seulement d'un peu de faiblesse dans le bras et d'engourdissement dans les doigts.

Il est évident que la balle, dans son trajet, a dû toucher l'artère axillaire et quelques branches du plexus brachial.

M. Verneuil cite trois exemples de blessure artérielle, suivie de cicatrisation, qu'il a observés pendant la guerre de 1870-71. Un des blessés, qui avait reçu une balle dans la cuisse, mourut d'infection purulente, et, à l'autopsie, M. Verneuil trouva l'artère fémorale réséquée en partie sur une assez grande longueur, comme si l'on avait emporté un large morceau à l'emporte-pièce : le calibre de l'artère était oblitéré par des caillots qui se continuaient au-dessus et au-dessous de la plaie.

M. Terrier tire des faits qui viennent d'être énoncés la conclusion suivante : *une plaie artérielle chez l'homme ne donne pas fatalement naissance à un anévrisme.* Du reste on n'observe que chez l'homme des anévrysmes d'origine traumatique. On ne connaît chez les animaux que des anévrismes spontanés : c'est que l'hémostase se fait chez les animaux bien plus facilement que chez l'homme. Ainsi un chien à qui l'on a coupé la carotide ne meurt jamais d'hémorrhagie : la section de l'artère fémorale chez cet animal ne détermine qu'une perte de sang insignifiante.

Ch. Avezou.

REVUE DENTAIRE

Le *Progrès médical*, fidèle en cela à son titre, n'a pas craint de donner place dans ses colonnes à une Revue dentaire, considérant avec raison qu'il n'y a pas de côté inférieur en médecine ou en chirurgie, et que toutes les parties de notre belle science sont également dignes d'intérêt et d'étude. C'est dire qu'il serait heureux d'avoir à analyser ici les travaux importants qui paraissent sur la matière, aussi bien en France qu'à l'étranger, et de mettre ainsi ses lecteurs au courant des progrès réalisés chaque jour dans une branche de la chirurgie que trop ignorent ou négligent. Ce n'est certes pas s'avancer trop loin que de dire, en paraphrasant une formule bien connue : la pathologie dentaire est de la pathologie; l'anatomie dentaire est de l'anatomie; c'est même une vérité banale qu'il n'est pas besoin d'apprendre aux lecteurs du *Progrès médical*, mais ce n'est pas non plus leur faire injure que de supposer que cette partie de la chirurgie présente encore pour quelques-uns pas mal d'obscurité, et j'oserai dire, un peu de mystère. Il y a lieu d'être étonné de voir combien d'étudiants, de médecins même se doutent peu du rôle que jouent les dents dans la pathologie de la bouche, du nombre et de la variété de leurs

© BIU Santé

affections, des suites graves qu'elles peuvent entrainer, lorsque la thérapeutique n'intervient pas à temps ou intervient mal; des bienfaits, au contraire, d'une thérapeutique sagement et judicieusement appliquée. Il y a encore des médecins qui croient volontiers que tout ce qui concerne les dents relève du *spécialiste* (celui-ci ne sera naturellement ni médecin, ni chirurgien) c'est-à-dire de la clef de Garangeot. C'est là une erreur qui tend à disparaître, il est vrai, mais que nous serions heureux de contribuer à dissiper.

Nous n'avons pas la prétention, on le comprend, de faire passer dans ces simples revues toute la pathologie dentaire, non plus que de vouloir en étendre le domaine outre mesure; notre limite est naturellement fixée par les travaux ou les publications que nous avons à analyser et qui sont malheureusement peu nombreux encore ; mais on nous pardonnera si, à une simple analyse qui ne serait pas toujours suffisante, sur des sujets peu familiers à beaucoup, nous cherchons à ajouter quelques développements nécessaires.

Dans notre précédente revue, nous avons parlé de l'importance des publications périodiques anglaises sur l'anatomie et la pathologie dentaires ; aujourd'hui, le *Monthly Review of dental surgery* nous en fournira un exemple. Ce journal qui, à côté de beaucoup d'autres tels que *The british journal of dental science*, le *Dental journal*, la *Dental Review*, tient le public médical au courant de tout ce qui, de près ou de loin, touche à la chirurgie dentaire, renferme en outre quelques travaux originaux qui méritent de fixer l'attention.

Le numéro de janvier 1877 contient un travail de M. Joseph Walker, sur le traitement et l'extraction de la pulpe exposée. C'est là un des points les plus délicats et les plus difficiles de la pratique. Une carie pénétrante a mis la pulpe à nu ; que faut-il faire ? et tout d'abord, pour agir d'une manière efficace sur la pulpe, il faut que l'opérateur puisse manœuvrer à l'aise les instruments nécessaires ; cela lui sera relativement facile pour les dents incisives et canines, et même pour les petites molaires ; mais pour les grosses molaires, la difficulté sera grande, surtout dans les caries de la face postérieure des dents. La règle invariable pour l'auteur est qu'il ne faut pas craindre de reséquer la couronne des dents atteintes jusqu'à ce que l'instrument puisse pénétrer verticalement dans le canal dentaire ; et cela sera toujours possible, excepté pour la dent de sagesse, placée trop profondément dans la bouche. Tel est le premier point. Quel traitement fera-t-on alors subir à la pulpe ? L'auteur, qui néglige de parler de la pulpe simplement mise à nu et non altérée, distingue trois cas: Il y a inflammation aigüe de la pulpe, inflammation suppurative ou inflammation chronique. Dans le premier cas, il recommande un mélange d'acide arsénieux, de morphine et de créosote, qui doit être laissé en place 24 heures et qui aura rarement besoin d'être renouvelé pour rendre la pulpe insensible ; une fois enlevé, on le remplacera seulement par une boulette de coton imbibée d'une solution de tannin et de morphine.

Dans le second cas, celui d'inflammation suppurative de la pulpe, la cavité sera nettoyée avec la solution phéniquée et à cet effet un morceau de coton imbibé de créosote doit être poussé aussi loin que possible dans le canal dentaire ; on y introduira au besoin une goutte du liquide au moyen d'une petite seringue et on laissera en place un pansement créosoté. Enfin, au bout de 48 heures on pourra avoir recours à l'instrument barbelé ou *tire-nerf* ; celui-ci, introduit vivement dans le canal dentaire et retiré après un mouvement rapide de demi-rotation ramènera au dehors le petit paquet vasculo-nerveux plus ou moins altéré. Parfois l'usage du tire-nerf sera impossible, il faudra alors se servir d'une fine broche d'acier flexible, portant une mince couche de coton imbibée de crésote ; cette broche introduite dans le canal dentaire et manœuvrée comme un véritable piston, débarrassera la lumière du canal des matières qui l'obstruent. On fera ensuite un pansement créosoté. Dans ce que l'auteur appelle l'inflammation chronique de la pulpe, le traitement ne sera guère différent du précédent. A la fin de son travail, M. Walther signale les obstacles qui peuvent s'opposer à ces divers modes de traitement et particulièrement les courbures, les irrégularités du canal dentaire dans un certain nombre de cas. Mais on arrive le plus souvent à surmonter ces difficultés et nous n'insisterons pas sur ce point.

Ce court travail, intéressant par le sujet qu'il aborde, est obscur en plusieurs points. L'auteur n'explique pas bien ce qu'il entend par inflammation suppurative et inflammation chronique de la pulpe ; il ne paraît pas tenir compte d'un élément important, capital, l'inflammation du périoste alvéolo-dentaire, qui à la fois effet et cause, entretient, en dernière analyse, la suppuration par le canal dentaire. Enfin, l'auteur n'indique pas le moment propice pour l'obturation définitive de la dent.

Nous voulons surtout retenir et mettre en lumière deux points de ce travail: l'extraction de la pulpe dentaire ; le traitement créosoté dans les suppurations de la pulpe.

Le patient est toujours vivement étonné lorsqu'on lui montre au bout de l'instrument sa pulpe et son nerf dentaire qui lui causaient de si vives douleurs quelques jours auparavant ; il ne l'est pas moins de voir qu'un instrument flexible pénètre jusqu'à l'extrémité de la racine de sa dent sans qu'il en ressente la moindre douleur. Ce n'est donc pas un mythe que l'extraction de la pulpe ; il ne s'agit que de connaître les indications de cette délicate opération: lorsque la pulpe est saine, on peut la conserver par un procédé bien connu qui consiste à la *coiffer* à l'aide, soit d'une épaisse feuille d'or ou d'étain, soit d'un morceau de plume, et c'est là souvent une heureuse opération, peut-être un peu trop délaissée aujourd'hui. Mais lorsque la pulpe est plus ou moins altérée, sa destruction complète est impérieusement commandée. L'acide arsénieux ouvre généralement la scène en amenant l'insensibilité de l'organe. C'est alors que la pulpe cautérisée est enlevée en totalité, avec ses prolongements dans les racines, à l'aide du tire-nerfs, sans que le patient accuse une douleur appréciable. C'est, il est vrai, une opération toujours délicate, difficile parfois, mais elle est fructueuse, car elle débarrasse ainsi d'un seul coup la dent des parties altérées qui, laissées sous le plombage, deviennent tôt ou tard une cause fatale de périostite alvéolo-dentaire.

Dans le cas dont nous venons de parler, l'altération n'a pas encore dépassé la pulpe, mais lorsque celle-ci, réduite en putrilage, entretient une périostite du sommet de la racine qui compromet la conservation de la dent, son extraction n'est pas moins nécessaire. Toute obturation, en effet, est alors impossible ; les produits purulents accumulés dans le canal dentaire se créent une issue du côté de la gencive, parfois du côté de la peau, amenant comme complication des fistules, des nécroses qui ne laissent plus comme ressource que l'arrachement de la dent. Tous ces accidents peuvent être conjurés en peu de temps, et c'est ici qu'intervient d'une manière absolument efficace l'emploi de la *créosote pure*. La pulpe ou ses débris enlevés, si cela est possible, à l'aide du tire-nerfs, sa cavité et celle du canal dentaire sont soigneusement nettoyées avec ce liquide, porté sur du coton par le procédé que nous indiquons plus haut. Ce traitement, par l'acide phénique pur, est soigneusement répété plusieurs jours de suite, et bientôt on voit la suppuration diminuer, se tarir, l'odeur insupportable venant de la dent, disparaître, la périostite alvéolaire guérir, et les fistules qui, parfois, existent sur la gencive, se fermer. L'obturation permanente de la dent est devenue possible souvent au bout de quelques jours. C'est là, certes, une belle application de la méthode antiseptique ; les résultats en sont aussi rapides que logiques et l'on peut y trouver un enseignement frappant, même pour la grande chirurgie!

Puisque nous en sommes à parler des altérations de la pulpe, disons un mot d'un article publié dans le numéro de novembre de la même année, par M. Kekwick; nous ne nous y serions pas arrêtés, si l'auteur, qui n'exprime pas d'idées nouvelles, ne paraissait faire en un point une certaine confusion ; parlant des causes de l'inflammation de la pulpe, il invoque les causes constitutionnelles et dit que, sous leur influence, il y a toujours plus d'une dent atteinte. Mais, s'agit-il ici de la pulpite ou de la périostite alvéolo-dentaire, que l'auteur paraît parfois confondre, et qui sont cependant bien distinctes? Les causes constitutionnelles, même que nous

© BIU Santé

sachions, n'agissent guère sur la production de périostites alvéolo-dentaires multiples, mais bien d'une autre affection plus grave, et différente au moins cliniquement, l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. L'auteur, d'ailleurs, indique un traitement très-rationnel lorsque la pulpe enflammée a amené de la périostite et de la suppuration par le canal dentaire, c'est le traitement préconisé par M. Walker et sur lequel nous insistons plus haut, par la créosote pure.

On pourrait croire que la question des accidents de la première dentition chez les enfants est depuis longtemps épuisée ; il n'en est rien. De tout temps, l'opinion s'est divisée à ce sujet ; les uns attribuent à la dentition une foule d'accidents dont celle ci est quand même et toujours la cause plus ou moins vague ; d'autres, au contraire, rapportent résolument à de tout autres causes ces mêmes accidents. M. Tom Robinson est parmi ces derniers. Il n'est convaincu ni par l'instinct de la mère qui, en face d'un de ces accidents, ne manque jamais d'invoquer la dent qui va sortir, ni par l'éruption imminente d'une dent précédant des convulsions, de la diarrhée, de la fièvre; pour lui il est toujours possible de remonter à une autre cause : nourriture indigeste, mauvais lait, abus des friandises, refroidissement, etc., et il paraît que, dès l'âge le plus tendre, les enfants de Londres ont l'estomac mis à de rudes épreuves ; il blâme énergiquement la pratique des médecins qui, voyant chez un enfant la gencive rouge, gonflée, n'hésitent pas à pratiquer une incision qui donnera issue à la dent cause des accidents qu'ils observent.

Que dire de ceux qui simplement en face des mêmes accidents, toujours rapportés à l'éruption probable d'une dent, et sans observer ces mêmes phénomènes du côté des gencives, recourent à la même pratique ! M. Tom Robinson cite des faits où l'intervention chirurgicale, qui semblait indiquée par ces coïncidences, n'a nullement amené la cessation d'accidents qui cédaient ultérieurement à un traitement plus rationnel. Bien plus, après l'incision de la gencive, la dent ne sort pas, et il en résulte la formation d'un tissu cicatriciel et dur, qui s'opposera, dans la suite, à une éruption régulière.

On est forcé de reconnaître la justesse de quelques-unes des observations de M. Tom Robinson ; mais, accepter en entier son opinion, serait aller un peu loin. Il est bien difficile de ne pas admettre une relation de cause à effet, lorsqu'on voit, par exemple, des convulsions cesser au moment même où une dent perce la gencive rouge et amincie. Lorsque la gencive d'un enfant, par suite de l'éruption difficile d'une dent, s'enflamme, ne peut-on observer une angine, avec fièvre, par propagation de voisinage, comme on l'observe souvent chez l'adulte, dans le cas d'éruption difficile de la dent de sagesse ? La vérité, dans cette question, comme dans beaucoup d'autres, sans doute, est entre la négation absolue des uns, et l'exagération affirmative des autres. Cette vérité, en tous cas, ne peut être établie, à nos yeux, que par une observation rigoureuse et sévère, et ce n'est pas là chose facile chez les enfants de cet âge.

Nous ne terminerons pas cette revue des journaux étrangers, sans signaler à nos lecteurs une importante publication, la *Revista odontologica*, qui paraît chaque mois à Madrid, sous la direction de M. Gayetano Trivinio, et nous montre que la chirurgie dentaire est à un niveau élevé en Espagne. Si les limites de cet article nous l'avaient permis, nous nous serions arrêtés un instant aux observations de périostite alvéolo-dentaire chronique, guéries par la résection de la racine suivie de la réimplantation immédiate de la dent, observations rapportées par M. Gayetano Trivinio dans le numéro de mars 1877, et remontant à l'année 1875. Nous serons, sans doute, amené un jour, à traiter plus longuement cette curieuse question des réimplantations de dents, mise à l'ordre du jour par M. Magitot et ses élèves, et nous verrons quels progrès cette méthode chirurgicale a fait faire à la thérapeutique dentaire.

Ludger CRUET.

NÉCROLOGIE. — Mlle Emilie PÉRIER, nièce de Casimir Périer, religieuse à l'Hôpital des Enfants, a succombé à une angine couenneuse contractée au chevet d'un malade. (*Gazette hebdomadaire*). — M. le dr A. CELLARD, vient de mourir à Toulon des suites d'une diarrhée contractée en Cochinchine.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation (médecine.)

I. Des hypertrophies et des dilatations cardiaques indépendantes des lésions valvulaires; par le Dr A. PITRES. G. Baillière, éditeur.

Notre collaborateur, le Dr Pitres, vient de traiter d'une manière très-remarquable le sujet qui lui était échu au sort. Ayant à étudier les hypertrophies et les dilatations cardiaques indépendantes des lésions valvulaires, il donne une description détaillée de ces deux variétés morbides dont il fait parallèlement l'histoire. Mais l'intérêt que présente ce travail nous semble surtout résider dans le plan que l'auteur a cru devoir adopter et auquel il a donné pour base les résultats les plus récents de l'expérimentation physiologique. Dans le peu de temps dont il disposait pour l'élaboration de cette thèse, M. Pitres a même entrepris une série d'expériences fort curieuses, qui lui ont permis de formuler des conclusions précises relativement à la question si controversée de la *fatigue* ou du *surmènement* du cœur.

Les causes des hypertrophies et des dilatations cardiaques indépendantes des lésions valvulaires peuvent être rangées en deux grandes classes: 1° celles qui agissent sur le cœur en augmentant son travail; 2° celles qui diminuent la résistance de son tissu. Les premières consistent en obstacles à la circulation : tels sont les rétrécissements, les athéromes, les anévrysmes de l'aorte et de l'artère pulmonaire, les affections rénales, etc. Ou bien il s'agit d'une suractivité fonctionnelle primitive, comme dans les cas d'efforts, d'exercices musculaires, ou d'influences nerveuses.

Les causes qui agissent sur le cœur en diminuant la résistance de son parenchyme musculaire sont toutes les altérations diffuses ou limitées, telles que les dégénérescences granulo-pigmentaire, graisseuse, vitreuse, etc., et les myocardites interstitielles.

C'est dans le chapitre relatif à la suractivité fonctionnelle ou au surmènement du cœur que M. Pitres donne l'analyse de ses expériences personnelles. Thurn, Clifford Albutt, Da Costa, Seitz, Emile Lévy, ont signalé depuis quelques années des hypertrophies consécutives à des fatigues physiques, à des exercices musculaires exagérés. Ces auteurs admettent qu'en pareil cas le facteur principal dans la genèse de cette hypertrophie réside dans l'affaiblissement qui succède à l'activité exagérée du cœur. MM. Spillmann et Bernheim repoussent cette manière de voir : « Le cœur, dit M. Spillmann, *ne se fatigue pas* ; il est fait pour battre ; c'est son rôle, c'est sa vie ; il bat 60, 70, 80, 100 ans et plus, sans se fatiguer. » Pour mettre fin à ces controverses, M. Pitres expérimente sur le cœur de la grenouille, en le chargeant d'un poids variable destiné à augmenter son travail. Or, les tracés sphygmographiques font voir qu' « aussitôt après la décharge du cœur les pulsations sont moins élevées et n'atteignent leur amplitude primitive qu'au bout d'un certain nombre de pulsations, en formant sur le tracé une sorte d'échelle ou d'escalier qu'on pourrait appeler *escalier de fatigue*..... Il résulte de cette expérience très-simple que la force systolique d'un cœur, dont le travail a été momentanément exagéré, est diminuée pendant un certain temps après la suppression de ce travail (fatigue), et ne recouvre que progressivement son énergie primitive (repos). »

En remplaçant le poids que le cœur soulève dans l'expérience précédente, par un surcroît de pression aortique, condition facile à obtenir expérimentalement, on arrive encore au même résultat et on en tire la conclusion « *que la fatigue du cœur diminue sa résistance aux pressions qui tendent à le distendre.* » Telle est précisément la solution du problème que les opinions de MM. Bernheim et Spillmann avaient jusqu'ici laissé à résoudre. M. Pitres étudie ensuite les conditions dans lesquelles on a cru que se produisaient la suractivité et la fatigue du cœur. « Ces conditions peuvent être ramenées à trois : les efforts, les exercices musculaires, les influences nerveuses. »

Enfin, dans la seconde partie de sa thèse, l'auteur passant en revue les causes d'hypertrophie et de dilatation ayant pour effet primitif de diminuer la résistance des parois du cœur,

© BIU Santé

insiste particulièrement sur les lésions que révèle le microscope, et décrit avec soin les altérations du myocarde dans les cas de cachexie cardiaque, altération qui a déjà fait le sujet d'un travail de MM. Renault et Landouzy.

Les deux derniers chapitres sont consacrés à la symptomatologie et au diagnostic. On y trouve une étude comparative très-intéressante des formes chronique et aiguë des cardiopathies non valvulaires. E. B.

Manuel médical d'hydrothérapie ; par le Dr Beni-Barde. Paris, G. Masson. 1878.

L'hydrothérapie occupe dans la thérapeutique des maladies chroniques et des maladies nerveuses une place très-importante qu'elle doit à ses nombreux et incontestables succès. — Depuis quelque temps, le *Progrès Médical*, dans un but qu'il serait superflu de louer, a entrepris une campagne bien légitime pour améliorer les salles balnéaires et hydrothérapiques de nos hôpitaux. — Le manuel médical d'hydrothérapie que M. Béni-Barde vient de publier et qui n'est en somme que la réduction de son traité théorique et pratique de l'hydrothérapie, sera donc accueilli avec un double intérêt, puisqu'il résume les indications et les contre-indications de cette méthode thérapeutique ; et, conséquemment, vise les réformes qu'il est nécessaire d'apporter à l'installation et à la direction des établissements d'hydrothérapie.

La méthode empirique de Priessnitz, comme la méthode scientifique de Fleury, se trouvaient, dès le principe, exposées à des attaques sérieuses de la part des praticiens, ennemis de l'exclusivisme et soucieux de mettre en harmonie les intérêts des malades avec les progrès de la science. — M. Béni-Barde, interprétant les succès et les insuccès de ses devanciers, est d'avis que l'intervention de la chaleur et du froid combinés ensemble et à l'aide de procédés spéciaux, ou de l'eau froide employée à titre d'agent reconstituant, est soumise à des indications précises. Ces indications sont multiples et dépendent surtout de la nature de l'affection et du degré de résistance du sujet. — Si l'eau froide est l'agent fondamental de la méthode hydrothérapique, il faut reconnaître avec Currie et Béni-Barde, que les effets thérapeutiques de l'eau appliquée sur la peau, dépendent absolument de la température de ce liquide.

Avec M. Béni-Barde, l'hydrothérapie est entrée dans une phase nouvelle et de plus en plus scientifique. Aussi, en présentant sous une forme concise tous les préceptes, toutes les questions qui se rattachent à cette branche de la thérapeutique, M. Béni-Barde a-t-il comblé une lacune dont lui saura gré le public médical. A. J.

VARIA

Concours d'agrégation. — Section de chirurgie et d'accouchements.

Chirurgie et accouchements. — La 3e série d'épreuves (Leçon de 1 h. après 24 h. de préparation) commencera le vendredi 24 mai et continuera dans l'ordre suivant :

1re séance, vendredi 24 mai : MM. Richelot et Heydenreich; — 2e, samedi 25 mai : MM. Bouilly et Peyrot; — 3e, lundi 27 mai : MM. Terrillon et Reclus; — 4e, mardi 28 mai : MM. Humbert et Latty; — 5e, mercredi 29 mai : MM. Puel et Poncet; — 6e, vendredi 31 mai : MM. Challot et Vincent; — 7e, samedi 1er juin : MM. Herrgott et Budin; — 8e, lundi 2 juin : MM. Martel et Pinard.

Les sujets de thèse tirés au sort sont les suivants :

1. M. Puel. *Le mal vertébral.* — 2. M. Richelot. *Des tumeurs kystiques de la mamelle.* — 3. M. Bouilly. *Comparaison des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses, syphilitiques.* — 4. M. Poncet. *Hématocèle périutérine.* — 5. M. Humbert. *Néoplasmes des ganglions lymphatiques.* — 6. M. Vincent. *Causes de la mort prompte après les grands traumatismes accidentels chirurgicaux.* — 7. M. Terrillon. *Des ruptures de l'urèthre.* — 8. M. Latty. *Traitement des fractures de la diaphyse du fémur.* — 9. M. Peyrot. *De la valeur thérapeutique de l'iridectomie.* — 10. M. Reclus. *Des ophthalmies lymphatiques.* — 11. M. Heydenreich. *Accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse.* — 12. M. Challot. *Comparer entre eux les divers moyens de diérèse.*

1. M. Pinard. *De l'action comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium et de la morphine sur la femme en travail.* — 2. M. Budin. *Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels.* — 3. M. Herrgott. *Des maladies du fœtus qui peuvent mettre obstacle à l'accouchement.* — 4. M. Martel. *De l'accommodation en obstétrique.*

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 20 au 25 mai. — 287. M. Butruille : Le mal perforant. — 288. M. Ulliac : Des hygromas des bourses séreuses de la région cervicale antérieure. — 289. M. Ribemont : Recherches sur l'anatomie topographique du fœtus. application à l'obstétrique. — 290. M. Favette : De l'herpès guttural et de ses complications. — 291. M. Lespille-Moutard : De la névrite optique dans l'intoxication saturnine. — 292. M. Courtois : Essai sur les fractures isolées du corps du tibia, par cause indirecte chez l'enfant. — 293 : M. Chaillou : Etude du liseré gingival dans certaines imprégnations. — 294. M. Boyer : Quelques notes pour servir à l'étude de l'impaludisme. — 295. M. Hineclin : Des accidents graves consécutifs au cathétérisme. — 296. M. Gougeon : Traitement de l'asthme par l'iodure de potassium et l'iodure d'éthyle. — 297. M. Coingt : Contribution à l'étude des symptômes oculaires dans les maladies du système nerveux. — 298. M. Brin : La thoracentèse provoque-t-elle la suppuration ?

Internat des Hôpitaux de Lyon.

Dans la séance du 1er mai 1878, le conseil d'administration des hospices civils de Lyon a pris une délibération de la plus haute importance pour l'avenir de l'internat de nos hôpitaux. Grâce à des réformes opportunes et graduelles, cette institution s'étant toujours maintenue au niveau de la science contemporaine, il a semblé que la création de la Faculté lyonnaise permettait dès aujourd'hui sans perturbation aucune et conformément au vœu du *comité médico chirurgical*, de mettre l'internat de Lyon dans des conditions identiques à celles de l'internat de Paris et de le faire ainsi rechercher davantage encore par la jeunesse studieuse. Nous sommes heureux de pouvoir faire connaître, sans tarder, les propositions adoptés par le conseil des hospices : 1° Les internes nommés au concours entreront en fonctions comme *titulaires* immédiatement après leur nomination. — 2° La suppléance des internes titulaires sera faite par des *internes provisoires* nommés pour un an à la suite des internes titulaires. — 3° L'externat préalable dans les hôpitaux de Lyon est obligatoire pour tous les candidats au concours de l'internat. Ne seront dispensés de cette mesure que les internes nommés au concours dans une autre ville et qui auront exercé au moins un an ces fonctions. — 4° La durée des fonctions des internes titulaires dans les hôpitaux de Lyon est portée de trois à quatre ans. — 5° Un concours avec prix aura lieu chaque année entre les internes arrivés à la fin de la troisième et de la quatrième année. — (*Lyon médical.*)

Hôpital Saint-Pothin et service des épileptiques à Lyon.

Le 10 avril prochain, il sera ouvert dans le clos de l'Antiquaille un nouvel hôpital destiné exclusivement aux habitants : 1° du cinquième arrondissement, à l'exception du quartier de Vaise ; 2° et de la presqu'île de Perrache à partir du cours du Midi. Cet hôpital, qui portera le nom d'hôpital Saint-Pothin, et qui aura d'ici à peu de temps une entrée spéciale, recevra les malades adultes des deux sexes et les enfants âgés d'au moins 15 ans. Les enfants au-dessous de cet âge et les blessés des deux sexes appartenant au périmètre ci-dessus fixé continueront à être reçus, les blessés à l'Hôtel-Dieu et les enfants à la Charité. A partir de la même époque, 10 avril courant, les hommes épileptiques seront transférés de la Charité à l'Antiquaille, dans un bâtiment spécial, et le prix de la journée sera abaissé à 1 fr. 50. Une consultation pour les indigents épileptiques des deux sexes aura lieu à 9 heures du matin ; pour les hommes le mercredi, et pour les femmes le samedi de chaque semaine. — (*Lyon médical*).

Académie royale de médecine de Belgique.

Prix. — *Programme des questions mises au concours.* — 1875-1878. « De la détermination des principales maladies endémiques qui règnent en Belgique, mises en rapport avec la constitution géologique des lieux où elles sévissent. » Prix : Une médaille de 1,500 fr. — Clôture du concours : 1er juillet 1878.

1877-1879. « Déterminer la nature des lésions anatomo-pathologiques des différentes maladies des centres encéphalo-rachidiens et des nerfs, y compris celles des affections désignées sous les dénominations de névroses et de névralgies. » Prix : Une médaille de 1,000 fr. — Clôture du concours : 1er février 1879.

« Déterminer expérimentalement l'influence que la dessiccation, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal. » Prix : Une médaille de 600 fr. — Clôture du concours : 1er février 1879.

« Faire une étude comparative du rachitisme, de l'ostéomalacie et de la cachexie ossifrage — étiologie, symptomatologie, nature et traitement — chez les animaux domestiques, et joindre, autant que possible, à la réponse des pièces d'anatomie pathologique, à l'appui des opinions qui seront établies. » Prix : Une médaille de 800 fr. — Clôture du concours : 1er février 1879.

1878-1879. « Quels sont les rapports entre l'émigration des globules du sang et l'inflammation ? » *Nota.* La réponse doit être basée sur de nouvelles

© BIU Santé

expériences et, au besoin, sur de nouvelles démonstrations. Prix : Une médaille de 1,000 fr. — Clôture du concours : 1er janvier 1879.

1878-1880. « Faire l'histoire des rétrécissements du canal de l'urèthre chez l'homme, au triple point de vue de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et de la valeur relative des différents traitements préconisés. » Prix : Une médaille de 800 fr. — Clôture du concours : 1er janvier 1880.

« Elucider l'histoire des maladies des centres nerveux, et principalement de l'épilepsie. » Prix : 5,000 fr. — Clôture du concours : 1er avril 1880.

Conditions des concours. — Les mémoires doivent être lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand et adressés, *francs de port* au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles. Seront exclus du concours : 1° ceux qui ne rempliront pas les conditions précitées ; 2° ceux dont les auteurs se seront fait connaître directement ou indirectement ; 3° ceux qui auront été publiés même partiellement ou présentés à un autre corps savant ; 4° ceux qui parviendront au secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée.

L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations. Les concurrents sont donc tenus d'indiquer les éditions et les pages des livres auxquels ils les emprunteront. Les mémoires doivent être anonymes et revêtus d'une épigraphe répétée sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des auteurs. Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le président, qui proclame le lauréat séance tenante. Lorsqu'une récompense seulement est accordée à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur, faite dans le délai d'un an. Ce délai étant expiré, la récompense ne sera plus accordée. Le manuscrit envoyé au concours ne peut être réclamé ; il est déposé aux archives de l'Académie. Toutefois le concurrent pourra toujours, après la proclamation du résultat du concours, en faire prendre copie à ses frais, en fournissant au secrétaire de la Compagnie la preuve qu'il en est l'auteur. L'impression d'un mémoire de concours ayant été votée, l'auteur recevra gratuitement cinquante exemplaires tirés à part de ce travail, et il aura la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à ses frais. — *N. B.* Les membres titulaires et honoraires de l'Académie ne peuvent prendre part aux concours.

Prix de 500 francs. — L'Académie se réserve de décerner, chaque année, en dehors de ses concours, deux prix de 300 fr. chacun aux auteurs de deux des mémoires manuscrits, relatifs aux sciences médicales, qui lui auront été soumis. Tous les travaux présentés pendant l'année seront renvoyés, dans ce but, à l'appréciation d'une commission spéciale. — *N. B.* Les Belges de naissance ou par naturalisation peuvent seuls participer à cette faveur, dont sont naturellement exclus les membres titulaires et honoraires de la Compagnie. L'anonymie exigée pour les concours n'est point requise dans ce cas.

Encre à copier.

Le professeur Ginth donne la formule suivante pour fabriquer une bonne encre à copier. On traite une solution concentrée de campêche par 1 p. 100 d'eau de chaux, de manière à former un précipité permanent. On ajoute alors quelques gouttes de chlorure faible de calcium, jusqu'à ce qu'on obtienne une couleur noire bleuâtre, puis on introduit de l'acide chlorhydrique goutte à goutte jusqu'à ce que la liqueur rougisse. Il ne reste plus qu'à ajouter un peu de gomme et 1/2 pour 100 de glycérine. — (*Répertoire de pharmacie*).

Enseignement médical libre.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan continue tous les mercredis à 9 heures 1/2, l'étude pratique du diagnostic de la folie.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard ont commencé le mercredi, 15 mai, un nouveau cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique ; — 2° Eutocie ; — 3° Opérations et dystocie ; — 4° Exercices pratiques — Pour les renseignements et pour s'inscrire, s'adresser 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cérébroscopie et ophthalmologie médicale.— M. le dr Bouchut, médecin à l'hôpital des Enfants malades, a commencé ses démonstrations de cérébroscop e par la lumière oxhydrique le mardi 21 mai, à 9 heures du matin. Il les continuera le mardi 18 juin, le mardi 16 juillet et le mardi 7 août, pour les médecins de France et de l'étranger venus à l'Exposition universelle. Visite des malades à 8 heures. Salle Sainte-Catherine : Clinique tous les mardis à 8 heures du matin.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le dr Latteux, chef de laboratoire de la Faculté, recommencera son cours, le lundi, 3 juin, à 4 heures, dans son laboratoire particulier, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en état de faire toutes les analyses que réclame journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. On s'inscrit chez le dr Latteux, rue Jean-Lantier, n° 4, de midi à une heure.

Dyspepsie fonctionnelle (*Smith*).

Sous-carbonate de bismuth.....	30 grammes.
Pepsine ou lacto-pepsine.....	6 —

Pour 12 paquets.

Un avant chaque repas, après le repas, dans de l'eau ou du vin, vingt gouttes de la solution suivante (dans du sirop simple ou quelque véhicule approprié trois fois par jour) :

Teinture de noix vomique.....	30 grammes.
Acide muriatique dilué.....	30 —

S'il s'agit de l'acide muriatique dilué dans la proportion de 1 partie d'acide pour 3 d'eau, la dose de celui-ci est un peu forte.

S'il y a de la constipation avec éructations fréquentes :

Poudre de charbon de bois.....	4 grammes.
Carbonate de magnésie.....	4 —
Poudre de rhubarbe.....	8 à 15.

Constipation habituelle (*Smith*).

Extrait de belladone.....	0.20 centigr.
Extrait de noix vomique.....	0.10 —
Podophyllin.....	0.40 à 0.60.
Extrait d'aloès.....	1.20 centigr.

Pour 20 pilules.

Chez les enfants les lavements sont préférables ; mêler du gruau à leur nourriture ; frictions d'huile de foie de morue sur le ventre.

Diarrhée infantile (*Smith*).

Teinture d'opium.....	16 gouttes.
Sous-nitrate de bismuth.....	8 grammes.
Mixture de craie.....	15 —
Sirop simple.....	13 —

La mixture de craie contient un douzième de chaux. Une cuillère à café toutes les trois heures à un enfant d'un an, ou bien :

Teinture d'opium.....	16 gouttes.
Sous-nitrate de bismuth.....	8 grammes.
Pepsine ou lacto-pepsine.....	6 —
Sirop de gingembre.....	30 —
Eau de menthe poivrée.....	30 —

A la même dose que le précédent mélange.

Les vomissements seront combattus par l'eau de chaux mélangée avec quantité égale de lait, on y ajoute du whisky ou du brandy, autant de fois 2 ou 3 gouttes que l'enfant a de mois ; essayer aussi quelques gouttes de chloroforme dans de l'eau froide ; un dixième ou un sixième de goutte de teinture d'ipéca dans une cuillère à thé d'eau, toutes les deux heures, réussit quelquefois très-bien. — (*Virginian méd.*, 1877 et *Lyon médical*).

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 16 mai 1878 on a déclaré 948 décès, savoir : fièvre typhoïde, 10 ; rougeole, 15 ; scarlatine, » ; variole, 1 ; croup, 18 ; angine couenneuse, 29 ; bronchite, 57 ; pneumonie, 65 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 14 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 1 ; affections puerpérales, 4 ; érysipèle, » ; autres affections aiguës, 212 ; affections chroniques, 406 dont 188 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 41 ; causes accidentelles, 44. — Les 948 décès ci-dessus donnent une proportion de »,» par 1,000 habitants et pour l'année. Pendant la semaine finissant le 23 mai 1878, on a déclaré 868 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 11 ; rougeole, 14 ; scarlatine, » ; variole, » ; croup, 16 ; angine couenneuse, 26 ; bronchite, 32 ; pneumonie, 55 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 18 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 3 ; affections puerpérales, 4 ; érysipèle, » ; autres affections aiguës, 208 ; affections chroniques, 398 dont 158 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 51 ; causes accidentelles, 32.

Académie de médecine.—Le mardi 4 juin prochain, l'Académie tiendra sa séance publique annuelle. M. Henri Roger, secrétaire annuel, donnera lecture du rapport général sur les prix de 1876 et de 1877. M. Beclard, secrétaire perpétuel, prononcera l'éloge de M. Nélaton. (On peut se procurer des billets dans les bureaux de l'Académie, 49, rue des Saints-Pères.

Muséum d'histoire naturelle. — Par décret en date du 22 mai 1878, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, M. Becquerel (Alexandre-Edmond), docteur ès-sciences, membre de l'Institut, aide naturaliste au Muséum, a été nommé professeur titulaire de la chaire de physique appliquée à l'histoire naturelle audit établissement, en remplacement de M. Antoine Becquerel, décédé.

Herborisation. — M. Bureau, professeur, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 26 mai 1878, aux environs de Grignon. Rendez-vous à la gare de Plaisir-Grignon, à l'arrivée du train qui part de Paris (gare Montparnasse), à 7 heures du matin.

Excursions géologiques. — Mr Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche 26 mai, au Guimpelle, à Montmédian et Mortefontaine. On se réunira à la gare du Nord où l'on prendra à 8 heures du matin, le train pour Survilliers-Luzarches.

M. Ch. Vilain, répétiteur à la Faculté des sciences, fera, dimanche 26 mai, une excursion géologique à Chaumont et Liancourt. Rendez-vous gare Saint-Lazare, à 6 heures précises du matin.

© BIU Santé

Concours public *pour la nomination à deux places de chirurgien* au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. Ce concours sera ouvert le lundi 17 juin 1878, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. — Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 16 mai 1878, et sera clos définitivement le vendredi 31 mai, à trois heures.

Assistance publique. — M. Michel Morino, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, est nommé membre de la commission mixte permanente des cours cliniques des hôpitaux, en remplacement de M. Nervaux.

Asile d'aliénés. — Par arrêté en date du 2 mars 1878, est nommé médecin adjoint de l'Asile départemental d'aliénés de Vaucluse, M. le dr Langlois, médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés de Dijon.

Médecins de l'octroi. — Par arrêté en date du 13 mars 1878, est nommé médecin en chef de l'octroi de Paris M. le dr Worms, médecin de la préfecture de la Seine.

Faculté de médecine de Nancy. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 18 mai 1878, la chaire de clinique médicale de la Faculté de médecine de Nancy, a été déclarée vacante. — Par arrêté de même date, la chaire de physique médicale et d'hygiène de la même Faculté a été déclarée vacante. — Un délai de vingt jours, à dater de la publication de ces deux arrêtés, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Société de météorologie. — Le secrétaire de ladite Société est autorisé à accepter le legs d'une somme de 2,000 fr. fait à cet établissement par M. Charles-Joseph-Sainte-Claire Deville.

La Société *de médecine légale de France*, qui tient ses séances au palais de justice, et qui est reconnue comme établissement d'utilité publique, vient de déclarer la vacance de *deux* places de membres titulaires et de *six* places de membres correspondants nationaux. Les candidats sont invités à faire parvenir leur demande au secrétariat général, dans le plus bref délai. La seule formalité qu'ils aient à remplir est de faire appuyer, par deux membres de la Société, la lettre de demande dans laquelle ils doivent énumérer leurs titres scientifiques et professionnels.

Depuis bien des années les transports-hôpitaux qui revenaient de Saïgon, semaient leur route de cadavres ; la moyenne des décès était de vingt environ. Le transport l'*Aveyron*, qui est arrivé à Toulon, le 28 avril, n'a pas eu un seul décès. Ce résultat est dû à l'emploi d'un procédé de suppression de la dysenterie découvert par le docteur Dounon, médecin de 1re classe de la marine. Ce procédé consiste à soumettre l'eau des boissons à l'ébullition pour anéantir et transformer en matière inerte les anguillules qui, par leur fixation sur la muqueuse intestinale, déterminent la dysenterie.

Cette affection, reconnaissant dans tous les points de la terre la même cause, c'est-à-dire, l'introduction de ces parasites par l'eau, ce procédé de suppression pourra être appliqué avec succès partout où elle règne, dans les pays chauds et dans les pays tempérés, dans les épidémies des villes et des armées en campagne. On peut espérer que bientôt la dysenterie cessera d'exister à la surface de la terre.

Prix. — La Société de médecine de Marseille décernera, en séance publique, dans le courant de l'année 1879, deux prix :

1° Prix Rampal, de la valeur de 500 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit et inédit sur un sujet de médecine ou de chirurgie au choix du candidat.

2° Un prix de la valeur de 300 francs sera décerné au meilleur travail manuscrit et inédit sur l'emploi thérapeutique de l'électricité. L'auteur pourra s'en tenir à une des applications, à la médecine ou à la chirurgie.

Les mémoires manuscrits et en français doivent être envoyés dans les formes académiques avant le 31 mars 1879 (terme de rigueur), à M. le docteur Livon, secrétaire général au siége de la Société, rue des Beaux-Arts, 3, Marseille. L'auteur qui, par un moyen quelconque, se ferait connaître serait exclu du concours.

Nécrologie. — Le docteur J. Pinel vient de mourir à Asnières. Il était président de la bibliothèque populaire de cette commune, à la fondation de laquelle il avait activement collaboré. — Le Dr Ed. Fortin, vient de mourir, à Evreux, à l'âge de 38 ans. Il était médecin-adjoint du lycée et de l'hôpital civil, et médecin de l'Ecole normale — La *Presse médicale Belge* nous annonce la mort de M. le Dr Charles Thiéfry, à l'âge de 82 ans. M. Thiéfry s'est distingué dans toutes les carrières qu'il a parcourues. Il a laissé dans l'ancienne armée des Pays-Bas la réputation d'un brave et brillant officier. A la Chambre des représentants la fermeté de ses principes, la dignité de son caractère, la franchise la loyauté de sa parole lui ont valu la considération la mieux méritée. Dans le conseil d'administration de l'Université libre, il a rendu des services importants. Au point de vue de l'Assistance publique, il a déployé les talents d'un administrateur hors ligne ; il a surveillé la reconstruction de l'hôpital Saint-Pierre, du Mont-de-Piété, de l'Orphelinat. Il a prêté son appui, attaché son nom à toutes les améliorations introduites dans nos hôpitaux et nos hospices. On lui doit les consultations médicales et chirurgicales gratuites ; le service spécialement affecté aux maladies de la peau, les bibliothèques à l'usage des malades, le magasin central des denrées alimentaires et la pharmacie centrale.

Vacance médicale. — Un docteur exerçant dans un chef-lieu de canton désirerait trouver une clientèle aux environs de Paris ou dans un rayon peu éloigné, sur une ligne de chemin de fer. Ecrire aux bureaux de la *Gazette hebdomadaire*.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

Abadie. Sur la valeur séméiologique de l'hémiopie dans les affections cérébrales. In-8 de 12 pages. 0 fr. 40 c. — Pour les abonnés du *Progrès*, 30 cent.

Balzer (F.). Contribution à l'étude de la Broncho-Pneumonie, in-8 de 84 pages, orné d'une planche en chromo-lithographie. — Prix : 2 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 75.

Béhier. Etude de quelques points de l'urémie (clinique, théories, expériences), leçons recueillies par H. Liouville et I. Straus. In-8 de 24 pages. 60 cent. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 40 cent.

Béhier. De la pellagre sporadique. Leçons faites à l'Hôtel-Dieu en 1873, recueillies par Liouville (H.) et Straus (I.). Paris, in-8 de 24 pages, 60 cent. — Pour les abonnés du *Progrès*, 40 cent.

Besson (I.). Dystocie spéciale dans les accouchements multiples. Vol. in-8 de 92 p. — Prix 2 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 25.

Bétous (I.). Etude sur le tabes spasmodique. In-8 de 48 pages. 1 fr. 50 — Pour les abonnés, 1 fr.

Biot (C). Contribution à l'étude du phénomène respiratoire de Cheyne-Skokes (avec tracés pneumographiques et sphygmographiques). Paris 1876, in-8. — Prix 1 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 60 c.

Bourneville et Regnard. Iconographie photographique de la Salpêtrière. Mode de publication : Chaque livraison comporte de 8 à 16 pages de texte et 4 photographies. — Prix : 3 fr. — Pour les *abonnés* du *Progrès médical*, 2 fr. Douze livraisons sont en vente, formant le 1er volume, pages de texte, 40 photographies et 5 figures sur bois. Prix : 30 fr. Pour les abonnés. 20 fr. Nous avons fait relier quelques exemplaires dont le texte et les planches sont montés sur onglets ; demi-reliure, tranche rouge, non rognés. — Prix de la reliure, 5 fr.

Bourneville. Science et miracle : *Louise Lateau* ou la *Stigmatisée belge*. Nouvelle édition, revue, corrigée et augmentée. In-8 de 88 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau-forte, dessinées par P. Richer. 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 50.

Bourneville. Science et miracle : *Louise Lateau* ou la *Stigmatisée belge*. In-8 de 72 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau forte dessinées par P. Richer, 2 fr. 50. 2e édition, revue, corrigée et augmentée. — Pour nos abonnés, 1 fr. 50.

Bourneville. Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots, suivi d'une étude sur la médecine légale des aliénés. Paris, 1863. Gr. in-8 de 28 pages à deux colonnes. 1 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, 70 cent.

Bourneville. Socrate était-il fou ? Réponse à M. Bailly, membre de l'Académie de médecine. Paris, 1864. In-8 de 16 pages, 0 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

Bourneville. Le choléra à l'hôpital Cochin (Etude clinique). Paris, 1865. In-8 de 48 pages, 1 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, 70 cent.

Bourneville et Teinturier. G. V. Townley, ou du diagnostic de la folie au point de vue légal. Paris, 1865. In-8 de 16 pages. 0 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

Bourneville. De l'emploi de la fève de Calabar dans le traitement du tétanos. Paris 1867. In-8 de 16 pages. 50 c. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'Ecole-de-médecine.

Boullet (L.). — Contributions à l'étude des lésions traumatiques de la base du crâne. Paris, 1878, un vol. in-8 de 132 pages. — Prix : 3 fr.

Canard (J.). — Essai sur l'alcalinité du sang dans l'état de santé et dans quelques maladies. Paris, 1878, un vol. in-8 de 61 pages. — Prix : 2 fr.

Chevallereau. (A.) — Heustrich (eaux minérales sulfurées et bicarbonatées sodiques) et ses environs. Paris, 1878, brochure in-8 de 24 pages.

Debout d'Estrées. — Traitement des coliques hépatiques à Contrexéville. Paris, 1878, brochure in-8 de 30 pages.

Delaunay (G.). Etudes de biologie comparée, basées sur l'évolution organique. 1re partie : Anatomie. Paris, 1878. 1 vol. in-8 de 119 pages.

Dussac. — Etude médico-légale sur la séparation de corps. Paris, 1878, un vol. in-8 de 141 pages. — Prix : 3 fr.

Georges-Martin. — Clinique ophthalmologique. Paris, 1878, brochure de 20 pages, in-8. — Prix : 1 fr.

Grasset (J.). — Des localisations dans les maladies cérébrales. Paris, 1878, un vol. in-8 de 128 pages. — Prix : 3 fr.

Hertz (Ed.). — De l'emphysème pulmonaire chez les tuberculeux. Paris, 1878, un vol. in-8 de 82 pages. — Prix : 2 fr.

Labadie-Lagrave et Huchard (H.). — Bulletin de la Société clinique de Paris. Paris, 1877, un vol. in-8, de 300 pages, plus une planche. — Prix : 6 fr.

Lionet (C.) — Des variétés de la paralysie générale dans leurs rapports avec la pathogénie. Paris, 1878, un vol. in-8 de 128 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Martial Durand (A.). — Etude sur la goutte saturnine. Paris. 1878, un vol. in-8 de 114 pages. — Prix : 2 fr. 50.

© BIU Santé

Imprimerie E. DONNAUD, 1, rue Cassette.

DECAISNE (E.). Eloge de M. Barth. Paris, 1878. Brochure de 7 pages.

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

PAJOT. Un dernier mot sur l'anesthésie homœopathique, demi-anesthésie ou anesthésie moyenne. Paris, 1878. Brochure de 8 pages.

VILLARD (F.). Considérations cliniques sur les kystes hydatiques du petit bassin chez la femme. Paris, 1878. Brochure de 22 pages.

Librairie G. MASSON, boulevard Saint-Germain, en face l'Ecole de médecine.

GARCIN (C.). L'acide salicylique et le rhumatisme. Paris, 1877. Brochure de 28 pages et de 5 planches.

BARON (L.-G.). Etude clinique sur les troubles de la vue chez les hystériques et les hystéro-épileptiques. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 76 pages et de 3 planches.

Librairie André Sagnier, 31, rue Bonaparte.

JOURNAL DES CONSEILS MUNICIPAUX, recueil pratique d'administration et de jurisprudence, paraissant tous les mois sous la direction de M. A. Souviron. Prix : 8 fr. par an.

Librairie F. SAVY, 77, boulevard Saint-Germain.

DEBOVE. Du régime lacté dans les maladies. Paris, 1878. 1 vol. in-8 de 115 pages. Prix : 2 fr. 50.

SPILLMANN (P.). De la tuberculisation du tube digestif. Paris, 1878. 1 vol. gr. in-8 de 239 pages et 3 planches dont 2 en couleur.

Librairie BAILLIERE, TYNDALL et COX, King-William St. Strand London.

Douglas Hemming (W.). Tinnitus aurium : or Tingling in the ears. Remarks on its causes and treatment. London, 1878, brochure in-18 de 22 pages. Prix : one shilling.

LENNOX BROWNE. The throat and its diseases. London, 1878, 1 vol. gr. in-8, relié toile, de 351 pages, avec 10 planches en couleur et figures dans le texte.

NOTHNAGEL (H.). Ueber Latenz von Kleinhirnerkrankungen und über cerebellare Ataxie. Berlin, 1878. Brochure de 16 pages.

NOUVEAUX JOURNAUX. The Quarterly Journal of Inebriety, publié à Hartfort.

VICHY MÉDICAL, journal d'hydrologie, médecine, physiologie, hygiène, etc., publié sous la direction de M. C. Lugagne, dr médecin consultant à Vichy. Prix : 5 fr. par an.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpétrière. — Pathologie mentale : M. LUYS, le dimanche, à 9 heures 1/2.

Hôpital de Lourcine. — Pathologie générale de la syphilis : M. CORNIL, mardi, à 9 heures 1/2.

Hôpital Saint-Louis. — Maladies de la peau et syphilis : M. A. FOURNIER, vendredi, à 9 heures 1/2. — M. LALLIER, vendredi, à 8 heures 1/2.

Hôpital Saint-Louis. — Conférences de clinique dermatologique. — M. le dr Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences de clinique dermatologique le mercredi 29 mai, à 9 heures, salles Saint-Thomas, Saint-Léon et laboratoire de la salle Saint-Léon et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Ordre des travaux : Lundi, à 9 heures, consultations externes. Mardi, à 8 heures, premier examen des nouveaux. Mercredi, à 9 heures, conférence clinique. Jeudi, à 9 heures 1/2, policlinique. Vendredi, à 9 heures 1/2, étude au musée. Samedi, à 8 heures 1/2, revue des malades en cours de traitement, thérapeutique appliquée.

Hospice des Enfants assistés. — Clinique infantile : M. PARROT, dimanche, à 9 heures 1/2.

Hôpital des Enfants-Malades. — Clinique infantile : M. ARCHAMBAULT, vendredi, à 8 heures.

Hôpital de la Pitié. — Médecine. Service de M. GOMBAULT. — Salle Saint-Michel : 2, insuffisance aortique ; 3, insuffisance et rétrécissement aortique ; 6, pneumonie tuberculeuse ; 7, pleurésie purulente ; 9, pleurésie ; 11, paralysie générale ; 16, dilatation de la crosse de l'aorte ; 17, emphysème, affection du cœur droit, congestion pulmonaire ; 20, rhumatisme subaigu ; 22, péritonite tuberculeuse ; 24, néphrite interstitielle ; 26, bronchite chronique ; 29, tuberculisation et rétrécissement de l'urèthre ; 31, néphrite parenchymateuse. — Salle Notre-Dame : 3, rhumatisme subaigu ; 14, vaginite granuleuse, abcès des grandes lèvres, grossesse ; 27, hystérie ; 29, chorée hystérique ; 31, sarcome kystique de l'ovaire ; 34, pneumonie ; 37, gangrène de la vulve ; 38, coliques hépatiques ; 41, sciatique ; 42, tumeur fibreuse de l'utérus.

Service de M. GALLARD. — Salle Sainte-Rosalie : 6, rétroflexion utérine ; 9, rhumatisme articulaire aigu, péricardite ; 37, pleuro-pneumonie ; 39, métrite interne ; 40, fibromes internes. — Salle Saint-Athanase : 6, contracture spasmodique des muscles extenseurs et fléchisseurs du pouce ; 12, typhlite ; 17, hémorrhagie cérébrale ; 25, pneumonie.

Service de M. PETER. — Salle Sainte-Claire : 1, paralysie générale ; 6, fièvre intermittente ; 12, cirrhose, phthisie pulmonaire ; 15, métro-péritonite ; 26, chloro-anémie ; 36, cirrhose alcoolique ; 45, hémiplégie droite. — Salle Saint-Benjamin : 5, dilatation aortique ; 6, fièvre intermittente ; 13, pleurésie diaphragmatique ; 15, cancer de l'estomac ; 16, pneumonie du sommet droit.

Chirurgie. Service de M. POLAILLON. — Salle Saint-Jean : 1, lymphosarcome du cou ; 7, tumeur lacrymale ; 8, entorse du poignet droit, insuffisance mitrale ; 12, fracture du tibia ; 14, fracture du col du fémur ; 17, arthrite rhumatismale ; 22, fracture des deux os de l'avant-bras.

Service de M. VERNEUIL. 2, synovite syphilitique du genou ; 5, hygroma suppuré ; 7, nécrose du maxillaire inférieur ; 18, ostéo arthrite du genou ; 24, épithelioma du rectum ; 25, hernie ombilicale étranglée, anus contre nature.

Vin de Catillon à la Glycérine ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans CONSTIPATION et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, anémie, chlorose, diabète*, etc.

PARIS : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de MIGRAINE venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon

0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre de diluer la créosote, ce qui est une condition essentielle de ses succès dans la phthisie. Grâce à sa solubilité le titre de cette préparation a pu être élevé à 0 gr. 20 par cuillerée. Cette dose, délayée dans un verre d'eau rougie, lui donne la saveur d'un vin coupé d'eau de goudron un peu forte et se prend sans plus de difficulté.

PARIS, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

D'après l'opinion des Professeurs

BOUCHARDAT — *Tr. Pharm.* page 300.
GUBLER — *Comment. du Codex*, page 813.
TROUSSEAU — *Thérapeutiq.*, page 214.

LE VALÉRIANATE d'Ammoniaque DE PIERLOT

est un névrosthenique et un puissant sédatif

DES NÉVROSES, DES NÉVRALGIES, DU NERVOSISME

Une cuillerée à café, matin et soir, dans un demi-verre d'eau sucrée.

THÉ SAINT-GERMAIN (Codex, pe 538) DE PIERLOT : Purgatif sûr et agréable.

Contribution à l'étude de la broncho pneumonie. par Balzer, in-8 de 84 pages, orné d'une planche en chromo-lithographie. — Prix : 2 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 75.

De la Tête du Fœtus au point de vue de l'Obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Par P. BUDIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut et de la Faculté, etc. Gr. in-8° de 112 p., avec de nombreux tableaux, dix figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. Prix : 10 fr.
Pour les abonnés du *Progrès* : 5 fr. *franco.*

De l'influence des Maladies du foie sur la marche des traumatismes, par F.-E.-Maurice LONGUET. In-8 de 124 pages. Prix : 2 fr. 50.

© BIU Santé

Hôpital des enfants malades. — Service de M. Archambault. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mardi à 9 h. Conférences cliniques le vendredi à 9 h. — Salle Saint-Louis : 6, varicelle ; 7, 9, fièvre typhoïde ; 8, fièvre intermittente quotidienne ; 11, mal de Pott sous-occipital ; 13, purpura ; hématuries ; 14 ascite ? ; 24, paralysie diphthéritique ; 25, affection cardiaque ; pleurésie gauche ; 26, angine pultacée ; 28, hypertrophie de la rate. — Salle Sainte-Geneviève : 2, pleuro-pneumonie ; 3, péritonite pelvienne ; 11, 12, broncho-pneumonie ; 15, chorée, affection cardiaque, 20, 21, 25, rougeole ; 23, tubercules du cerveau ; méningite, 27, angine diphthéritique.

Hospice Sainte-Eugénie. — Service de M. Bergeron. Visite à 7 heures 1/2. — Salle Sainte-Mathilde (F.) : 1, chlorose ; 4, endo-péricardite rhumatismale ; 7, hémiplégie de cause traumatique ; 11, entérite ; 14, pneumonie ; 15, fièvre typhoïde ; 16, méningite tuberculeuse ; 17, coqueluche ; 18, fièvre typhoïde ; 21, phthisie avec toux coqueluchiale ; 22, chorée ; 23, pneumonie du sommet ; 25, purpura hemorrhagica ; 27, rhumatisme ; 29, endocardite ; 30, fièvre typhoïde. — Salle Saint-Benjamin : 5, rhumatisme articulaire ; 6, fièvre intermittente ; 7, empyème ; 9, rachitisme ; 11, bronchite capillaire ; 15, catarrhe bronchique consécutif à la rougeole ; 16, pleurésie ; 17, pleuro-pneumonie ; 18, pneumonie ; 19, bronchite capillaire ; 21, mal de Bright, tuberculose pulmonaire. — Salle d'isolement : 15, croup opéré, guéri ; 25, croup guéri sans opération.

Service de M. Cadet de Gassicourt. — Salle Saint-Joseph : 3, broncho-pneumonie tuberculeuse ; 4, tumeur cérébrale, amaurose ; 5, broncho-pneumonie, érysipèle de la face ; 8, affection cardiaque ; 10, pleurésie ; 12,

AUX MÉDECINS

A **VALS** (comme dans les stations thermales où les Eaux sont administrées en boisson et en bain), ce sont les sources de l'Etablissement Thermal qui sont préférées par les Médecins et par les personnes qui viennent à la station :

1° Parce qu'elles sont les plus anciennes et les plus abondantes ;

2° Parce qu'elles ont été captées avec le plus grand soin et qu'elles ont été analysées sur les lieux et après leur exportation ;

3° Parce qu'elles coulent naturellement, à la vue de tous sans l'emploi d'aucun moyen mécanique. Par conséquent elles sont toujours claires et ne forment jamais de dépôt.

Pour en rendre l'usage plus facile et éviter toute confusion, les Eaux Bi-carbonatées sodiques de la **Société centrale de l'Etablissement Thermal de Vals** *sont toujours rangées par degré de minéralisation.*

1er Degré. Source **PAULINE** (Bi-carbonate de soude 1g,50). Affections de l'estomac, Dyspepsie, Embarras gastriques et Goutte.

2me Degré. Source **CHLOÉ-DUPASQUIER** (Bi-carbonate de soude, 3g). Gastralgie, Affections du foie et de l'utérus.

3me Degré. Source **SOUVERAINE** (Bi-carbonate de soude, 5g). Gravelle, Calculs, Coliques néphrétiques, Affections des voies urinaires.

4me Degré. Source **CONSTANTINE** (Bi-carbonate de soude, 7g,5). Congestion du foie, Calculs biliaires, Coliques hépatiques.

Source sulfo-ferro-arsenicale

SAINT-LOUIS. — Chlorose, Fièvres intermittentes, Chloro-Anémie, Maladies de la peau et Cachexies scrofuleuses.

Dépôt spécial à Paris : Boulevard des Italiens, 8. — Dans toutes les bonnes pharmacies de France et de l'Etranger.

PAPIER LARDY
A L'EXTRAIT DE PIMENT

Puissant révulsif bien supérieur au Thapsia, à l'huile de Croton, etc., dont il n'a pas les inconvénients.

Intermédiaire entre le Sinapisme, dont l'action est rapide, mais fugace, et le Vésicatoire, dont l'énergie ne convient qu'à certains cas. — Action **IMMEDIATE** et **CONTINUE**, n'occasionnant ni **DOULEURS** ni **DEMANGEAISONS**, mais seulement de la chaleur, une cuisson légère et une vive rougeur.

Indiqué dans tous les cas où une dérivation énergique est nécessaire. — Inflammations de la poitrine, de la gorge, congestions, douleurs diverses, etc.

1 fr. 50 la boite dans toutes les pharmacies.



VIN TANNIQUE
DE BAGNOLS - SAINT - JEAN
NATUREL

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies ; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinaire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



PILULES DELAUNAY au Phosphate de Fer et de Manganèse. — Assimilation complète ; pas de Constipation.

ÉLIXIR DELAUNAY au Quinquina. Une cuillerée à bouche, soit 20 g. de cet Elixir, représente 0,20 extr. de quinquina jaune calisaya.

Pour la vente en gros : A la Pharmacie, 3, rue de la Madeleine, à Troyes.
Dépôt à Paris : Société française, 11, rue de la Perle.

TRAITEMENT de la PHTHISIE PULMONAIRE
et des affections chroniques des voies respiratoires.



A LA **CRÉOSOTE VRAIE**
ET A L'HUILE DE FOIE DE MORUE
FORMULE DES Drs BOUCHARD ET GIMBERT
(*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1877*)

BOURGEAUD, pharm., fournis. des hôp.
20, rue de Rambuteau, à Paris

Ces capsules, **à enveloppe très-soluble, d'odeur agréable, à saveur sucrée**, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de **créosote vraie** du goudron de hêtre et 50 centigr. d'huile de foie de morue. Les grosses, 5 centigr. de **créosote vraie** et 2 grammes d'huile de foie de morue. Bien préférables à toutes les autres préparations caustiques de la créosote, lesquelles ne sont absorbables qu'à l'aide de quantités considérables de liquide et, par conséquent, difficilement tolérées par l'estomac. Les seules employées dans les hôpitaux de Paris.

Doses : 5 à 10 **petites capsules** et 2 à 4 **grosses capsules** matin et soir, d'après l'avis du médecin.

La Boîte, 4 francs.

Du Tubercule du Testicule et de l'Orchite tuberculeuse, par le Dr Reclus, — In-8° de 208 pages, avec 5 planches. Prix : 5 fr. ; pour les abonnés du *Progrès*, 4 fr. (franco).

Louise Lateau ou la **Stigmatisée belge**, nouvelle édition, revue, corrigée et augmentée, par Bourneville. In-8 de 88 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau-forte, dessinées par P. Richer, 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 50.

LAITS MÉDICAMENTEUX
Du Docteur BOUYER.

Iode, Arsenic, Mercure, etc., Animalisés.

Récompenses nationales.

Approbation des Sociétés savantes.

Lait iodique. — Quinze années d'expériences ont démontré que cette préparation était la plus sûre pour administrer l'iode sans danger et avec succès contre maladies chroniques de la poitrine, Phthisie, Scrophule, Lymphatisme, Goître, Dyspepsies, Engorgements et Catarrhes des organes génito-urinaires, Albuminurie, Epuisement, Diathèses diverses et tous les états morbides où il faut relever ou modifier la nutrition abaissée ou pervertie.

Lait arséniaté contre : Fièvres, Névroses, Vésanies, Dartres, Rhumatisme, etc.

Dans les maladies du cœur, nul traitement n'est plus efficace, quand il est continué plusieurs mois, que le suivant : une cuillerée à café de lait administré le matin, et une granule de digitaline le soir.

Ces Laits s'administrent sous forme de Sirops, de Poudres et de Chocolats.

Dépôt : Pharmacie CHEVRIER, 21, rue du Faubourg-Montmartre, Paris.

© BIU Santé

péritonite tuberculeuse ; 13, symphyse cardiaque ; 16, coxalgie ; 18, chorée ; 19, entérite ; 20, fièvre typhoïde ; 21, rougeole ; 22, rhumatisme ; 23, scarlatine ; 24, rhumatisme des articulations des vertèbres cervicales ; 30, croup opéré.

Service de M. TRIBOULET. — Salle Sainte-Marguerite : 1, hydrocéphalie chronique ; 3, perforation syphilitique de la voûte palatine ; 4, coqueluche, dilatations bronchiques ; 7, tuberculose ganglionnaire ; 10, mal de Bright, vomique guérie ; 12, invagination avec péritonite chronique ; 16, pleurésie tuberculeuse ; 17, fièvre typhoïde adynamique ; 18, 13, phthisie aiguë ; 21, 22, phthisie chronique ; 20, 23, chorée ; 24, insuffisance aortique. — Salle Sainte-Rosalie : 2, 4, angines diphtheritiques ; 3, 7, croups opérés.

Service de M. LANNELONGUE. — Salle Napoléon : 5, fracture sous-trochantérienne ; 12, rupture de l'urèthre ; uréthrotomie externe ; 15, arthrite suppurée du genou, drainage ; 32, arthrite tuberculeuse fémoro-tibiale ; 42, arthrite suppurée du coude, guérison ; 45, ostéite épiphysaire de l'ischion ; 46, phimosis. — Salle Sainte-Eugénie : 1, fracture isolée du tibia ; 5, arthrite tuberculeuse du genou ; 15, fracture comminutive du coude ; résection ; 46, méningo-myélite.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE — ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. — PILULES 20 cent. p. pilule.

FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — PARIS.

Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

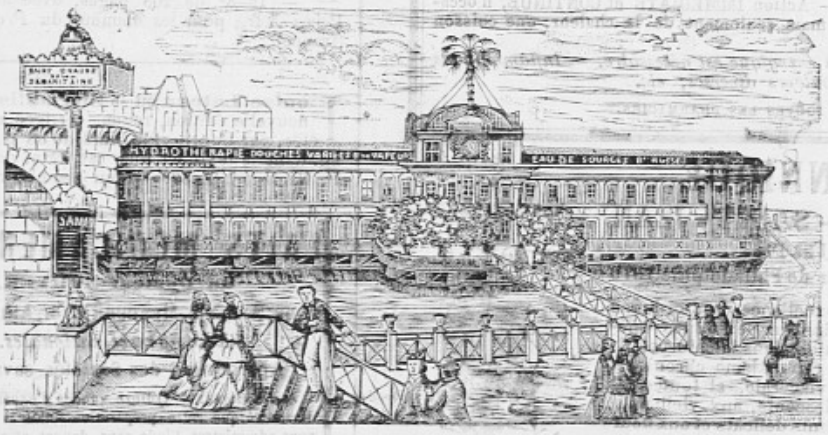
ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Prescrit tous les jours avec succès, dans les **Maladies consomptives, Phthisie, Diarrhée chroniques**, le **Rachitisme, l'Anémie**, la **Scrofule, l'Albuminurie ;** très-utile dans les convalescences, l'épuisement. — Prix du flacon ; 3 fr. 50. — DÉTAIL : Pharmacie, 82, rue de Rambuteau ; — Gros : 20, place des Vosges, à Paris.

LA SAMARITAINE

Quai du Louvre, en aval du Pont-Neuf

BAINS CHAUDS SUR LA SEINE



TARIF DES BAINS

BAINS SIMPLES

Par abonnement	» fr. 45
Sans abonnement	» 50

RUSSES ET VAPEUR

Simples	1 »
Complets, par abonnement	1 50
— sans abonnement	1 75

MÉDICINAUX

Barèges, Alcalins, Vichy, Plombières, etc.

Par abonnement	1 25
Sans abonnement	1 50

HYDROTHÉRAPIE

EAU DE SOURCE

Température constante de l'eau, 10 degrés avec chute de 11 mètres d'élévation

DEUX SALLES DE DOUCHE dont une réservée spécialement aux Dames

Douches, Pluie, Cercles, Siège, par abonn.	» fr. 50
— sans abonn.	» 75
Douches, Pluie, etc., 2 jets réunis, par abonn.	1 25
— — sans abonn.	1 50

(Hydrothérapie complète)

DOUCHES DE BARÈGES, PLOMBIÈRES, ALCALINES, etc.		DOUCHES ASCENDANTES, MITIGÉES, ÉCOSSAISES, etc.	
Par abonnement	1 fr. 75	Par abonnement	1 fr. 25
Sans abonnement	2 »	Sans abonnement	1 50

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

Clientèle médicale à céder. — Rapport de 9,000 à 10,000 fr., pour renseignements, s'adresser à M. le docteur Moreau, rue Lacharrieu, 15, square Parmentier (Paris).

Iconographie Photographique de la Salpêtrière, par BOURNEVILLE et REGNARD, paraissant tous les mois par livraison de 8 ou 16 pages de texte et 4 photographies. — 12 livraisons sont en vente et forment le premier volume. — Prix : 3 fr. la livraison, 32 fr. le volume complet. — Pour *les abonnés* du *Progrès médical*, 2 fr. la livraison ; le volume 20 fr.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)

DOSES : De 1/2 à 6 milligram. par jour.

LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, PARIS.

EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE

RÁKÓCZY DE BUDE

EXIGER RIGOUREUSEMENT ÉTIQUETTE BLEUE

La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.

25 gram. de Sulfate de Magnésie
20 gram. de Sulfate de Sodium } par litre.

Se prend à très-petites doses.

Loser Frères, propriétaires à Budapest (Hongrie)

DÉPÔT GÉNÉRAL A PARIS : CHEZ JEAN SKWARÇOW

35 bis, Rue de Trévise, 35 bis.

En vente : Chez tous les Marchands d'Eaux minérales, et Pharmaciens de Paris et de province.

DRAGÉES BLOT au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opiat*, Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à Toulouse : toniques, dépuratives, anti-blennhorragiques, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires*, catarrhe vessie. Bte 4f, fco 4.20.

Pour éviter imitation exiger : Ethe Blot

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

M. GALLEPIE, pharmacien, 50, *rue Monge*, fera une remise spéciale à MM. les étudiants, sur les Dragées Blot et sur tous les médicaments en général.

VÉSICATOIRE L. ROUVIÈRE

Argocystique et Indolore

(EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN)

1re MÉDAILLE EXPOSITION PARIS.

Attestations des médecins en chef des Hôpitaux

Employé dans les *Hôpitaux* et ordonné par tous les médecins après essai. — Agit sûrement. — Pas CAMPHRE. — Jamais de cystite.

Trois formats : 1° Vésicatoire indolore, la boîte.... 1f 50
2° — instantané, la boîte.. 1f 50
3° Toile Vésicante, le mètre..... 2f »

Paris : **Pharmacie centrale**, 7, rue de Jouy et ses succursales. — A. Hugot, rue Vieille-du-Temple, 19 et principales drogueries.

Vente en gros : L. ROUVIÈRE, pharmacien, à Nîmes (Gard).

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 22. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 1er JUIN 1878

Le Progrès Médical

MALADIES DU PREMIER AGE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — **M. PARROT.**

QUATRIÈME LEÇON (1)

Alopécie. — Coryza. — Lésions des lèvres et de la bouche.

Parmi les manifestations cutanées de la syphilis héréditaire, il faut placer l'*alopécie* ; due, tantôt à ce que les cheveux sont tombés, tantôt, et le plus souvent, à ce qu'ils n'ont pas poussé. Rarement totale, elle est presque toujours limitée aux régions postérieure et latérales du cuir chevelu ; se présentant, dans ce dernier cas, sous forme de bandes chauves.

Les cheveux sont décolorés, courts et lanugineux ; ça et là on en voit qui sont plus longs, et qui ont toutes les apparences de l'état normal. Chez quelques malades le crâne est couvert d'un duvet soyeux, très-inégalement distribué à sa surface.

M. Th. Barlow dit qu'il faut différencier cette alopécie de celle qui existe à la région sous-occipitale, chez les sujets débiles qui ont des sueurs profuses. Cela est inutile ; les malades auxquels fait allusion cet observateur, étant presque tous syphilitiques, comme je vous le démontrerai dans la suite. Il ajoute que, chez tous ces enfants, les sourcils sont clair-semés et même qu'ils manquent parfois complétement. Je n'ai jamais constaté ce dernier fait.

Je n'ai pas l'intention de vous décrire le périonyxis et les abcès cutanés multiples, parce que je ne les regarde pas comme syphilitiques ; pourtant je dois vous les signaler ; quelques auteurs, MM. Virchow, Barrier, Vogel, etc., les ayant considérés comme tels.

Le périonyxis se montre toujours chez des nouveau-nés affaiblis et amaigris ; mais la syphilis n'y est pour rien, en tant que maladie spécifique. Je l'ai rencontré fréquemment ; et dans la plupart des cas, je n'ai reconnu, soit pendant la vie, soit au moment de l'examen cadavérique, aucun indice de syphilis. Cette maladie n'exclut pas l'inflammation périunguéale ; mais lorsque les enfants syphilitiques en sont atteints, ce n'est pas à cause de la spécificité de leur mal, c'est parce que ce mal les a jetés dans un état de cachexie, qui favorise le développement de cette inflammation.

Les abcès siégent dans l'épaisseur même de la peau, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ce sont primitivement de petites tumeurs dures, circonscrites, à évolution très-lente, dont la surface reste longtemps violacée avant de donner issue au pus qui s'y est collecté. Dans quelques-uns des cas que j'ai observés, la syphilis était incontestable, mais dans d'autres, je n'ai pu en découvrir l'existence.

Après les affections cutanées, il est naturel de passer en revue celles des muqueuses. Bien que moins fréquentes et d'une constatation plus difficile, elles ont une importance considérable, au point de vue du diagnostic et de la contagion.

Je commence par le catarrhe nasal ou coryza syphilitique. Les premiers observateurs de la syphilis héréditaire, en ont fait mention, et Bertin l'a décrit assez longuement. Parmi les cliniciens de notre époque qui lui ont accordé le plus d'attention, il faut citer Trousseau et M. West. Ce dernier pense qu'il est, dans quelques cas, la seule manifestation de la maladie. Cela peut être, mais la démonstration du fait est très-malaisée, le catarrhe spécifique de la muqueuse nasale, n'ayant pas toujours des caractères qui permettent de le reconnaître. Ce qui est beaucoup plus positif, c'est que certains malades n'en sont jamais atteints. Plus les enfants sont jeunes, plus ils y sont exposés ; et l'on peut dire qu'il est une des manifestations les plus précoces de la syphilis héréditaire.

Il se révèle au début, par une gêne de la respiration, qui devient sifflante et ronflante ; et souvent il constitue un obstacle considérable à la succion. Celle-ci, en effet, ne peut s'accomplir facilement, que si les fosses nasales donnent à l'air un libre passage, celui de la bouche que remplit le mamelon, lui étant interdit. Aussi, quand elles sont obstruées, voit-on l'enfant quitter à chaque instant le sein, pour respirer. Cette obligation lui devient bientôt insupportable ; il crie, s'agite, et fatigué par ces interruptions multipliées de son repas, il ne prend qu'une quantité insuffisante de lait et maigrit.

Au début, la matière qui coule des narines n'a rien de caractéristique, mais elle prend bien vite un aspect qui la fait assez facilement reconnaître. D'abord séro-muqueuse, puis franchement séreuse, elle présente parfois, en proportions très-diverses, du sang qui, au dire de Trousseau, pourrait être assez abondant pour transformer le flux en une véritable épistaxis. Je n'ai constaté ce phénomène que chez un seul malade qui était hémophile.

La peau du pourtour des narines et de la lèvre supérieure ne tarde pas à rougir, puis à s'excorier. Chez deux petits malades, j'ai vu cette région du tégument être détruite peu à peu, comme dans le lupus.

Assez rapidement, la gêne respiratoire s'aggrave, la matière devient puriforme, se concrète et forme, à l'entrée des narines et dans le voisinage, des masses croûteuses, jaunes ou verdâtres, noircies sur quelques points, par du sang. Le coryza est très-tenace. Habituellement il ne cesse que lorsque la guérison est complète, ou bien il persiste jusqu'à la mort. Trousseau dit qu'il se manifeste parfois d'une manière intermittente.

Dans des cas, très-exceptionnels, quand il a duré longtemps, on constate une dépression notable à la racine du nez. Pour ma part, sur plus de 200 syphilitiques, je n'ai observé cet accident qu'une fois. C'est donc à tort que quelques auteurs, avec Trousseau, le considèrent comme très-fréquent. J'estime que, dans leur description, ils se sont trop souvenus de ce qui se passe aux autres âges. Ils n'eussent pas commis cette exagération, s'ils avaient su que, chez les jeunes enfants syphilitiques, comme l'a démontré M. Zeissl, l'inflammation, dans les fosses nasales, n'intéresse la plupart du temps que l'épithélium ou les parties constituantes de la muqueuse elle-même, telles que les papilles, les glandes et le tissu conjonctif ; et qu'elle ne se propage que très-rarement, au périoste, aux cartilages et aux os.

Les considérations cliniques qui ont trait à la voix, se placent naturellement ici, M. West a beaucoup insisté sur ses modifications. Elle a, dit-il, une raucité spéciale qui rappelle le son d'une trompette d'enfant. Non-seulement je n'ai jamais constaté cette particularité, mais dans la plupart des cas, la voix est restée normale. Cela tient, comme vous le verrez au chapitre de l'anatomie pathologique, à ce que le larynx n'est que très-exceptionnellement altéré.

Deux autres coryzas peuvent être confondus avec celui qu'engendre la syphilis : le simple et celui que détermine la diphthérie. — Le coryza simple est extrêmement fréquent, quelquefois très-précoce, il reconnaît toujours pour cause un refroidissement. Souvent il s'accompagne de toux et d'un léger degré d'entérite. Au début, il détermine plus d'enchifrènement que celui de la syphilis, et son liquide est moins tenu, plus visqueux, moins concrescible. Après

(1) Voir les nos 44 et 47 de 1877 et les nos 1, 4 et 20 de 1878.

© BIU Santé

huit ou dix jours, il tend à disparaître, tandis que l'autre s'aggrave sans cesse.

Les différences qui séparent le coryza syphilitique de celui de la diphthérie seraient plus difficiles à déterminer si, d'une manière à peu près constante, il n'existait, en même temps, sur divers points de la muqueuse bucco-pharyngienne, des fausses membranes caractéristiques. Après vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, l'écoulement nasal qui, jusque-là, n'avait présenté rien de particulier, est constitué par une sorte de mucus sanieux très-abondant. Les narines rouges et gonflées sont assez souvent tapissées, sur leur face interne, par une production diphthéritique qui couvre, en général, la plus grande étendue de la cloison et des cornets. La marche rapide de la maladie, la cachexie infectieuse qui en résulte, l'albuminurie qui existe alors constamment ne laissent aucun doute sur la véritable nature du mal. — Ainsi, en admettant que le coryza soit la seule manifestation actuelle de la syphilis héréditaire, chose d'ailleurs très-rare, le doute que l'on pourra concevoir sur sa nature sera de très-courte durée.

L'organe de la vision est-il atteint par la syphilis? Colombier, Doublet, Faguer, Bertin décrivaient une ophthalmie syphilitique contractée, suivant eux, au passage, et qu'ils considéraient comme un accident très-fréquent et très-grave. « Quand un enfant, dit Bertin, né de parents infectés, est attaqué d'ophthalmie peu de jours après sa naissance, il faut craindre d'autres accidents qui éclatent tôt ou tard. » — MM. Vogel et Bouchut partagent cette manière de voir, sinon sur la fréquence, du moins sur la gravité de l'ophthalmie purulente d'origine syphilitique. Suivant le clinicien allemand, elle entraînerait parfois la fonte de l'œil. — M. Zeissl se rend compte de son développement par la propagation aux voies lacrymales de l'inflammation qui atteint si fréquemment la muqueuse nasale. — J'ai observé, sur un certain nombre de syphilitiques, l'ophthalmie purulente avec ses conséquences les plus graves; et j'ai actuellement, dans mon service, un de ces petits malades, dont les deux yeux sont détruits, et même résorbés; mais tous ces désordres doivent-ils être mis sur le compte de la syphilis? Rien ne nous autorise à le faire. L'ophthalmie purulente est très-commune chez les nouveau-nés, quels qu'ils soient; il n'est donc pas surprenant qu'elle atteigne ceux qui sont déjà en proie à la syphilis; et je ne sache pas que, dans ce cas, le mal se présente avec des caractères distinctifs. Qu'elle soit plus rapide et plus grave, cela est possible et n'a rien de surprenant; mais qu'elle soit appelée, déterminée par la syphilis, c'est ce qu'il m'est impossible d'affirmer, n'ayant pu recueillir aucune observation à l'appui.

Hutchinson, qui s'est occupé avec une incontestable prédilection, des accidents que la syphilis héréditaire détermine du côté des yeux, affirme leur fréquence et leur gravité. Il y a là une très-grande exagération, et les faits qu'il rapporte à l'appui de sa manière de voir ne sont rien moins que probants.

Au nombre des accidents les plus précoces, il place l'iritis. Je l'ai cherchée bien souvent, et je puis affirmer qu'elle est excessivement rare et qu'elle n'entraîne pas les désastreuses conséquences que lui a attribuées le médecin anglais. — Quant à la kératite diffuse et à la choroïdite constatées, surtout chez des sujets âgés de plus de huit ans, je n'ai jamais eu l'occasion de les observer, et la lecture des observations d'Hutchinson n'a pu m'expliquer comment il avait été conduit à leur donner pour origine la syphilis héréditaire.

L'otorrhée n'existe que dans un petit nombre de cas qui coïncident d'ordinaire avec ceux où l'éruption est très-abondante sur la face. On peut donner de son développement deux explications. Suivant l'une, elle serait due à une éruption du conduit auditif externe; d'après l'autre, l'inflammation des fosses nasales se serait propagée par la trompe d'Eustache à l'oreille moyenne, et le tympan serait perforé. Dans cette genèse de l'otite chez les syphilitiques, il faut nécessairement faire une part à l'athrepsie qui, on le sait, détermine d'une manière à peu près constante, une inflammation de la caisse; la syphilis n'interviendrait, en quelque sorte, que comme une circonstance aggravante.

Je passe aux manifestations dont est le siége la muqueuse digestive. Dans l'histoire de la syphilis héréditaire, elles présentent un intérêt capital, tant au point de vue du diagnostic que de la propagation de la maladie. — L'entrée du tube digestif, le limbe buccal doit particulièrement attirer notre attention, car les lésions y sont précoces, fréquentes et d'une gravité exceptionnelle, par les dangers de contamination qu'elles font courir à la nourrice. Elles ont été très-anciennement observées. « Les lèvres, dit Bertin, surtout leurs commissures, la bouche et la gorge, se couvrent de chancres et d'ulcères. » Tous ceux qui ont écrit depuis Bertin ont signalé ces lésions. Elles se présentent sous la forme de fissures, de simples érosions ou de plaques.

Les fissures, également connues sous le nom de rhagades, sont les plus fréquentes. Trousseau, qui en avait compris toute l'importance, les a bien décrites. Leur nombre et leur profondeur sont très-variables. Elles siégent surtout à la lèvre supérieure, à droite et à gauche du lobule médian; et dans un certain nombre de cas, l'on n'en trouve pas d'autres. Elles sont manifestement déterminées par une disposition anatomique normale. D'ordinaire, en effet, le tégument labial présente en ces points un sillon très-manifeste. Beaucoup plus rarement, la lèvre inférieure est seule affectée; presque toujours alors une fissure unique existe à sa région médiane.

En général, ces solutions de continuité de la muqueuse sont beaucoup plus nombreuses, et l'orifice buccal peut en être couvert. Toujours dirigées d'arrière en avant, elles sont au début peu accentuées, et de prime abord, on pourrait croire que l'épiderme seul est fendillé, mais un examen attentif, montre que le derme est toujours atteint. Leur profondeur peut dépasser deux millimètres et elles sont plus larges du côté de la cavité buccale, que près de la peau. Leur fond est rouge, parfois jaune-abricot, sanguinolent. Souvent elles sont couvertes de concrétions qui les masquent et dont la teinte et la consistance sont très-variables.

Pour s'assurer de leur nature, il ne faut pas hésiter à les débarrasser de ces croûtes, à l'aide de lotions émollientes. Quand on les comprime entre deux doigts, on constate à leur niveau, une induration très-manifeste, et dont la valeur, au point de vue du diagnostic, est incontestable. Elles laissent toujours à leur suite des cicatrices qui, d'abord violacées, finissent par devenir blanchâtres. Quand celles-ci sont nombreuses le limbe labial présente, après la guérison, un aspect froncé tout particulier et véritablement caractéristique. Elles sont indélébiles, comme le fait très-justement remarquer Trousseau; mais il ne faudrait pas croire avec lui, qu'il n'y a pas de cicatrices labiales autres que celles de la syphilis. Il est permis d'affirmer que cette maladie peut seule produire ces incisures profondes et ces limbes froncés, dont je vous parlais tout à l'heure; mais lorsqu'il n'existe qu'une ou deux cicatrices, par exemple, au milieu de la lèvre inférieure, on n'est pas autorisé à les mettre sur son compte. Il n'est pas rare, en effet, de voir, chez des personnes d'ailleurs saines, durant la saison froide, la lèvre inférieure atteinte habituellement d'une fissure profonde, qui laisse à sa suite une cicatrice permanente.

Les excoriations n'existent pas isolément; elles accompagnent les rhagades qui, dans ce cas, sont peu profondes. Leur surface est rouge ou jaunâtre et saigne aisément, leur contour est irrégulier et marqué souvent par un cordon de petites croûtes noires ou jaunes.

Les plaques muqueuses siégent exclusivement aux commissures labiales. Elles sont en général d'un petit volume, et cette exiguïté les fait quelquefois méconnaître. Il n'est pas rare de les voir former sur la peau un bourrelet grisâ-

© BIU Santé

tre qui circonscrit une surface rose et suintante. Avec cette lésion existe souvent la précédente, et leur réunion est caractéristique. Les fissures commissurales sont, chez certains sujets, très-larges, très-profondes, et il semble que, par elles, l'orifice buccal soit agrandi. L'induration de leurs bords constitue un indice précieux de leur origine.

Contrairement aux altérations cutanées, celles qui se développent sur les lèvres sont douloureuses et provoquent souvent les cris des enfants. Elles sont une cause continuelle de gêne dans l'acte le plus utile à leur existence, la succion et jouent le principal rôle, dans la propagation de la syphilis; mais cette question ne pourra être abordée avec fruit, qu'à propos des nourrices et de l'allaitement des enfants syphilitiques.

Je n'ai pas à m'étendre longuement sur les affections des lèvres que l'on pourrait confondre avec celles que je viens de vous décrire. Chez les nouveau-nés les lèvres ne sont fissurées, excoriées ou croûteuses que du fait de la syphilis. Chez les enfants plus âgés, elles peuvent être envahies par l'impétigo et surtout par l'herpès, notamment sous l'influence de la rougeole; les ulcérations, qui se produisent alors, diffèrent de celles de la syphilis, par la rapidité de leur apparition et de leur extension à de larges surfaces; par la douleur très-vive qu'elles causent, par leur tendance hémorrhagique; enfin par l'épaisseur et la coloration noirâtre des croûtes dont elles se couvrent.

Des lèvres, je passe à la cavité buccale. Les lésions y peuvent occuper des siéges très-divers. Ce sont des ulcérations et des plaques en relief. Les premières de beaucoup les plus fréquentes, très-rares sur la voûte palatine, sont au contraire communes sur la langue, les lèvres, les gencives et sur le bord libre du voile du palais. Leur aspect varie suivant la région qu'elles occupent. Celles de la langue, quelquefois très-superficielles, sont d'un rouge vif, lisses, luisantes et circonscrites par un bourrelet de saillie variable. A leur surface, les papilles semblent détruites. Dans d'autres cas elles sont beaucoup plus profondes, et leur fond est jaunâtre ou brunâtre. Bien qu'elles soient d'ordinaire très-limitées, j'ai vu sur un petit malade, la face dorsale de la langue ulcérée sur le tiers de son étendue. La partie affectée était circonscrite par un bord irrégulier. Les autres ulcérations de la muqueuse buccale, ne présentent rien qui soit digne d'être noté. Celles de la voûte palatine et des gencives sont pâles. Le voile du palais présente assez souvent des érosions, elles y sont en général très-irrégulières et occupent la région postérieure entre la luette et les piliers, d'où elles s'avancent vers la voûte palatine qu'elles atteignent rarement. Les plaques muqueuses affectent à peu près exclusivement la langue; et pour mon compte je n'en ai jamais rencontré ailleurs. Trousseau en aurait vu sur les piliers du voile du palais. — Il y en a une ou deux, rarement davantage. Leur diamètre varie de 2 ou 3 millimètres à un centimètre. A leur niveau, la muqueuse plus rouge, ou au contraire plus pâle que sur le reste de sa surface, fait une saillie lenticulaire. On ne peut méconnaître l'analogie de cette éruption avec les plaques cutanées, notamment celles des membres inférieurs.

Toutes ces altérations de la muqueuse bucco-pharyngienne, quelles qu'elles soient, ne présentent aucune régularité dans leur disposition; rarement elles se développent sur la ligne médiane, et n'affectent, par rapport à elle, aucune disposition symétrique. Elles sont d'autant plus fréquentes, que les enfants sont plus jeunes. Ce sont les nouveau-nés proprement dits, qui en sont habituellement atteints; plus tard elles sont très-rares.

Leur diagnostic, contrairement à celui des lésions labiales, présente souvent les plus grandes difficultés; et en songeant que leur existence détermine parfois les résolutions pratiques les plus graves, je ne crains pas d'affirmer que, par elles, la sagacité et la responsabilité du médecin, sont fortement engagées. C'est vous dire quel intérêt vous devez prendre à toutes les circonstances qui vous permettront de les reconnaître.

Laissant de côté un certain nombre d'affections buccales de l'enfance, telles, par exemple, que la stomatite ulcéro-membraneuse, très-rare chez les sujets de cet âge, je ne m'occuperai que des ulcérations qui peuvent se montrer chez les enfants, à l'époque où se développent celles de la syphilis héréditaire.

Les aphthes, d'ailleurs peu communs chez les nouveau-nés, et presque toujours assez nombreux, consistent en des ulcérations parfaitement circulaires. Quand la pellicule blanchâtre, très-éphémère, qui les couvre au début, n'existe plus, on distingue très-nettement une cupule circonscrite par une zone d'un rouge vif. Douloureux, ils rendent la succion très-pénible quand ils sont groupés sur la région antérieure de la muqueuse buccale.

Les plaques diphthéritiques avec leur saillie, leur ténacité, leur aspect luisant ne me semblent pas devoir être une cause d'erreur. Mais il est une maladie, l'athrepsie, qui engendre tout un groupe d'ulcérations, confondues chaque jour avec celles de la syphilis.

Presque toujours elles sont placées sur la ligne médiane ou sur des points symétriques de la muqueuse buccale. C'est là leur caractère essentiel, et vous n'aurez pas de guide plus sûr, dans ce diagnostic difficile.

Leurs siéges de prédilection sont: le frein de la lèvre inférieure, celui de la langue, et deux régions de la voûte palatine; à savoir: sa partie médiane et moyenne, là où se développent le plus habituellement les kystes épidermiques décrits par MM. Guyon et Thierry; et ses deux angles postérieurs. Il est beaucoup plus rare d'en trouver sur le bord alvéolaire des maxillaires et sur la face dorsale de la langue. Ce n'est pas seulement par leur siége si caractéristique que ces lésions athrepsiques diffèrent de celles que la syphilis héréditaire fait naître sur la même muqueuse; elles s'en distinguent encore par leur développement rapide, par leur teinte gris-jaunâtre, la rareté à leur surface de tout suintement sanguin, la tendance qu'elles ont à se sphacéler; enfin par ce fait que quelques-unes d'entre elles se développent à peu près exclusivement chez les enfants qui prennent le sein. Cela est surtout vrai pour les ulcérations staphylo-palatines que je qualifie de plaques ptérygoïdiennes. Les nouveau-nés, très-nombreux sur lesquels on les constate, tètent actuellement ou ont récemment tété. Leur fréquence m'engage à vous faire connaître leur physionomie si caractéristique; je vous affirme que, les ayant observées une fois, vous les reconnaîtrez toujours aisément. Même lorsqu'il se développe dans leur voisinage des altérations syphilitiques, qui les entament et les déforment, elles conservent un aspect si spécial qu'on ne saurait méconnaître leur existence; et, dans la lésion complexe qui résulte de ce mélange, on peut faire la part de l'athrepsie et celle qui revient à la syphilis. Les plaques ptérygoïdiennes sont deux ulcérations situées immédiatement en arrière et en dedans de l'arcade alvéolaire supérieure, au niveau de la saillie formée par les apophyses ptérygoïdes; elles ont la forme d'un cercle très-nettement limité, d'un centimètre environ de diamètre, gris ou jaunâtre, circonscrit par une zone rouge de deux ou trois millimètres de large.

Le muguet détermine une desquammation de l'épithélium buccal, et s'accompagne d'une rougeur intense, toujours facile à reconnaître, que l'on ne mettra jamais sur le compte de la syphilis.

Dans tout ce que je viens de vous dire, j'ai admis implicitement le cas le plus simple, celui où les deux espèces de lésions existent sur des sujets différents; mais il peut se faire qu'elles se rencontrent sur le même malade, car la syphilis et l'athrepsie sont loin de s'exclure. Alors, il pourra être très-malaisé de discerner dans ces désordres de la muqueuse, le mal fait par l'une, de celui fait par l'autre; mais cela importe peu; ce qui est essentiel, c'est de reconnaître la présence de la syphilis; car de cette notion dépendra votre conduite, non-seulement dans le traitement de l'enfant, mais, ce qui est beaucoup plus grave, vis-à-vis de la nourrice. Toute erreur de diagnostic

© BIU Santé

entraîne ici les conséquences les plus fâcheuses. Si vous croyez à de la syphilis quand il ne s'agit que d'un produit athrepsique, vous arrachez l'enfant au sein, son meilleur et quelquefois son unique moyen de salut, dans les conditions où il se trouve; si, au contraire, vous méconnaissez la nature syphilitique d'une lésion, ce n'est plus seulement la santé de l'enfant que vous allez compromettre, c'est encore celle de la nourrice, qui, sur la foi de votre dire, n'hésite pas à lui livrer son sein. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE INTERNE

Rapports des dyspepsies avec les maladies constitutionnelles (1).

Par le Dr **J. CORNILLON** (de Vichy).

III. *Caractères généraux des dyspepsies dépendant des diathèses et de certaines maladies chroniques.* — Les dyspepsies idiopathiques sont le plus souvent le résultat d'un *modus agendi et vivendi* malentendus. Aussi cessent-elles rapidement dès qu'on a supprimé certains ingesta manifestement nuisibles, qu'on a modifié le régime alimentaire et qu'on a augmenté les exercices corporels. Leur peu de ténacité et leur courte durée sont leurs deux caractères les plus saillants. Les troubles gastriques symptomatiques d'une maladie générale ou chronique ont une physionomie tout autre. Ils ne sont pas subordonnés exclusivement au *modus faciendi* individuel; on a beau corriger en effet l'alimentation dans ce qu'elle a de vicieux, la rendre plus digestible, supprimer les excitants de quelque nature qu'ils soient, sans pour cela atteindre le résultat désiré. C'est pourquoi j'ai échoué à maintes reprises chez des gens dyspeptiques qui étaient sous le coup d'une tuberculisation pulmonaire ou d'un cancer du foie, et que, dans d'autres circonstances, j'ai procuré du soulagement en m'attaquant directement à la diathèse que je soupçonnai sans m'occuper, d'une manière spéciale, de l'affection gastrique pour laquelle j'étais consulté. Dans les congestions du foie, dans la lithiase biliaire, j'ai vu la dyspepsie cesser rapidement dès que cet organe était revenu à son volume normal ou que le malade avait expulsé quelques graviers. Plusieurs de nos confrères ont été comme nous, témoins de cette particularité.

Une dyspepsie étant donnée, peut-on diagnostiquer la diathèse ou la maladie chronique dont elle dépend? En d'autres termes, les dyspepsies symptomatiques ont-elles des caractères différentiels tranchés qui permettent de les reconnaître à première vue? Je n'hésite pas à avancer que leur physionomie, leur marche seules ne suffisent pas dans tous les cas, pour établir cette distinction. On est souvent obligé d'appeler à son aide des symptômes concomitants, ou de rechercher soit dans les antécédents du malade, soit dans les ascendants, des renseignements sans lesquels il serait impossible de faire un diagnostic rationnel. Je dois ajouter aussi qu'il est des cas où cette distinction est possible; c'est ce que nous allons examiner.

Ces énormes quantités de nourriture, que certains glycosuriques sont obligés d'ingurgiter pour satisfaire leur faim, sont présentes à l'esprit de tout le monde. Il en est même qui ne se contentant pas des repas de la journée se lèvent plusieurs fois dans la nuit pour manger, et s'ils ne satisfont pas sur le champ aux exigences de leur estomac ils éprouvent des tiraillements pénibles dans la région épigastrique. Aussi ces malheureux sont-ils obligés de porter constamment avec eux des aliments liquides ou solides, qu'ils prennent dès que leur estomac est vide; c'est à ce prix seulement que leurs souffrances sont tolérables. Il est rare qu'avec cette exagération de l'appétit il n'y ait pas en même temps une dépravation du goût: les malades sont friands des aliments sucrés et féculents.

Bien que très-fréquente, la boulimie n'est point comme la polydipsie et la polyurie un signe constant et initial du diabète. Souvent, en effet, on ne l'observe que quand l'affection est déjà ancienne, qu'elle a été mal soignée; parfois elle fait absolument défaut. Cette exagération de l'appétis coïncide ordinairement avec l'amaigrissement et la déperdition des forces; car elle résulte des pertes que subit l'économie en aliments azotés et chlorurés. Seule la dyspepsie boulimique peut mettre sur la voie d'un diabète méconnu, sans cependant indiquer d'une façon certaine l'existence de cette dernière maladie chronique; elle se montre, en effet, très-souvent chez les personnes nervosiques, sans que néanmoins il y ait du sucre dans leurs urines. Mais quand la polyphagie s'accompagne de soif, d'amaigrissement prononcé, de polyurie, on peut, à coup sûr, affirmer que le sujet est glycosurique.

Lorsque, par elle-même, la dyspepsie n'est pas suffisante pour faire toucher du doigt la maladie constitutionnelle ou chronique dont elle relève; elle produit alors, dans certains cas, des troubles nerveux qui permettent d'établir cette distinction. Chez les hystériques les désordres stomacaux sont la règle: tantôt ils sont caractérisés par des vomissements incoercibles, tantôt par une gastralgie intense, tantôt enfin par une flatulence considérable accompagnée de ballonnement du ventre. Avec une multiplicité aussi considérable de formes morbides, il serait impossible d'assigner aux troubles gastriques une valeur séméiologique, si au moment de l'accès il ne survenait point de symptômes névropathiques qui pussent nous permettre de les différencier d'autres désordres analogues, mais ne reconnaissant point la même origine pathologique. Chacun sait qu'au moment de la crise il y a ascendance d'une aura, dont le point de départ est la région épigastrique où elle donne la sensation d'une boule et qui va jusqu'à la gorge. Il se produit alors une dysphagie pénible et un spasme glottique qui se manifeste par un sifflement particulier avec accompagnement de strangulation, de palpitations et de syncope. Cette aura, dont le point d'origine est l'estomac, a été localisée par Beau dans le nerf pneumo-gastrique dont elle suit, en effet, la direction de la circonférence au centre. Lorsque l'excitation arrive jusqu'à l'émergence du nerf les convulsions commencent, mais fréquemment elle ne dépasse pas la partie supérieure du tronc, alors il n'y a pas d'attaque proprement dite. Dans certains cas, l'aura débute par les ovaires, remonte à l'estomac en se reliant ainsi à l'excitation épigastrique, de manière à constituer une aura unique qui s'étend du bassin au larynx. Cette dernière origine de l'accès hystérique est très-fréquente, mais elle n'enlève pas à la dyspepsie ses caractères essentiels. Aussi, toutes les fois que, chez une jeune personne de sexe féminin, il survient des troubles digestifs variables avec ballonnement du ventre, sensation de boule épigastrique, sentiment de strangulation à la gorge, dyspnée intense, palpitations cardiaques et syncope, qu'il se déclare ou non des accès francs d'hystérie, on doit rattacher les troubles gastriques à cette maladie nerveuse.

De toutes les dyspepsies diathésiques, celle dont les caractères sont les plus nets, est, sans contredit, la dyspepsie alcoolique. Je fais abstraction de cette forme hybride qu'on remarque chez les vieux buveurs cachectiques et qui consiste tantôt en vomissements sanguins, alimentaires ou muqueux, tantôt au contraire en une inappétence absolue ou en un dégoût pour toute espèce de nourriture saine. Cette dernière variété n'est, à proprement parler, qu'un des symptômes de la gastrite chronique qui n'a rien à faire ici. Mais il en est une, connue sous le nom de pituite, et qui est tout à fait spéciale à l'alcoolisme chronique. Elle est caractérisée par des vomissements glaireux ou bilieux, se produisant généralement à jeun et le matin à l'heure du réveil. Outre leur nature propre qui est pathognomonique, la manière dont ils sont effectués est non moins spéciale. C'est ainsi qu'ils ont lieu sans le moindre effort, souvent même sans que le sujet se soit livré la veille à des libations copieuses. C'est ainsi qu'ils ne se produisent pas tant que le malade garde le lit, qu'il a conservé la position ho-

(1) Voir le n° 21.

© BIU Santé

rizontale et qu'ils n'apparaissent que quand il met le pied à terre, il ressent alors des tournoiements de tête et les évacuations commencent. C'est ainsi qu'une fois la crise passée, le dyspeptique se sent à l'aise, il se rend à son travail sans éprouver la moindre douleur dans le creux épigastrique ou ailleurs, il mange ensuite avec appétit et digère facilement. J'ai remarqué souvent que, quand par hasard les vomissements viennent à manquer, les malades sont inquiets, souffreteux et se plaignent de céphalalgie. La pituite est, en somme, un indice certain d'alcoolisme chronique; c'est donc un symptôme d'une grande valeur séméiologique.

Dans l'arthritisme la dyspepsie ne revêt pas une physionomie aussi simple que dans les autres maladies chroniques et diathésiques que nous venons de passer en revue. Tantôt elle est caractérisée par des vomissements bilieux ou alimentaires survenant à certaines heures de la journée, et simulant, à s'y méprendre, la dyspepsie des alcooliques, ainsi que nous l'avons observé chez les deux sujets dont nous avons raconté plus haut l'intéressante histoire, tantôt, au contraire, elle affecte la forme d'une brûlure sur le trajet de l'estomac à la bouche avec régurgitations de mucosités acides, tantôt enfin elle consiste en émission de gaz plus ou moins fétides. Ces deux dernières variétés de troubles digestifs (dyspepsie ascescente et flatulente) sont souvent réunies ensemble dans l'arthritis et m'ont paru de beaucoup les plus fréquentes.

Je les ai constatées d'une façon très-nette, chez un jeune homme de 27 ans, bien constitué, qui, à certaines époques, ressentait des douleurs dans les genoux, les coude-pieds, les métatarses, avec rougeur et gonflement des surfaces articulaires. Il avait remarqué que, depuis un certain temps, son ventre se ballonnait après le repas, la digestion était pénible, il rendait beaucoup de gaz avec expulsion involontaire de mucosités acides. Sur les conseils d'un de ses amis, il alla consulter une des célébrités médicales de Paris, on lui prescrivit de la teinture de noix vomique, et, au bout d'un mois, les troubles digestifs s'étaient considérablement améliorés. Lorsque je le vis, tous les symptômes principaux s'étaient dissipés; les alcalins et les douches complétèrent la guérison.

A maintes reprises j'ai vu ces deux formes morbides évoluer simultanément chez des arthritiques; c'est donc un un signe précieux. Mais, isolément, elles n'ont plus la même valeur séméiologique. — Car, bien des gens qui ne sont ni goutteux, ni rhumatisants ont, à certains moments, des régurgitations de mucosités acides. — Il suffit souvent d'un léger écart de régime, d'une absorption un peu trop forte de liqueurs, d'un repas trop copieux, pour éprouver ces malaises. J'en dirai autant de la dyspepsie flatulente; bien qu'elle apparaisse dans une foule de maladies chroniques, que parfois elle soit idiopathique, jamais elle n'est plus prononcée que dans l'hystérie, où elle peut être regardée comme un symptôme ordinaire de cette affection, mais quand elle s'accompagne d'acescence, elle est habituellement une manifestation de l'arthritis, surtout si le sujet, qui en est atteint, appartient au sexe masculin.

M. Pidoux accorde à la flatulence une valeur séméiologique plus grande que je ne le fais, car il la regarde comme un signe irrécusable de goutte, surtout si elle s'accompagne de gonflement douloureux de la région épigastrique, de ballonnement du ventre, avec congestion céphalique après le repas; il en attribue l'origine à une dilatation de l'estomac occasionnée par la trop grande quantité d'aliments qu'absorbe le podagre.

La marche des dyspepsies, dépendant soit de la goutte soit du rhumatisme, est plus caractéristique encore que les symptômes morbides auxquels elles donnent lieu. Car, lorsque l'accès de goutte vient à se déclarer, les désordres digestifs cessent, non-seulement pendant toute la durée de la crise, mais longtemps encore après qu'elle est terminée. Il faut parfois même une légère cause occasionnelle pour en provoquer le retour; il se produit, en somme, une espèce de dérivation semblable à celle qui a eu lieu pour l'acide urique. Tout le monde sait, en effet, que, pendant les périodes de calme, les urines des goutteux contiennent plus d'acide urique qu'à l'état normal; dès qu'une crise se déclare, cet acide est éliminé en moins grande proportion. Il se produit là un véritable déplacement qui cesse avec l'accès. — En faisant disparaître la dyspepsie, la crise goutteuse exerce sur elle une influence manifeste; mais, d'autre part, la réciprocité existe. Car tant que les troubles gastriques conservent leur intensité ordinaire, le goutteux n'a guère à redouter un accès.

Dans la diathèse rhumatismale, nous sommes témoin des mêmes singularités; dès que les douleurs musculaires et fibreuses, articulaires ou autres apparaissent avec une certaine force, les troubles digestifs diminuent s'ils ne cessent pas, et, lorsqu'elles sont calmées, la dyspepsie renait au bout d'un certain temps. — Il se produit, en somme, comme dans la goutte, un véritable déplacement, et les traitements que l'on fait subir aux rhumatisants n'ont, le plus souvent, que ce but et ce résultat. En voici un exemple : cet été, j'ai donné des soins à un malade d'une cinquantaine d'années, grand chasseur, qui a éprouvé, à différentes reprises, des manifestations rhumatismales diverses. Il y a cinq ans, il eut même une sciatique à gauche qui le retint au lit pendant un mois. Depuis cette époque, il ressent, aux changements de saison surtout, des douleurs vagues dans les membres, qui ne l'inquiétent nullement, mais il lui est survenu, en outre une dyspepsie flatulente qui a acquis cette année-ci une intensité considérable, et a assombri son caractère. Lorsque je le vis pour la première fois, son appétit était médiocre, sa digestion laborieuse, et pendant toute la journée il était tourmenté par des éructations fétides. — Il me fit observer que, depuis l'apparition de cette dyspepsie, ses douleurs avaient presque entièrement cessé, et que, s'il n'était pas si incommodé par les gaz, il ne consentirait à subir aucun traitement bien qu'il ne mange guère, car il se sent plus alerte, marche plus facilement, et il n'a plus la moindre gêne dans le membre qui avait été frappé autrefois par la sciatique.

Je conseillai à ce malade de boire de l'eau de Vichy, sur place, et de prendre chaque jour une douche froide pendant trois semaines. Durant toute la cure hydrominérale, les douleurs rhumatismales s'étant réveillées, acquirent une très-grande violence, et ne se calmèrent que longtemps après la fin du traitement alcalin. Depuis cette époque, l'état de l'estomac s'est considérablement amélioré : les gaz ont disparu et l'appétit est satisfaisant.

La cure thermominérale a produit, chez ce malade, ce que le hasard amène fréquemment : le déplacement de la manifestation morbide. En effet, dès que les douleurs rhumatismales ont reparu, les troubles gastriques ont diminué d'intensité : il y a eu substitution. Souvent il y a, en outre, alternance et c'est même cette alternance qui m'a permis de me prononcer dans le cas suivant : Un malade de Saint-Etienne est le fils d'une rhumatisante; il souffre lui-même depuis fort longtemps de douleurs vagues dans l'épaule droite, la jambe, la cuisse gauche. De plus, il a éprouvé à certaines reprises des névralgies dans le côté gauche de la face, sans que pourtant ses dents fussent cariées. Il y a six ans, il devint dyspeptique; tous les trois mois, depuis cette époque, il a pendant la nuit des crampes d'estomac, suivies d'expulsion de matières alimentaires et bilieuses; une fois la crise passée, l'appétit revient et la digestion s'exécute librement. Ce malade est sobre; il ne se livre jamais à la boisson. Mon embarras était grand. Avais-je affaire à une dyspepsie idiopathique ou symptomatique? J'hésitai jusqu'au moment où il me raconta que, quand il souffrait vivement de l'estomac, les douleurs rhumatismales cessaient. A ce moment, tout doute disparut; j'avais affaire à une dyspepsie rhumatismale.

Ces déplacements morbides sont parfaitement connus du public. N'entendons-nous pas dire journellement aux rhumatisants, quand ils souffrent de la région épigastrique, que c'est leur rhumatisme qui s'est porté à l'estomac. Cette

© BIU Santé

opinion a du bon; car cette maladie constitutionnelle a le triste privilége de se porter indistinctement sur tous les systèmes de l'économie. Pourqui épargnerait-elle l'estomac ? Je n'en aperçois pas le motif.

Dans le tubercule et le cancer, la dyspepsie ne revêt pas une forme spéciale comme dans les maladies constitutionnelles que nous venons de passer en revue. Tantôt elle est caractérisée par de l'anorexie et de la constipation, tantôt par des crampes et de la difficulté dans la digestion; chez les uns, elle consiste en un sentiment de brûlure et de pesanteur à la région épigastrique; chez les autres, en des vomissements incoercibles. Rien n'est plus variable. Aussi d'après sa physionomie et sa marche, il est impossible de savoir si elle est symptomatique ou bien si elle est idiopathique. C'est du côté des antécédents du sujet qu'il faudra diriger ses recherches. A-t-on affaire à un homme sobre, d'une condition aisée, ne commettant jamais d'excès de travail, s'il n'y a rien de diathésique dans ses ascendants, il est très-probable que la dyspepsie est idiopathique; mais si parmi ses parents il existe des tuberculeux ou des cancéreux, on doit redouter tôt ou tard l'éclosion de l'une ou l'autre de ces affections graves.

Dans certains cas, c'est par abstraction qu'on arrive à établir que les troubles stomacaux dépendent d'une maladie constitutionnelle. Trousseau, ayant eu à traiter une dyspepsie rebelle jusqu'alors à tout traitement, soupçonna la syphilis. Après avoir minutieusement interrogé son malade, il acquit la certitude qu'il avait eu autrefois des accidents vénériens; il prescrivit de l'iodure de potassium, et au bout de quelques jours la dyspepsie avait cessé. Cette année-ci, j'ai observé un cas tout à fait semblable et j'ai obtenu un résultat analogue par les mêmes moyens.

Malheureusement il arrive souvent qu'il est difficile de reconnaître si une dyspepsie est symptomatique, ou bien si elle est seulement idiopathique. Le sujet a perdu ses parents depuis longtemps, sans avoir la moindre indication sur les accidents qui les ont enlevés, il n'a ni frères, ni sœurs, rien enfin qui puisse faire saisir les traces d'une maladie héréditaire quelconque. D'autre part, sa conduite ne laisse rien à désirer; il ne commet aucun excès de boisson ou autre; la durée des phénomènes dyspeptiques seuls pourra nous mettre sur la voie du diagnostic. Si, malgré un régime et une hygiène appropriés, les troubles digestifs persistent ou s'aggravent au bout d'un mois, on a certainement affaire à une dyspepsie symptomatique; car la dyspepsie idiopathique ne résiste pas aussi longtemps à un traitement sérieux.

Il ne restera plus alors qu'à examiner si elle ne dépend pas d'une affection diathésique dont elle serait une des manifestations pathologiques, ou bien si on ne doit pas la rattacher à une maladie chronique du foie, des reins, ou d'un autre organe. La marche croissante des troubles digestifs, leur durée longue, l'apparition de certains symptômes concomitants permettront seuls d'arriver à cette précision diagnostique.

La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance, mercredi 12 juin, à 8 heures précises du soir, à la mairie du Louvre. Ordre du jour : 1° Election d'un membre titulaire et d'un associé libre national; 2° Constitution médicale du mois de mai. Policlinique; 3° La législation anglaise contre les maladies zymotiques; par M. Adolphe Smith, rédacteur de *la Lancette* de Londres; 4° Rapport sur l'usurpation des titres médicaux; discussion du vote sur les conclusions de ce rapport; 5° Des accouchements qui se font à Paris chez les femmes indigentes, patronnées ou non par l'assistance publique et des réformes à apporter dans l'enseignement comme dans l'exercice général de l'obstétrique; par M. Matteï; 6° Modifications au bulletin statistique de la Société.

Société de médecine légale. Séance fixée au lundi 3 juin 1878 (à cause des fêtes de la Pentecôte), à 3 h. précises, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e chambre du tribunal civil). *Ordre du jour* : Vote sur la candidature de M. Schœnfeld, de Bruxelles, au titre de membre correspondant étranger. — Etude médico-légale sur la combustion, par M. Brouardel. — Communication de la commission de jurisprudence, rapporteur M. E. Horteloup. — Communication de M. Masbrenier. — Suite de l'ordre du jour de la précédente séance.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'affaire Danval et l'expertise au point de vue moral.

Les lecteurs du *Progrès médical* nous pardonneront de revenir encore une fois sur l'affaire Danval, mais elle soulève, au point de vue médico-légal, un problème dont la solution intéresse au plus haut degré la dignité du corps médical.

Dans le numéro 20 de ce journal, nous n'avons pris que le côté chimique de la question; nous avons démontré comment les recherches des chimistes n'avaient pas été suffisamment guidées par l'expert médical, comment on s'était contenté d'envoyer au laboratoire des Arts-et-Métiers des fragments du foie, de l'estomac, des intestins, alors qu'une série de recherches récentes démontraient qu'il fallait tenir surtout compte de la localisation de l'arsenic dans le cerveau et la moelle; la science de M. Lhote, celle de M. Bouis sont au-dessus de toute contestation, nous ne pouvons leur reprocher de n'avoir pas cherché ailleurs, cela regardait les médecins-experts..... M. Delens a,du reste,eu grand soin de le dire.

Les chimistes étaient donc d'accord; dans les pièces analysées, il y avait très-peu d'arsenic, c'est ce qu'ils ont trouvé; cette quantité presque homœopathique d'arsenic a-t-elle pu causer la mort? c'est ce que les médecins auraient dû dire, sans commentaires; il restait aux jurés et aux jurés seuls à décider, pièces à conviction et rapports médico-légaux en main, si, oui ou non, madame Danval avait été *empoisonnée* par son mari. Il y eut, au contraire, dans cette malheureuse affaire comme dans le procès Moreau, comme dans celui de Billoir, une redoutable responsabilité assumée gratuitement par l'expertise médicale, qui parut, aux yeux de quelques-uns, être au moins favorable à l'accusation. De là ces luttes, ces paroles parfois blessantes, ces discussions entre médecins, et cette triste scène qui semble renouvelée de Molière et dont on rirait presque, si derrière cette controverse, on ne sentait la tête d'un homme prête à rouler sur l'échafaud.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur le discrédit dans lequel de telles argumentations plongent le corps médical; le malade, généralement ergoteur, triomphe et déclare que la médecine n'est pas une science, que les médecins ne sont jamais d'accord, qu'ils ne connaissent même pas l'action des poisons, qu'ils ignorent tout autant celle des médicaments.

A qui la faute? Est-ce aux chimistes ? Non, nous venons de le prouver. Est-ce aux médecins-experts? Oui, mille fois oui; et cependant nous pourrions en partie mettre hors de cause M. Delens, solidaire, il est vrai, de son confrère, puisqu'il a signé et défendu le rapport, mais dont la compétence est ordinairement réservée aux questions chirurgicales, et pour la solution desquelles son tact et sa modération ont été justement appréciés.

C'est donc au seul docteur Bergeron que les critiques peuvent et doivent être adressées; il a agi selon sa conscience, son serment le prouve, mais il a négligé de faire complètement son autopsie; non-seulement il n'a pas poursuivi *dans chaque organe* l'examen anatomique, mais encore il est des organes qu'il n'a même pas regardés!

Est-ce de cette façon que l'on procède si l'on désire faire

© BIU Santé

une observation complète? s'il en doute, il n'a qu'à ouvrir les Bulletins de la Société anatomique, et il verra que de simples externes procèdent avec plus de méthode que lui, et alors qu'il ne s'agit ni de l'honneur, ni de la liberté, ni de la vie d'un malheureux, que l'on doit supposer innocent, tant que sa culpabilité n'est pas rigoureusement démontrée.

Nous nous associons donc pleinement aux critiques de M. Cornil, toute question de forme de côté; n'a-t-il pas raison quand il trouve singulier d'affirmer l'absence de méningite, alors que le cerveau, tombé à terre, n'a pas été examiné; quand il s'étonne de l'absence d'examen histologique ; quand, prenant ligne par ligne le rapport officiel, il en montre les contradictions? Nous avouons, pour notre part, avoir été étonné de voir un cadavre si bien *conservé* par l'arsenic, devenir, au bout de quinze jours, le siége d'une putréfaction telle que les principaux viscères étaient méconnaissables ; nous n'admettrions pas non plus, en bonne clinique, qu'un cerveau ne contenait pas de tubercules, parce qu'il n'y en avait ni dans les poumons ni dans l'abdomen ; nous ne saurions non plus admettre qu'on trouve une pilule dans un estomac sans en chercher la composition; nous avons souvent, au contraire, lu dans les manuels les plus concis que, dans le cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, on profite de son peu de solubilité pour tâcher de le retrouver en nature dans le contenu de l'estomac.

La pratique de la médecine légale serait-elle donc si différente de la théorie ? Aurions-nous en vain sur les bancs de l'école appris de combien de précautions un expert doit s'entourer, et ces mesures de vulgaire prudence ne devraient-elles figurer que sur le papier ? Il en semble ainsi, quand on voit la façon dont, depuis quelque temps, l'expertise se pratique en France. Citons des faits :

Dans le procès Moreau, on a trouvé une quantité très-faible de cuivre, et on a conclu : 1° que le cuivre empoisonnait ; 2° que la quantité trouvée suffisait à empoisonner ; 3°.... que c'était bien Moreau qui avait empoisonné sa femme ; cette dernière conclusion était une opinion personnelle à l'expert et que nous n'avons pas à discuter. Or, on sait : 1° que le cuivre est difficilement toxique, ou du moins qu'on ne peut empoisonner une personne par le sulfate de cuivre, sans qu'elle éprouve un cortége de symptômes caractéristiques ; 2° que la quantité de cuivre trouvée était presque insignifiante et qu'on peut vivre avec beaucoup plus de cuivre que cela dans le foie.

Dans la récente affaire de Toulouse, on a fait une expertise en n'employant pas des vases et des bouchons neufs, alors que l'on cherchait un poison minéral, et l'on a bouché les fioles contenant les liquides saisis avec du liége trouvé au domicile de la victime, qui se servait depuis longtemps de préparations arsénicales !

Tous les jours, dans les grands hôpitaux de Paris, on voit entrer des malades trouvés sur la voie publique ; s'ils succombent dans un certain délai, les chefs de service n'ont pas le droit d'y toucher pour en faire l'autopsie ; on attend le médecin légiste, et on a raison ; cette mesure est excellente... à la condition que celui-ci fasse avec plus de compétence cette autopsie médico-légale. Nous affirmons que dans plusieurs circonstances, ces autopsies n'ont pas été faites du tout, et que les cadavres ont été enterrés avant l'arrivée des chefs de service ou de leurs élèves, ce qui fait que le certificat des causes de la mort est forcément erroné et que l'on est encore bien moins avancé que si le chef de service avait fait l'autopsie, même avec une moindre compétence, mais avec un soin qu'on ne retrouve pas chez les experts. Nous nous contenterions parfaitement, pour notre compte, d'une des autopsies de la Salpétrière; on y a l'habitude de procéder méthodiquement ; on ne juge aucun organe indigne de l'examen, et quand un cerveau tombe par terre (ce qu'on tâche d'éviter), eh bien, on le ramasse et, comme on commence humblement par se méfier de ses sens, on le fait durcir, on y pratique des coupes, on l'examine à plusieurs reprises et on n'affirme pas sur un fait isolé. Ce que nous disons de la Salpétrière s'applique du reste à tous les hôpitaux où l'on fait les autopsies d'une façon sérieuse.

Il est probable que le défaut d'installation empêche l'autopsie médico-légale d'être aussi exacte que celles que l'on fait tous les jours dans les hôpitaux. C'est ce que M. Cornil a fait ressortir aussi, c'est ce dont la presse médicale se plaignait récemment dans plusieurs articles consciencieux, c'est aussi la lacune que nos conseillers municipaux s'efforceront prochainement de combler par la création de laboratoires de médecine légale et de toxicologie : il faut que la médecine légale soit enseignée pratiquement, il faut que l'on forme une génération de jeunes médecins compétents, spéciaux, *ayant vu* avant de conclure, ayant une expérience et non pas des connaissances théoriques, — et, avouons-le, trop souvent incomplètes. Quand, au sortir des bancs de l'école, nous tenons entre nos mains la liberté et l'honneur des gens, quand nous pouvons priver un aliéné de tous ses droits, déclarer un testament nul, affirmer que tel cadavre contenait du poison, au moins devons-nous avoir appris et l'aliénation et la médecine légale et la toxicologie ; c'est une simple affaire de bon sens ; tout médecin peut actuellement être choisi comme expert, c'est un grand tort ; qu'il plaise au tribunal de choisir un oculiste pour décider d'un cas de folie, ce sera ridicule, mais il n'y aura rien à dire.

Il faut donc assurer la plus grande extension possible aux exercices de médecine légale dont l'essai vient de donner de si bons résultats, mais il faut aussi trouver quelque mesure pour former des experts qui soient désormais des arbitres, des médecins qui se souviennent qu'ils n'ont pas à juger le coupable présumé, tant qu'ils ne sont que témoins, et que c'est sortir du rôle médical que de donner son appréciation d'homme ; au-dessus de nos sentiments personnels, il est une série de vérités qui constituent la science ; c'est elle qui doit parler par la bouche du médecin légiste, peu doit lui importer qu'il y ait un ou plusieurs accusés, qu'ils soient sympathiques ou non : y a-t-il eu dans le corps une dose suffisante de substance toxique pour entraîner la mort après les symptômes indiqués ? Oui, ou non.— C'est là tout ce que la justice demande au médecin expert, et c'est manquer d'égards à un tribunal et peser à tort sur la conscience des jurés, que de profiter de l'autorité qui s'attache à notre titre d'expert pour donner une opinion que nous n'avons qu'en tant que citoyen.

Par de semblables abus, on arriverait vite à jeter sur la médecine légale, et par contre-coup sur le corps médical tout entier, un tel discrédit, qu'il semblerait que le médecin moderne n'est plus auprès du parquet qu'une créature dé-

© BIU Santé

vouée, qu'un aide de l'accusation, comme au temps où le rôle du médecin consistait à conserver un reste de vie a l'accusé pendant la torture.

Le médecin légiste doit se placer au-dessus des passions du moment, mais il ne sera infaillible que s'il est suffisamment éclairé; que l'expertise médico-légale soit donc désormais confiée à un groupe d'hommes spéciaux, munis de tous les moyens d'investigation, et dont la prudente réserve rende indiscutable pour tous le rapport qu'ils auront élaboré en commun.

Les médecins étrangers en France.

On se souvient peut-être qu'en 1876 (1), M. Roger-Marvaise avait déposé à la Chambre des députés une proposition de loi ayant le double but d'exiger des étrangers, pour l'exercice de la médecine en France, les garanties que fournissent les nationaux par les examens qu'ils doivent subir, et de réprimer l'usurpation du titre de docteur. La Commission d'initiative, sur le rapport de M. Spuller, conclut à la prise en considération, que la Chambre vota. Une Commission spéciale fut nommée, dont tous les membres déclarèrent adopter le principe de la proposition de loi. On pouvait donc espérer qu'enfin allaient disparaître les abus autorisés par l'article IV de la loi du 19 ventôse, article dont l'abrogation avait déjà été vainement reconnue nécessaire par tous les pouvoirs publics, depuis plus d'un demi-siècle. Survint le 16 mai, tout fut à recommencer : il était juste que le corps médical eût sa part des bienfaits déversés alors sur le pays.

Cependant les choses ayant tourné autrement qu'on ne s'y attendait, la question n'aura été, au lieu d'être enterrée définitivement, qu'ajournée de deux ans. M. Roger-Marvaise représente sa proposition, et la Chambre pourra marcher plus rapidement à la solution, tous les travaux préparatoires étant faits dores et déjà ; il n'y a plus qu'à discuter.

L'ancien article premier du projet Roger-Marvaise assimilait absolument, au point de vue des examens probatoires, les gradués étrangers aux gradués nationaux, exemptant seulement les premiers des frais de scolarité. Nous avons dit en 1876 ce que nous pensions de cette exemption et nous persistons à regretter que l'amendement de M. Mollien, donnant satisfaction à notre critique, n'ait pas trouvé place dans la nouvelle rédaction de l'article premier. La Commission de 1877 pensa que l'assimilation complète n'était pas possible. Le seul argument à l'appui que nous trouvions dans le nouvel exposé des motifs de M. Roger-Marvaise, c'est que, sous tous les régimes et dans tous les systèmes, les chirurgiens et médecins étrangers, gradués des universités étrangères ont pu être dispensés de la scolarité. L'argument nous semble prouver trop ou trop peu. D'accord avec M. Mollien, nous continuerons à réclamer contre la dispense des *frais* de scolarité. La seule dispense raisonnable et juste est celle du *temps* de la scolarité, et encore y aurait-il matière à chicane sur ce point, si l'on voulait être pointilleux.

Voici quelle est la nouvelle rédaction proposée par M. Roger-Marvaise :

(1) Voir le *Progrès médical*, n° 28, 1876.

« L'article 4 de la loi du 19 ventôse an XI, relative à l'exercice de la médecine est modifié ainsi qu'il suit :

« Les médecins et les chirurgiens étrangers gradués dans une université étrangère peuvent obtenir du Ministre de l'Instruction publique la dispense de la scolarité, après avis de la Faculté de médecine devant laquelle ils doivent subir les examens dits d'autorisation.

» Ils ne peuvent exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République qu'après avoir subi, devant une faculté de l'Etat français, deux examens, l'un théorique, l'autre pratique, dont les formes et les matières seront déterminées par un règlement d'administration publique.

» Le médecin ou le chirurgien étranger reçu à ces deux examens recevra un diplôme et prendra le titre de médecin ou de chirurgien autorisé. »

Tel qu'il est libellé, cet article semble inapplicable aux nationaux qui auraient pris leurs grades à une université étrangère ; il suffirait, pour faire disparaître toute ambiguïté, de supprimer le qualificatif *étranger*, après les mots médecins et chirurgiens. En outre, il nous apparaît que l'avis de la Faculté, sur l'autorisation à donner, ne sera formulé qu'après les examens dits d'autorisation, Il faut, au point de vue des garanties sociales recherchées par la loi du 19 ventôse, supposer que les deux examens, l'un théorique, l'autre pratique, équivaudront réellement aux cinq examens probatoires exigés de nos nationaux, sans compter la thèse. L'hypothèse nous paraît hasardée ; si elle se vérifiait nous demanderions une nouvelle réforme. En attendant, tenant jusqu'à nouvel ordre cette supposition pour absolument gratuite, nous demandons une précaution destinée à compenser en partie l'aléa que renfermeront, selon nous, les examens dits d'autorisation. Nous voudrions que nul ne fût admis à passer ces examens sans un avis préalable de la Faculté devant laquelle ils doivent être passés. Nos facultés sont ou doivent être au courant de la valeur respective des diverses facultés étrangères ; elles pourraient, par un avis négatif, refuser l'admission aux examens aux gradués de certaines facultés étrangères peu sérieuses, gradués, auxquels M. Roger-Marvaise fait trop beau jeu en ne demandant l'avis des facultés qu'après les examens passés.

Quant à ces deux examens, il n'eût pas été indigne de la loi d'en fixer elle-même les formes et les matières. C'est une tendance contre laquelle nos législateurs ne sauraient trop réagir, que de s'en remettre aux règlements d'administration publique. Trop souvent ces règlements transforment les meilleures lois en pavés d'enfer.

L'ancien article 2 de la proposition Roger-Marvaise est reproduit sans modification. Nous ne pourrions que répéter les réflexions qu'il nous a jadis suggérées, si nous n'avions à signaler à nos lecteurs le rapport de M. Piéchaud à la Société de Médecine du Louvre, et destiné à servir de pétition à l'Assemblée nationale, sur l'usurpation de titres médicaux et secondairement sur le charlatanisme et l'exercice illégal de la médecine. Ce rapport réclame l'application des articles 35 et 36 de la loi du 19 ventôse, qui feraient double emploi avec l'article 2 du projet Roger-Marvaise, s'il était adopté. Nous engageons donc l'honorable député à intercaler entre les deux articles une ligne indiquant que le second abroge et remplace les articles 35 et 36. Il a sur eux l'avantage d'être plus précis et plus court, et surtout d'atteindre une usurpation fréquente qui échappe aux anciens articles, l'usurpation par confusion entre le titre étranger et le titre français.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 mai 1878. — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

M. GRÉHANT indique un procédé nouveau pour mesurer la quantité d'oxyde de carbone contenue dans le sang. Il consiste à traiter ce liquide, dépouillé des gaz normaux, par une solution concentrée d'acide acétique saturée de sel marin ; l'hémoglobine qui retient CO est détruite ; il se forme du chlorhydrate d'hématine et CO mis en liberté est recueilli dans un eudiomètre. Cette méthode, très-précise, pourrait être utilisée en médecine légale.

M. RABUTEAU fait une communication relative à l'action de certains éthers composés, méthylique, éthylique, amylique, sur les animaux à sang froid et à sang chaud. Les premiers, la grenouille par exemple, sont très-promptement et très-complétement anesthésiés; les seconds, comme le cochon d'Inde, ne présentent qu'une faible diminution de la sensibilité sans anesthésie. Voici l'explication que M. Rabuteau donne de ce fait curieux. Ces éthers se transforment rapidement dans le sang en acétates, puis en carbonates ; ils n'exercent pas, dès lors, sur les animaux à sang chaud d'action anesthésique ; au contraire, chez la grenouille, l'absorption cutanée est assez rapide pour que l'anesthésie ait le temps de se produire. Il semble donc qu'on peut diviser les anesthésiques en deux classes : les uns, fixes, agissant sur tous les animaux (chloroforme, éther, etc.); les autres se décomposant rapidement et n'agissant que sur les animaux à sang froid (éthers composés).

M. VIDAL, en présentant à la Société diverses planches microscopiques, revient sur quelques points de sa précédente communication relative à la pelade. La lésion caractéristique de cette affection est une cornification précoce des épithéliums, surtout des glandes sébacées. Les poils s'amincissent en pinceau; cet amincissement du poil, la brisure consécutive se rencontrent, du reste, dans diverses alopécies, celles de la syphilis et de l'érysipèle notamment. Il n'y a pas de parasites, sauf la torula vulgaris qui se multiplie dans certaines préparations et peut être cultivée dans la glycérine.

Comité secret à cinq heures. L. D.-B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

ERRATUM. — Une erreur de mise en page, dans le dernier numéro, a rendu incompréhensible l'observation de M. Mossé. La fin de son observation et l'autopsie ont été transportées à la suite de l'observation de M. Lotille. La deuxième colonne de la page 401 à partir du paragraphe commençant par ces mots : « La tension.... etc., et la première colonne de la page 402 jusqu'à ces mots : « L'estomac n'avait pas été atteint » doivent être ajoutées à l'observation de M. Mossé (pages 399-400).

Séance du 22 février 1878. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Tumeur cancéreuse du corps thyroïde. — Propagation au larynx; par GILBERT BALLET, interne des hôpitaux.

Marie Egaz, âgée de 59 ans, couturière, entrée le 8 février 1878, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. le Dr PÉAN,

La mère de la malade est morte d'un catarrhe bronchique. — Son père a succombé à un cancer de l'estomac qui aurait « duré pendant dix ans » (?).

Bonne santé habituelle. Fréquents maux de tête. — Depuis dix ans eczéma généralisé, qui disparaît par intervalles et récidive. Réglée à 15 ans. A eu trois enfants à terme. Règles ont disparu il y a 4 ans.

Il y a 3 mois, la malade s'est frappée la tête contre un clou. C'est à cette époque que, pour la première fois, elle a vu apparaître au cou « deux petites glandes. » — Ces deux petites tumeurs sont restées stationnaires pendant un mois et demi. Il y a 5 semaines, leur volume s'étant rapidement accru, la malade est allée consulter un médecin. A cette époque : vives douleurs de tête, pas d'étouffements. — Depuis ce moment la tumeur aurait peu augmenté, mais la malade a commencé à éprouver des crises de suffocation, la voix est devenue enrouée et la dysphagie est apparue.

Etat actuel : (8 février). La malade est pâle, amaigrie. Elle a perdu ses forces.

Il existe une dysphagie très-prononcée. Impossibilité d'avaler les aliments solides. Nous faisons mâcher une boulette de mie de pain, grosse comme une petite noisette. La patiente essaye de l'avaler ; elle est prise d'un accès de toux, et la rend. — Cette dysphagie serait survenue depuis 5 semaines. La malade prétend qu'avant cette époque elle mangeait bien. — Le bouillon et la tisane passent, quoiqu'avec quelque difficulté. Le tapioca n'est dégluti que très-difficilement.

La malade éprouve des douleurs spontanées de chaque côté du cou, surtout à gauche. De ce côté les douleurs s'irradient à la tête et surtout derrière l'oreille. En ce point elles sont franchement lancinantes. Elles se propagent aussi à la région acromio-claviculaire et à la nuque. Dans cette région elles ont le caractère de « pincement. »

Ces douleurs ne sont pas continuelles et se manifestent surtout le soir. La pression ne provoque pas de souffrances sur la région antérieure du cou. A droite, la douleur provoquée existe, mais peu vive. A gauche, au contraire, elle est très-prononcée. La voix est enrouée, comme à demi voilée. Cet enrouement est continu, mais diminue à certains moments pour augmenter à certains autres. L'inspiration est bruyante, l'expiration un peu forte, mais moins retentissante que l'inspiration. — Parfois, il se manifeste un cornage très-marqué. La malade se plaint d'une dyspnée très-vive. De temps en temps, elle est prise de crises de suffocation. La salivation est abondante. — Pas de crachements de sang. La patiente accuse une sensation de froid du côté gauche de la face.

A l'inspection du cou, on découvre une tumeur occupant la région sous-laryngée. Cette tumeur est très-volumineuse à gauche, beaucoup moins à droite et en avant. Elle est dure, un peu élastique, à surface irrégulière, indépendante de la peau.

Le larynx, tout en ayant gardé une certaine mobilité, présente cependant des mouvements ascentionnels moins marqués qu'à l'état normal. — La saillie du cartilage thyroïde est en partie dissimulée par la présence de la tumeur. — La trachée paraît déviée à droite.

La dyspnée étant extrême, les crises de suffocation se rapprochant, nous croyons urgent de pratiquer la trachéotomie avec l'aide de notre collègue, M. Audouard. — Après avoir procédé à l'incision cutanée sur la ligne médiane, nous tombons sur une masse lardacée, qui se laisse couper avec facilité et donne peu de sang. La trachée, rejetée vers la droite, n'est trouvée qu'avec difficulté, après de longs tâtonnements. Après l'introduction de la canule, la malade respire aisément ; elle passe bien la journée. — Le lendemain 9, elle paraît bien ; le 10, elle s'affaisse et elle succombe dans la soirée du 11 février.

AUTOPSIE : Il ne nous a pas été possible de pratiquer l'autopsie complétement, nous avons dû nous borner à enlever le larynx et les parties avoisinantes.

En avant de la trachée existe une tumeur irrégulière, présentant deux lobes, dont le gauche est beaucoup plus volumineux que le droit. Sur la partie médiane nous retrouvons les traces de l'incision, que nous avons été obligés de faire dans le tissu même de la tumeur, pour arriver à la trachée. Cette tumeur est développée aux dépens du corps thyroïde. Le lobe gauche a le volume d'une petite orange ; le droit, celui d'une noix. Les parties sont tellement déformées, que ce n'est qu'après une dissection minutieuse et par voie d'élimination que nous arrivons à conclure que nous sommes en présence d'une tumeur de la glande thyroïdienne. — Le tissu en est lardacé, anfractueux. Dans une de ces anfractuosités, à gauche, nous trouvons une concrétion calcaire, ovoïde, du volume d'une grosse amande.

Les ganglions du cou, de chaque côté de la trachée et du larynx, sont dégénérés et font corps avec la tumeur. La carotide primitive gauche, logée au milieu de la masse indurée, lui est adhérente dans sa partie supérieure. A ce niveau les parois de l'artère paraissent, à l'œil nu, atteintes de dégénération. Elles sont plus friables qu'à l'état normal. — Le calibre

© BIU Santé

du vaisseau est un peu inférieur à celui de l'artère du côté opposé. Cet état anormal de la carotide pourrait peut-être expliquer la sensation de froid que la malade accusait du côté gauche de la face.

Le pneumo-gastrique gauche est, lui aussi, compris dans la masse de la tumeur. Il ne lui est pas adhérent, mais paraît un peu comprimé. — L'œsophage est aplati, on n'y fait passer qu'avec difficulté le manche d'un porte-plume. Ses parois sont d'ailleurs saines.

Le larynx fait corps avec la masse cancéreuse. En l'examinant, nous constatons dans ses parties supérieures des lésions secondaires, que M. le Dr Ch. Fauvel avait reconnues du vivant de la malade, par l'examen laryngoscopique et qui sont exactement mentionnées dans le compte rendu que ce dernier a bien voulu nous remettre. Les replis aryténo-épiglottiques, les cordes vocales supérieures, surtout la droite, sont œdématiés. Dans la partie sous-glottique, on découvre deux plaques blanchâtres, comme lardacées, de la largeur d'une pièce d'un franc, intéressant la muqueuse et les tissus sous-muqueux. Entre ces plaques blanchâtres, et à leur périphérie, la muqueuse est violacée, mais présente une consistance normale.

L'*examen microscopique* de la tumeur, que nous n'avons pas eu le temps de pratiquer, sera fait ultérieurement. — Nous sommes d'ores et déjà autorisés à conclure, d'après l'examen macroscopique des lésions, que nous avons eu affaire à un cancer ayant envahi le corps thyroïde et le larynx inférieur.

La tumeur paraît avoir eu la glande pour point de départ. Les lésions cancéreuses qu'on observe dans le larynx, vu leur peu d'étendue, ne sont bien évidemment que consécutives.

Thrombose d'une des branches de la grande veine mésaraïque coïncidant avec une cirrhose atrophique chez un alcoolique. — Infiltration sanguine des parois de l'intestin grêle correspondant à la veine oblitérée ; par Chuquet, interne des hôpitaux.

Paulety, 62 ans, coiffeur, entré à l'hôpital Temporaire le 26 décembre 1876, salle Saint-André, passe en médecine le 27 dans le service de M. Rigal, salle Saint-Anne, n° 5.

Plongé dans un semi-coma, il répond d'une façon inconsciente aux questions qui lui sont posées et il faut renoncer à tirer de lui aucun renseignement sur son état. Ceux qui l'ont apporté n'en ont guère donné de leur côté : on sait cependant que le malade est un ivrogne. L'examen complet des organes peut seul éclairer le diagnostic ; voici ce qu'il révèle : la face présente les signes d'une hébétude profonde, la sensibilité y est conservée. Les sclérotiques sont légèrement teintées de jaune et la face, comme du reste le tégument tout entier, présente la coloration subictérique. La langue est blanche.

Le membre supérieur droit est animé de trémulations ressemblant à celles de la paralysie agitante. Le repos ne les fait pas cesser et la main, malgré de légères oscillations, se porte directement vers les objets indiqués au malade. Le membre supérieur gauche ne présente aucun phénomène particulier.

Les membres inférieurs conservent leur sensibilité. A force d'excitations, on parvient à obtenir du malade qu'il les soulève au-dessus du lit ; il le fait sans trembler. On constate dans toute leur étendue, un œdème assez notable ; cet œdème s'étend aux parois abdominales sur lesquelles le stéthoscope imprime une trace profonde par la pression : il n'y a pas de circulation collatérale apparente. La *cavité abdominale* renferme du liquide en assez faible quantité, on le constate surtout par la percussion en faisant mettre le malade sur un des côtés. *Le foie* ne donne pas une matité à la percussion plus étendue que la normale. Pas de douleur hépatique. Pas de douleur au niveau des lombes. L'auscultation des poumons est tout à fait négative. L'examen du *cœur* fait percevoir la pointe battant mollement en dessous et en dehors du point normal. La matité est légèrement augmentée.

Pas de frémissement cataire. A l'auscultation, pas de souffle : les battements sont seulement faibles, tumultueux, très-irréguliers. Le pouls a la même irrégularité ; il est rapide, 110 à 120. De temps en temps on constate des pulsations avortées qui coïncident avec des faux pas du cœur. La température axillaire est de 35°, 8. Les urines renferment du pigment biliaire en quantité notable, mais pas d'albumine. Ajoutons que depuis son entrée, le malade présente de l'incontinence de l'urine et des matières fécales. Le diagnostic posé par M. Rigal est cachexie alcoolique avec myocardite et probablement hépatite interstitielle malgré le volume du foie indiqué par la percussion. L'individu succombe quelques heures après son entrée.

Autopsie. — *Cavité abdominale.* — Elle renferme trois ou quatre litres de sérosité citrine. L'intestin est comme lavé partout, sauf au niveau d'une circonvolution située vers le milieu de l'intestin grêle, qui attire immédiatement l'attention par son aspect insolite. Tandis que les voisines sont d'un blanc grisâtre, celle-ci est d'un brun rougeâtre rappelant la couleur de l'instestin sphacélé, et de fait la première idée est de croire à une gangrène limitée du viscère. D'un autre côté le tissu, tout en étant dur, n'est pas friable ; il ne s'en exhale aucune odeur. Le mésentère au niveau de son insertion est dur et très-épaissi, triplé et même quadruplé de volume. Ouvert par le bord opposé à cette insertion, l'intestin ne s'affaisse pas, tant est grande la rigidité des parois. Il continue à former une cavité cylindroïde dont les parois ont une épaisseur de quatre à cinq millimètres dans la partie centrale de la lésion. L'altération siége dans une étendue de trente-cinq centimètres environ. Aux deux extrémités de l'intestin ainsi modifié, l'épaisseur va en diminuant insensiblement ainsi que la coloration jusqu'à l'état normal. La muqueuse est tuméfiée, les valvules conniventes, très-accentuées, forment des saillies dures qui semblent gonflées par du sang. Il n'y a pas de sang dans la cavité pas plus que dans l'intestin situé au-dessous. Ce fait rapproché de celui-ci, que pendant deux jours on n'a pas constaté de sang dans les selles, peut faire exclure l'hémorrhagie intestinale.

Quelle était la cause de cet état particulier de l'intestin ? L'absence de toute odeur, la consistance des tuniques éloignait l'hypothèse d'une gangrène complète de l'intestin. Il n'existait pas de traces d'étranglement, pas d'ulcérations intestinales. L'examen attentif des artères, depuis l'aorte, a été complétement négatif, il y avait au niveau de l'embouchure de l'artère mésentérique supérieure une plaque d'athérome qui devait rétrécir la lumière du vaisseau. Mais c'était là une cause insuffisante ; elle n'expliquait pas l'état d'une partie limitée de l'intestin.

L'état des veines est heureusement plus positif. Toutes celles de petit calibre qui partent de la portion de l'intestin modifié, sont remplies de caillots noirâtres. Ils se prolongent dans les veines de plus gros calibre et jusque dans le tronc de la grande mésaraïque. Les caillots sont de forme variable noirâtres et mous en certains points, ils sont ailleurs fibrineux, denses. Dans le tronc de la grande mésaraïque, ils présentaient au centre une sorte de cavité où existait un véritable ramollissement puriforme. Non-seulement l'oblitération existait dans le territoire de l'anse intestinale lésée, mais dans presque toutes les branches du territoire de la grande mésaraïque. Les parois de la veine paraissaient saines dans toute leur étendue.

L'examen histologique de l'intestin montrait des éléments sanguins extravasés dans la tunique celluleuse et la tunique moyenne. Il en existait moins dans la muqueuse. Le péritoine était tout à fait normal. Telle était donc l'altération de l'intestin : infiltration sanguine des différentes tuniques sous l'influence d'une coagulation veineuse dans l'une des branches de la veine porte. Il est permis de supposer, puisque tout l'intestin n'était pas modifié dans les points correspondant à la veine oblitérée, que la coagulation s'était faite d'abord dans la branche qui alimentait l'anse intestinale altérée.

Elle s'est étendue ensuite remontant jusqu'au tronc en même temps qu'elle envahissait, par une marche descendante, les branches collatérales voisines.

Le tronc de la veine porte était vide de caillots et dans le territoire hépatique on ne trouvait rien à signaler.

Le foie était celui de la cirrhose atrophique dans une phase peu avancée de son évolution. D'une manière générale le tissu de l'organe présente une couleur d'un brun roux. Sa consistance est très-ferme.

© BIU Santé

Il existe peu de granulations à la surface et l'atrophie est en somme peu considérale. A la coupe, on trouve dans le lobe gauche, le lobe carré et le lobe spigel, un même aspect.

Le tissu conserve encore une apparence ressemblant à celle du foie à part la consistance qui est fort augmentée.

C'est dans le lobe droit que l'altération est surtout considérable ; on pourrait en faire deux parties, une première périphérique, légèrement granuleuse à la surface, dure et criant sous le scalpel ne présente au milieu de sa coloration fauve que quelques points d'un jaune plus pâle. Mais au centre, il existe une sorte de tumeur formée par une masse d'un blanc jaunâtre dans laquelle il existe de rares îlots rosés, seules traces du tissu hépatique.

La *rate* est volumineuse, triplée de volume, Les *reins* paraissent seulement un peu congestionnés. L'estomac a des parois épaissies, la muqueuse est d'un aspect grisâtre, par intervalles on y trouve des plaques ecchymotiques.

Cavité thoracique. — Emphysème pulmonaire — congestion aux deux bases — pas de liquide dans la plèvre. Le cœur est dilaté sans hypertrophie des parois. Les valvules présentent seulement un peu d'athérôme. L'altération la plus importante est sans contredit celle du myocarde. Le tissu au lieu d'avoir l'aspect rougeâtre de la fibre musculaire ordinaire, présente une coloration qui tend à celle décrite sous le nom de feuille morte et considérée comme constante dans les cas de dégérescence graisseuse. L'encéphale ne présentait aucune altération.

Remarques. — Trois points nous paraissent devoir être mis en relief dans cette observation ;

1° L'existence d'une thrombose chez un alcoolique, l'alcoolisme déterminant une diminution de la fibrine du sang.

2° Le siége de la thrombose là où le sang est le plus ralenti c'est-à-dire dans la veine porte chez un cirrhotique.

3° D'infiltration sanguine des parois ressemblant au premier aspect à un sphacèle de l'intestin.

Séance du 1er mars. — Présidence de M. Charcot.

Encoches de l'extrémité inférieure du fémur.

M. Terrillon. Je désire compléter aujourd'hui la communication que j'ai faite, il y a un mois devant la Société, au sujet des encoches qui garnissent normalement les cartilages qui recouvrent l'extrémité inférieure du fémur. Ces petites dépressions varient un peu de siége et de dimension : celle qui occupe le condyle externe est située plus en arrière et est moins profonde que celle du côté interne, ce qui s'explique par la différence de dimension des cartilages semi-lunaires. Si l'on fait une coupe verticale sur le condyle revêtu de son cartilage, on voit que ces rainures existent non-seulement sur celui-ci, mais sur l'os lui-même; sur une coupe mince examinée au microscope, après décalcification, je n'ai constaté sur le cartilage aucune altération velvétique, mais il y a un véritable écaillement, des lamelles minces se détachent et peuvent venir flotter dans l'articulation. Ces encoches ont été vues déjà et signalées par Henke et par Humphrey.

En France, elles ont été décrites en quelques mots seulement dans l'article *Genou* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* : l'auteur, M. Panas, parle de petites crêtes, situées sur l'extrémité inférieure du fémur et séparant sur cet os, la partie rotulienne de la partie condylienne. Dans le *Traité d'Anatomie de Cruveilhier*, il n'en est pas parlé, mais, chose bizarre, on les voit figurées dans une planche avec l'explication suivante: encoche servant à loger le cartilage semi-lunaire ; j'ajoute d'ailleurs que cette figure a été empruntée à Henle. Quant au rôle physiologique de cette encoche, j'ai dit, dans ma précédente communication, que le cartilage semi-lunaire venait s'y loger et servait ainsi, de coin d'arrêt dans le mouvement d'hyperextension.

M. Duret. On sait que dans l'articulation du genou, il s'exécute deux sortes de mouvements: mouvement de glissement et mouvement de roulement ; peut-être ces petites encoches jouent-elles un rôle quelconque dans la production de ces mouvements.

M. Terrillon. Elles ne servent en rien à ces mouvements, dont le mécanisme entrevu autrefois par Vinslow, a été depuis bien étudié par M. Gosselin dans sa thèse. Je le répète, c'est seulement dans l'hyperextension que ces encoches entrent en jeu, le cartilage semi-lunaire vient se loger dans leur cavité et agit alors comme une sorte de cale ; il en résulte que, dans la station debout, le fémur et le tibia ne peuvent pas rouler en avant.

Note sur deux cas de paralysie infantile ; par J. Dejérine, interne des hôpitaux.

Ces deux cas, bien que rentrant dans le cadre commun de la paralysie infantile, nous ont paru cependant dignes d'être publiés, par suite de certaines particularités intéressantes de l'examen microscopique.

Le nommé X..., âgé de 5 ans, est entré dans le service de M. le dr Triboulet, à l'hôpital Sainte-Eugénie; cet enfant est atteint d'une angine diphthéritique à laquelle il succombe peu de jours après son entrée. Deux ans auparavant cet enfant avait eu une attaque de paralysie infantile qui avait amené la formation d'un pied-bot équin du pied gauche.

Autopsie. — On constate des fausses membranes dans le pharynx, sur les amygdales, et un foyer de broncho-pneumonie dans le poumon gauche.

Etat des muscles. — Les muscles de la jambe gauche et surtout les extenseurs du pied et des orteils sont dans un état d'atrophie très- avancée. Les muscles ont une teinte feuille-morte et sont extrêmement réduits de volume, il ne paraît pas y avoir d'adipose du tissu cellulaire inter-musculaire. A la cuisse on ne constate qu'une atrophie assez légère du triceps crural. Le tibia et le péroné du côté atrophié ont un centimètre de longueur de moins que ceux du côté sain.

La moelle épinière présente une atrophie très-nette des racines antérieures gauches de la région lombaire; cette atrophie des racines s'observe jusqu'à la partie inférieure de la moelle et occupe tout le côté gauche de la queue de cheval.

Les racines postérieures ne présentent pas de différence d'un côté à l'autre, soit comme volume, soit comme coloration.

Examen microscopique.

Muscles à l'état frais et après coloration par le picro-carmin : les muscles atrophiés présentent les altérations suivantes. On constate l'existence d'une atrophie simple portée à un très-haut degré dans certaines fibres de chaque préparation. Le faisceau primitif est réduit des 3/4 environ de son volume, la striation longitudinale et transversale est intacte, il n'y a pas trace de granulations protéiques ou graisseuses dans l'intérieur de la fibre primitive, les noyaux sont multipliés sans être cependant plus volumineux que d'habitude, le protoplasma des noyaux traités par l'acide osmique ne présente pas de granulations graisseuses.

Sur certaines fibres l'altération est encore plus avancée, leur diamètre, très-réduit, ne contient souvent dans le sens transversal que deux ou trois *sarcous-elements*. Enfin, on observe un certain nombre de gaînes, munies de nombreux noyaux absolument vides et qui ne sont très-probablement qu'un degré plus avancé d'altération des fibres précédentes.

Le tissu conjonctif interfibrillaire est plus abondant qu'à l'état normal, il est formé de faisceaux aplatis les uns contre les autres et parallèles aux faisceaux primitifs ce qui rend plus facile qu'à l'état normal, la dissociation de ces derniers.

Nerfs intra-musculaires. — Traités par l'acide osmique et le picro-carmin, ces nerfs se montrent sous deux aspects très-différents, les uns, et ils ne sont pas très-nombreux se présentent avec tous les caractères de l'état normal, les autres ne sont plus représentés que par des gaînes de Schwann, absolument vides, renflées de distance en distance par de nombreux noyaux fusiformes. Ces noyaux sont disposés d'une façon très-régulière en moyenne à 0 millim. 6, les uns des autres. Ces gaînes de Schwann, dont les parois sont revenues sur elles-mêmes, pourraient, au premier abord, être prises pour des filaments conjonctifs, mais avec un grossissement suffisant (500 d.) et une légère compression de la lamelle, elles apparaissent très-nettement limitées par un double contour,

© BIU Santé

et leurs parois sont plissées dans le sens longitudinal. En un mot c'est la dernière période de l'atrophie du tube nerveux lorsque par une cause ou une autre, il a été soustrait à l'influence de ses centres trophiques, c'est l'altération qui a été décrite expérimentalement par MM. Vulpian et Ranvier. Nulle part nous n'avons rencontré entre les tubes sains et les tubes arrivés à ce degré d'atrophie, de degrés intermédiaires, le microscope confirme donc ce qu'enseigne la clinique, en montrant que l'on a affaire à une lésion absolument éteinte depuis longtemps.

Racines antérieures. — L'examen des racines antérieures, fait d'après le même procédé, nous a montré le même genre d'altération. D'un côté, un très-petit nombre de tubes normaux, et de l'autre une grande quantité de tubes, n'étant plus représentés que par leur gaine de Schwann, ne contenant plus dans son intérieur que des noyaux fusiformes. Pas plus que dans les nerfs intra-musculaires, nous n'avons constaté un seul tube nerveux en voie d'altération. Le tissu conjonctif interlubulaire des racines et des nerfs intra-musculaires présentait un degré très-léger d'hyperplasie.

Examen de la moelle épinière après durcissement dans l'acide chromique. — Les altérations de la moelle, bornées à la substance grise de la région lombaire, présentaient une localisation différente suivant les points que l'on examinait. A la partie moyenne de la région lombaire, la lésion était ainsi disposée :

Toute la partie antérieure de la substance grise était altérée; à un faible grossissement, la partie antérieure de chaque corne apparaissait fortement imprégnée par le carmin et on ne constatait l'existence d'aucun élément cellulaire ; avec un grossissement de 120 d. on pouvait se rendre un compte très-exact de la nature du processus. La substance grise de chaque corne antérieure est transformée en un tissu vaguement fibrillaire, ayant une élection très-vive pour le carmin et parcouru par de nombreux vaisseaux à parois épaissies (périartérite et endartérite.) Nulle part on ne trouve de cellules nerveuses, si ce n'est sur certaines préparations, un ou deux de ces éléments dans le groupe antéro-interne de l'une ou l'autre corne. Cette altération bilatérale se rencontre à la partie moyenne de la région lombaire dans une étendue d'un millimètre environ ; au-dessus et au-dessous, on voit la lésion abandonner le côté droit pour se localiser dans la corne antérieure du côté gauche et y présenter les caractères suivants : A un faible grossissement, 20 d., on ne note pas de différence sensible dans la largeur de l'une ou de l'autre moitié latérale de la moelle. La substance grise présente deux zones bien distinctes : une zone antéro-interne normale avec quelques cellules saines et une zone antéro-externe, fortement colorée par le carmin, vaguement fibrillaire, contenant des vaisseaux scléreux, et dans laquelle l'examen le plus attentif ne fait rencontrer aucun vestige de cellules nerveuses. Cette altération disparaît peu à peu en arrivant à la partie supérieure du renflement lombaire ; elle existe, avec les mêmes caractères, jusqu'à la partie inférieure de la moelle.

Les cordons blancs sont *absolument sains* ; ils ne présentent aucune espèce d'altération, et leur diamètre est le même du côté malade et du côté sain.

Comme on le voit, cette observation reproduit le type classique de la paralysie infantile; c'est une myélite parenchymateuse, bornée à la partie antérieure de la substance grise, sans altération de la substance blanche correspondante.

La deuxième observation, dont les pièces nous ont été remises par notre collègue et ami, M. de Beurmann, concerne un homme d'une quarantaine d'années, atteint d'un pied-bot équin de la jambe gauche, datant de l'enfance. Le malade est mort dans le service de M. Proust, à Saint-Antoine, en 1876.

Après durcissement dans l'acide chromique, on peut, en examinant à l'œil nu des coupes du renflement lombaire, se rendre compte de l'altération. La corne antérieure du côté correspondant est manifestement plus petite que celle du côté sain; c'est sur son côté externe surtout que porte la diminution de diamètre ; en outre, il est également modifié dans sa coloration ; il est plus jaune que du côté sain et se colore plus vivement par le carmin. Les coupes, examinées au microscope, ne font que confirmer les résultats de l'examen à l'œil nu. Mais ici, comme dans le cas précédent, on observe des différences très-grandes au point de vue de la localisation des lésions, suivant les régions que l'on examine. A la partie moyenne du renflement lombaire, la lésion est bilatérale et symétrique ; la substance grise des cornes antérieures est sclérosée dans sa partie antérieure et dépourvue de cellules dans une hauteur d'un millimètre environ. Les vaisseaux sont dilatés, flexueux et à parois très-épaissies (périartérite et endartérite). Au-dessus et au-dessous de ce point, la lésion se localise de plus en plus dans la corne antérieure, et le groupe antéro-interne apparaît normal, avec ses cellules saines. L'altération reste rigoureusement limitée au groupe antéro-externe qui est transformé en un tissu vaguement fibrillaire et dépourvu de cellules. En haut, la lésion remonte jusqu'à la partie inférieure de la région dorsale, en bas, elle occupe toute la hauteur correspondante de la région lombaire. Les cordons blancs ne présentent aucune espèce d'altération. Les racines antérieures n'ont pas été examinées au microscope ; elles présentaient à l'œil nu, dans toute la région lombaire du côté correspondant à l'altération, une atrophie très-manifeste.

RÉFLEXIONS. — En résumé, ces deux observations présentent, outre les altérations habituelles de la paralysie infantile, deux particularités intéressantes :

1° L'existence d'une myélite grise antérieure bilatérale ; 2° l'intégrité des cordons blancs.

L'existence d'une dissémination de la lésion à la corne antérieure du côté sain (en apparence) montre que la substance grise peut être atteinte dans la totalité de sa partie antérieure et que, malgré cela, la lésion peut se systématiser à un côté seulement de la moelle, au-dessus et au-dessous de la lésion.

Dans les deux cas que nous rapportons, il est très-probable qu'il devait y avoir du côté, regardé comme sain, un petit nombre de faisceaux musculaires détruits, correspondants aux cellules disparues ; toutefois, à cet égard, il ne faudrait pas être trop affirmatif, car il est possible que si la lésion est peu étendue, il se passe des suppléances fonctionnelles ; pour le pied-bot, il est certain, comme l'a démontré M. Broca, qu'on trouve dans certains pieds-bots atrophiques, des atrophies de certains groupes de muscles dans le membre opposé, atrophies légères et qui ne nuiraient pas à son fonctionnement ; il est très-probable que, dans ces cas, la lésion a occupé, sur une certaine hauteur, les deux côtés de la substance grise.

L'intégrité des cordons blancs, constatée dans les deux cas que nous publions, est en faveur de la théorie défendue par M. Charcot sur la nature exclusivement parenchymateuse de la paralysie infantile, contrairement à l'opinion émise par MM. Roger et Damaschino, qui, dans deux cas qu'ils ont observés, ont constaté de la myélite interstitielle du cordon latéral correspondant. Ce travail a été fait dans le laboratoire de M. le professeur Vulpian.

Hypertrophie de la prostate. — Fausses routes vésicales;

par CRUET, interne des hôpitaux.

Le nommé Godard, Etienne, âgé de 72 ans, entre le 19 janvier 1878, dans le service de M. ALP. GUÉRIN, salle Saint-Jean, à l'Hôtel-Dieu, pour une rétention d'urine. Voici ce qu'il raconte : Depuis un certain temps déjà, un an environ, il urine avec difficulté; la miction dure longtemps et à chaque fois il est obligé de faire des efforts considérables qui n'aboutissent qu'à demi ; car il s'aperçoit bien qu'il ne vide pas complétement sa vessie. Dans les six derniers mois surtout son état s'est aggravé et lui a causé de véritables inquiétudes. Le malade n'urinait plus qu'à de longs intervalles ; il lui semblait en outre, que son urine était plus colorée, plus chargée ; il ajoute qu'il était presque constamment gêné par une forte constipation. Il y a un mois environ la miction qui n'était que difficile devint tout à fait impossible malgré les plus grands efforts et il lui fallut réclamer les soins que nécessitait son état. Naturellement le premier et le seul traitement consista à vider chaque jour sa vessie à l'aide de la sonde ; cette opération, pratiquée par le médecin qui le soignait en ville, donna de bons résultats tout d'abord et lui procura un véritable soulagement. Mais un jour la sonde ne pénétra pas

© BIU Santé

aussi facilement dans la vessie qui ne fut vidée qu'après de nombreuses et douloureuses tentatives ; ce jour-là le malade rendit beaucoup de sang par le canal de l'urèthre. Cela se passait quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital. A partir de ce moment il y eut chaque jour de nouvelles difficultés pour le cathétérisme et chaque jour le malade perdait du sang parfois en assez grande abondance et en caillots. Enfin, la veille de son entrée dans le service, le cathétérisme ne put donner de résultat ; le malade perdit beaucoup de sang par le canal sans rendre une goutte d'urine ; c'est alors qu'il entra à l'hôpital avec une rétention complète.

Voici ce qu'on observe : La rétention d'urine est facile à constater ; la vessie distendue fait une saillie considérable au-dessus du pubis et remonte au voisinage de l'ombilic, dessinant une tumeur mate et douloureuse à la percussion ; le malade n'a pas uriné depuis 48 heures. Le toucher rectal montre immédiatement que la rétention d'urine doit être due à une hypertrophie de la prostate ; celle-ci ne fait pas une forte saillie dans le rectum, mais le doigt indique qu'elle occupe une étendue considérable dans le sens de la largeur et de la hauteur. Quoi qu'il en soit une sonde molle en caoutchouc munie d'un mandrin fortement recourbé est tout d'abord introduite dans le canal de l'urèthre pour évacuer le liquide contenu dans la vessie, mais dès cette première tentative, il ne fut pas difficile de se convaincre qu'il y avait déjà une fausse route probablement dans la prostate elle-même ; la sonde n'entra pas d'emblée dans la vessie et il sortit une certaine quantité de sang en caillots par le canal ; après un essai plus heureux, la sonde pénétra dans la vessie et toute l'urine fut évacuée ; il y en avait environ trois litres. Le soir même et les jours suivants matin et soir le malade fut sondé tantôt par le chef de service, tantôt par l'interne.

Chaque matin, en outre, la vessie fut électrisée à l'aide de courants continus pendant un quart d'heure environ, et pendant huit jours. De temps en temps la difficulté que nous avons signalée pour le cathétérisme se représentait. Ce qu'il y avait de particulier alors et la chose put être mieux observée que le premier jour, c'est que la sonde arrivait jusqu'à la partie la plus profonde du canal de l'urèthre et à ce moment seulement paraissait s'engager dans une mauvaise voie : l'urine ne sortait point ; il était permis de se demander si ce n'était pas le sang des caillots qui, obstruant les yeux de la sonde, l'empêchaient de sortir, car malgré la fausse route on pouvait croire que l'extrémité de la sonde enfoncée jusqu'au pavillon était bien dans la vessie. Comme nous le verrons plus tard il n'en était rien.

L'état du malade, loin de s'améliorer s'aggrava. Les urines devinrent peu à peu troubles, nuageuses, laissant un dépôt considérable. Les dernières gouttes étaient même tout à fait purulentes ; la fièvre s'alluma, devint vive le soir, avec sueurs abondantes. Des injections d'eau phéniquée au millième furent chaque jour faite dans la vessie, mais sans amener de changement dans la situation du malade. Bientôt les urines devinrent tout à fait purulentes, d'une odeur infecte. Dans les derniers jours, cependant il parut y avoir un peu de mieux, le malade urinait seul et ce résultat fut attribué à l'électrisation de la vessie ; mais l'urine était rare, purulente ; mais la fièvre persistait avec des sueurs, puis assez brusquement ; le 17 février dans la nuit, le malade fut pris d'accidents convulsifs et de délire et succomba au bout de quelques heures probablement à la résorption urineuse. En réalité le malade subit le sort réservé à presque tous les vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate.

Autopsie. — L'examen nécroscopique a porté successivement sur toute l'étendue de l'appareil urinaire et donné les résultats suivants :

Les reins sont volumineux, mais leur tissu est sain. On constate seulement des deux côtés une dilatation égale et assez considérable des bassinets, qui sont remplis d'une urine purulente. On trouve des traces de pyélite assez prononcée. *Les uretères* sont légèrement et également dilatés des deux côtés.

La vessie, d'une capacité relativement très-considérable, présente une hypertrophie remarquable de ses parois musculaires qui ont une épaisseur de près de 1 centimètre. Cette hypertrophie paraît surtout considérable à la partie inférieure des parois antérieure et postérieure. La tunique musculaire la plus interne dessine sous la muqueuse, d'ailleurs assez mince et à peu près normale, des saillies volumineuses, véritables colonnes limitant de profonds culs-de-sac. Mais le fait le plus digne d'intérêt est l'existence, dans la paroi antérieure de la vessie, de deux véritables *fausses routes*. Ce sont deux trajets, présentant chacun une ouverture déchiquetée immédiatement au-dessus du col de la vessie, fortement dilaté et dont la limite est assez difficile à reconnaître. Chacun de ces trajets se dirige en divergeant l'un à droite et très-obliquement, l'autre à gauche, dans une étendue de 3 centimètres environ, et se termine en cul-de-sac au milieu de la paroi vésicale, entre les couches musculaires hypertrophiées. — Une sonde introduite dans chacun d'eux, montre leur situation et leur direction ; il semble que ce soient bien là des fausses routes, reconnues d'ailleurs pendant la vie, quant à leur existence sinon quant à leur siége. Signalons encore sur la paroi postérieure de la vessie, une cavité profonde à loger une grosse noisette, à bord et à fond déchiquetés, résultat probable d'un abcès ouvert dans la vessie.

Prostate. La lésion la plus remarquable qui nous reste à signaler est l'hypertrophie de la prostate. Cette hypertrophie est véritablement énorme ; elle porte sur toute la prostate et dessine avec la plus grande netteté les trois lobes de la glande. Les deux lobes latéraux symétriquement et considérablement hypertrophiés, offrent chacun environ le volume d'un gros marron d'Inde, mais aplati et allongé ; la portion de leur surface qui regarde le canal de l'urèthre est lisse et légèrement convexe d'un blanc grisâtre ; leur face externe ou extra-uréthrale est inégale et présente quelques bosselures ; leur consistance paraît être celle de la prostate normale, mais n'est pas celle d'un corps homogène dans toutes ses parties. L'hypertrophie du lobe moyen n'est pas moins considérable que celle des lobes latéraux et c'est elle qui donne à la lésion sa véritable physionomie ; ce lobe forme une saillie médiane, symétrique, s'élevant à une hauteur de plus de trois centimètres, présentant la forme d'un tronc de cône renversé, à base arrondie, à sommet s'unissant en arrière aux lobes latéraux et formant un court et volumineux pédicule. Ce lobe médian aussi développé forme une grosse valvule qui ferme d'une manière complète l'ouverture du canal de l'urèthre dans la vessie. Deux sillons très-nets et profonds, de chaque côté du pédicule, séparent le lobe médian des lobes latéraux ; de sorte qu'on peut dire qu'il y a en réalité trois prostates volumineuses. En arrière du lobe moyen se creuse le bas-fond de la vessie formant un véritable réservoir pour l'urine. A la partie supérieure de la base du lobe moyen, sur la ligne médiane, existe une gouttière, limitée de chaque côté par une crête saillante, dont on peut, sans aucun doute, attribuer la formation au passage répété de la partie convexe de la sonde ; et, à ce propos, n'y aurait-il pas lieu d'attribuer la présence des fausses routes que nous avons signalées dans la paroi antérieure de la vessie à l'emploi de sondes à très-fortes courbures, telles qu'on les emploie dans le cas d'hypertrophie du lobe médian et à l'habitude qu'on a d'abaisser fortement le pavillon de la sonde pour passer au-dessus de l'obstacle ? Ne peut-on supposer dans ce cas que le bec de la sonde, dépassant le but, rencontrait la paroi antérieure de la vessie avec assez de force pour rompre la muqueuse et pénétrer dans l'épaisseur des tissus épais qui la formaient. Ce qu'il y a de certain, c'est que, chez notre malade, ce qui nous a le mieux réussi, c'est la sonde métallique de trousse ordinaire.

La coupe des lobes latéraux de la prostate présente quelques particularités, ainsi qu'on pouvait le pressentir ; on observe au milieu de leur tissu des tumeurs de volume variable, ovoïdes, la plus grosse du volume d'une noisette, dont la coloration rosée tranche sur le tissu pâle et grisâtre de la glande ; quelques-unes de ces petites tumeurs font saillie sur la surface externe des lobes. Leur surface de section est légèrement saillante ; mais leur union au reste de la glande paraît intime et l'énucléation n'en paraît pas possible. La coupe du lobe médian ne montre rien de semblable à ces tumeurs si ap-

© BIU Santé

parentes dans les lobes latéraux. Quelle est la nature de ces tumeurs ? S'agit-il de ces tumeurs fibreuses que Velpeau a comparées, avec raison, au corps fibreux de la matrice ? S'agit-il de tumeurs fibro-musculaires telles qu'on en a rapporté des exemples ? C'est à l'examen histologique qu'il appartient de résoudre la question. — *Examen histologique.* Cet examen a été fait au laboratoire de Clamart, par le préparateur, mon ancien collègue et ami, Balzer. L'examen a été fait après durcissement des pièces dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool, et la coloration des coupes par le picro-carminate.

Dans les parois vésicales c'est l'hypertrophie des faisceaux musculaires qui domine ; la muqueuse paraît plutôt amincie ; elle ne présente pas d'ailleurs de lésions irritatives marquées ; on ne trouve que fort peu de cellules embryonnaires entre les faisceaux de tissu conjonctif. Au contraire les faisceaux musculaires sont énormes, le tissu conjonctif qui les sépare est également fort épaissi et forme d'épaisses travées dans toute l'étendue de la paroi vésicale.

Prostate. Lobes latéraux. — Les coupes ont été faites au niveau des points où la section avait fait voir des tumeurs comprises dans l'épaisseur de la prostate et donnant l'aspect de myômes semblables à ceux qu'on trouve souvent dans les parois de l'utérus. L'examen microscopique a montré qu'il ne s'agissait pas de myômes, mais bien des hypertrophies partielles, portant sur des lobules isolés, et enveloppés dans une sorte de capsule fibro-musculaire formée par le tissu qui sépare les différents lobules de la glande. Dans ces lobules hypertrophiés on trouve les acini extrêmement dilatés, formant de véritables kystes remplis de cellules granulo-graisseuses au milieu desquelles existent de nombreux sympexions. Le tissu conjonctivo-musculaire qui les sépare est très-épaissi et paraît même en plusieurs endroits étouffer en quelque sorte les acini. Les lésions inflammatoires sont d'ailleurs peu étendues et ne se trouvent que dans le centre des lobules et autour des vaisseaux dont les parois ont subi parfois une hypertrophie énorme.

Dans le lobe médian, l'hypertrophie des divers tissus glandulaire, conjonctif et musculaire se présente avec des caractères absolument semblables, avec cette différence qu'on ne retrouve pas ces gros lobules isolés qui ont été signalés dans les lobes latéraux.

En résumé, l'analyse histologique montre une *hypertrophie générale de tous les éléments de la prostate ;* les altérations portent aussi bien sur le tissu glandulaire que sur le tissu fibro-musculaire, et les tumeurs enkystées dans les lobes latéraux sont constituées, non par des myômes, mais par des hypertrophies partielles de la glande, plus marquées que dans les autres points.

Fractures des 3e, 4e et 5e côtes gauches. — Congestion intense des deux poumons et pneumonie traumatique. — Fracture du fémur gauche. — Fracture ancienne de la voûte du crâne ; par Ernest Gaucher, interne des hôpitaux.

C... (Gustave), âgé de 32 ans, briqueteur, est amené à l'hôpital de la Pitié (salle Saint-Gabriel, n° 36, service de M. Polaillon) dans la journée du dimanche 24 février 1878. Cet homme est tombé à 11 heures du matin du cinquième étage d'une maison en construction. Il était en train de rouler une brouette pleine de briques sur un échafaudage ; une planche a manqué sous ses pieds, et il est tombé directement sur le sol. Aussitôt après sa chute, il a perdu connaissance ; mais cette perte de connaissance n'a duré que quelques minutes. Il a saigné du nez abondamment ; il n'a pas eu d'écoulement de sang ou de sérosité par l'oreille, ni d'hémoptysie.

Le 25 février, à la visite du matin, on constate une fracture du fémur gauche, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, mobilité et déformation considérables ; le fragment supérieur fait saillie en avant. Pas de plaie ; un peu d'hydarthrose du genou. Le malade est mis provisoirement dans une gouttière de Bonnet.

La région temporale du côté droit est le siége d'une plaie contuse, atteignant la commissure externe des paupières. On ne sent pas, en ce point, d'enfoncement de l'os. Il n'y a aucun ne p hysique de fracture, mais on constate une ecchymose sous-conjonctivale du globe de l'œil à la partie externe, et une ecchymose très-prononcée des paupières et des tissus périorbitaires. De plus, le malade est toujours somnolent ; il a, suivant son expression, la tête lourde ; il paraît abruti, ne se plaint pas, et ne répond qu'à des questions réitérées. La respiration est très-gênée ; et en effet, à la palpation du thorax du côté gauche, on sent une crépitation très-nette, dépendant de fractures des 3e, 4e et 5e côtes. On perçoit de plus la crépitation superficielle de l'emphysème traumatique sous-cutané. Le malade tousse peu, il met tous ses efforts à ne pas tousser du tout, à cause des douleurs que la toux fait naître, non-seulement dans la poitrine, mais dans la cuisse. On ne peut observer les crachats, probablement très-peu abondants, et qui n'ont pas été conservés. Pas de point de côté. La percussion et l'auscultation de la poitrine ne sont possibles qu'à la partie antérieure, parce qu'on ne peut faire asseoir le malade. La percussion donne une sonorité normale ; l'auscultation fournit peu de renseignements ; le murmure vésiculaire est couvert par le bruit que produit la crépitation osseuse ; et, en effet, les fragments sont mis en mouvement à chaque inspiration et surtout à chaque systole cardiaque. On n'entend, d'ailleurs, aucun bruit anormal.

26 *février.* Le malade a eu ce matin une épistaxis très-abondante qui a duré près d'un quart d'heure. Même état d'ailleurs, somnolence et céphalalgie frontale continuelles. La température se maintient entre 38° et 39°. On a appliqué un bandage de corps en diachylon, et depuis ce temps, la toux et l'expectoration sont moins pénibles ; le soir, le crachoir contient quelques crachats sanguinolents, très-visqueux, très-adhérents, provenant sans doute d'un noyau de pneumonie traumatique. Depuis l'accident, le malade n'a pu aller à la selle ; il y a de la rétention d'urine depuis ce matin.

27 *février.* Le malade dont l'état n'avait pas changé hier à cinq heures, au moment de la contre-visite, a été pris presque subitement, vers dix heures et demie du soir (le 26), de respiration bruyante et stertoreuse ; il n'a pas tardé à tomber dans le coma. L'interne de garde appelé, prescrit des ventouses sèches sur la poitrine, des compresses d'eau froide sur la tête, et une potion avec 10 gr. d'acétate d'ammoniaque. De toute la soirée et de la nuit, le malade n'a eu ni délire, ni convulsions, ni contracture.

Le mercredi 27 février, à la visite du matin, le malade est dans le coma. La respiration est stertoreuse et entrecoupée de hoquets. Température à 40°. Les quatre membres sont dans une résolution complète, avec absence totale de sensibilité réflexe. Le malade n'a pas uriné depuis hier ; cathétérisme. L'urine ne présente aucune altération. A deux heures, l'état a encore empiré ; la face est pâle, terreuse et couverte de sueur. Coma le plus absolu. Mort à trois heures et demie.

Autopsie *le vendredi* 1er *mars.*

1° En incisant les téguments du crâne, on trouve une infiltration sanguine s'étendant de la région temporale droite au sommet de la tête. A peu près au niveau de la fontanelle antérieure, à gauche de la ligne médiane, en arrière de la suture fronto-pariétale, on trouve les traces d'une ancienne fracture. C'est une fracture avec enfoncement de la table interne, d'ailleurs parfaitement cicatrisée et consolidée, et sur laquelle nous n'avons aucun renseignement. Quant à une fracture récente, on croyait d'abord en avoir trouvé une sur la base. Il semblait exister en effet, plusieurs lignes fissuriques, partant du trou sphéno-épineux. Mais un examen plus attentif, sur le crâne séparé de ses parties molles et ruginé avec soin, fait reconnaître que ce n'était qu'une apparence, et qu'il n'existe en réalité aucune fracture récente de la voûte ou de la base, malgré la hauteur de la chute, en dépit de l'ecchymose sous-conjonctivale et des phénomènes comateux au milieu desquels le malade a succombé. Ce n'est pas, en effet, à une lésion crânienne ou cérébrale qu'il faut attribuer la mort, mais bien à la violence des désordres pulmonaires, ainsi qu'on le verra plus loin. Le cerveau, sur aucun point de sa surface, ne présente d'altération ; sur des coupes transversales on ne trouve non plus aucune lésion. Les méninges sont absolument saines aussi.

2° *A l'ouverture de la poitrine,* on constate qu'il n'y a ni pneumothorax ni pleurésie. Les 3e, 4e et 5e côtes gauches sont

© BIU Santé

fracturées, sans lésion de la plèvre pariétale, et pourtant il y avait eu de l'emphysème sous-cutané. Infiltration sanguine assez abondante dans le tissu cellulaire rétro-sternal et dans le médiastin postérieur. Les deux poumons sont violets, presque noirs, et excessivement congestionnés dans toute leur étendue; ils crépitent et surnagent encore. Mais à la base du poumon gauche, la lésion est plus avancée, il y a de l'hépatisation, qui rend compte des crachats pneumoniques que le malade a rendus. Aucune lésion du *cœur* ni des *organes abdominaux*.

3° *Du côté du fémur gauche*, on trouve à 10 cent. au-dessous du bord inférieur du grand trochanter, une fracture presque exactement transversale pour le fragment supérieur, et, au contraire, oblique en bas et en avant pour le fragment inférieur; deux esquilles interposées représentent la perte de substance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 avril 1878. — PRÉSIDENCE DE M. LABRIC.

M. VALLIN présente, au nom de M. MAZAC-AZÉMA (de la Réunion), un mémoire sur la *lymphangite endémique des pays chauds*.

M. HOUZELOT (de Meaux) écrit à la Société que, dans un mémoire présenté en 1854 à la Société de chirurgie, il a le premier formulé les indications de l'*anesthésie obstétricale*, et exprime le regret que son travail n'ait point été mentionné par les auteurs qui, depuis lors, se sont occupés de cette question.

M. GESTIN (de Brest) envoie une note sur *les taches bleues ou ardoisées de la fièvre typhoïde et leurs relations avec les pediculi pubis*.

M. HERVIEUX fait, sur l'*étiologie de l'intoxication puerpérale*, une communication dont nous ne pouvons malheureusement donner qu'une analyse rapide.

Les épidémies puerpérales n'ont pas une existence indépendante, ne proviennent pas, comme d'autres maladies, de certaines constitutions épidémiques; mais elles reconnaissent des causes multiples, parfaitement définies d'ailleurs, et qui commencent à être bien connues; l'une d'elles est l'encombrement, et l'importance de cette cause est telle que M. Hervieux n'a vu, dans son service de la Maternité, survenir d'accidents que dans les cas où il existait une accumulation des malades; les accidents disparaissaient lorsque cessait l'encombrement.

L'influence de la contagion sur la propagation de la maladie n'est pas moins certaine; mais il existe une autre cause de propagation; c'est celle qui se fait par les autopsies, et M. Hervieux a depuis longtemps complètement renoncé aux examens cadavériques, instruit par l'expérience, à plusieurs reprises, des dangers qui peuvent en résulter. C'est ainsi, d'ailleurs, que l'on peut expliquer un fait observé à Vienne, et qui repose sur une statistique de trente années. Il existe là deux Maternités, servies l'une par des étudiants et dans laquelle se font des autopsies, l'autre par des sages-femmes; or, tandis que sur un chiffre de 104,492 accouchements observés dans la première, la mortalité a été de 5,56 pour 100, elle n'a été, dans la seconde, que de 3,06 pour 100, sur un chiffre de cas à peu près analogue.

Les épidémies puerpérales sont des épidémies toutes locales, ainsi que le prouve aussi l'examen du chiffre des décès dans chaque hôpital, et les causes de ces épidémies sont non-seulement faciles à apprécier, mais elles sont encore attaquables par les ressources de notre art. La conclusion pratique de ce qui précède consiste dans l'emploi des précautions suivantes: 1° Faire du jour autour des accouchées, et les disséminer dans le plus grand espace possible; — 2° leur épargner toute investigation qui n'est pas rigoureusement indispensable; — 3° isoler les accouchées malades des accouchées valide, et même celles qui sont gravement atteintes de celles qui le sont moins; — 4° supprimer toutes les autopsies; — 5° préférer aux avantages de l'alternance l'occupation totale des salles disponibles avec espacement des malades aussi considérable que possible; — 6° affecter un personnel spécial aux malades le plus fortement menacées; — restreindre le chiffre des admissions et même fermer complètement le service dès qu'un mouvement épidémique semble se manifester.

M. LUYS fait une communication sur les *conditions pathogéniques du développement de la paralysie générale en particulier, et des diverses dégénérescences scléreuses du système nerveux en général*. La paralysie générale et les scléroses du système nerveux sont, d'après lui, des maladies d'évolution, qui ont leur point de départ dans les lois fatales du développement des tissus organiques, et particulièrement de la névroglie. Quant aux causes émanées du monde extérieur, elles ne constituent que des causes secondaires, et sont toujours subordonnées à ce travail préparatoire d'évolution.

M. DELASIAUVE n'était pas satisfait des diverses opinions successivement données jusqu'ici sur la paralysie générale; il reconnaît que les résultats fournis par les recherches de M. Luys sont beaucoup plus intéressants, mais ne peut cependant s'empêcher de faire quelques objections. Ainsi, la paralysie générale, apparaissant ordinairement vers l'âge de 30 ans, devient rare après 50 ans, et exceptionnelle à partir de 60 ans; d'après l'hypothèse de M. Luys, elle devrait, au contraire, devenir de plus en plus commune. D'autre part, la paralysie générale peut s'arrêter momentanément et même guérir. M. Luys fait peut-être trop bon marché des causes dites accessoires.

M. LUYS répond qu'il ne repousse nullement l'influence des causes accessoires, mais elles n'agissent guère qu'à une certaine époque c'est-à-dire vers 30 ou 40 ans, au moment où les tissus commencent à se modifier et subissent cette évolution particulière. Quant aux faits de guérison ou même de longues rémissions, M. Luys n'en a jamais vu. Il a bien quelquefois observé des améliorations passagères, mais c'étaient des apparences trompeuses et la maladie reprenait ensuite son cours régulier et fatalement progressif. A. S.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur le sirop gastrosthénique d'écorces d'oranges amères au vin de Madère

Par C. BLOTTIÈRE, pharmacien à Paris.

Presque tous les pharmacologistes se sont occupés du principe amer contenu dans les écorces d'oranges; tous, sans exception, ont considéré ce principe comme le plus puissant pour relever les forces des organes digestifs débilités; quelques-uns même ont attribué à ce principe des propriétés fébrifuges. Parmi les pharmacologistes qui ont écrit sur cette matière, je citerai: le docteur Hoffmann, qui le considère comme un des meilleurs curatifs de l'anémie; les docteurs Monneret et Fleury indiquent l'écorce d'oranges amères comme un remède des plus efficaces dans tous les cas de gastralgie asthénique; nous trouvons encore dans le grand dictionnaire des sciences médicales les docteurs Loiseleur et Deslongchamps, préconisant l'écorce d'oranges amères dans toutes les maladies que caractérise ou accompagne la débilité des organes digestifs, et ils accordent même, eux aussi, au principe amer, une propriété fébrifuge; le professeur Richard, dans le dictionnaire de médecine, constate et préconise l'action tonique des écorces d'oranges amères; le docteur J. Simon, à l'hôpital des Enfants, préconise l'emploi du sirop d'écorces d'oranges amères dans l'embarras gastrique, la dyspepsie gazeuse, pituiteuse et dans la constipation. D'autres auteurs considèrent même la matière extractive des écorces d'oranges comme un tonique excitant égalant presque le quinquina. Dans l'hypochondrie, la chlorose, l'hystérie, c'est un des médicaments le plus avantageusement employés.

L'incontestable efficacité du principe amer contenu dans les écorces d'oranges amères m'a déterminé à entreprendre une série de travaux, dans le but de donner aux préparations qui le contiennent une fixité qu'on ne rencontre pas ordinairement dans les diverses préparations qui ont pour base l'écorce d'oranges amères. En effet, le sirop d'écorces d'oranges amères du codex est un médicament dont la conservation est, sinon impossible, du moins très-difficile; d'ailleurs, comme tous les

© BIU Santé

sirops faits par infusion, il est sujet à une variation très-grande, non-seulement dans la qualité, mais encore dans la quantité du principe extractif contenu dans les écorces d'oranges amères.

Cette variation est une des plus principales causes auxquelles on doit attribuer les divergences d'opinion des pharmacologistes sur ce principe.

Une autre cause, qui a puissamment contribué à l'instabilité de l'action de ce médicament, est due à un principe mucilagineux et fermentescible qui se trouve toujours entraîné par l'infusion d'écorces d'oranges, qui sert à la préparation ordinaire du sirop; ce principe fermentescible agit immédiatement et décompose, au bout de quelques jours, les sirops d'écorces d'oranges les mieux préparés. Après nous être convaincus que le principe amer des écorces d'oranges ne partageait pas cette propriété altérable, nous avons cherché un moyen qui nous permît de séparer la matière mucilagineuse, qui donnait aux préparations du codex cette instabilité, si redoutable pour les médecins.

Nos travaux nous ont conduit à constater que l'écorce d'oranges amères cède à l'eau bouillante 36 0/0 de matière extractive, que cette matière extractive renferme près du tiers de son poids d'un principe mucilagineux sans saveur, et jouissant de la propriété de déterminer la fermentation très-rapidement.

Ces faits une fois établis, nous avons pensé qu'il pourrait être utile de faire un sirop contenant toujours la même quantité de matière active et complètement débarrassé de tout principe fermentescible. En conséquence, nous avons préparé un extrait d'écorces d'oranges amères en faisant deux infusions successives d'écorces d'oranges amères par l'eau bouillante. Ces infusions ont été évaporées au bain-marie jusqu'en consistance sirupeuse, nous avons repris cet extrait, rapproché par l'alcool à 33°, qui dissout toute la matière extractive sans exception, et la matière mucilagineuse, au contraire, se précipite sous la forme d'une masse gélatineuse, qui, lavée à plusieurs reprises par l'alcool, devient complètement sans saveur et ne présente plus, alors, qu'une masse très-facile à dessécher et tout à fait insipide.

L'action tonique de l'extrait d'écorces d'oranges amères ayant été préconisée par la plupart des pharmacologistes comme un tonique légèrement excitant, nous avons pensé qu'un sirop qui contiendrait ce principe actif rigoureusement dosé pourrait être avantageux et trouverait évidemment un emploi fréquent entre les mains des médecins instruits qui ont besoin, pour se rendre un compte exact de l'efficacité d'un médicament, de trouver une préparation qui soit toujours identiquement la même. Nous avons préparé un sirop d'écorces d'oranges amères au vin de Madère, et nous avons cherché une dénomination qui, tout en indiquant au médecin la différence essentielle qui existe entre notre sirop et celui du codex, rappelât en même temps ses propriétés les plus caractéristiques, nous l'avons donc nommé *sirop gastrosthénique d'écorces d'oranges amères au vin de Madère.*

Depuis longtemps déjà, ce sirop a été efficacement employé par les praticiens auxquels nous avions communiqué notre travail. Les résultats obtenus nous ont fait penser qu'il pourrait être utile de donner connaissance au corps médical, non-seulement de notre travail, mais encore de quelques observations cliniques qui ont été faites avec cette préparation, et que nous publierons ultérieurement. Nous espérons que les résultats obtenus encourageront la plupart des médecins à essayer ce médicament dans tous les cas où l'organisme a besoin d'être tonifié et légèrement excité. Comme saveur, notre préparation constitue un véritable sirop d'agrément; aussi, sous ce rapport, il ne laisse rien à désirer pour son administration dans tous les cas d'atonie, où l'estomac, devenu capricieux, éprouve, même chez les enfants, de la répulsion pour tout ce qui est médicament.

Nouveau journal. — Nous signalons à nos lecteurs l'apparition d'une publication nouvelle : *La Chanson*, revue mensuelle, biographies avec portraits, chansons, notices, musique, échos, etc., publiée par A. Patay, 18, rue Bonaparte. Le numéro : 30 c.

CORRESPONDANCE

Autopsie et Baptême.

L'article que nous avons publié sous ce titre dans le dernier numéro du *Progrès médical*, nous a valu les deux lettres suivantes, qui nous ont paru de nature à intéresser nos lecteurs :

A Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*.

Mon cher confrère,

Une opération a été pratiquée à Champoly, par un charcutier, à l'instigation d'un prêtre, sur une femme enceinte morte ou supposée morte, dans le but d'administrer le baptême à l'enfant.

L'émotion très-vive causée par cette nouvelle n'est point encore calmée. La presse politique s'est emparée fièvreusement de la question, et des journalistes sont allés, dans leur ardeur, jusqu'à lire des *Traités d'embryologie sacrée*. Ils en ont extrait des conseils donnés par les théologiens aux médecins et aux accoucheuses. Ces conseils nous intéressent trop directement pour que nous n'ayons pas le droit et le devoir d'examiner ce qu'ils valent :

Les curés et les confesseurs doivent montrer aux médecins et aux accoucheuses la nécessité et l'obligation grave de faire l'opération césarienne sur le cadavre d'une femme morte et cela le plus tôt possible... Souvent il est très-difficile d'acquérir la certitude que la femme est réellement morte.

Ces conseils sont-ils les meilleurs qu'on puisse donner? Les plus propres à sauvegarder les intérêts de l'enfant, les intérêts de la mère, les intérêts du clergé lui-même? Il y a tantôt quarante ans que Rizzoli, et d'autres médecins italiens, allemands et belges, ont rappelé qu'au moment de la mort, pendant les heures d'agonie qui la précèdent, chez les femmes à terme ou près d'y arriver, le travail de l'accouchement commence souvent et parfois s'achève : ils ont montré qu'en dehors de tout travail commencé, il y a relâchement tel des sphincters, que les orifices du col se laissent dilater et franchir sans grande violence, sans autre instrument que la main, en ayant soin d'introduire les doigts un à un et lentement. On peut donc, dans ces conditions, faire franchir à la main l'orifice, s'ouvrir rapidement un passage suffisant pour aller chercher les pieds de l'enfant et l'extraire par les voies naturelles.

Les faits publiés par les médecins italiens sont assez nombreux pour qu'on soit en droit d'affirmer qu'il est possible d'agir ainsi dans le plus grand nombre des cas. En 1855, pendant une épidémie de choléra, Rizzoli et d'autres accoucheurs purent apprécier les avantages de cette méthode. Ils retirèrent sans difficulté, par les voies naturelles, chez des femmes arrivées près du terme de la grossesse, des enfants vivants.

Dans trois cas d'éclampsie, les docteurs Golinelli, Rivani et Finizzio, appelés pour faire l'opération césarienne, ont, en suivant les conseils de Rizzoli, retiré des enfants vivants, et les mères, qui n'étaient qu'en état de mort apparente, ont guéri.

On comprend, du reste, qu'il n'est pas besoin d'attendre le dernier soupir de la patiente comme dans l'opération césarienne. On peut exécuter l'opération presque aussi facilement pendant l'agonie, comme l'a prouvé le docteur Esterlé (de Florence). Ne semble-t-il pas que cette méthode doive être conseillée :

1° Dans l'intérêt de l'enfant, puisqu'elle peut être mise à exécution avant la mort de la mère, alors que la circulation maternelle persiste encore, ce qui donne de plus grandes chances de retirer un enfant non-seulement vivant, mais viable?

2° Dans l'intérêt de la mère, car si, comme on cela est arrivé et arrive quelquefois, la patiente n'est pas morte, mais se trouve dans un état de mort apparente, le léger traumatisme fait pour dilater et franchir le col, ne peut mettre aucun obstacle à sa guérison?

3° Les théologiens ne devraient-ils pas la conseiller dans leur propre intérêt? Ils éviteraient peut-être que des prêtres trop zélés ne fissent ouvrir le ventre de femmes vivantes, à coups

© BIU Santé

de tranchets ou de rasoirs, par des cordonniers ou des égorgeurs de porcs, ce qui ne paraît pas leur attirer beaucoup les sympathies du public.

Si la question n'est pas entièrement résolue, elle a été posée de telle façon par les médecins italiens, appuyée sur de tels faits, qu'on ne peut que regretter qu'elle ait été si froidement accueillie par l'école française et qu'il est à désirer qu'elle soit étudiée à nouveau, et s'il y a lieu, que la méthode de Rizzoli soit vulgarisée.

Recevez, mon cher confrère, l'assurance de ma haute considération.

Dr A. THEVENOT.

Paris, 25 mai 1878.

Mon cher confrère,

A Dieu ne plaise que je sois clérical ! Quand il y a tant d'améliorations à opérer en France et dans le monde entier, je suis loin d'approuver les luttes stériles et dangereuses provoquées si bénévolement par nos plus distingués prélats, que l'esprit même de leurs fonctions inviterait à marcher à la tête du progrès. Mais la légitime résistance à de funestes envahissements ne doit point nous empêcher d'être justes et indulgents envers les personnes.

Le *Progrès médical*, dans un article intitulé : *Autopsie et Baptême*, émet de sages considérations à propos d'un fait qui a passionné la presse et le public dans ces dernières semaines. On aurait été mieux inspiré, selon moi, de bien poser la question et d'en dégager un enseignement pratique. Le prêtre inculpé n'eût-il voulu que sauver une âme, il était dans son rôle. Mais n'avait-il que ce mobile contestable? Ne songeait-il pas à préserver un être vivant encore ?

Ce n'est point dans les seuls accouchements laborieux que l'opération césarienne a été pratiquée ; ce mode de délivrance, généralement favorable aux enfants, a été souvent mis en usage et recommandé dans le cas de mort de la mère. Etant élève à l'hôpital du Midi, en 1829, je fus témoin d'un fait semblable. L'enfant fut extrait sans difficulté. Vécut-il ? Je n'en ai pas le souvenir. Ce dont je me rappelle, c'est qu'une tradition récente signalait un succès obtenu dans le même établissement, par un des chirurgiens qui s'était chargé de l'éducation du pupille.

Nul n'est censé ignorer la loi. Vous rappelez, au sujet des autopsies, des formalités légales que, je l'avoue, je ne connaissais pas et sur lesquelles, je le crois, beaucoup de nos confrères n'étaient pas plus édifiés que moi. A quelque chose, malheur est bon. J'estime qu'un *vade mecum* qui instruirait le praticien de ses devoirs aurait son utilité.

Toutefois, entre l'opportunité de l'opération césarienne chez une morte et une ouverture cadavérique ordinaire, l'assimilation n'est pas parfaite. La preuve en est que le médecin, tenu d'observer les délais dans les autopsies, exécute d'urgence l'opération césarienne. Procède-t-il en vertu d'une immunité légale ou de tolérance ?

Si oui, sera-t-il interdit, en l'absence de tout secours médical, à un homme étranger à l'art d'essayer d'arracher à une mort certaine un enfant qui a chance de vivre ? Je ne résous pas le problème ; je le pose. Il vaut au moins la peine d'être examiné. Non que je réprouve les arguments pour l'affirmative ; mais il convient, à mon avis, de mettre en parallèle la thèse opposée. On cite des exemples d'enfants qui ont été retirés vivants des entrailles maternelles, après vingt-quatre heures. Si cette prolongation de vie s'observait fréquemment, de toute évidence, la jurisprudence serait faite : toujours il faudrait s'empresser de requérir le médecin le plus proche.

Votre tout dévoué,

DELASIAUVE.

BIBLIOGRAPHIE

Epidémie de choléra saisonnier à Valenciennes, en 1875 ; par le Dr MANOUVRIEZ (1). (*Extrait des Archives générales de médecine*, août 1877).

Le Dr A. Manouvriez a écrit, dans les *Archives générales de médecine*, la relation d'une épidémie de choléra saisonnier qu'il a constaté à Valenciennes. Dans cet article, nous relevons les faits suivants :

Sur 33 sujets atteints, il y en avait 19 du sexe masculin et 14 du sexe féminin — 4 décès chez les hommes et 2 décès chez les femmes. Les malades se répartissent ainsi qu'il suit : Enfants au sein, 4. — Seconde enfance, 10. — Adultes, 14. — Vieillards, 5. Les décès sont fournis par la première enfance et par les vieillards. D'où ressort la bénignité de la maladie chez l'adulte.

L'auteur dit avoir obtenu de bons résultats de la médication alcoolique chez les enfants à la mamelle, qu'il croit avoir été le premier à appliquer.

G. B.

(1) Paris, Asselin, 1877.

VARIA

Prix de l'Académie de Paris

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et comme ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en 1876 :

Prix de 1,500 fr., partagé entre : MM. Emmerique, médecin aide-major de 1re classe au 11e régiment de ligne ; Mordret, docteur en médecine au Mans (Sarthe) ; Salesses, médecin aide-major à l'hôpital militaire d'Orléansville (Algérie).

Médailles d'or à MM. Bernard, médecin de colonisation à Bordj-Menaïel (Algérie) ; Géraud, médecin aide-major de 2e classe, à Zemmorah (Algérie) ; Mouillé et Talon, médecins-majors au 59e de ligne ; Rey, docteur en médecine à Lille (Nord).

Médailles d'argent à MM. les docteurs : Bassompierre, médecin aide-major de 2e classe au Fort-National (Algérie) ; Baudon, médecin-major au 84e de ligne, à Avesnes (Nord) ; Béguerie, à Mauléon (Basses-Pyrénées) ; Benoît (Léopold), à Apt (Vaucluse) ; Bernès, à Manciet (Gers) ; Blanc, à Pourrières (Var) ; Bosq, à Montdauphin (Hautes-Alpes) ; Bourcier, à Creil (Oise) ; Brachet, médecin-major au 14e bataillon de chasseurs, à Auch (Gers) ; Brun, à Saint-Ceré (Lot) ; Cahon (Albert), vingtième arrondissement de Paris ; Castel, à Saint-Dizier (Haute-Marne) ; Charpentier, à Prémery (Nièvre) ; de Boret, à Jussey (Haute-Saône) ; de Fleury à Angoulême (Charente) ; Denonozier, à Lucenay (Nièvre) ; Duvernoy père, à Audincourt (Doubs) ; Estèbe, à Villefranche (Haute-Garonne) ; Franchet, à Saint-Martin-en-Haut (Rhône) ; Grinda, à Nice (Alpes-Maritimes) ; Guéneau, à Moulins (Allier) ; Guézennec, à Tréguier (Côtes-du-Nord) ; Guidoni, à Ille-Rousse (Corse) ; Guillemaut fils, à Louhans (Saône-et-Loire) ; Hallé, septième arrondissement de Paris.

MM. les docteurs Labesque, à Agen (Lot-et-Garonne) ; Lachaud, à Renaison (Loire) ; Lemercier, à Neubourg (Eure) ; Levasseur (P.), à Rouen (Seine-Inférieure) ; Lorbert, à Beaucourt (territoire de Belfort) ; Mangin, à Baccarat (Meurthe-et-Moselle) ; Mauquié, à Nogent-sur-Vernisson (Loiret) ; Morel, au Puy (Haute-Loire) ; Panis père, à Reims (Marne) ; Perret, à Rennes (Ille-et-Vilaine) ; Perronier, à Romans (Drôme) ; Petiteau (Marcel), aux Sables-d'Olonne (Vendée) ; Prallet, à Chambéry (Savoie) ; Puzet-du-Pouget, aux Vans (Ardèche) ; Rey, à Annecy (Haute-Savoie) ; Rivairol, à Montauban (Tarn-et-Garonne) ; Robert, à Sisteron (Basses-Alpes) ; Rougier, à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Sagnier, à la Grand'Combe (Gard) ; Saulgeot, à Beaune (Côte-d'Or) ; Sicre, à Quillau (Aude) ; Vernet, à Roujan (Hérault).

MM. les officiers de santé : Briende, à Marcillac-la-Croisille (Corrèze) ; Cambriels, à Saint-Laurent-de-la-Salanque (Pyrénées-Orientales) ; Dupuich, à Festubert (Pas-de-Calais) ; Guérit à Renazé (Mayenne) ; Roger, à Plouigneau (Finistère).

Mmes les sages-femmes : Adam, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise) ; Amaré, à Castelnau-Rivière-Basse (Hautes-Pyrénées) ; Auclair, à Bonnétable (Sarthe) ; Avril, à Châteaurenault (Indre-et-Loire) ; veuve Belle-Barbe, à Cherbourg (Manche) ; Bertrand, à Lavaur (Tarn) ; Bisson, à Lisieux (Calvados) ; Bioteau, à Frossay (Loire-Inférieure) ; Charton, à Avallon (Yonne) ; Dendine, à Suc-et-Sentenac (Ariége) ; Dard, à Troyes (Aube) ; Dérus, à Besançon (Doubs) ; Desplanques, à Tourcoing (Nord) ; Dominique, à Saint-Julien (Jura) ; Dreuille, à Ham (Somme) ; Dreux, à Mézières (Ardennes) ; Faichaud, au Blanc (Indre) ; Finqueneisel, à Constantine (Algérie) ; Fres, à Langogne (Lozère) ; Gassin, à Toulon (Var) ; Istace, à Charleville (Ardennes) ; Labbé, à Chartres (Eure-et-Loir) ; Laborde, à Bergerac (Dordogne) ; Lafitte, à Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées) ; Lambert, à Romorantin (Loir-et-Cher) ; Laudren, à Lorient (Morbihan) ; veuve Laporte (Sophie), à Toulouse (Haute-Garonne) ; veuve Leblanc, à Bressuire (Deux-Sèvres) ; Lebrun, à Saint-Quentin (Aisne) ; Léger, à Charost (Cher) ; Le Luduec, aide-sage-femme à l'hôpital (Paris) ; Malmézac, à Aurillac (Cantal) ; veuve Marouhy, à Tulle (Corrèze) ; Midroit, à Viverols (Puy-de-Dôme) ; Morin, à Verdun (Meuse) ; Naudin, à Fontainebleau (Seine-et-Marne) ; Parot, à Limoges (Haute-Vienne) ; Pépin, aide-sage-femme à l'hôpital Cochin ; Périchon, à Etampes (Seine-et-Oise) ; veuve Pic, à Nîmes (Gard) ; veuve Prétin, à Châtellerault (Vienne) ; Prieur, à la Ferté-Macé (Orne) ; Queyrieux, à

© BIU Santé

Ussel (Corrèze) ; Renard, à Etauliers (Gironde) ; Rezant, à Dun (Creuse) ; Roussel, à Saumur (Maine-et-Loire) ; Sallefranque, à Tartas (Landes) ; Vuillermoz, à Bourg (Ain).

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Du 27 mai au 1er juin 1878. — 299. M. Pitosy : Etude sur une épidémie de diphthérite.— 300. M. Taekvorian : De la périostite dite albumineuse.— 301. M. Mercier (Jules) : De l'emploi thérapeutique du phosphure de zinc. — 302. M. Pacton : Du zona ophthalmique.

Enseignement de l'aliénation mentale à Marseille.

Arrêté. — Le préfet des Bouches-du-Rhône, chevalier de la Légion-d'honneur. Vu le mémoire présenté par M. le dr Lagardelle, médecin en chef de l'Asile public d'aliénés de Marseille, sur l'utilité de la création, dans cet établissement, d'une clinique des maladies mentales ; ensemble les avis de MM. le directeur de l'Asile, le directeur de l'Ecole de médecine et le recteur de l'académie d'Aix ; la décision de M. le ministre de l'intérieur, en date du 26 février 1878. — Arrête :

Article premier. — Il est institué à l'Asile public d'aliénés de Marseille, pour l'enseignement spécial des maladies mentales, des cours publics qui seront faits alternativement par MM. les médecins en chef de l'établissement, une fois par semaine, à jour et à heures fixes. Ces conférences auront lieu dans une salle sise à l'entrée de l'Asile, isolée des services de l'établissement et dite, salle de réunion de la commission de surveillance.

Art. 2. — Les personnes qui désireront suivre ces cours devront se pourvoir préalablement d'une autorisation du directeur de l'établissement. Pour les élèves en médecine, la carte d'entrée sera délivrée par lui, sur le vu d'un certificat du directeur de l'Ecole de médecine, attestant que le titulaire a subi avec succès le troisième examen de fin d'année. Les médecins et les magistrats pourront y avoir accès sur la présentation de leur carte personnelle. Les avocats qui voudront y être admis auront à se munir d'un certificat qui leur sera délivré au parquet de M. le procureur de la République. En échange de ce certificat, le directeur de l'Asile leur donnera une carte d'entrée aux cours.

Art. 3. — Les auditeurs de ces cours ne pourront entrer dans les salles de service intérieur. Indépendamment de toutes précautions qui devront être prises, à cet effet, dans l'intérêt de la morale et des familles, le nom des malades ne devra jamais être livré aux élèves, quels que soient le caractère de la maladie ou les circonstances à la suite desquelles elle se sera produite. Néanmoins pour compléter ces démonstrations, le médecin pourra exceptionnellement, et sous sa responsabilité personnelle, donner accès dans les quartiers à quelques étudiants de choix, à ceux notamment qui lui paraîtront avoir des dispositions marquées pour l'étude des affections mentales.

Art. 4. — Des affiches feront connaître ultérieurement les jours et heures fixés pour ces conférences.

Marseille, le 28 février 1878.

Signé : Tirman.

Pour copie conforme : le secrétaire-général,
Signé : Dédebat.

Les conférences cliniques sur les maladies mentales, instituées par l'arrêté préfectoral du 28 février 1878 précité, auront lieu à l'asile Saint-Pierre tous les dimanches, à 8 heures du matin.

Concours pour le bureau central (*médecine*). — Voici la liste des questions posées par le jury pour les épreuves théoriques ; les premières, mises entre parenthèses, sont celles qui, désignées par le sort, ont été traitées par les candidats.

1° *Leçon de 20 minutes.* — (Stomatite ulcéro-membraneuse ; de l'empoisonnement par l'ingestion du phosphore ; de la paralysie spinale atrophique ; de l'embolie pulmonaire ; cancer du foie). — Paralysie de la troisième paire : tétanie ; diagnostic différentiel et traitement de la pleurésie purulente ; complications de la coqueluche ; œdème de la glotte ; péritonite tuberculeuse ; érythème noueux et érythème papuleux ; encéphalopathie saturnine.

2° *Composition écrite de 5 heures.* — (Des complications gangréneuses de la fièvre typhoïde) ; de la pleurésie purulente ; des hémorrhagies méningées.

Ce concours, commencé le 21 mars, vient de se terminer par la nomination de MM. Quinquaud, Sevestre et Huchard.

C'est avec un très-grand plaisir que nous apprenons à nos lecteurs la nomination de notre excellent ami et dévoué collaborateur, M. le Dr Sevestre. Nous n'avons jamais trouvé son amitié en défaut chaque fois que nous lui avons fait appel et le *Progrès médical* lui doit une part de son succès. Nous sommes donc heureux d'avoir une aussi bonne occasion de le déclarer hautement.

Un nouveau concours, pour trois places, commencera le *6 juin*, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu. — Les *candidats* inscrits pour ce concours sont : MM. Barié, Bourceret, Carrière, Chouppe, Cuffer, Danlos, Ducastel, Frémy, Gingeot, Hanot, Hirtz, Homolle, Hutinel, Joffroy, Labarraque, Lacombe, Lagrave, Landouzy, Landrieux, Lorey, Muzelier, Rathery, Raymond, Renault, Robin, Roques, Sanné, Schweich, Tenneson, Troisier. — Les *juges* sont : MM. Ball, Dumontpallier, Gérin-Roze, Labric, Rigal, G. Sée, Terrier, Fernet (?), Simon (?).

Concours pour deux places de chirurgien du bureau central. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Peyrot et Humbert.

Herborisation. — M. Chatin, professeur, membre de l'Institut, fera sa prochaine herborisation le dimanche 2 juin, dans la forêt de Montmorency. Rendez-vous à 7 h. 1/2, à la gare du Nord.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche, 2 juin 1878, au Mont-Ganelon et à Cuise-Lamotte. On se réunira à la gare du Nord où l'on prendra à 6 heures du matin le train pour Compiègne.

Théâtres. — Mme Brès, née Madeleine Gerbin, est nommée médecin des théâtres Historique et du Châtelet. (*Union médicale.*)

Vacances médicales. — On demande un médecin pour la commune d'Audeville, canton du même arrondissement de Beauvais (Oise), 1300 habitants). Logement gratuit très-convenable. Société de secours mutuels. Probablement une subvention pendant quelques années. S'adresser au maire d'Audeville. — Demande d'un docteur pour la commune de Villedieu, arrondissement de Châteauroux (Indre). La commune a plus de 2600 habitants. Bonne et nombreuse clientèle. Subvention pour le service gratuit. S'adresser au maire de Villedieu. — On demande un docteur-médecin pour un canton du département d'Eure-et-Loir. Communications faciles avec Paris. S'adresser pour tous les renseignements à M. T., avenue des Ternes, 38, Paris.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

Bourneville. Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux. Premier fascicule : Hémorrhagie et ramollissement du cerveau. Paris 1872. In-8 de 168 pages avec 22 fig. 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50.

Deuxième fascicule : Urémie et Eclampsie puerpérale ; Epilepsie et Hystérie Paris, 1873. In-8 de 160 pages, avec 14 fig. 3 fr. 50. Pour nos abonnés. 2 fr. 50.

Bourneville. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie. In-8 de 200 pages avec 3 fig. dans le texte et 3 planches. 4 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 75

Bourneville. Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde. In-8° compacte de 80 pages, avec 10 tracés en chromo-lithographie. 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

Bourneville et L. Guérard. De la sclérose en plaques disséminées. Vol. gr. in-8 de 240 p. avec 10 fig. et 1 pl. 4 fr. 50. — Pour nos abonnés. 3 fr.

Bourneville et Voulet. De la contracture hystérique permanente ou appréciation scientifique des miracles de Saint-Louis et de Saint-Médard. In-8. 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 75.

Brissaud (E.) et Monod (E). Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, 1877, in-8 de 16 pages. — Prix : 50 cent. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

Budin (P). De certains cas dans lesquels la docimasie pulmonaire hydrostatique est impuissante à donner la preuve de la respiration. Paris, 1872 In-8 de 16 pages, 50 c. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

Budin (P.). Recherches physiologiques et cliniques sur les accouchements. Paris, 1876. In-8 de 36 pages avec figures. 1 fr. — Pour nos abonnés, 65 cent.

Budin (P.). De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8 de 112 pages, avec de nombreux tableaux, dix figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. Prix : 10 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, 6 fr.

Cartaz (A.). Notes et observations sur le tétanos traumatique. In-8 de 20 pages, 50 cent. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

Chabbert (L.). De l'anthrax des lèvres, ses complications, son traitement. Paris 1877, in-8 de 44 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès* 1 fr.

Charcot (J.-M.). Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par Bourneville. Tome I : Troubles trophiques ; — Paralysie agitante ; — Sclérose en plaques ; — Hystéro-épilepsie. Paris, 1875, 2e édition. In-8 de 428 pages avec 25 figures et 10 planches en chromo-lithographie. 13 fr. — Pour nos abonnés, 10 fr.

Charcot (J.-M.). Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par Bourneville. Tome II : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice* ; — *De la compression lente de la moelle épinière* (mal de Pott, cancer vertébral, etc.) ; — *Des amyotrophies* (paralysie infantile, paralysie spinale de l'adulte, atrophie musculaire protopathique, sclérose des cordons latéraux, etc.). — *Tabes dorsal spasmodique* ; — *Hémichorée post-hémiplégique* ; — *Paraplégies urinaires* ; — *Vertige de Ménière* ; — *Epilepsie partielle d'origine syphilitique* ; — *Athétose* ; — *Appendice, etc.* — Prix : 14 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 10 fr.

Librairie V. Adr. DELAHAYE et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine.

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J. H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Les numéros de *mai* viennent de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

© BIU Santé

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. LE BLOND. Le numéro de *mai* est paru : Un an : Paris, 18 fr., Départements, 20 fr.

Librairie G. MASSON, boulevard Saint-Michel.

GUÉRIN (J.). — Pansement des plaies par l'occlusion pneumatique. Paris 1878, un vol. grand-in 8 de 79 pages plus un tableau.

MAREY (E. J.) — La méthode graphique dans les sciences expérimentales et particulièrement en physiologie et en médecine, Paris, 1878, un vol. in-8 de 674 pages et de 348 figures dans le texte. — Prix : 16 fr.

Librairie F. SAVY, 77, boulevard Saint-Germain.

HENNINGER (A.). — De la nature et du rôle physiologique des peptones. Paris, 1878, un vol. in-8 de 68 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Bulletin de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris, 1877 (au secrétariat de la Société), un vol. in-8 de 100 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — Pathologie mentale : M. LUYS, le dimanche, à 9 heures 1/2.

Asile Sainte-Anne. — M. MAGNAN continue tous les mercredis à 9 heures 1/2, l'étude pratique du diagnostic de la folie.

Hôpital de Lourcine. — Pathologie générale de la syphilis : M. CORNIL, mardi, à 9 heures 1/2.

Hôpital Saint-Louis. — Maladies de la peau et syphilis : M. A. FOURNIER, vendredi, à 9 heures 1/2. — M. LAKLER, vendredi, à 8 heures 1/2. — M. BESNIER : Lundi, à 9 heures, consultations externes. Mardi, à 8 heures, premier examen des nouveaux. Mercredi, à 9 heures, conférence clinique. Jeudi, à 9 heures 1/2, policlinique. Vendredi, à 9 heures 1/2, étude au musée. Samedi, à 8 heures 1/2, revue des malades en cours de traitement, thérapeutique appliquée.

Hospice des Enfants assistés. — Clinique infantile : M. PARROT, dimanche, à 9 heures 1/2.

Hôpital des Enfants-Malades. — Clinique infantile : M. ARCHAMBAULT, vendredi, à 8 heures.

Hôpital Laribosière. — Médecine. — Service de M. SIREDEY. — Consultation le lundi. Clinique externe des maladies des femmes le mercredi à 9 heures. Spéculum le samedi. Visite à 8 heures. — Salle Sainte-Anne : Accouchements. — Salle Sainte-Marthe : crèche : 1, 3, pelvipéritonite ; 3, phlegmon du ligament large. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 3, 19, 33, corps fibreux utérins ; 17, 22, 31, phlegmon du ligament large ; 14 *bis*, phymie laryngée et pulmonaire, kyste hydatique du foie ; 1 *bis*, 2, 16 *bis*, 19 *bis*, 24, 34, pelvipéritonite ; 15, péritonite tuberculeuse ; 25, rétrécissement mitral, cirrhose du foie. — Saint-Augustin *bis* (H.) : 13, pleuro-pneumonie tuberculeuse ; 14, rétrécissement aortique, tuberculose pulmonaire ; 15, cirrhose du foie ; 20, carcinome du pylore ; 21, ictère chronique ; 21 *bis*, pleurésie diaphragmatique ; 23, cancer de l'intestin.

Service de M. FÉRÉOL. — Consultation le vendredi. Spéculum le mardi. Visite à 8 h. 1/4. — Salle Saint-Vincent-de-Paul (H.) : 4, rhumatisme chronique ; 15 *bis*, tic douloureux de la face ; 18, entérite chronique ; 19 *bis*, pleurésie double ; 20, tumeur cérébrale ; 31, scorbut ; 32, insuffisance mitrale ; 33 *bis*, ataxie locomotrice ; 34, néphrite interstitielle, urémie chronique. — Sainte-Joséphine (F.) : 1 *bis*, syphilis secondaire ; 2, phthisie granuleuse généralisée ; 8, hystérie, rhumatisme chronique ; 15, paralysie générale spinale antérieure subaiguë ; 19, blennorrhagie ; 22, carie du rocher ; 23, intoxication mercurielle professionnelle ; 13, hémianesthésie hystérique : 33 *bis*, embarras gastrique, insuffisance mitrale ; 34, rhumatisme articulaire subaigu.

Service de M. OLLIVIER. — Consultation le samedi. Spéculum le mardi. Visite à 9 heures. — Salle Saint-Henri (H.) : 3, néphrite interstitielle, athérome, insuffisance aortique ; 4, insuffisance mitrale ; 8, paralysie générale ; 9, néphrite interstitielle, emphysème ; 15 *bis*, gomme du sternum ; 19 *bis*, péritonite tuberculeuse ; 30, névrômes multiples ; 34, gastrite ulcéreuse alcoolique. — Sainte-Elisabeth (F.) : 1 *bis*, fièvre palustre ; 5, chlorose ; 9, arthrite puerpérale suppurée ; 11, cirrhose ; 12, tumeur de la région splénique ; 16, ataxie locomotrice ; 28, paraplégie chez une tuberculeuse.

Service de M. PROUST. — Consultation le jeudi. Visite à 9 heures. — Salle Saint-Charles (H.) : 1 *bis*, tumeur cérébrale ; 6, insuffisance aortique ; 8, pachyméningite cervicale ; 17, goutte ; 26, tumeur cérébrale ; 33, abcès par congestion ; 33 *bis*, paralysie saturnine. — Sainte-Marie (F.) : 7, tumeur cérébrale ; 9, pellagre ? 12, mal de Bright ; 16, hoquet hystérique ; 18, athérôme cardio-vasculaire ; 23, athrophie musculaire d'origine saturnine ; 25, pachyméningite lombaire syphilitique.

Service de M. JACCOUD. Consultation le mercredi à 9 h. 1/2. Spéculum le vendredi. Visite à 8 h. 1/2. Salle Saint-Jérôme : 4, endo-péricardite rhumatismale ; 10, rétrécissement mitral, péricardite ; 14, néphrite parenchymateuse ; 21, chorée ; 26, cirrhose hépatique et rénale ; 30, phthisie galopante. — Salle Sainte-Claire (F.) : 1, néphrite parenchymateuse ; 3, adénie ; 4, néphrite parenchymateuse, adénites ; 11, péritonite tuberculeuse ; 19, pachyméningite ; 24, néphrite mixte.

Chirurgie. Service de M. PANAS. Consultation le lundi, mercredi et vendredi. Opérations le samedi. Consultation pour les maladies des yeux le lundi. Opérations le jeudi. — Salle St-Honoré (H.) : 6, carie du calcanéum ; 5, entorse du genou, subluxation de la rotule ; 12, mal de Pott ; 4, abcès par congestion, ponction ; 16, 18, fistules urinaires ; 23, fracture du fémur (extension parallèle) ; 32, fracture compliquée des deux jambes. — Salle Ste-Marthe (F.) : 4, périty phlite, abcès stercoral consécutif ; 10, corps fibreux multiples (ascite) ; 12, coxalgie (extension parallèle) ; 15 *bis*, abcès sous-périostal du maxillaire supérieur ; 17, fracture hémalléolaire ; 18, hygroma prérotulien (excision) ; 25, amputation du bras consécutive à une tumeur blanche suppurée du coude ; 26, odontôme (résection du maxillaire inférieur).

Hôpital de Lourcine. Service de M. CORNIL. Salle Saint-Clément : 1, plaques muqueuses vulvaires ; 2, plaques muqueuses de la gorge ; 3, psoriasis palmaire ; 4, hypertrophie considérable des mamelles ; 6, stomatite ulcéro-membraneuse ; 7, métrite chlorotique ; 8, vaginite ; 10, épithélioma du col ; 14, impétigo du cuir chevelu ; 17, syphilide papuleuse ; 20, vaginite, métrite ; 22, psoriasis palmaire ; 28, 32, plaques muqueuses vulvaires ; 34, syphilide circinée, onyxis ; 37, périostoses tibiales ; 33, syphilide papuleuse ; 35, syphilis (grossesse) ; 43, syphilis, angine de poitrine ; 46, syphilide pustulo-crustacée de la face. — Salle Saint-Ferdinand : 1, plaques muqueuses de la gorge, pelvi-péritonite ; 2, syphilide papulo-squammeuse généralisée ; 3, echthyma profond du cou-de-pied ; 5, métrite ; 7, roséole syphilitique ; 8, abcès du sein ; 9, roséole syphilitique. — Salle Sainte-Thérèse (enfants) : 3, syphilis héréditaire ; 9, vulvite (viol) ; 10, plaques muqueuses buccales et vulvaires ; 11, idiotie, viol, syphilis ; 12, syphilis ; 14, roséole syphilitique.

Consultations le jeudi à 10 heures. — Examen des entrantes et leçons cliniques le samedi à 9 heures. — Leçon théorique suivie de l'examen des malades le mardi à 9 heures 1/2.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Martineau. Clinique du samedi 18

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du Dr **Clin** renferme 0,20 } Bromure de
Chaque **Dragée** du Dr **Clin** renferme 0,10 } Camphre par.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence de Santal**, associée au Copahu et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du col, l'**Uréthrite** et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

NOTA. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

GROS : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du Dr **Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du Dr **Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr **Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du Dr **Clin.**

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

© BIU Santé

mai 1878 : 6, syphilis métrite chronique avec rétrécissement de la cavité cervicale ; 7, 1, syphilis, métrite chronique scrofuleuse avec rétroflexion et adénite pelvienne ; 19, chancre des amygdales, métrite chronique scrofuleuse ; 26, syphilis, métrite et lympho-adénite pelvienne ; 34, vaginite blennorrhagique ; lympho-adénite gauche ; 10, métrite chronique scrofuleuse née sous l'influence d'une métrite blennorrhagique. — Clinique du samedi 22 mai 1878 : 21, métrite chronique scrofuleuse avec lympho-adénite chronique double et antéversion ; 17, syphilis, vaginite et lymphangite blennorrhagique ; 25, vaginite blennorrhagique, uréthrite, métrite, scrofuleuse et lympho-adénite subaiguë ; 32,37, métrite chronique scrofuleuse et lympho-adénite ; 38, syphilis, chancre induré de la petite lèvre droite, métrite et lympho-adénite chronique ; 39, métrite chronique avec lympho-adénite chronique double.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et MOURGET (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

BROMURE de ZINC

SIROP — 50 centigr. par cuillerée à soupe.
PILULES — contenant 20 centigrammes.
PILULES ARSENICALES — contenant 5 centigr. Br. de Zinc et 1 mill. Br. d'arsen.

Très-utile dans les cas de *Saturation* ou d'*Anémie bromurique*, le Br. de Zinc est beaucoup plus actif que le Br. de Potassium. — Doses de 0,20 à 4 gr. par jour. — FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — PARIS.

PAPIER LARDY

A L'EXTRAIT DE PIMENT

Puissant révulsif bien supérieur au Thapsia, à l'huile de Croton, etc., dont il n'a pas les inconvénients.

Intermédiaire entre le Sinapisme, dont l'action est rapide, mais fugace, et le Vésicatoire, dont l'énergie ne convient qu'à certains cas. — Action **IMMÉDIATE** et **CONTINUE**, n'occasionnant ni **DOULEURS** ni **DEMANGEAISONS**, mais seulement de la chaleur, une cuisson légère et une vive rougeur.

Indiqué dans tous les cas où une dérivation énergique est nécessaire. — Inflammations de la poitrine, de la gorge, congestions, douleurs diverses, etc.

1 FR. 50 LA BOITE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

LITS ET FAUTEUILS MÉCANIQUES POUR MALADES ET BLESSÉS

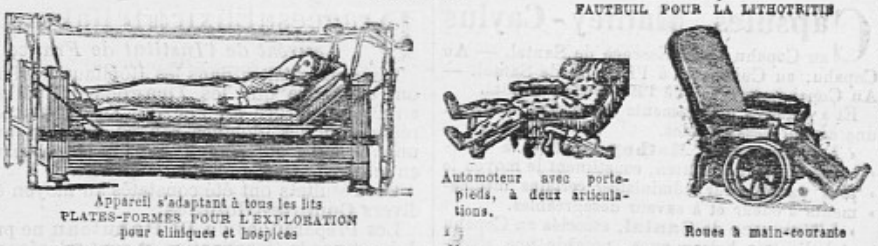
Appareil adopté par l'Académie de médecine de Paris en 1847. — 19 Médailles aux Expositions franç. et angl. Académies et Sociétés savantes. Dipl. d'hon., Exp. int. de Paris 1875; Méd. de 1re cl., Exp. int. Bruxelles 1876

DUPONT, PARIS, RUE SERPENTE (près l'Ecole de Médecine)



Portoirs de différents modèles — A manivelle se dirigeant à une ou deux mains — Ouvert — Fermé — Fauteuil à spéculum

FAUTEUIL POUR LA LITHOTRITIE



Appareil s'adaptant à tous les lits PLATES-FORMES POUR L'EXPLORATION pour cliniques et hospices — Automoteur avec porte-pieds, à deux articulations. — Roues à main-courante

Fauteuils de Médecins. — Transports des Malades. — Vente et Location

GRANULES TROIS CACHETS

PHOSPHURE DE ZINC

A 4 MILLIGRAMMES (1/2 MILLIGR. DE PHOSPHORE ACTIF)

Anémie, Chlorose, Hypochondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Scrofules.

NOTA. — La composition du PHOSPHURE DE ZINC étant très-variable, suivant la provenance, nous n'employons exclusivement que le Phosphure de Zinc cristalisé ($Ph\ Zn^3$) sortant du laboratoire de M. P. VIGIER, auteur de la découverte de ce médicament.

3 fr. le flacon, dans toutes les Pharmacies.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

Clientèle médicale à céder. — Rapport de 9,000 à 10,000 fr., pour renseignements, s'adresser à M. le docteur Moreau, rue Lacharrieu, 15, square Parmentier (Paris).

Iconographie Photographique de la Salpêtrière, par BOURNEVILLE et REGNARD, paraissant tous les mois par livraison de 8 ou 16 pages de texte et 4 photographies. — 12 livraisons sont en vente et forment le premier volume. — Prix : 3 fr. la livraison, 32 fr. le volume complet. — Pour *les abonnés* du *Progrès médical*, 2 fr. la livraison ; le volume 20 fr.

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan, par le Dr C. Miot, in-8 de 56 pag. orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix 1 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr.

Leçons sur les Maladies du Foie, des Voies biliaires et des Reins faites à la Faculté de Médecine de Paris, par M. le professeur Charcot, recueillies et publiées par Bourneville et Sevestre. Un gros volume in-8 de 400 pages, orné de sept planches chromo-lithogr. et de 37 figures dans le texte. — Prix : 10 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical*, 7 fr.

Élixir toni-radical au Colombo, de Blottière, pharm., 56, rue de Sèvres, Paris, contre les dyspepsies, gravides, chlorotiques, syncopales, flatulentes, cardialgiques, symptomatiques du cancer, diarrhées, dyssenteries, fièvres pernicieuses, convalescences, 5 fr.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)
DOSES : De 1/2 à 6 milligram. par jour.
LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, PARIS.

EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE

RAKOCZY DE BUDE

EXIGER RIGOUREUSEMENT ÉTIQUETTE BLEUE

La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.

25 gram. de Sulfate de Magnésie
20 gram. de Sulfate de Sodium } par litre.

Se prend à très-petites doses.

Loser Frères, propriétaires à Budapest (Hongrie)

DÉPÔT GÉNÉRAL A PARIS : CHEZ JEAN SCHWARTZOW

35 bis, Rue de Trévise, 35 bis.

En vente : Chez tous les Marchands d'Eaux minérales, et Pharmaciens de Paris et de province.

DRAGÉES BLOT au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opial*, Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à Toulouse : toniques, dépuratives, anti-blennorragiques, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires*, catarrhe vessie. Bte 4f, fco 4.20.

Pour éviter imitation exiger : E. Blot

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

M. GALLEPIE, pharmacien, 50, *rue Monge*, fera une remise spéciale à MM. les étudiants, sur les **Dragées Blot** et sur tous les médicaments en général.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 23. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 8 JUIN 1878

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. JULES SIMON.

De la belladone.

Leçon recueillie par E. CHAMBARD, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Nous allons étudier aujourd'hui un médicament que vous me voyez prescrire chaque jour, soit seul, soit associé à d'autres agents thérapeutiques, dans les affections pulmonaires des enfants : je veux parler de la belladone dont nous allons d'abord passer en revue les préparations les plus sûres et les plus usitées.

Matière médicale. — La belladone est douée de propriétés très-énergiques et joue un grand rôle dans la thérapeutique des adultes et un rôle plus important encore dans celle des enfants. On l'emploie sous forme de poudre, de teintures éthérées ou alcooliques, on en fait un extrait, un sirop, et son alcaloïde, l'atropine, auquel elle doit la plus grande part de son énergie, est lui-même la base d'un grand nombre de préparations officinales.

1° *Poudre.* — La poudre se fait avec les feuilles et avec les racines de la belladone. C'est la première surtout qui est employée, et son altération rapide oblige de la conserver dans des flacons bien secs et d'en renouveler souvent la provision.

2° *Extrait.* — Il existe plusieurs sortes d'extraits de belladone ; l'extrait alcoolique, l'extrait de semences, l'extrait de suc non dépuré et l'extrait obtenu avec le suc dépuré de la plante. C'est ce dernier et l'extrait alcoolique qui sont le plus employés. Leur énergie est, à poids égal, un peu moindre que la poudre de feuilles ou de racines fraîchement concassées.

L'extrait de belladone seul ou associé à des substances adjuvantes ou correctives, entre dans la composition de nombreuses formules de pommades, liniments et pilules. Je laisserai de côté ces dernières, qui sont d'un usage difficile en thérapeutique infantile, et je vous recommande seulement, pour l'usage externe, les formules suivantes :

Pommade. —	Extrait de belladone.....	4 gr.
—	Axonge benzoïnée.....	30 —

Dans laquelle vous pourrez remplacer l'axonge par telle substance qui vous semblera préférable, telle que le cérat, le cold-cream, le glycérolé d'amidon, etc.

Liniment. —	Extrait de belladone.....	4 gr.
—	Huile de belladone.....	30 —

Une mixture composée de belladone, dont voici la formule, vous rendra de grands services dans un grand nombre d'affections douloureuses.

Extrait de belladone.....	4 gr.
Extrait de ciguë.....	4 —
Laudanum de Rousseau.....	2 —
Axonge benzoïnée, *ou bien* huile de jusquiame	30 —

Selon que vous voudrez la faire préparer sous forme de pommade ou de liniment.

Une préparation fréquemment employée, non-seulement contre les affections inflammatoires et douloureuses des organes pelviens de la femme, mais aussi chez les enfants, est l'onguent napolitain belladoné, qui se prépare également en incorporant 4 grammes d'extrait de belladone à 30 grammes d'onguent mercuriel double.

3° *Teinture.* — Vous ne confondrez pas, Messieurs, les teintures éthérées et alcooliques de belladone avec l'alcoolature de cette même plante qui, préparée avec les feuilles fraîches, est trop active pour être employée sans danger. Vous n'aurez pas les mêmes craintes avec la teinture alcoolique, qui est à peu près la seule usitée; elle vous fournira un des modes d'administration et de dosage les plus sûrs et les plus commodes, et en suivant les règles que je vous ai tracées pour l'emploi des substances actives en thérapeutique infantile, vous pourrez arriver à donner à vos petits malades des quantités de teinture de belladone que vous n'auriez pas soupçonnées. Je dois vous dire, du reste, que les enfants supportent admirablement bien les préparations belladonées et offrent à cet égard de ces exemples de tolérance, que vous devez avoir toujours présents à l'esprit. J'ai fait et poursuivi à cet égard des expériences pendant quatre années, de 1869 à 1872, et je possède encore les observations où elles sont relatées. Vous y verrez que j'ai pu, par doses croissantes et fractionnées, donner à des enfants de 3 ans jusqu'à 40 gouttes de teinture, dans des cas de coqueluche; chez des enfants de 4 ans, jusqu'à 60 gouttes, enfin, à une petite fille de 13 ans, jusqu'au chiffre énorme de 120 gouttes, et remarquez, Messieurs, qu'il ne s'agit pas là d'une substance inerte ou à peu près, comme l'est le plus souvent la teinture d'aconit, à laquelle vous me voyez substituer l'alcoolature, mais d'une préparation active qui, chez l'adulte, produirait, aux mêmes doses, des effets relativement beaucoup plus intenses.

Mais vous aurez rarement besoin d'avoir recours à des doses aussi élevées. Vous administrerez la teinture de belladone dans des cas que je vous indiquerai bientôt, et à dose généralement double de celle à laquelle vous prescrivez la teinture d'opium. Chez les enfants âgés de 2 ans, vous commencerez par 3, 4, 5 gouttes, — à partir de 3 ans, donnez 5 à 10 gouttes, deux fois par jour, — aux enfants plus âgés, ceux de 4, 5, 10 ans, vous pourrez donner 20, 30, 40 gouttes, à la condition de diviser ces doses en trois, quatre, six prises au moins dans les 24 heures.

Il vous sera facile, Messieurs, de suivre, sur le visage de vos malades, l'effet du médicament, et vous devrez d'autant plus vous y appliquer, que j'ai pour principe, vous le savez, de répéter et d'élever les doses des agents thérapeutiques jusqu'à ce que je puisse constater l'apparition d'effets physiologiques assez marqués. De même que dans la syphilis des adultes, vous devrez donner le mercure jusqu'à ce qu'un commencement d'agacement des gencives et de salivation vous montre que la muqueuse buccale est touchée, de même vous devrez pousser l'administration de la belladone chez les enfants jusqu'au moment où vous verrez la peau de leur visage s'animer et rougir, leurs yeux devenir brillants, leurs pupilles se dilater, leur caractère devenir irritable, alors, vous suspendrez l'administration du médicament en en diminuant progressivement les doses, tout en vous préparant à le reprendre bientôt ; car tandis que la digitale, médicament à longue portée, s'accumule dans l'organisme et peut déterminer des accidents graves, plusieurs jours après avoir été supprimée, la belladone s'élimine rapidement par les urines, et les phénomènes d'intoxication qu'elle détermine, sont essentiellement passagers.

4° *Sirop.* — Le sirop de belladone contient 0 gr. 10 d'extrait par 30 grammes de sirop simple. Il s'emploie en potion ou pur, à la dose de 1 à 2 cuillerées à café à partir de 2 ans.

5° *Atropine.* — L'atropine est la substance active de la belladone ; elle se rencontre dans toutes ses parties. Incolore et cristallisable en aiguilles soyeuses, elle est peu soluble dans l'eau, aussi lui préfère-t-on généralement le sulfate d'atropine qui est beaucoup plus soluble.

Chez les adultes, l'atropine se donne d'abord à la dose

© BIU Santé

de un milligramme, comme l'arséniate de soude, la vératrine, la digitaline, la strychnine. Chez l'enfant, la nécessité de fractionner les doses oblige à renoncer aux granules que, du reste, ils prendraient difficilement; on les remplace par une solution au millième (atropine 0,01 centigramme, eau distillée 10 grammes) dont 20 gouttes pèsent 1 gramme et contiennent un milligramme d'alcaloïde. Dans la coqueluche, par exemple, à partir de 2 ans, vous donnerez quatre gouttes de cette solution, réparties en 6 ou 8 doses dans de l'eau.

J'ai pu donner à des enfants de trois ans jusqu'à deux milligrammes de sulfate d'atropine par jour, c'est-à-dire deux fois la dose ordinaire d'un adulte, dans des cas de coqueluche et de maladies nerveuses.

En oculistique, l'atropine vous sera d'un précieux secours, non-seulement pour dilater la prunelle et faciliter l'examen du fond de l'œil, mais encore pour diminuer la congestion de cet organe et soulager les douleurs ciliaires et la photophobie qui accompagnent un si grand nombre de ces affections. Le collyre suivant remplira ces indications :

Sulfate neutre d'atropine. 0,20 centigrammes.
Eau distillée ..... 10 grammes.
Dont une goutte contient un milligramme de sel actif.

L'atropine, Messieurs, n'est pas le seul agent mydriatique et décongestif de l'œil. Lorsque je vous parlerai du sulfate de quinine, je vous montrerai que ce sel est également d'un emploi précieux dans les congestions et névralgies oculaires, contre les kérato-conjonctivites, l'iritis, qu'elles soient rhumatismales, syphilitiques ou de toute autre nature.

Action physiologique. — L'action de la belladone varie beaucoup selon les conditions de culture de la plante, la nature et l'âge des animaux auxquels elle est administrée, tout le monde connaît l'immunité des lapins à son endroit et je vous ai montré par des faits et des expériences longuement poursuivies, que les enfants étaient beaucoup moins sensibles à l'action de la belladone que les hommes complètement développés. Néanmoins, on peut dire, d'une manière générale que les propriétés de la belladone sont en partie opposées à celles de l'opium.

Appliquée localement sur le derme dénudé et sur les muqueuses, la belladone est irritante ; vous savez qu'un collyre à l'atropine trop peu dilué occasionne des picotements de la conjonctive de la rougeur, et du larmoiement. Aussi, dans les classifications si nombreuses et encore si incertaines auxquelles on a essayé de soumettre les agents médicamenteux, a-t-on placé la belladone parmi les narcotico-âcres.

L'un des premiers effets de l'administration de la belladone est la sécheresse de la gorge et de la bouche, une sensation de constriction pharyngienne qui amène l'impossibilité d'avaler et une grande difficulté de parler. De faibles doses suffisent à produire ces premiers phénomènes. Les auteurs de la découverte de l'atropine les ont obtenus en tenant quelques instants sur la langue 5 milligrammes de cet alcaloïde; à doses plus élevées, surviennent des nausées, des vomissements et de la diarrhée.

Au début, le pouls est ralenti, dur et résistant; cependant, à un degré plus élevé d'atropinisme le pouls est plein, fort et fréquent, la température s'élève un peu et surviennent ces phénomènes sur lesquels j'ai appelé votre attention : rougeur de la face, état brillant des conjonctives oculaires et mydriase. Quant à l'action de la belladone sur la fréquence des mouvements du cœur et sur la tension sanguine, elle est entourée de telles obscurités, malgré l'emploi des procédés sphygmographiques que son étude m'entraînerait forcément hors du programme tout pratique que je me suis tracé.

La belladone active le jeu de la cage thoracique et diminue la sécrétion bronchique. A ce titre elle est utile dans l'asthme humide. A doses plus élevées, la respiration devient saccadée et convulsive. La belladone s'élimine rapidement par l'urine et augmente la sécrétion urinaire.

Un des phénomènes les plus fréquents produits par l'injection ou l'application topique de la belladone est la mydriase: une goutte de solution d'atropine au millième suffit à produire une mydriase passagère, mais une solution plus forte amène une dilatation de la pupille telle que l'iris semble avoir disparu ; elle peut alors durer une ou plusieurs semaines ; la vue est profondément troublée mais vous pouvez heureusement avec un collyre au sulfate d'éserine, ramener promptement la pupille à ses dimensions normales. L'action de l'atropine sur l'iris et les muscles accommodateurs n'est pas seule en cause dans la production de ces troubles visuels ; l'anesthésie rétinienne y a aussi quelque part et on a vu une amaurose complète en être la conséquence. (*Smith, Trousseau* et *Pidoux*.)

La belladone diminue la sécrétion sudorale et produit quelquefois l'anesthésie cutanée incomplète. Les grenouilles imbibées d'atropine deviennent anesthésiques (*Meuriot*), et vous connaissez, sans doute, l'emploi de l'atropine en topique pour calmer les douleurs de la carie dentaire. La belladone détermine quelquefois des éruptions scarlatiniformes, même à dose très-faible (*Bazin*), et sous l'influence de conditions encore mal déterminées. Cet érythème d'aspect absolument scarlatiniforme, se localise généralement à la face, et ne dure que quelques heures : il disparaît sans desquammation. Quelquefois même, pour compléter son analogie avec la scarlatine, l'érythème belladoné s'accompagne d'angine (voy. *Bazin*, leçons sur les affections cutanées artificielles).

A doses élevées, la belladone agit puissamment sur le système nerveux central. Elle cause de l'insomnie, de l'agitation, un délire d'abord gai, folâtre, puis furieux et méchant, accompagné d'hallucinations, et se traduisant par des cris, des vociférations et des actes violents et désordonnés. La rougeur de la face, l'injection et l'éclat des yeux, la force et la fréquence du pouls, tendent à faire confondre le délire belladoné avec celui de la manie aiguë, alcoolique, rhumatismale ou de toute autre nature. Quelquefois, chez les enfants, ce délire est remplacé par des convulsions.

En résumé, Messieurs, la belladone paraît d'abord exciter les vaso-constricteurs: de là, diminution des sécrétions, anesthésie rétinienne et cutanée, et, en partie peut-être, dilatation de la pupille. La tension sanguine est augmentée, le cœur se ralentit et la filtration urinaire s'exagère. A un degré plus élevé, les vaso-moteurs se paralysent par épuisement (Période de réaction. Effets négatifs.) (*Gubler*), et des phénomènes d'un ordre inverse : injection de la face et des yeux, éruptions scarlatiniformes, diarrhée, délire, peuvent être observés.

Loin de moi, cependant, Messieurs, la pensée d'expliquer le délire atropinique par une excitation plus ou moins vive de la substance cérébrale, par le seul fait de l'afflux du sang. Pour moi, vous le savez, il y a là une question de qualité au moins autant que de quantité. C'est par leur action propre et individuelle, plus encore que par des modifications de la circulation, que les substances médicamenteuses et toniques agissent sur l'encéphale, et je crois m'être suffisamment expliqué sur ce sujet, dans notre dernière conférence sur l'opium, pour qu'il me soit permis de n'y pas revenir. (*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. TRÉLAT.**

Polype naso-pharyngien.

Leçon recueillie par le dr A. CARTAZ.

Messieurs,

Je vous parlerai aujourd'hui d'un malade que nous observons ensemble depuis longtemps déjà. L'affection pour laquelle il est venu réclamer nos soins est des plus faciles à reconnaître, c'est un polype naso-pharyngien ; mais si le diagnostic présente une grande simplicité, il est loin d'en

© BIU Santé

être de même pour ce qui concerne la détermination des indications chirurgicales et le choix entre les procédés opératoires. La difficulté est inverse chez d'autres malades : tantôt, comme ici, le diagnostic est aisé mais les indications difficiles à déterminer; tantôt le diagnostic n'est obtenu qu'à grand'peine, mais en revanche il amène avec lui des indications thérapeutiques nettes et précises ; d'autres fois, enfin, le diagnostic est obtenu, les indications évidentes, mais le difficile est d'y satisfaire, la fortune du traitement est incertaine, la question se pose sur le terrain de l'art chirurgical, car la science chirurgicale ne saurait fournir d'expédient.

Donc, chez notre malade, le diagnostic est aisé, mais au-delà, tout est délicat et difficile ; la détermination des indications est des plus embarrassantes, et leur exécution, vu l'état du malade, est dangereuse et menaçante pour l'avenir. Son histoire vous le prouvera. Ce malade est un jeune garçon de 16 ans 1/2. Bien portant jusqu'à l'âge de 11 ans, il fut pris à cette époque, c'est-à-dire il y a 4 ans 1/2, d'un coryza persistant, au cours duquel il ne tarda pas à s'établir un suintement continuel par l'orifice antérieur des fosses nasales. C'était un liquide muco-purulent. Ceux d'entre vous qui ont suivi mon cours de l'année dernière à la Faculté ont pu m'entendre insister sur la haute valeur symptomatique de cet écoulement nasal muco-purulent ; c'est l'accident initial qui précède l'apparition des tumeurs dont les fosses nasales sont le siége. Ce suintement muco-purulent, on peut le dire, est à ces tumeurs, ce que les métrorrhagies sont aux tumeurs intra-utérines. Effectivement, ce fut presque aussitôt, au mois de mai 1873, que la mère constata l'apparition, dans la narine gauche, d'une masse d'apparence charnue, facile à voir quand l'enfant relevait la tête; elle se décida, dans les derniers mois de la même année, à réclamer, pour son fils, un traitement chirurgical. Le jeune homme entra à la maison municipale de santé où la nature de son mal fut parfaitement reconnue ; on lui proposa l'extirpation de sa tumeur, mais il n'y voulut pas consentir. Il rentra chez lui, et cependant la tumeur augmentait rapidement de volume, déformait déjà la narine et gênait la respiration, si bien qu'un mois plus tard il était forcé de prendre un lit à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Giraldès, suppléé à cette époque par M. Théoph. Anger. M. Anger, disciple de Nélaton, appliqua, pour s'ouvrir un passage jusqu'au pédicule du polype, la méthode préconisée par son maître; vous n'ignorez pas, Messieurs, que Nélaton a donné le conseil de réséquer une portion de la voûte palatine, modifiant ainsi le procédé de Manne qui se bornait à diviser le voile du palais sur la ligne médiane. Cette voie palatine donne accès sur la tumeur dans une étendue de deux centimètres environ, c'est-à-dire, que l'espace est bien restreint pour la manœuvre de l'éradication du polype ; elle peut suffire, au contraire, dans les cas où l'on se propose simplement de l'attaquer par destruction successive des différentes portions de sa masse.

Cependant M. Giraldès, trouvant à son retour la voie préparée, entreprit de l'utiliser pour l'extraction de la tumeur, à huit reprises il employa d'abord le serre-nœud de Maisonneuve, puis la rugine; une portion de la tumeur fut extraite et les troubles physiques et fonctionnels parurent un moment dissipés, mais le répit devait être de courte durée. L'enfant avait quitté l'hôpital au mois de mars, délivré de sa tumeur nasale, mais au mois de décembre, celle-ci revenait accompagnée du même suintement muco-purulent et de la même déformation du côté correspondant de la face, il y eut même des hémorrhagies notables; il est facile de reconnaître qu'il ne s'agit pas là d'une récidive. En effet, lorsque l'on retranche une portion de la masse d'un polype naso-pharyngien, on fait cesser l'effort d'expansion périphérique de la tumeur en creusant son centre ; de la sorte, les prolongements qu'elle émettait rétrogradent et se replient sur leur centre d'irradiation ; l'orbite, l'antre d'Highmore, les fentes ptérygo-palatine et sphéno-maxillaire sont ainsi débarrassées; mais que la tumeur reprenne son volume, les mêmes embranchements viennent reprendre leur position primitive, car ils sont restés intacts et ont conservé leur forme. Ainsi s'explique la déformation subite de la face amenée par la simple reproduction de la portion de tumeur qu'on avait enlevée.

Pendant un an, le malade s'accommoda de ce nouvel état; mais vers la fin de 1875, il y a dix-sept mois, il dut entrer pour la troisième fois à l'hôpital. C'était à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. A. Guérin. Ce chirurgien attaqua d'abord le polype par le galvano-cautère, puis il en tenta l'éradication au moyen de tractions avec les doigts et divers instruments ; mais une hémorrhagie grave l'interrompit dès les premières tentatives. L'état de faiblesse du malade resta tel pendant deux mois, qu'il interdisait toute opération, même la plus légère ; plus tard même on dut se borner à des cautérisations au fer rouge. Toutefois, le traitement fut suffisamment palliatif, et le malade put quitter l'Hôtel-Dieu, au mois d'août dernier, dans un état préférable de beaucoup à celui qu'il présentait lors de son entrée. Rentré chez lui, il ne tarda pas à être de nouveau inquiété par des hémorrhagies spontanées et par les progrès rapides de la déformation faciale : ces circonstances ont déterminé les personnes qui s'intéressent à lui à me l'adresser le mois dernier.

Dès le premier moment, en l'absence même de renseignements, il suffisait de relever la narine gauche du malade pour reconnaître chez lui l'existence d'un polype naso-pharyngien : on voyait alors, à deux centimètres et demi de l'orifice antérieur, une tumeur rouge, caractéristique. Par la bouche, la solution de continuité de la voûte palatine encadre une masse de même aspect qui l'obture en venant affleurer ses bords : en passant le doigt derrière le voile du palais, on remonte sur une masse mamelonnée dont on peut parcourir la surface ; on est ainsi conduit très-haut dans l'arrière cavité des fosses nasales, jusqu'à l'apophyse basilaire sur laquelle le polype s'implante manifestement. D'autre part, l'écoulement de sang qui suit le moindre attouchement de la tumeur témoigne de son excessive vascularité. Cette vascularité, jointe au mode d'implantation et à la consistance de la tumeur, nous ont permis de ne pas la confondre avec une autre variété de polypes, fréquents dans les fosses nasales, à tort nommés polypes muqueux. Ces tumeurs, que les chirurgiens les plus habiles n'ont pas toujours su distinguer, ont un point d'implantation très-étroit et ne sont pas vasculaires ; ce sont des myxomes. Il me souvient qu'il y a peu d'années j'avais à opérer un jeune garçon qui portait dans une des fosses nasales un long polype, large de deux travers de doigts environ, ressemblant à un polype naso-pharyngien ; après avoir passé l'anse métallique d'un galvano-cautère par une des narines, je me disposais à adapter les deux bouts du fil au moyen d'un conducteur spécial, lorsque je m'aperçus à la mobilité subite de la tumeur qu'elle venait de se détacher. Les tiraillements imprimés au fil de platine autour du pédicule avaient suffi pour sectionner le polype : c'était un myxome. Sous ce rapport, notre malade actuel est loin de ressembler à celui-ci : j'avais, au premier moment, conçu les plus belles espérances et je comptais introduire par la narine une anse qui glisserait entre le polype et le plancher des fosses nasales pour remonter vers le pédicule et l'encercler ; matériellement, cette œuvre ne semblait pas inexécutable, mais il fallut y renoncer en présence de l'écoulement sanguin qui survint dès le premier attouchement ; sans être encore considérable ni inquiétant en lui-même, cet écoulement s'annonçait de façon à interdire des essais plus complets. D'ailleurs, le défaut absolu de résistance physique et morale chez le malade présageait une situation dangereuse et pénible si l'on avait passé outre. Il importe cependant, Messieurs, de prendre une détermination opératoire à l'égard du malade, et ceci me conduit à vous exposer rapidement les moyens dont on dispose pour la destruction des polypes naso-pharyngiens. Deux lignes de conduite s'offrent à l'esprit du chirurgien, l'une rapide et violente, l'autre moins hardie; selon l'opinion générale qu'il adopte sur l'affection, il choisira l'une ou l'autre. S'il ne voit

© BIU Santé

devant lui qu'une affection tenace, rebelle, récidivante, dont la guérison définitive est difficile à obtenir, s'il n'envisage que le danger actuel d'anémie, de suffocation, de dysphagie, il sera conduit à songer aux opérations dites radicales, et alors il n'aura pas assez de ressources à mettre en œuvre pour attaquer, comme il peut et par où il peut, la tumeur qu'il veut atteindre et détruire en une fois. De là sont nés les procédés destinés à frayer un accès de plus en plus facile vers la base d'implantation qui est l'apophyse basilaire : procédés indirects par la voie palatine (Manne, Nélaton) ou plus directs et plus amples pour les cas de tumeurs volumineuses et à prolongements multiples (résection du maxillaire inférieur). Non seulement alors le chirurgien peut ruginer et cautériser sur le moment les moindres vestiges de la production morbide, mais il peut encore, dans les mois suivants, en réprimer toute velléité de repullulation par l'application de caustiques solides (pâte de Canquoin).

Mais le chirurgien peut être d'un tempérament différent : s'il tient compte de ce fait que l'on ne rencontre plus de ces tumeurs après 25 ou 30 ans, il est amené à s'en tenir à des opérations moins complètes, comptant lasser la tumeur en la réprimant à mesure. Ainsi pensent M. Gosselin, M. Legouest, M. A. Guérin. J'obéissais moi-même à de semblables considérations, lorsque je pratiquai, l'une de ces dernières années, la résection temporaire du maxillaire supérieur sur un jeune malade semblable à celui que nous étudions à l'heure actuelle. Après avoir fait aux téguments une série d'incisions calculées de telle sorte qu'elles pussent être aussi peu nuisibles et aussi peu visibles que possible, je détachai et mis de côté toute la paroi antéro-latérale de l'antre d'Highmore dont il devenait facile de défoncer la paroi postérieure pour arriver sur la tumeur mise à nu dans tous ses prolongements, puisque la destruction de la tubérosité du maxillaire démasque toutes les fosses qu'il concourt à former. En revanche, on laisse au malade le plancher de l'orbite qui soutient l'œil, l'arcade alvéolaire et la voûte palatine qui permettent la mastication et la déglutition régulières. Dans le cas particulier, la guérison s'annonça merveilleuse d'abord : la lamelle osseuse, réappliquée sous les téguments, reprit parfaitement et la défiguration fut nulle ; mais la tumeur repullulait au bout d'un an. On ne pouvait songer à s'ouvrir de nouveau le même passage, je dus recourir aux méthodes indirectes et diviser le voile du palais pour attaquer la masse au moyen de spirales galvano-caustiques construites à cet effet. Deux fois je dus recourir à cette répression, et finalement le malade n'eut plus à s'inquiéter de ce qui pouvait persister de son mal. Depuis trois ans la guérison s'est confirmée et cet homme ne conserve plus pour souvenir de sa grave affection que la division de son voile du palais, dont les bords renversés en arrière, ont pris adhérence sur les parois latérales du pharynx. L'idée première de cette belle opération appartient à Huguier ; mais on peut dire qu'elle émane de l'ensemble des travaux entrepris sur l'ostéogénie depuis 25 ans ; Huguier n'en conserve pas moins le mérite d'avoir indiqué le chemin. C'est là une méthode d'accès large mais temporaire, moins grave par conséquent que la méthode qui procède par ablation pour créer une large voie. Je n'ai pas l'intention, Messieurs, de passer devant vous en revue tous les procédés proposés ou mis à exécution pour la cure des polypes naso-pharyngiens ; cependant, il importe de juxtaposer à ces méthodes d'accès large, immédiat et complet, la série des méthodes de petit accès vers la tumeur : dans cet ordre d'idées, les chirurgiens se sont proposés de se frayer une voie plus ou moins étroite et indirecte : je disais tout à l'heure que Manne avait divisé le voile palatin ; à cette opération Nélaton substitua l'ouverture par perforation de la voûte palatine ; d'autres ont proposé l'ablation de la cloison des fosses nasales, de l'apophyse montante du maxillaire, la section des os propres du nez. Je ne citerai que pour mémoire le procédé peu compréhensible de Rampolla qui propose d'atteindre le polype par un fil qui traverse les canaux lacrymal et nasal.

Langenbeck, Bœckel et moi-même, sommes, après Huguier, dont la tentative fut plus heureuse, les seuls qui ayons pratiqué la résection temporaire du maxillaire supérieur ; d'autres chirurgiens ont pratiqué des résections partielles. Lorenz sectionnait le nez de bas en haut transversalement, ne laissant adhérents que les téguments du dos du nez, ce qui exposait à la mortification ; Ollier l'abaissait, d'autres l'ont replié à droite ou à gauche ; Chassaignac est de ceux-là. On est donc en présence, lorsqu'on se propose de s'ouvrir un accès jusqu'à la tumeur, de deux lignes de conduite dont les conséquences pour l'intégrité de la face sont bien différentes ; je dois vous dire, Messieurs, que, même parmi les partisans les plus résolus des méthodes d'accès large, Michaux, Louvain, Verneuil, par exemple, personne n'y a recours d'emblée sans avoir tenté des procédés moins violents. Je me proposais d'en agir ainsi lorsque je tentai, au premier moment, de passer par les fosses nasales un fil de platine jusqu'au pédicule, chez notre jeune malade ; dans le cas où la tentative eût réussi, et elle eût été praticable sans l'hémorrhagie, il fût sans doute resté dans l'arrière cavité des fosses nasales une portion de la tumeur constituée par le pédicule largement implanté. Mais nous pourrions dans ce cas compter sur la voie palatine, ouverte depuis longtemps, pour porter le galvano-cautère sur ce pédicule. J'ai dû reculer devant l'hémorrhagie, même légère, en présence d'un malade pusillanime, sans résistance morale ni physique. Il m'a donc paru préférable d'attendre encore avant de tenter l'extraction ; nous nous bornerons à détruire le plus possible de la tumeur au moyen du thermo-cautère introduit par l'ouverture palatine ; si ce moyen est suffisamment hémostatique, nous renouvellerons fréquemment son emploi, et nous pouvons espérer de diminuer ainsi notablement et sans grand danger le volume de ce polype. Je n'aurai pas recours à l'électrolyse, préconisée par Nélaton, par M. Lefort plus récemment, parce que ce moyen est douloureux, au moins aussi lent que le caustique actuel, et plus compliqué d'autre part. Nous obtiendrons bien certainement ainsi un vide entre le plancher des fosses nasales et la surface de section que nous aurons produite ; là pourra passer alors une anse métallique poussée par la narine ; en l'absence de froissement, la tumeur ne saignera probablement que peu. Si, malgré tout, l'hémorrhagie nous interdit la destruction lente et la section secondaire du pédicule, pressés par la nécessité, nous devrons recourir à la résection temporaire du maxillaire supérieur.

Le malade est amené dans un état de lipothymie complète ; il vient d'avoir une attaque épileptiforme causée par la frayeur que lui inspire l'approche de l'opération ; cependant on pratique sans difficulté, au moyen d'une tige courbe de thermo-cautère, une large cautérisation en pleine tumeur par la voûte palatine. L'hémorrhagie est notable, mais facilement réprimée.

Depuis l'époque où a été rédigée cette leçon, le malade a subi plusieurs cautérisations du même genre ; la tumeur a notablement diminué ; la santé générale est meilleure, les hémorrhagies spontanées très-rares et tout fait espérer une issue heureuse de cette affection si rebelle.

Typhus a Saint-Pétersbourg. — Le journal russe la *Santé* publie le rapport de la commission chargée d'arrêter les progrès de l'épidémie du typhus à Saint-Pétersbourg. Il y est dit que, d'après le recensement des personnes atteintes du typhus opéré le 9 avril dans tous les hôpitaux de la capitale, il y avait, à cette date, à Saint-Pétersbourg, 3,730 typhoïdes, dont 1,657 atteints du typhus exanthématique. 761 du typhus abdominal, 1,196 du typhus récurrent, 1 du typhus bilieux et 115 d'un typhus ayant un caractère spécial inconnu. (*Gazette médicale de Bordeaux.*)

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le dr C.-A. Reynaud, médecin en chef des hôpitaux du Puy (Haute-Loire), membre correspondant de l'Académie de médecine. Le docteur Reynaud avait été l'élève d'Andral, dont il avait été le chef de clinique, et avait pris une large part aux travaux de cette grande époque. Ses recherches originales sur le frottement pleural, l'oblitération des bronches (1834) lui assuraient une position scientifique considérable, qu'il abandonna pour aller s'établir au Puy, vers 1832, où il s'adonna complètement à la pratique. (*Union médicale.*)

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Religieuses et laïques. — Quelques réflexions à propos du Rapport de Maître Péan de Saint-Gilles au Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Il est encore des hommes qui, en dépit de la marche des idées, ne peuvent s'habituer à la pensée que les représentants élus de la population d'une grande Cité aient qualité pour réclamer des réformes. Choisis d'une façon plus ou moins singulière et d'après un système qui tombe en désuétude parce qu'il repose sur l'oligarchie, ces braves gens, qui n'ont aucune action sur l'opinion publique, s'imaginent qu'ils sont aptes à trancher des questions hors de leur compétence et qu'ils n'ont examinées qu'au pied levé, à la seule lumière de leurs préjugés, complices de leur suffisance ignorante.

Quelque dur, quelque sévère que puisse paraître au premier abord ce jugement, on verra par les citations suivantes qu'il est amplement motivé.

Dès la seconde page de son Rapport, Me Péan de Saint-Gilles, notaire, donne involontairement raison à ces Conseillers municipaux assez révolutionnaires pour demander une application partielle de la *Laïcité de l'Assistance publique*. Voici ses propres paroles :

« Que des établissements particuliers, dit-il, fondés et soutenus par des associations libres, tiennent à conserver le caractère catholique, protestant ou israélite de leurs fondateurs et bienfaiteurs, rien de plus juste ; *mais l'Assistance publique est et doit rester laïque, ouverte à tous, sans distinction de culte : sa mission est de guérir et non de convertir.* »

De telles prémisses conduiraient naturellement un esprit logique à reconnaître que le vœu exprimé par le Conseil municipal, vœu très-modeste puisqu'il se bornait à inviter l'administration à mettre des surveillantes et sous-surveillantes laïques dans un *nouvel hôpital*, devait être pris en considération. Eh bien, l'auteur de la déclaration qui précède a conclu dans un sens radicalement opposé. Cela semblera d'autant plus étrange qu'il confesse lui-même que certaines critiques, adressées aux religieuses ne sont, hélas ! que trop exactes.

« On reproche aux religieuses, dit-il, d'être, à de certains jours, absorbées par des exercices de piété, *aux dépens de leurs devoirs d'infirmières ; de négliger la salle des malades pour la chapelle de la communauté*. Il est vrai que leur règle *exige* l'accomplissement d'actes religieux qui nécessitent parfois leur absence des salles. Il est vrai aussi que quelques médecins ont pu constater ces absences et les regretter, dans des circonstances où il eût été préférable qu'elles sacrifiassent l'office religieux aux exigences d'une maladie aiguë ou d'un pansement urgent. »

Aveux précieux que se sont bien gardés de consigner les journaux qui ont pris la défense des religieuses ! La répartition du temps des sœurs dans l'un des hôpitaux de Paris et dans l'un des asiles d'aliénés de la Seine, publiée par le *Progrès médical* et que nul n'osera démentir, fait voir combien est considérable le temps consacré aux exercices religieux prescrits par la Règle des Communautés.

Les raisons invoquées par Me Péan de Saint-Gilles, pour empêcher l'administration d'accéder au vœu du Conseil municipal, méritent d'être connues, non point parce qu'elles sont d'une exactitude incontestable, mais parce qu'elles sont tout à fait originales.

« Il est certain... qu'on ne voit guère de religieuses trahir leurs vœux de *chasteté*, de renoncement et de désintéressement..... Avec elles vous n'avez pas à craindre ces dangers de la fragilité humaine, qu'il est inutile de signaler plus explicitement. »

M. Péan de Saint-Gilles, en sa qualité de membre du Conseil de surveillance, aurait pu s'informer auprès de l'Administration avant de se lancer aussi imprudemment. Qu'aurait-il appris ? C'est qu'il ne se passe pas d'années sans que quelque brebis égarée ne s'échappe du bercail. Bien plus, il aurait appris qu'il se produit parfois des actes inouïs de scandale ; que l'an dernier, par exemple, une religieuse fut surprise sacrifiant avec son *amie* à Vénus lesbienne et chassée de l'hôpital. Que penser enfin de Me Péan de Saint-Gilles si, ayant pris des informations et renseigné scrupuleusement, il n'en a pas moins persisté à écrire les phrases que nous venons de citer ?

Me de Saint-Gilles s'efforce ensuite de prouver que l'on calomnie les religieuses en leur attribuant une excessive ardeur de prosélytisme. Pervers sont ceux qui redoutent que les sœurs « ne fatiguent et n'obsèdent *le malade* pour l'attirer ou le ramener à des pratiques qu'elles doivent croire nécessaires à *leur* salut. » Que de faits nous pourrions aligner ici, montrant les procédés qu'emploient les religieuses afin de pousser les malades à la messe, au confessionnal et à tout se qui s'ensuit ! Il n'est guère de nos lecteurs qui n'en possèdent par devers eux ; aussi, nous bornerons-nous au fait suivant, qui est de date toute récente (18 avril 1878) :

Il s'agit d'un jeune homme convalescent d'une fièvre typhoïde, auquel nous avions ordonné les toniques sous différentes formes : café, vin de Bagnols, vin, et auquel nous n'avions permis qu'un degré, comme alimentation. Il y a huit jours, l'aumônier de l'hôpital et la sœur de service vinrent l'engager *à faire ses Pâques*. Le malade refusa formellement en termes polis. A partir de ce jour, la sœur lui supprima de son plein gré le café et le vin de Bagnols qui étaient marqués sur le cahier de prescriptions. De plus, comme viande, elle lui donna tout le gras et tous les tendons qui, habituellement, forment le rebut des portions alimentaires, empêchant ainsi ce malheureux de réparer ses forces affaiblies par la longue et terrible maladie dont il venait à peine de sortir.

A ce fait vient s'en joindre un autre qui n'est pas moins odieux par la brutalité dont il est empreint.

Ce matin, le malade alla à la messe avec ses camarades de salle, et là il eut le malheur de dire deux mots à son voisin et de sourire. Lorsqu'il fut sorti de l'église, il avait à peine monté deux marches de l'escalier qui conduisait à sa salle, qu'une sœur, dont il ignore le nom, se précipita sur lui et voulut lui arracher de force sa capote. Le malade résista un peu et la sœur n'insista pas. Mais ce n'était qu'une escarmouche d'avant-garde ; car, à peine avait-il mis le pied dans la salle, que la sœur de service se jeta sur lui, lui fit faire une chute sur le poêle, et lui enleva sa capote d'un air triomphant...

A ces deux faits capitaux s'ajoutent, dit notre correspondant, de petits faits secondaires par lesquels je termine. A la visite, nous trouvâmes notre pauvre malade assis à côté de son lit, grelottant, en bras de chemise, et demandant à toute force sa sortie, quoiqu'il ne fût pas guéri. Nous fûmes obligé de la lui signer. Malgré cela, la sœur ne lui rendit pas sa capote, et le laissa exposé au froid jusqu'à ce que ses vêtements fussent rendus par le bureau.

Les malades sortants, comme on le sait, ont l'habitude de manger avant leur sortie de l'hôpital. La sœur ne trouva rien de mieux que de lui supprimer sa portion à la distribution du pain. Je fus obligé de m'avancer vers le lit pour lui faire avoir sa ration. Je suis parti sur ces entrefaites. J'ignore donc si le malade a eu sa portion de viande et son vin, mais j'en doute, car lorsque je suis parti, j'entendis la sœur criant à qui voulait l'entendre, qu'elle voulait le faire jeûner ; en même temps elle marmottait des paroles incohérentes dont le sens était facile à comprendre, à savoir qu'il fallait ainsi traiter ceux qui ne voulaient pas se soumettre *aux volontés des sœurs*.

On voit comment procèdent certaines bonnes sœurs pour parvenir à leurs fins. Passons. — Me Péan de Saint-Gilles s'est encore appuyé, pour combattre l'entrée des laïques à l'hôpital Ménilmontant, sur un fait qui, selon lui, serait survenu en Suisse.

« Un membre de votre Commission nous signalait, écrit-il, un fait bien caractéristique. Berne, la ville protestante, vient de demander à la commission administrative des hôpitaux de Lyon, de lui procurer des religieuses pour le service de son *hôpital principal*. »

© BIU Santé

Me Péan de Saint-Gilles, nous le regrettons, ne dit pas le nom de ce collègue si bien renseigné. Mais il enregistre son récit d'un air triomphant, il en accepte la responsabilité, il se l'approprie. Dans la discussion au Conseil municipal, M. le Préfet l'a invoqué, de bonne foi, assurément; dans la presse, on l'a mis en relief. Eh bien! Me Péan de Saint-Gilles s'est trompé; nous avons pris des renseignements, nous avons écrit à un médecin distingué de Berne et voici la lettre qu'il a eu l'obligeance de nous adresser :

Monsieur et très-honoré Confrère.

Lorsque j'ai reçu votre lettre me demandant ce qu'il y avait de vrai dans l'affirmation contenue dans un rapport à l'Administration de l'Assistance publique de Paris, j'aurais pu répondre immédiatement que *jamais rien de semblable ne s'était passé à Berne*, j'ai préféré attendre et m'informer à deux reprises auprès de personnes bien informées, c'est-à-dire auprès du secrétaire de notre hôpital principal, et en dernier lieu auprès du directeur du département de l'Intérieur du canton de Berne.

Me fondant sur ces renseignements qui confirment ce que je savais de reste, je puis vous affirmer qu'aucun des hôpitaux ni grand ni petit de la partie protestante du canton de Berne (c'est l'immense majorité), n'est desservi par des sœurs de charité catholiques. Si une demande dans le genre de celle que vous me signalez a jamais été faite à une maison de Lyon, *ce dont je doute fort*, ce serait une démarche isolée de quelques catholiques, peut-être pour des soins à domicile pour la population catholique de la ville ou en vue d'un hôpital qui, alors, n'aurait jamais vu le jour. Aucun des hôpitaux de Berne n'a pu faire une démarche de ce genre. La partie catholique et française de langue, du canton de Berne, c'est-à-dire le Jura, a différents hôpitaux desservis en tout ou partie par des sœurs catholiques. J'ignore si leurs services sont appréciés partout, mais ce que je sais pertinemment, c'est que, dans un de ces hôpitaux, à la suite de démêlés entre l'Administration et les sœurs, une partie de ces dernières ont été remplacées par des infirmières protestantes. A en juger d'après des conversations avec quelques-uns de mes confrères, dans les hôpitaux suisses qui ont des sœurs catholiques les plaintes ne sont pas fréquentes. Cela tient sans doute à ce que les administrations laïques de ces hôpitaux ne supportent pas l'immixtion de l'Eglise dans des choses où elle n'a que faire. Dans presque tous nos hôpitaux, l'administration ne souffrirait pas de la part des sœurs des actes d'intolérance ou des usurpations de droits.

Je tiens d'un collègue qui a été longtemps interne de clinique chirurgicale à Strasbourg (domination allemande) les détails suivants qui pourront vous intéresser. Pendant les premiers temps, les sœurs cherchèrent à garder la haute main, à traiter les internes comme des inférieurs. Le soir, quand l'interne faisait sa visite, les sœurs étaient absentes sous prétexte qu'elles étaient à un service religieux. Elles voulaient aussi quelquefois agir de leur propre mouvement dans le traitement des malades. On leur intima l'ordre d'obéir en tous points aux internes et on leur interdit de quitter le service sans demander la permission à l'interne, ou plutôt sans l'avertir. Ces mesures n'ayant pas eu immédiatement leur effet, on avertit la supérieure qu'à la première plainte on les renverrait pour les remplacer par des Diaconesses; là-dessus, tout le personnel fut changé, la maison envoya d'autres sœurs plus dociles qui, depuis lors, se sont bien comportées. L'interne dont je vous parle s'exprimait à ce sujet de la manière suivante: Des sœurs catholiques, sortant d'établissement cléricaux peuvent être très-bonnes, mais à une condition, c'est qu'elles ne soient pas les maîtresses. Il faut que l'administration et les chefs de service soient assez fermes pour ne supporter aucun empiètement. Il faut qu'elles soient astreintes à remplir leurs devoirs comme des infirmières, se soumettent sans réplique aux règlements de l'hôpital et aux ordres des médecins. »

Il arrive quelquefois, quoique bien rarement, que nos Diaconesses aient l'envie de prendre la haute main soit au point de vue religieux, soit au point de vue médical. Dans tous nos hôpitaux, administrateurs et médecins se donnent la main pour réprimer aussitôt ces velléités. A ces conditions là, je crois qu'on peut employer indifféremment des laïques ou des religieuses, mais avec ces dernières, il faut être certainement plus sur ses gardes. — Agréez, etc.

Cette lettre ne laisse rien subsister des assertions de Me Péan, assertions qui ont servi de thème aux amplifications de quelques journaux. Il en est même qui ont perfectionné la méthode de démonstration suivie par le membre du Conseil de surveillance. Celui-ci nous montrait les administrations hospitalières protestantes, rejetant les diaconesses et les laïques pour nous enlever nos religieuses catholiques; la *Patrie* ne se contente pas de si peu. Elle nous représente les israélites eux-mêmes recourant aux religieuses catholiques :

« Un dernier fait, écrit ce journal, nous servira de conclusion. Un important hôpital est fondé pour les israélites ; il s'appelle l'*Hôpital Rothschild*. Comme les protestants de Berne, les israélites de Paris ont demandé, pour le service des malades, des... religieuses. »

Le *Gaulois* (16 mars 1878) n'est pas moins affirmatif :

« ... Un important hôpital, dit-il, est fondé pour les israélites à Paris ; il s'appelle l'*Hôpital Rothschild*. Qui a-t-on demandé pour le service des malades ? .. Des religieuses ! Ainsi les protestants suisses et les israélites parisiens sont plus impartiaux et plus sensés que les fortes têtes du Conseil municipal de Paris. »

Erreur encore. La vérité est que tout le personnel de l'hôpital Rothschild est israélite: médecins, administrateurs, infirmières, lingères, etc. L'extrait ci-après d'une lettre du médecin en chef de l'hôpital M. le Dr Leven, ne laisse aucune prise au doute :

Mon cher collègue,

... Vous me demandez si le service de nos deux hôpitaux (1) est fait par des religieuses. *Il est fait et bien fait par des laïques israélites*. L'institution des Couvents qui a été développée par le catholicisme — et n'a pas été inventée par lui — ne peut exister chez nous, qui n'avons jamais admis le mépris de la chair. Notre principe religieux fondamental est que nous devons soigner le physique aussi bien que le moral, et que la vertu ne consiste pas à se flageller le corps... »

C'en est assez pour aujourd'hui. La mine est loin d'être épuisée, et nous y trouverons encore plus d'un filon. Ce qui précède suffit pour faire voir la légèreté que certains hommes apportent dans la rédaction de leurs rapports ou de leurs écrits, et la confiance qu'on doit leur accorder.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er juin 1878. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL

M. DEJÉRINE fait une communication sur l'existence d'un tremblement réflexe dans le membre inférieur du côté sain, chez certains hémiplégiques.

Le tremblement réflexe du membre inférieur du côté paralysé, dans certaines hémiplégies, est connu depuis plusieurs années; on sait que, dans les cas où ce phénomène se produit, il suffit pour en déterminer l'apparition, de fléchir fortement le pied sur la jambe; on voit alors se produire un tremblement rhythmé, imprimant à la main de l'observateur une série de secousses régulières. Ce tremblement est connu en clinique, sous le nom de tremblement réflexe des hémiplégiques, et il est assez communément observé (2)

Jusqu'à présent, ce phénomène n'a jamais été observé que dans le membre paralysé. Une série de recherches entreprises à cet égard par l'auteur, démontre de la façon la plus nette que ce tremblement peut se présenter, avec des caractères absolument semblables, dans le membre inférieur du côté sain, et même qu'il s'y rencontre dans un assez grand nombre de cas.

Sur une quinzaine d'hémiplégiques, observés à ce point de vue, l'auteur l'a rencontré cinq fois, et dans ces cinq cas, le tremblement était tellement marqué dans les deux membres inférieurs, qu'au premier abord on eût cru se trouver en présence d'une paraplégie par compression de la moelle, ou d'une sclérose en plaques à forme spinale. Or, dans tous ces cas, le membre opposé à celui du côté paralysé, était absolument intact au point de vue de la motilité et de la sensibilité.

(1) Outre l'hôpital de Paris, il existe un autre petit hôpital à Berck-sur-Mer.

(2) Voir pour l'étude de ce phénomène, connu surtout sous le nom de *trépidation*, les *leçons sur les maladies du système nerveux*, de M. Charcot (t. II, p. 261 et 337.)

© BIU Santé

L'explication de ce phénomène est assez difficile, car jusqu'à présent les autopsies ont fait défaut. Peut-être la sclérose latérale, constante du côté paralysé dans les hémiplégies anciennes, a-t-elle dans ces cas-là fait irruption dans le cordon latéral du côté sain.

M. GUBLER fait remarquer que le tremblement est un phénomène d'inconduction. Chez des individus en imminence de tremblement comme les alcooliques, les saturnins, on peut le produire en plaçant un membre dans des conditions telles qu'il y ait compression des cordons nerveux. C'est aussi ce qui se voit dans les appareils électriques lorsque le courant éprouve quelque difficulté à passer un point du circuit.

M. MAREY se rallie à cette manière de voir conforme aux faits physiologiques. Ainsi dans le tétanos strychnique, quand on ralentit la vitesse de l'action nerveuse, le tremblement s'accuse par suite de la mauvaise conduction.

M. MAREY dépose son traité de la méthode graphique dans les sciences expérimentales.

M. RENAUT envoie une note sur l'épithélium des glandes sudoripares chez le cheval, au repos et après le mouvement. La diaphorèse modifie la constitution des cellules: aussi, chez l'homme, les recherches faites après la diaphorèse agonique ne donnent-elles pas la structure de l'épithélium à l'état de repos.

M. ALBERT ROBIN indique deux caractères non connus des urines de la néphrite interstitielle: 1° la présence dans ce liquide d'une quantité notable d'urohématine; 2° au microscope, existence d'amas pigmentaires cristallins ou amorphes, et de *masses grenat*, vraisemblablement formées d'hématoïdines. Il est intéressant de rapprocher de ceux de ces caractères, observés dans la néphrite interstitielle, de l'urine de la dénutrition globulaire active.

M. MALASSEZ décrit un appareil destiné à rectifier les erreurs dues à la chambre claire.

M. FANÇOIS-FRANCK est élu membre titulaire de la Société de Biologie. L. D.-B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 mai 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. POGGIALE fait la lecture de son rapport officiel sur les eaux minérales de la Bourboule.

Election d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire. Sont présentés en 1re ligne, M. Guyon; en 2e ligne, M. S. Duplay; en 3e ligne, M. Gaujot; en 4e ligne et *ex-æquo*, MM. Desormeaux, Després, Le Dentu. — Votants 77, majorité absolue 39. On obtenu au premier tour de scrutin: M. F. Guyon, 53 voix; M. Desormeaux, 13; M. S. Duplay, 5; M. Després, 3; M. Gaujot. 2; bulletin blanc 1. En conséquence, M. F. Guyon est élu membre titulaire de l'Académie de médecine. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

Election d'une commission chargée de présenter les membres de l'Académie qui remplacera M. Barth au Conseil supérieur de l'Instruction publique. Sont nommés MM. Piorry, Bernutz, Cloquet, Chatin, Richet, Charcot, Blot, Roussel, Bouley, Dumas, J. Lefort et Dechambre.

M. le Dr PAUL DELMAS, *de Bordeaux*, communique à l'Académie le résumé d'un travail *sur l'action de la chaleur et du froid sur l'organisme.* 1° Pendant l'administration d'une douche froide précédée ou non de l'emploi du calorique faite à la température de 10° à 25° et d'une durée de trente secondes à cinq minutes, la température centrale du corps et celle de la zône intermédiaire ne sont pas ou sont très-peu abaissées; 2° Alors que le corps n'exécutant aucun mouvement pendant les heures qui suivent l'administration de l'eau froide ne facilite en rien le prétendu mouvement de réaction admis par tous les auteurs, et bien que le sujet n'éprouve qu'un sentiment de chaleur très-modéré ou de fraîcheur et quelquefois même des frissons, la température centrale et celle de la zône intermédiaire baissent fort peu ou remontent et dépassent même les chiffres accusés avant la douche, la vitesse du cœur se relève et la tension artérielle reste très-élevée. 3° L'exercice qui suit l'application d'une douche froide, lequel est fait dans le but de provoquer un mouvement de réaction organique, ou tout au moins d'aider son développement spontané, a pour résultat physiologique vrai d'amener un abaissement persistant de la température et de même une diminution dans la vitesse du pouls et un abaissement de la tension artérielle, c'est-à-dire de produire tout l'inverse de ce qu'on avait pu croire jusqu'à ce jour; 4° Sous l'influence d'une application froide, les summa et les minima de la vitesse du cœur correspondent aux summa et aux minima de la tension artérielle, par conséquent, ils sont dans un rapport inverse de l'état physiologique normal; 5° Après l'application d'une douche froide, le sujet se refroidit en réalité et sa température ou celle de la zône intermédiaire centrale s'abaisse précisément alors qu'il éprouve cette sensation de chaleur, et tout au contraire elle se relève ou se maintient à son chiffre quand il éprouve des frissons.

M. J. MASCAREL fait la lecture d'un mémoire intitulé: la phthisie au Mont-Dore.

M. LANNELONGUE lit un mémoire sur l'ostéomyélite pendant la croissance. Nous reviendrons plus tard sur ce mémoire qui est du reste renvoyé à une commission académique. M. Lannelongue termine sa lecture en déclarant que, dans l'ostéomyélite des os du crâne, la trépanation est la seule ressource qui soit offerte pour l'évacuation des collections intra-crâniennes.

Séance du 4 juin 1878. — PRÉSIDENCE DE M. H. BOULEY.

La séance publique annuelle, que présidait M. H. Bouley, avait attiré une foule considérable de personnes dont la plupart appartenaient naturellement au corps médical. L'ordre du jour comprenait plusieurs lectures : 1° Un rapport général sur les prix décernés en 1876 et 1877, par M. H. Roger, secrétaire annuel ; 2° Les questions proposées pour les prix de 1879 ; 3° L'éloge de M. Nélaton par M. J. Béclard, secrétaire annuel. L'Académie n'ayant pas eu de séance annuelle en 1877, comblait cette lacune en proclamant les lauréats des prix pour les années 1876 et 1877.

1° PRIX DE 1876 *de l'Académie.* L'Académie ne décerne pas de prix ; mais elle accorde à titre de récompense: 1° une somme de 600 fr. à M. *Cassedébat* ; 2° une somme de 400 fr. à M. *Devals*, de Bordeaux.

Prix Civrieux. L'Académie accorde un encouragement de 1200 fr. à M. *Bussard.*

Prix Barbier. Pas de prix ; mais à titre de récompense : 1° une somme de 1500 fr. à M. *Junod* (Paris) ; 2° une somme de 500 fr. à M. *Trideau* (Mayenne).

Prix Ernest Godard. M. Legrand du Saulle (Paris).

Prix Itard. M. *Marvaud* (Algérie).

Prix Falret. Pas de prix ; mais à titre de récompense une somme de 1500 fr. à M. *Christian* (Vaucluse) et comme encouragement 500 fr. à M. *Lagardelle* (Finistère).

Une série de récompenses accordées pour coopération aux travaux de la commission de l'hygiène de l'enfance pendant l'année 1876, à MM. les médecins des épidémies, à MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales et à MM. les médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1875. Parmi les lauréats, nous nous faisons un devoir de citer les noms de *M. Ernest Besnier*, médecin à l'hôpital Saint-Louis, à qui l'Académie a accordé une médaille d'or pour les comptes rendus qu'il publie depuis douze ans sur l'état sanitaire de la ville de Paris ; et de *M. Dumontpallier,* à qui l'Académie accorde un prix de 1,000 fr. pour son travail intitulé : *Contribution à l'histoire des anomalies de l'éruption vaccinale.*

2° PRIX DE 1877. *Prix de l'Académie.* Pas de prix. A titre d'encouragement 600 fr. à M. CYR (Paris) ; 400 fr. à M. DAUVERGNE (Basses-Alpes).

Prix Portal. M. J. GRANCHER (Paris).

Prix Civrieux. M. LAGARDELLE (Marseille).

Prix Capuron. M. DELAUNAY (Paris). L'Académie accorde, en outre, une mention honorable à M. TESTUT (Bordeaux).

Prix Godard. M. LUTON (Reims). L'Académie accorde une mention très-honorable à M. P. RECLUS (Paris).

Prix Huguier. M. PUECH (Nîmes).

Une série de récompenses accordées pour coopération aux

© BIU Santé

travaux de la commission de l'hygiène de l'enfance pendant l'année 1877, à MM. les médecins des épidémies, à MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales, et à MM les médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1876.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1879

Prix de l'Académie. Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale.

Prix Portal. Etat de l'utérus et de ses annexes dans les maladies comprises sous le nom de fièvre puerpérale.

Prix Civrieux. De l'hystéro-épilepsie.

Prix Capuron. Des varices pendant la grossesse et l'accouchement.

Prix proposé par la commission de l'hygiène de l'enfance. De l'allaitement artificiel. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

ERRATUM. — A la colonne 1 de la page 421, ligne 40, au lieu de Lotille il faut lire LATIL.

Séance du 1er mars. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Fracture du crâne. — Epanchement sous-arachnoïdien après rupture de l'artère méningée moyenne; par BENOIT, interne des hôpitaux.

La nommée Walzer, 49 ans, cuisinière, entre le 17 février 1878 à la Charité, salle Saint-Joseph, n° 25.

Cette femme était en bonne santé, quand huit jours avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 9 février, elle fit une chute dans un escalier à la suite d'un faux pas. Elle tomba de sa hauteur seulement sur le côté, et le côté droit de la tête porta sur la marche de l'escalier. Notons en passant que cette femme a une taille très-élevée, circonstance qui a rendu plus grave l'accident. Sur le moment, la malade ressentit une commotion violente, elle fut incapable de se relever, mais ne perdit pas complétement connaissance. Elle put même essayer de reprendre son travail le soir chez le général Ladmirault où elle était domestique. A ce moment cependant, il y eut une légère hémorrhagie nasale, et il se forma une ecchymose sous-conjonctivale dont on voyait les traces pendant son séjour à l'hôpital. Les phénomènes cérébraux s'accentuèrent cependant dans la soirée, et sans qu'il y ait eu les moindres signes d'agitation ou de délire, la malade tomba graduellement dans une sorte de stupeur assez profonde. Le lendemain de l'accident, on lui fit appliquer dix sangsues derrière l'oreille. Il n'y eut pas de soulagement. Et comme dans la semaine qui suivit, les symptômes allèrent en s'aggravant toujours, on la fit entrer le 17 février à la Charité, salle Saint-Joseph.

Ce sont les seuls renseignements que l'on ait pu recueillir sur la malade.

18 *fév.* A son entrée, la face est très-pâle. Les paupières à demi fermées, le visage reste sans expression, immobile, sauf quelques mouvements de mâchonnement qui reviennent de minute en minute. Les pupilles sont moyennement dilatées et égales. Sous la conjonctive oculaire droite, on aperçoit les traces d'une ecchymose qui vient entourer d'un liseré rouge la moitié supérieure de la cornée. Elle ne tarde pas à se colorer en jaune, et elle disparaît avant d'avoir pu se cacher dans l'orbite. On n'en trouve pas de traces sur la conjonctive palpébrale. Il n'y a point de paralysie faciale, de la langue, ni du voile du palais.

Du côté du cuir chevelu, en cherchant avec le plus grand soin, on ne trouve aucune lésion superficielle qui puisse indiquer le siége du traumatisme. Il n'y a pas la plus légère ecchymose, la plus petite plaie. Le doigt ne sent pas non plus la plus petite saillie osseuse. On parvient seulement à provoquer un peu de douleur en appuyant fortement avec la pulpe du doigt sur la région temporale droite.

L'intelligence semble presque anéantie. La malade comprend cependant encore quelques questions qu'on lui adresse; et bien que ne pouvant à elle seule donner de renseignements sur son état, elle répond cependant par monosyllabes aux questions qu'on lui pose, et d'une façon intelligente. Il n'y a point la moindre agitation. Pas de convulsions, de délire. La nuit précédente elle a voulu seulement se lever une fois, et est tombée de son lit. La sensibilité est conservée, et le pincement des membres provoque facilement la douleur. Le mouvement est plus atteint. Il n'y a dans aucun membre de paralysie absolue, puisque la malade a pu essayer de se lever, mais chez tous il y a une parésie très-marquée. Elle prédomine d'une façon notable du côté gauche. Le bras de ce côté retombe quand on le soulève. Elle peut cependant serrer légèrement un objet de la main gauche. Les membres inférieurs sont un peu moins atteints que les supérieurs; cependant, il y a encore une différence sensible, au détriment du membre gauche. Les mouvements réflexes ne sont pas augmentés. La vessie est aussi atteinte, puisqu'il y a incontinence d'urine.

La langue est sèche et commence à se recouvrir de croûtes. On est obligé de nourrir la malade avec quelques aliments liquides. Jamais il n'y a eu de vomissements, mais la constipation est opiniâtre.

Rien du côté du poumon. La respiration est lente. Il n'y a pas de fièvre, et le pouls est petit et lent, variant entre 80 et 90. Il est surtout petit du côté gauche, sans que l'on sache trop si c'est la lésion cérébrale ou une anomalie artérielle précédente qui en soit cause.

En présence de cet ensemble de symptômes, M. Rigal qui remplaçait M. Bernutz, diagnostique une fracture du crâne. Les troubles intellectuels persistants, la prédominance des lésions motrices du côté gauche, l'absence de méningite, font supposer aussi une contusion, ou une compression de l'hémisphère droit, dans sa partie convexe, et rejeter toute lésion directe de l'encéphale du côté de la base. L'absence de tout symptôme physique ne permet pas de prévoir davantage le diagnostic. La malade traîne ainsi jusqu'au 23. La température reste stationnaire entre 37 et 38. Le pouls est à 70 et 90. On se contente d'un traitement médical, sangsues, eau-de-vie allemande. Le 22, au matin, on constatait un mieux notable. Mais le 23 au soir, il y eut une aggravation subite des symptômes, et elle mourut dans la nuit.

AUTOPSIE. — Rien dans les viscères. Les lésions se résument en une fracture du crâne, et une hémorrhagie sous-arachnoïdienne.

Fracture. Chez cette femme, bien qu'elle ne fût âgée encore que de 49 ans, le crâne était celui d'un vieillard; on n'y trouve plus trace de suture. C'est la raison, sans doute, pour laquelle une chute relativement légère a pu déterminer une fracture.

Cette dernière se réduit à une simple solution de continuité sans esquilles, qui commence au niveau du bord antérieur du pariétal droit, à 35 centimètres en arrière et au-dessus de son angle antéro-supérieur. Elle se dirige en bas et un peu en avant. Elle traverse, sans dévier de sa direction, la suture sphénoïdo-pariétale, descend ensuite le long de la grande aile du sphénoïde, et se termine après un trajet de 10 centimètres environ près de la racine de l'apophyse ptérygoïde, un peu en arrière de l'épine.

Vu par sa face interne, le trait de fracture traverse le canal osseux de la méningée moyenne, près de son origine, sur le pariétal. L'artère elle-même est brisée à ce niveau, et on en voit très-bien les deux tronçons.

La dure-mère n'est pas décollée. Il n'y a pas le moindre épanchement entre elle et la paroi osseuse. Mais au niveau de la fracture et de la déchirure de l'artère, il y a aussi une plaie de la dure-mère en forme de boutonnière, sur les bords de laquelle se trouvent précisément les deux bouts de l'artère.

Entre la dure-mère et le cerveau, dans l'espace sous-arachnoïdien, vaste épanchement sanguin, recouvrant tout l'hémisphère et comprimant sa partie convexe. Les circonvolutions sont imprégnées de sang et aplaties, surtout celles qui répondent aux zones motrices des membres. Il est sorti environ cinquante grammes de caillots noirâtres quand on a incisé la dure-mère.

REMARQUES. — Cette observation offre quelques particularités sur lesquelles je crois devoir insister brièvement,

© BIU Santé

d'autant mieux qu'elles confirment une série d'expériences insérées par M. Duret dans sa thèse.

La marche de la lésion est bien facile à suivre. Une chute directe entraîne une fracture dans la fosse temporale. Cette dernière suit le trajet classique, c'est-à-dire le chemin le plus court qui la conduise dans la fosse sphénoïdale, sans s'embarrasser en quoi que ce soit du siége des anciennes sutures qui ont disparu. Il semble donc que le rôle qu'on a voulu faire jouer à celles-ci, dans ces derniers temps, ait, pour ce cas au moins, été réduit à une influence bien minime. — L'artère méningée se trouve brisée dans son canal osseux, et la lésion, ne s'arrêtant pas encore, amène la perforation de la dure-mère. Alors s'établit une double hémorrhagie. La première, relativement légère, provenant des vaisseaux de l'os, et fusant jusqu'aux fosses nasales d'un côté et sous la conjonctive de l'autre. — La seconde, mortelle alors, et se faisant par la boutonnière de la dure-mère dans la cavité de l'arachnoïde, où elle ne trouve aucun obstacle.

Ces hémorrhagies, bien que citées, sont rares, et je n'en ai pas trouvé d'observation rapportée dans les recueils de médecine. En revanche, leurs effets ont été étudiés expérimentalement par Malgaigne d'abord, récemment par M. Duret. C'est dans la thèse de ce dernier que l'on trouvera l'explication physiologique sur ce qui s'est passé chez notre malade. Je me contenterai de rappeler ces deux particularités :

L'étendue de l'espace arachnoïdien, l'absorption rapide qui s'y fait par les vaisseaux de la pie-mère, c'est ce qui a permis à notre malade de vivre quinze jours, en diminuant d'un côté la compression et de l'autre en la diminuant par la résorption de la partie liquide du sang épanché.

M. Duret. Je relèverai dans cette observation la bénignité relative des accidents pendant plus de huit jours après la chute. Ce fait, d'ailleurs, est parfaitement d'accord avec nos connaissances actuelles sur les traumatismes du crâne: les épanchements siégeant dans la cavité de l'arachnoïde sont de beaucoup moins graves que ceux compris entre la dure-mère et les os. Ainsi, sur des animaux, 50 à 60 grammes de sang ou de gélatine injectés lentement sous l'arachnoïde ne produisent aucun accident, ce qui suppose, que 120 grammes de sang coagulé occupant le même siége, peuventn'amener aucun trouble morbide chez l'homme. Il n'en est plus de même, si l'épanchement est situé entre la dure-mère et les os du crâne, et 50 grammes de sang suffisent pour amener des phénomènes très-graves de compression. Dans ce dernier cas, en effet, le sang ne peut pas s'étendre en nappe comme sous l'arachnoïde ; il presse fortement sur les hémisphères. — Quand la collection siége dans la cavité arachnoïdienne, les symptômes sont pour ainsi dire négatifs, le malade est plongé dans la somnolence complète, sans phénomènes bulbaires, ni dyspnée, ni lenteur du pouls, si ce n'est tout à fait à la fin. Il est donc très-important de bien connaître la symptomatologie de ces épanchements sanguins suivant leur siége, car s'il n'est pas bon d'intervenir dans les hémorrhagies intra-arachnoïdiennes, cela est de la plus haute importance dans les extravasations situées entre le crâne et la dure-mère.

M. Berger fait remarquer que, conformément à la règle, c'est dans le milieu d'un canal osseux complet que l'artère méningée moyenne s'est rompue.

Inflammation des gaînes synoviales de la main. — Phlegmon de l'avant-bras. — Albuminurie. — Mort ; par Alfred Bulteau, interne des hôpitaux.

Le nommé Esp..., âgé de 45 ans, est entré le 4 janvier 1878 à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe n° 10, dans le service de M. le Dr Péan.

Il y a dix jours, d'après les renseignements que nous donne le malade, il s'est piqué avec une alène de cordonnier au niveau de la pulpe de la deuxième phalange du pouce droit; il souffre depuis huit jours. Une douleur assez vive dans le pouce et dans la main, ainsi qu'un gonflement considérable de toutes ces parties, a marqué le début des accidents. Le malade jouit ordinairement d'une bonne santé.

État à l'entrée. Tuméfaction énorme de la main et de l'avant-bras, surtout exagérée au niveau du pouce et du petit doigt. La déformation *en griffes* de la main est très-accentuée et produite par la flexion permanente des doigts. L'avant-bras est dans la pronation forcée et le mouvement de supination est devenu complétement impossible. Immédiatement au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe, la peau est rouge, tendue ; la palpation fait reconnaître une fluctuation profonde. L'état général du malade est mauvais ; la face est pâle et témoigne d'un état anémique assez prononcé. *Diagnostic. Phlegmon de l'avant-bras consécutif à l'inflammation des gaînes synoviales du carpe.* Une incision est pratiquée immédiatement et permet d'ouvrir un foyer purulent considérable, situé profondément au-devant du carré pronateur. Les jours suivants, d'autres collections purulentes se manifestent au niveau du pouce et du petit doigt ; elles sont ouvertes largement au bistouri.

Le 10 janvier, l'état général du malade est plus grave ; la face est pâle, bouffie. Il existe de la toux et de l'oppression, et l'auscultation fait reconnaître la présence d'un épanchement dans les deux plèvres. On constate en outre un peu d'œdème des cuisses et des parois abdominales. L'examen des urines y dénote une quantité considérable d'albumine.

Le 20 janvier, les phénomènes généraux et locaux vont en s'aggravant ; l'oppression augmente, l'anasarque se généralise. La main prend des proportions presque monstrueuses, surtout au niveau du pouce et du petit doigt ; on pratique des incisions multiples pour donner issue à de petites collections purulentes isolées au niveau des éminences thénar et hypothénar, ainsi que sur le dos de la main. La mort survient le 1er février.

Autopsie. Les *reins* présentent toutes les altérations d'une néphrite parenchymateuse à la dernière période ; ce qui nous permet d'affirmer que l'albuminurie existait déjà depuis longtemps avant l'entrée du malade à l'hôpital, et que c'est sous l'influence de la néphrite que la mort est survenue aussi rapidement. *La paume de la main*, disséquée avec soin, présente les particularités suivantes : En disséquant la peau, on reconnaît que l'aponévrose palmaire est intacte. A la base du triangle qu'elle forme, là où elle se divise en petites languettes, entre l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index et du médius existe une ouverture par laquelle se fait jour du pus, et qui communique largement avec un foyer sous-aponévrotique. Immédiatement au-dessous de l'aponévrose se trouve une couche épaisse d'un centimètre environ de tissu lardacé dans lequel se trouve plongée l'arcade palmaire superficielle dont l'intégrité est complète. Plus profondément on rencontre un vaste foyer qui passe sous le ligament annulaire antérieur du carpe et qui se continue directement avec un autre foyer qui remonte jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras et qui est situé au-devant du carré pronateur, et du ligament interosseux, au-dessous de la masse des fléchisseurs superficiels et profonds. Toute la paume de la main se trouve ainsi disséquée par le pus ; presque tous les organes qu'on y rencontre à l'état normal, sont détruits plus ou moins complétement et ne forment plus qu'une véritable bouillie noirâtre. Les tendons des fléchisseurs superficiels et profonds ressemblent à de la filasse. Les fléchisseurs du pouce et du petit doigt sont détruits dans une étendue de 0,03 ou 0,04 centimètres. L'altération des tendons des fléchisseurs de l'index, du médius, et de l'annulaire cesse au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, mais les tendons du pouce et du petit doigt sont altérés jusqu'au niveau de leur insertion digitale, c'est-à-dire que le foyer sous-aponévrotique de la paume de la main communique avec le prolongement des gaînes synoviales interne et externe qui accompagne les tendons fléchisseurs de ces doigts. Le nerf médian plonge au milieu de la collection purulente et se trouve complétement désorganisé ; il est doublé de volume immédiatement au-dessous du ligament annulaire du carpe, puis il s'amincit progressivement au point de devenir presque filiforme à 0,01 à 0,02 centimètres plus bas. Les articulations des phalanges sont saines ; la première phalange du petit doigt est complétement dénudée. La *peau* qui recouvre les éminences thénar et hypothénar est disséquée dans toute son étendue par du pus. Ces foyers sous-cutanés communiquent

© BIU Santé

d'une part en avant avec les gaînes synoviales suppurées des fléchisseurs du pouce et du petit doigt et d'autre part en arrière, ils viennent se faire jour de chaque côté sur la face dorsale de la main. Les articulations du carpe, l'articulation radio-carpienne paissent saines. Le cubitus est dénudé à la partie moyenne de sa face interne, là où existe un petit foyer purulent.

Fracture du crâne. — Fissures par contre-coup; par P. Baucher, interne des hôpitaux.

Le 6 février, on apporte à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Cusco, une jeune femme de 23 ans, tombée on ne sait au juste de quelle hauteur sur les dalles d'un couloir.

Elle est alors plongée dans un coma presque absolu, et malgré l'insistance qu'on met à lui poser quelques questions, elle sort à peine de sa somnolence et y retombe du reste aussitôt : elle dit seulement avoir 22 ans et paraît ennuyée de l'examen auquel on se livre sur elle et dont elle semble avoir conscience. En arrivant, elle a eu du saignement de nez et consécutivement un vomissement avec hématémèse. Aucun écoulement par les oreilles. Quant aux contusions qui ont été le résultat de la chute, elles siégent en des points qui indiquent, d'une façon évidente, que la malade est tombée sur le côté droit ; c'est ainsi qu'on remarque une forte ecchymose avec excoriation de la peau sur le moignon de l'épaule de ce côté, contusion accompagnée d'une fracture de la clavicule.

A la tête, on voit une ecchymose très-prononcée et une tuméfaction notable de la région mastoïdienne *droite*. Ce gonflement empiétant sur le haut du cou. Pas d'ecchymose sous-conjonctivale.

Mais du *côté gauche*, et c'est la seule lésion superficielle qui soit appréciable de ce côté, existe dans la peau de la paupière inférieure, au niveau du rebord orbitaire une petite ecchymose un peu plus grande qu'une lentille : rien, du reste, à la conjonctive correspondante.

La motilité et la sensibilité sont conservées dans les mêmes proportions *à droite* et *à gauche*: en effet, si on soulève les membres supérieurs sans tirer au préalable la malade du coma, ils retombent également inertes le long du corps ; mais si on l'excite à les maintenir soulevés un peu au-dessus du lit, elle peut le faire pendant quelques secondes, aussi bien pour le gauche que pour le droit. Elle perçoit les piqûres d'épingle d'une façon uniforme, en apparence du moins, sur les deux côtés du corps, et fait quelques mouvements pour échapper à la douleur, sans prononcer un mot, ni même ouvrir les yeux.

Les mouvements communiqués du bras droit déterminent une expression d'anxiété sur la physionomie, ce qu'explique la présence de la fracture de la clavicule. Les pupilles sont égales et sensibles à la lumière. Le pouls est plutôt ralenti. La température à 37°,8. Mais le lendemain 7, tout s'est aggravé, le coma est plus profond ; la température a monté à 39°,8, puis à 40° ; le pouls s'est élevé à 84, puis à 120, et la mort, qui paraît imminente, arrive le 8 février à 2 heures du matin.

Notons que, dans le cours du second jour, la pupille du *côté gauche* est plus dilatée et plus insensible que celle de *droite*, et que la tuméfaction du cou du *côté droit*, de même que l'ecchymose mastoïdienne ont sensiblement augmenté.

Autopsie. Dès que les parties molles de la région temporo-pariétale *droite* sont incisées, on découvre un énorme épanchement sanguin descendant dans la région mastoïdienne et envahissant la partie supérieure du cou dans ses parties profondes comme dans les couches superficielles. En écartant les caillots qui composent cet épanchement, on met à découvert une fracture allongée des os du crâne, fracture dont les bouts écartés laissent passer des caillots qui se continuent avec ceux qui soulèvent les parties molles. Cette grosse hémorrhagie s'est faite évidemment à la surface interne du crâne, et par l'écartement des bouts de la fracture s'est répandue dans les tissus voisins.

La *calotte crânienne* est enlevée avec la scie ; l'épanchement sanguin, constaté tout à l'heure du côté droit, s'est fait entre la surface interne du crâne et la dure-mère qui n'a pas été déchirée. Aussi n'existe-t-il pas de sang entre elle et la surface de l'encéphale. Du *côté gauche*, au contraire, nous trouvons sous-jacent à la dure-mère et étalé à presque toute la surface externe de l'hémisphère cérébral un fort épanchement : de ce côté rien entre la dure-mère et les os. Les caillots sont plus épais au niveau du lobe spénoïdal et c'est de l'extrémité antérieure de celui-ci qu'ils paraissent prendre naissance : en effet, cette portion du lobe est le siége d'une contusion violente avec déchirure de la substance cérébrale, dont les débris se mêlent aux caillots sanguins. Une autre contusion, très-limitée de la substance nerveuse, existe encore à la partie inférieure de la première circonvolution frontale du même côté *gauche*. Enfin, le lobe *droit du cervelet* est le siége d'une longue déchirure qui va de l'extrémité antérieure à l'extrémité postérieure de la circonférence externe. Cette lésion du cervelet, pour le dire dès maintenant, correspond à une fracture longitudinale de la face postérieure du rocher. La fosse occipitale correspondante est remplie de sang, lequel a envahi la partie supérieure du canal rachidien.

Les lésions du squelette existent des deux côtés du crâne : les plus importantes et les plus étendues sont du *côté droit*. Ce sont les suivantes : à la partie postérieure du pariétal se trouve une fracture étoilée avec léger enfoncement : du point central partent quatre traits de fracture complète, dont trois supérieurs peu étendus, et un inférieur qui descend le long du bord postérieur du pariétal, se continue sur le temporal, divisant l'apophyse mastoïde vers son tiers postérieur et se continuant enfin d'une façon irrégulière sur toute la face postérieure du rocher jusqu'au trou déchiré antérieur. Au niveau du bord supérieur de l'écaille du temporal, une fissure part du trait principal de fracture et parcourt d'un bout à l'autre le biseau externe de cette écaille. Le point central d'où irradient les fractures que nous venons de décrire se trouve juste au niveau d'une branche de division de la méningée moyenne, c'est de là qu'est venu le sang épanché dans toute la région.

Toutes ces lésions rappellent les caractères classiques des fractures du crâne par irradiation : mais en examinant la surface interne du crâne du *côté gauche*, nous avons été surpris d'y trouver des fissures qui ne pouvaient reconnaître le même mécanisme de production. Ces fissures ne nous ont apparu qu'après l'ablation de la dure-mère qui les masquait en les tapissant et voici quelle était leur disposition : Il en existait d'abord une, la plus considérable, dans la fosse occipitale, c'est un trait de fracture très-fin, naissant à un centimètre environ de la ligne médiane et allant obliquement d'arrière en avant, aboutir à un fragment de la lame vitrée de la largeur d'une pièce de 50 centimes, complétement circonscrit par la fissure.

Une autre fissure, plus petite, ayant environ un centimètre et demi de long, se trouve dans le fond de la fosse sphénoïdale ; elle est d'ailleurs comme le sont les autres, entourée d'une teinte ecchymotique de l'os. Je rappellerai que c'est à ce niveau que siégeait la contusion si forte du lobe sphénoïdal du cerveau.

Notons encore une petite coquille détachée du bord inférieur de la fente sphénoïdale et, enfin, une fissure d'un centimètre de long, circonscrite par des taches ecchymotiques et occupant la dépression olfactive à gauche de la ligne médiane et partant de cette ligne. Il serait presque superflu de dire qu'il n'y a aucune continuité entre la fracture directe du côté droit et toutes ces lésions osseuses du côté opposé, et les recherches les plus minutieuses ne nous en ont pas révélé.

Pour expliquer la production des fissures du *côté gauche*, il faut donc invoquer le mécanisme du contre-coup, à moins d'admettre l'objection qui se présente naturellement, à savoir que, dans ce cours de la chute, la tête a eu à subir des chocs successifs de l'un, puis de l'autre côté. Mais des renseignements précis pris sur le lieu même de l'accident nous permettent d'affirmer qu'on ne peut avoir recours à cette explication. La malheureuse femme dont il s'agit est tombée d'une hauteur, en somme, peu élevée, puisque c'est la hauteur d'un premier étage situé à environ trois mètres et demi du sol. Elle est tombée sur le côté droit sans avoir pu rencontrer au-

© BIU Santé

cun obstacle dans sa chute : les lésions l'indiquent suffisamment, et elle a été trouvée dans cette position par les personnes qui l'ont relevée. On ne saurait donc raisonnablement prétendre que le côté gauche ait été le siége d'un traumatisme direct.

Anévrysme valvulaire cicatrisé de la mitrale;
par GÉRARD MARCHANT, interne des hôpitaux.

Langlet, 67 ans, marchand des quatre saisons, entre à l'Hôpital Saint-Antoine en février, service de M. BROUARDEL, salle Saint-Augustin, n° 33.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter n'offre pas grand attrait au point de vue clinique, mais m'a semblé intéressante au point de vue anatomo-pathologique. — Il s'agit d'une altération valvulaire de la mitrale, que je rattacherais volontiers à un anévrysme valvulaire, mais qui en diffère cependant par certains caractères.

Sur la face auriculaire de la mitrale on aperçoit une ulcération irrégulière à fond granuleux, anfractueux, — elle a environ les dimensions d'une pièce de 20 centimes. — Si on prend la mitrale entre la pouce et l'index, et dans le point où siége cette ulcération, on sent une induration qui se prolonge dans l'épaisseur de la mitrale et jusque dans le point où le pilier principal vient s'insérer sur elle. — Si on fait l'incision de cette partie indurée et du côté de la face ventriculaire, là où il n'existe aucune altération appréciable à l'œil nu de l'endocarde, sa section révèle une partie centrale noire, formée de plusieurs couches lamelliformes à teintes différentes et devenant blanches à la périphérie. — On peut facilement énucléer cette partie centrale, et on produit alors une cavité irrégulière, à base auriculaire, à sommet ventriculaire et s'insinuant entre les différents cordages du pilier. — Cette cavité pourrait contenir un gros pois.— Les parois en sont épaissies : la mitrale n'est pas saine à sa périphérie, et elle donne une sensation de dureté calcaire.

Quant au contenu de la cavité, il semble être formé par de la fibrine, par places il y a une induration calcaire. Sommes-nous en présence d'une plaque athéromateuse ayant amené un abcès, et ayant donné lieu à une cavité qui est revenue sur elle-même emprisonnant de la fibrine ? N'est-ce pas un anévrysme valvulaire guéri en partie par cicatrisation, et rétraction de la fibrine? — La lésion est très-ancienne, ainsi que le prouve le travail de rétraction.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que, dans les anévrysmes valvulaires, l'orifice d'entrée, l'ouverture de l'anévrysme, est *toujours* situé du côté où, physiologiquement s'exerce la pression du sang. — Or, dans le cas d'anévrysme valvulaire de la mitrale, l'orifice devrait regarder la face ventriculaire; c'est le contraire que nous observons. Dans sa thèse sur les *anévrysmes du cœur*, Pelvet ne signale aucune disposition de ce genre, et c'est ce qui doit nous faire concevoir des doutes sur la nature anévrysmale de cette lésion. — M. Brouardel a appelé notre attention sur ces différentes particularités, et nous a fait remarquer que, par sa forme, son contenu, cette poche en entonnoir se rapprochait surtout des anévrysmes valvulaires.

Cette lésion rétrécissait considérablement l'orifice mitral : il y avait en même temps insuffisance.

L'oreillette gauche est considérablement développée.

Mon ami, M. Letulle, a bien voulu se charger de l'examen microscopique. (Il sera prochainement remis.)

Cette pièce anatomique appartenait à un individu âgé de 67 ans et qui avait eu, à l'âge de 25 ans, une attaque rhumatismale qui aurait duré 5 à 6 mois. — Il est probable que c'est à cette époque que se serait produite la lésion que nous venons de décrire. Nous avons recherché s'il était possible de retrouver trace des embolies qui, très-probablement, devaient avoir accompagné la formation de cette lésion : il existait au niveau du foie des cicatrices déprimées, foncées, constituées par un tissu fibroïde qui part de la superficie de l'organe envoyant des prolongements dans son intérieur : il y avait trois ou quatre cicatrices de ce genre existant sur la face antérieure du foie. Rien de semblable n'existait dans la rate.

Du côté du rein, on trouvait aussi des dépressions en cupule, mais elles semblaient avoir été produites par une agglomération de petits kystes du rein, fondus ensemble; l'existence de kystes en voie de développement, les uns isolés, les autres fusionnés, rend probable cette interprétation.

Au point de vue clinique, il était impossible de diagnostiquer cette lésion: elle s'accompagnait d'une hypertrophie considérable du cœur, d'un frémissement notable à la palpation et à l'auscultation d'un bruit de souffle. Le timbre de ce bruit de souffle n'offrait rien de spécial ; il prolongeait évidemment le premier temps du cœur; quant à son siége, il existait à la pointe ; mais aussi dans le deuxième espace intercostal gauche, il paraissait y avoir un second centre de battements, un souffle net y était perceptible, la matité s'y prolongeait. C'est ce qui fit croire à M. Brouardel à la possibilité d'une dilatation aortique ; tout en formulant des réserves, notre maître se basait encore, pour accepter cette opinion, sur une dilatation inégale du système veineux des deux côtés ; la jugulaire externe gauche était très-dilatée (volume du petit doigt), et la droite à peine appréciable ; enfin, il y avait des battements artériels visibles dans les petites artères de la paroi thoracique antérieure.

Nous nous étions demandé si l'hypertrophie considérable de l'oreillette gauche ne pouvait pas expliquer cette méprise qui se trouve signalée dans la thèse de M. Pelvet; il ne semble pas douteux que quelques-uns des signes physiques rapportés plus haut ne peuvent être rapportés à cette énorme dilatation auriculaire. — Mais cette cavité remplie de sang pouvait-elle amener à distance la compression du tronc brachio-céphalique veineux gauche? C'est ce qu'il nous a été impossible de démontrer.

Arthrite sèche de l'articulation fémoro-rotulienne;
par HENRIET, prosecteur des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sur le cadavre d'un homme de 60 ans environ, livré aux travaux de dissection. Tout renseignement fait défaut, relativement à l'évolution clinique de la lésion.

La rotule est déplacée en dehors, de telle sorte que sa face articulaire ne répond plus qu'au segment articulaire du condyle externe. Ce déplacement s'est d'ailleurs produit parallèlement à l'axe de l'os, sans déviation ni inclinaison de cet axe en haut ou en bas, en avant ou en arrière. Si l'on examine les surfaces articulaires, on les trouve à peu près complétement dépouillées de cartilage. La substance osseuse est à nu, comme on peut s'en assurer par la palpation, et avec la pointe du scapel. Ces surfaces présentent, en outre, une striation longitudinale des plus régulières, produite par une série de reliefs verticaux, parallèles entre eux, s'étageant de dedans en dehors pour la rotule, de dehors en dedans pour le condyle. Il en résulte, pour le premier de ces os, un amincissement considérable de son segment interne, qui est à peu près diminué de moitié dans son épaisseur. Cette disposition curieuse résulte évidemment de la marche même de l'arthrite sèche et de son mode de progression. A mesure que le cartilage disparaissait sur une zone verticale des surfaces articulaires, et que le frottement réciproque usait la substance osseuse dans la longueur de cette zone, la rotule se déplaçait progressivement en dehors. Sa migration s'est ainsi accomplie par une série d'étapes, dont chacune est marquée par une de ces entailles qui ont rayé la rotule et le condyle.

Nous ferons remarquer, en outre, que le sujet sur lequel cette pièce a été enlevée ne présentait nulle part aucune autre trace d'arthrite sèche. Bien plus, cette lésion était absolument limitée aux deux surfaces que nous avons décrites ; dans tout le reste de l'articulation du genou, même sur la facette condylienne abandonnée, le cartilage présentait son aspect et sa consistance ordinaire.

Ankylose coxo-fémorale, par fusion osseuse; par M. PETON, externe des hôpitaux.

J'ai trouvé la pièce que je présente à la Société anatomique, à Clamart, en disséquant dans le pavillon de M. le prosecteur Henriet. C'était un débris abandonné par les élèves : l'os coxal était détaché de son congénère et du sacrum, le fémur

© BIU Santé

était scié à environ 15 centimètres de l'articulation coxo-fémorale. Il n'existait sur la pièce que des lambeaux informes de parties molles. Je n'ai donc pu étudier que le squelette de la région. M. Henriet, auquel je montrai l'articulation, me conseilla de scier l'ankylose et pensa que cette pièce pourrait intéresser la Société anatomique.

Cruveilhier admettait cinq espèces d'ankylose complète. L'une de ces espèces est l'*ankylose par fusion osseuse*, dont cette pièce est un exemple. Il décrit deux variétés d'ankylose par fusion: 1° l'*ankylose par juxtaposition*, dans laquelle on peut distinguer ce qui appartient à l'une et à l'autre extrémité osseuse ; l'ankylose est séparée par une lame de tissu compacte; 2° l'*ankylose par fusion proprement dite*, dans laquelle les extrémités osseuses sont tellement confondues, qu'il est impossible de reconnaître ce qui appartient à l'une ou à l'autre. Tel est le cas de cette pièce. Ainsi que l'indique Cruveilhier le volume et le poids des parties ankylosées semblent avoir subi une diminution sensible. On ne trouve pas sur cette pièce le canal médullaire central, qui, d'après Lacroix, se développerait dans le tissu spongieux des ankyloses.

Je ferai remarquer la position du fémur qui se trouve dans la flexion, la rotation en dedans et l'adduction. Le petit trochanter est porté en dedans et en arrière. Le col du fémur a presque disparu, il n'est plus qu'*indiqué* par une dépression osseuse. Sur les pièces analogues du musée Dupuytren, trois seulement m'ont semblé avoir un écrasement du col presque aussi complet.

M. Houel. Il existe dans le musée Dupuytren un grand nombre d'ankyloses coxo-fémorales, par fusion. Dans ces cas, il n'existe plus ni tête du fémur, ni cavité cotyloïde, et, ainsi que Cruveilhier l'a fait remarquer, le col a perdu de sa longueur et l'articulation de son volume. Le cas qu'on nous présente rentre parfaitement dans le groupe des ankyloses par fusion osseuse.

Tumeurs cérébrales multiples ; par A. Mossé, interne des hôpitaux.

Dupuis, Ernest-J.-B., 37 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 14 décembre 1877, salle Saint-Thomas, n° 3 (service de M. Oulmont). Des troubles nerveux vagues, des symptômes diffus, ainsi que des accidents convulsifs survenus dans ces derniers jours ont fait porter le diagnostic : alcoolisme, épilepsie probable. A partir du mois de janvier, époque où nous avons eu l'occasion de suivre le malade, aucun symptôme spécial ne s'est montré. Le malade, déjà épuisé, s'affaiblissait chaque jour davantage, la parole était de plus en plus embarrassée ; cependant nous devons signaler, d'une façon toute particulière, que le malade se plaignait de ne pouvoir remuer aussi bien le bras et la jambe du côté droit que du côté opposé : les mouvements de la jambe droite étaient très-douloureux, presque impossibles ; mais ce qui contribuait à augmenter cette difficulté du mouvement, c'était une carie des métatarsiens. Le moindre mouvement imprimé au pied, retentissait douloureusement dans tout le membre inférieur et surtout dans le genou. Au membre supérieur, la parésie qui existait s'accompagnait d'un certain degré de contracture de l'avant-bras, que l'on parvenait à vaincre assez facilement, mais qui se reproduisait ensuite presque aussitôt. Enfin, les membres du côté droit paraissaient diminuer de volume relativement à ceux du côté opposé.

L'affaissement devint encore plus marqué pendant le mois de février. Eschare au sacrum, rien dans les urines. L'ensemble des symptômes précédents fait penser à l'existence d'une lésion cérébrale probable du côté gauche.

Autopsie (1). — Plusieurs *tumeurs* de volume inégal et situées dans des régions différentes du cerveau. Les unes sont superficielles et font saillie sous la pie-mère à laquelle elles sont adhérentes ; d'autres, au contraire, sont situées au-dessous de la substance corticale et ne se trouvent que lorsqu'on a écarté les circonvolutions les unes des autres; leur consistance dure permet de reconnaître leur existence, même au-dessous de la lame de substance cérébrale qui les recouvre. Les coupes des hémisphères n'ont fait découvrir dans l'épaisseur même des centres cérébraux aucune tumeur autre que celles trouvées d'abord, et qui sont toutes plus ou moins voisines de la substance corticale.

Trois de ces tumeurs (la plus grosse dépasse le volume d'une noix) occupent la partie supérieure des circonvolutions marginales du sillon de Rolando et le lobule paracentral. Deux sont superficielles et font saillie à la surface des hémisphères où la pie-mère leur adhère d'une manière intime; en ce point la circonvolution pariétale ascendante est en partie détruite. La troisième tumeur est petite, profonde et logée au-dessous des deux précédentes, dans la substance blanche. Une quatrième tumeur, très-superficielle aussi, se trouve à peu près assez exactement au milieu de la première circonvolution frontale. Une cinquième, située dans la scissure interhémisphérique, un peu au-dessus de la partie antérieure du corps calleux, passe comme un pont, pour ainsi dire, d'un hémisphère à l'autre ; la coupe passant par la scissure, la partage en deux parties inégales, celle de gauche étant la plus volumineuse. Deux autres tumeurs existent encore dans le lobe temporo-sphénoïdal gauche une seule se trouvait dans l'hémisphère droit ; elle occupait la deuxième circonvolution temporale. Rien de particulier dans les autres parties de l'encéphale.

L'examen histologique d'une de ces tumeurs, fait au laboratoire d'histologie de Clamart, par MM. Bruchet et Balzer, a fait reconnaître qu'on avait affaire à des tubercules du cerveau (les poumons étaient tuberculeux).

Le nombre considérable de ces tumeurs (huit) ainsi que leur siége en des points divers du cerveau, explique la diffusion des symptômes, qui ne pouvait permettre de porter un diagnostic précis. Toutefois, la prédominance des troubles de motilité et de nutrition dans le côté droit du corps, ont trouvé leur explication dans la prédominance des lésions anatomiques des deux circonvolutions frontales et pariétales ascendantes, gauches.

Affection osseuse généralisée à plusieurs parties du squelette. — Fracture spontanée du fémur. — Phlegmon orbitaire et fonte de l'œil. — Infection purulente. (Dessins dans l'Album de la Société : Pièces déposées au Musée de l'Amphithéâtre des hôpitaux) ; par A. Mossé, interne des hôpitaux.

Wattier, J.-B., 54 ans, cordonnier, entre le 28 juin 1877 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, deux jours après il passe en chirurgie, salle Saint-Antoine, n° 21, service de M. A. Guérin, pour une tumeur de la paupière, faisant saillie sous la conjonctive et entraînant un ectropion en même temps qu'une inflammation de cette muqueuse. Pendant plusieurs jours, cautérisations avec une solution de teinture d'iode très-étendue. Le globe oculaire lui-même devient malade quelque temps après, et il se développe un phlegmon qui se termine par fonte purulente de l'œil. Consécutivement le malade est pris de frissons et d'autres accidents qui font penser à l'infection purulente ; presque à la même époque, il accuse dans la cuisse des douleurs, dont la nature est d'abord méconnue, mais ensuite on constate dans la cuisse gauche, l'existence d'un phlegmon profond, et bientôt après une crépitation osseuse très-nette et accompagnée de mobilité, annonce qu'il s'est fait une fracture spontanée du fémur. La cuisse droite, elle aussi, est le siége d'une suppuration assez abondante ; on y reconnaît l'existence du pus, mais sans fracture ; l'empâtement et la tuméfaction sont, d'ailleurs, moindres que du côté opposé. Rien n'appelle l'attention du côté des bras, ni douleurs, ni tuméfaction.

L'état général devient très-mauvais, le teint est gris-terreux, la température offre des irrégularités, et le malade succombe, épuisé par la suppuration et l'infection purulente, le 28 août, à huit heures du soir.

Autopsie le 30 août. — Petits abcès métastatiques dans le foie, caillot dans un des sinus caverneux, adhérant aux parois ; les lésions viscérales confirment le diagnostic, infection purulente.

Cuisse gauche. — Très-œdématiée, les masses musculaires

(1) *Dessins déposés dans l'Album de la Société.*

© BIU Santé

sont infiltrées de pus, dans presque toute la hauteur du membre. Vaste collection purulente profonde, qui baigne le fémur dans presque toute son étendue, mais surtout au niveau de la partie moyenne et supérieure de la diaphyse. Cet os est fracturé dans la région supérieure, presque à la réunion du tiers moyen avec le tiers supérieur, les fragments sont irréguliers, amincis sur leurs bords, et entourés par le pus ; le canal central de la moelle, vers lequel se prolongent quelques travées osseuses, se trouve ainsi largement ouvert au milieu du pus, à chacune de ses extrémités il présente une sorte de bouchon verdâtre, épais. La diaphyse est le siége d'une ostéite végétante, qui forme, pour ainsi dire, dans son ensemble, la diaphyse d'un os nouveau, enfermant l'os ancien comme dans un étui, d'épaisseur inégale, selon les points. Par petites places même, ces productions osseuses, de nouvelle formation, manquent. Ces lésions paraissent anciennes, elles ne ressemblent pas à celle de l'ostéite syphilitique. L'articulation coxo-fémorale est saine ; il y a du pus dans l'extrémité inférieure du fémur.

Cuisse droite. — Elle est aussi le siége d'un vaste abcès, offrant des caractères analogues à celui qui existe du côté gauche, mais moins étendu. Ostéite de la diaphyse, occupant une moins grande surface que celle du fémur gauche, mais de même nature, sans fracture ; les ostéophytes ressemblent à ceux qui se sont développés sur l'autre fémur.

L'existence de ces lésions osseuses, multiples (les tibias semblent, eux aussi, avoir commencé à être le siége d'une inflammation), et plus prononcées à gauche, donne l'idée d'examiner les os du membre supérieur du même côté, bien que rien n'ait attiré, pendant la vie, l'attention sur cette partie du corps. Le bras et l'humérus n'offrent rien de particulier à signaler. A l'avant-bras, les muscles superficiels de la région antérieure ont un aspect normal, ceux qui sont situés au-dessous, sont décolorés, et les faisceaux musculaires, couchés dans l'espace interosseux, ont une couleur feuille morte, dans une certaine partie de leur étendue. Le périoste du radius paraît plus injecté qu'à l'état habituel ; l'os est sain. Le cubitus est atteint d'ostéite dans toute la hauteur de la diaphyse, les deux épiphyses sont respectées; l'os est dur, il n'y a pas de carie, et l'ostéite, de même nature que celle des fémurs, est bien moins avancée. Les ostéophytes, très-développés sur les faces antérieure et externe de l'os, sont très-rares sur la face interne ; il n'y a pas de suppuration.

(Voir pour ces lésions, dans l'Album de la Société, les dessins, très-fidèles, qui en ont été faits par notre collègue Savard.)

Cette observation, bien qu'elle n'ait pas été prise avec tous les détails qu'elle eût pu comporter, nous a paru cependant mériter d'être rapportée. Il y a eu chez le malade, qui en a fait le sujet, une affection généralisée à plusieurs os, et dont la cause paraît difficile à saisir. On ne peut songer au cancer des os, et les lésions ne ressemblent pas à celles dues à la syphilis. Leur origine remonte évidemment à une époque antérieure à celle de l'entrée du malade à l'hôpital (il y est resté deux mois), ainsi que l'on peut s'en assurer par l'examen du fémur qui a été conservé. L'affection, au début, doit avoir été silencieuse, ainsi que peut servir à le prouver la lésion, déjà assez avancée, du cubitus, et dont l'existence n'était pas soupçonnée. Ce n'est, d'ailleurs, que quand le pus était déjà assez abondant autour des lésions osseuses des membres inférieurs que l'attention a été attirée de ce côté ; jusque-là, l'affection oculaire tenait la première place. Y a-t-il simple coïncidence ou corrélation entre la fonte de l'œil et cette lésion des os après lesquelles on a vu survenir l'infection purulente ? Nous avons dit que l'examen des pièces anatomiques, permettait de penser que la lésion des os est antérieure à la fonte de l'œil, celle-ci survenue seulement un mois avant la mort, mais il est possible que chacune d'elles ait contribué à produire l'infection purulente.

Au sujet de cette observation, et à un moment où la question des pansements est à l'ordre du jour, qu'il nous soit permis de dire que ce cas de pyohémie, est le seul que nous ayons observé, pendant l'année passée, dans le service de notre maître, M. A. Guérin, où tous les blessés ont un pansement ouaté, et que ce malade n'était point un blessé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mai. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

M. CHAUVEL, membre correspondant, médecin-major à Orléansville, adresse deux observations d'engorgement chronique du membre inférieur, qu'il rapporte à une phlébite obturante de la veine fémorale profonde. Les symptômes décrits paraissent plutôt se rapporter, comme l'a fait remarquer M. Marc Sée, à une gêne de la circulation lymphatique.

Plaie pénétrante de poitrine; hémothorax produit par une déchirure d'une branche de la veine diaphragmatique inférieure. On admet généralement avec les auteurs classiques que les hémorrhagies abondantes dans les plaies pénétrantes de poitrine sont dues, soit à une blessure du poumon ou du cœur, soit à la blessure d'une artère ou d'une veine intercostale. M. POLAILLON vient d'observer un fait qui prouve que l'hémothorax peut se produire d'une autre façon par la division d'une branche de la veine diaphragmatique inférieure. Une femme de 28 ans, entra dans son service à la Pitié le 14 février dernier, pour une plaie pénétrante de poitrine: elle avait reçu un coup de couteau dans le sixième espace intercostal, au-dessous du sein gauche. Aussitôt après l'accident, une portion de poumon avait fait hernie à travers la plaie : un médecin avait réduit la partie herniée et pratiqué un point de suture sur la plaie. Le lendemain, M. Polaillon trouva la malade très-oppressée, avec la face pâle et la respiration entrecoupée; il y avait une matité considérable du côté gauche de la poitrine, mais absence de crachats sanglants. M. Polaillon diagnostiqua un double épanchement d'air et de sang dans la plèvre, et s'abstint de toute intervention chirurgicale.

La malade mourut le 16 février, deux jours après l'accident. A l'autopsie, on constata que le couteau pénétrant par le sixième espace intercostal, avait traversé la plèvre, perforé le diaphragme, ouvert la cavité abdominale, blessé le lobe gauche du foie, et atteint de nouveau le diaphragme de bas en haut. Le poumon rétracté était réduit au volume du poing: il ne présentait aucune trace de déchirure. La cavité pleurale était remplie par un épanchement d'un litre et demi de sang mêlé de gaz. Dans la cavité abdominale, il y avait un peu de péritonite localisée. Une dissection attentive sur tout le trajet de la plaie montra que le couteau n'avait pas divisé d'artère ou de veine d'un gros calibre. Sur la première plaie du diaphragme, à la face inférieure de ce muscle, une veine collatérale de la branche externe de l'artère diaphragmatique inférieure avait été coupée ; mais le tronc de l'artère principale était intact. On peut encore voir cette lésion bien limitée sur la pièce apportée par M. Polaillon.

Il faut donc admettre que l'ouverture de cette veine a été la cause principale de l'épanchement intra-thoracique. Un second point mérite d'être noté : le sang, au lieu de se répandre dans la cavité abdominale, est remonté dans la plèvre. M. Polaillon attribue ce résultat à l'aspiration thoracique. Enfin, l'observation présente de l'intérêt à un autre point de vue ; il y avait hernie du poumon. La réduction qui a été faite a produit du pneumo-thorax, parce que le poumon était libre d'adhérences.

M. DUPLAY fait observer que le fait de M. Polaillon vient à l'appui des conclusions formulées dans le mémoire de M. Cauvy, de Béziers, qui avait obtenu la guérison d'un blessé de poitrine sans rien faire, et presque malgré lui. On ne doit pas réduire la hernie du poumon, après une plaie thoracique: le poumon hernié joue un rôle analogue à celui de l'épiploon hernié.

M. MARC SÉE demande si, en présence des symptômes de suffocation que présentait la malade, on ne pouvait pas discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

M. VERNEUIL déclare qu'en pareil cas plusieurs chirurgiens du siècle dernier auraient pratiqué l'opération de l'empyéme. Pour lui, il préfère ne pas intervenir, et abandonner les blessés aux soins de la bonne nature.

M. DESPRÉS se contente de faire l'occlusion de la plaie avec des bandelettes de diachylum.

M. TILLAUX a eu l'occasion de soigner une femme qui avait reçu un coup de couteau dans la poitrine. Les symptômes de

© BIU Santé

suffocation qu'elle présentait le décidèrent à pratiquer la thoracentèse. Mais il ne sortit rien par la ponction. Cela s'explique par la rapidité avec laquelle se coagule le sang épanché dans la plèvre.

Hernie ventrale étranglée; Gastrotomie; pansement de Lister; guérison. — M. TERRIER apporte à la Société une observation de guérison d'étranglement interne par la gastrotomie.

Il s'agit d'un vieillard de Bicêtre, de 63 ans, porteur d'une hernie inguinale assez volumineuse, qui entrait et sortait sans difficulté. Au mois de décembre, survinrent des accidents d'étranglement. Après un examen attentif, M. Terrier acquit la certitude qu'il n'y avait pas de hernie étranglée, ni dans le canal inguinal, ni dans le canal crural, ni autour de l'ombilic. Cependant, il constata un point douloureux et empâté au niveau du bord externe du muscle grand droit, à trois centimètres au-dessus et en dedans de l'anneau inguinal. Le malade fut soumis à la diète absolue : quatre jours après, les accidents persistaient ; il n'y avait pas eu de selle. M. Terrier, assisté de M. Lucas-Championnière, pratiqua la gastrotomie sous le nuage d'acide phénique. Avant l'opération, les deux chirurgiens avaient senti le point douloureux et empâté qui existait dès le début. A l'ouverture de l'abdomen qui fut faite comme pour l'ovariotomie, il s'écoula une petite quantité de liquide, et M. Terrier trouva une petite hernie interstitielle engagée sous le bord externe du muscle grand droit. Pour faire la réduction, il dut décoller le collet du sac qui était adhérent. La plaie fut fermée à l'aide de sept points de suture, et recouverte d'un pansement de Lister avec une couche d'ouate. Quatre jours après le malade, toujours soumis à la diète, avait une selle normale, et bientôt la guérison était complète. Actuellement, le malade a de l'éventration au niveau de la plaie abdominale.

Dans ce cas particulier, M. Terrier s'était décidé à intervenir par la gastrotomie, à cause de la bénignité relative des opérations méthodiquement faites sur le péritoine.

M. DESPRÉS croit que la constatation du point douloureux au niveau du bord externe du muscle grand droit était suffisante pour faire diagnostiquer une hernie interstitielle. D'après lui, il aurait peut-être été tout aussi avantageux de s'en tenir à la kélotomie ordinaire.

M. POLAILLON fait observer que dans certains cas la kélotomie avec des débridements profonds étendus présente de grandes difficultés.

M. TILLAUX approuve la conduite de M. Terrier. Il se demande seulement laquelle des deux méthodes est préférable dans l'étranglement interne ; l'ouverture du ventre sur la ligne médiane, ou l'ouverture sur le côté.

CH. AVEZOU.

Séance du 5 Juin. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

A propos du procès-verbal de la dernière séance M. DESPRÉS proteste d'une manière absolue contre l'opinion émise par plusieurs de ses collègues qui déclarent adopter l'opération de la gastrotomie dans les hernies interstitielles étranglées. Cette méthode n'est d'ailleurs pas nouvelle : elle a été essayée au XVIIIe siècle et elle n'a pas passé dans la pratique. Pigret a publié dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* les observations de deux malades chez lesquels il avait fait la gastrotomie pour réduire une hernie crurale étranglée : l'un des opérés guérit, l'autre succomba.

Cette pratique a été condamnée par Auguste Bérard, Boyer, Dupuytren et bien d'autres. Si M. Després s'était trouvé en présence d'un cas analogue à celui dont M. Terrier a raconté l'histoire, il n'aurait pas hésité à faire ce qu'ont toujours fait les maîtres de la chirurgie ; il aurait incisé directement sur la paroi abdominale au niveau du point induré et douloureux. D'après lui on ne doit pas attribuer au pansement de Lister la guérison du malade de M. Terrier : si l'opération a été couronnée d'un plein succès, c'est que l'étranglement était de date récente.

M. TILLAUX fait observer que dans le cas de M. Terrier, il ne s'agissait pas d'une hernie interstitielle, mais d'une pointe de hernie ventrale au niveau du bord externe du muscle droit. Il faut s'entendre sur les définitions ; or, on désigne ordinairement sous le nom de *hernie interstitielle* la hernie qui, après avoir franchi l'orifice interne du canal inguinal, s'arrête dans le trajet, et ne peut dépasser l'orifice externe.

M. TERRIER n'accepte pas les reproches que lui a adressés M. Després. La science ne doit pas s'arrêter à ce qu'ont fait les prédécesseurs. Que deviendrait donc le progrès en chirurgie, s'il fallait aveuglément se conformer à la pratique des anciens, et poser en principe la vieille maxime philosophique : *Magister dixit?*

Malgré l'autorité des plus grands chirurgiens, pour lesquels M. Terrier professe le plus grand respect, il n'est pas défendu de chercher, pourvu qu'on cherche avec prudence. C'est le seul moyen de faire avancer la science.

M. TRÉLAT déclare que le mot *interstitiel* est un des mots malheureux de la chirurgie. Tantôt la hernie interstitielle représente une hernie engagée dans le canal inguinal qu'elle n'a pas dépassé ; c'est un simple temps d'arrêt de la hernie. Tantôt ce terme est employé pour désigner des hernies anomales, auxquelles on pourrait rattacher la hernie opérée par M. Terrier. Il en résulte une confusion regrettable dans l'esprit du chirurgien.

Aussi M. Trélat propose de ne plus employer le mot interstitiel, et de désigner les hernies d'une manière claire et précise. On évitera ainsi toute espèce d'ambiguïté.

Enfin M. Trélat, répondant à M. Després, dit qu'il est bien difficile en chirurgie de poser des principes absolus. Ces principes, chacun les viole souvent dans sa pratique, alors qu'il se trouve en présence d'un cas anormal, et que, pour essayer le salut d'un malade, il tente une opération réprouvée par les classiques.

M. CAZIN (de Boulogne) a fait des recherches bibliographiques assez étendues sur la question qui occupe la société. Il a réuni 70 cas de gastrotomie pratiquée tant en France qu'à l'étranger surtout en Amérique, sur des malades atteints d'étranglement interne. La statistique donne 23 guérisons, et sur ce nombre il y avait des enfants de 5, 7 et 8 ans.

La discussion sur les indications de la gastrotomie en cas d'étranglement interne étant momentanément épuisée, M. CAZIN donne des nouvelles de son malade atteint d'anévrysme de la carotide interne au niveau des sinus caverneux, malade dont il a entretenu la société de chirurgie au mois de janvier. Il s'est fait lui-même la compression de la carotide à l'aide d'un petit appareil qui rappelle l'ancien cachet, et qui a été modifié par M. Cazin.

La compression était incessante : la malade la continuait même en chemin de fer.

Au bout de six semaines de ce traitement, M. Cazin notait une amélioration notable. Aujourd'hui, il considère la guérison comme assurée.

Staphylôme de la cornée ou kératocône : pathogénie et traitement. — M. PANAS présente à ses collègues un malade, qu'il a opéré sur un œil de staphylôme pellucide. L'observation est intéressante en ce sens qu'elle prouve qu'on peut, par une opération, enrayer la marche de la maladie, même sur l'œil du côté opposé.

Dans sa communication, M. Panas insiste surtout sur deux points : la pathogénie et le traitement.

Le kératocône n'est pas une dilatation conique ou elliptoïde de la cornée, c'est un *hyperboloïde*. La partie centrale a un rayon plus petit que les parties latérales ; dans un cas, le diamètre était de 2 millimètres au centre et de 10 millimètres à la périphérie. Cela indique que l'affection a son siége dans le centre de la cornée.

Iliis et Wecker ont reproduit expérimentalement le kératocône, en lésant avec une aiguille à cataracte les parties centrales postérieures de la cornée.

D'un autre côté, Lebert a démontré que le liquide de la chambre antérieure ne peut traverser la cornée qu'à la suite de la destruction de l'endothélium de la face postérieure. M. Panas a repris cette expérience sur un lapin : la partie de la cornée qui correspond à la destruction de l'endothélium devient peu à peu conique. Le kératocône semble donc produit par la destruction de l'endothélium de la partie centrale

© BIU Santé

de la face postérieure de la cornée, et par la filtration de l'humeur aqueuse.

Pour le traitement, M. Panas, jugeant inutiles les ponctions de la chambre antérieure, s'est décidé à faire une trépanation partielle de la cornée malade. Il a excisé au centre du cône un lambeau de 3 millimètres de hauteur et de 2 millimètres de largeur. L'iris est venu aussitôt s'appliquer au niveau de la plaie. Au bout de 48 heures, la chambre antérieure n'était pas refermée. La cicatrisation s'est faite avec beaucoup de lenteur. Enfin, au bout d'un mois, le cône avait disparu. Mais le malade éprouva en même temps des douleurs ciliaires et des accidents glaucômateux, que M. Panas combattit heureusement avec un collyre à l'ésérine. En effet, à l'état pathologique, l'ésérine diminue la tension intra-oculaire. C'est un fait important à signaler. Plus tard, M. Panas a pratiqué sur son malade l'iridectomie optique.

Le résultat général de toutes ces opérations paraît satisfaisant, sans être merveilleux. La maladie est enrayée, mais il n'y a pas eu en somme amélioration de la vue.

Ch. AVEZOU.

REVUE DE CLIMATOLOGIE

Sur le climat d'Alger. — Réponse à quelques critiques; par M. G. DAREMBERG.

Au dernier congrès médical, réuni à Genève au mois de septembre dernier, j'ai présenté quelques considérations sur la climatologie comparée des stations hivernales des côtes africaine et française de la Méditerranée. Cette communication très-sommairement analysée dans le *Progrès médical* et dans quelques autres journaux a été l'objet de plusieurs critiques. Quelques-unes d'entre elles ont été un peu hâtives, car il me semble difficile de juger un mémoire avant sa publication; et à celles-là les actes du Congrès répondront naturellement. Mais nous pouvons répondre immédiatement à quelques autres.

Tous les honorables contradicteurs, qui ont bien voulu s'occuper du travail dans lequel je formule un certain nombre d'accusations contre le climat d'Alger, me reprochent d'avoir un parti pris contre cette station et de rendre celle-ci responsable de mes seules imprudences. C'est là un reproche dont je voudrais me défendre. J'aurais au contraire beaucoup désiré faire l'éloge d'Alger, et même y fixer ma résidence, car j'ai gardé dans cette ville les plus agréables relations et j'ai la plus grande admiration pour ce pays si attrayant et si pittoresque. Malheureusement je n'y ai pas trouvé les conditions hygiéniques que je recherchais dans un climat hivernal : une atmosphère calme, tempérée, exempte d'humidité sans être trop sèche, et en dehors d'une ville. J'avais ressenti pendant mon séjour à Alger l'effet d'un grand nombre d'imperfections, et je pense avoir démontré leur existence par la discussion de tous les documents météorologiques que j'ai pu me procurer. De ces deux études successives, j'ai conclu qu'Alger me semblait inférieur à toutes les stations méditerranéennes situées entre San Remo et Hyères, en y ajoutant même Ajaccio. Après un nouveau séjour sur cette dernière côte, et après avoir recueilli l'avis de nombreux malades ayant habité successivement Alger et notre littoral, mon opinion s'est définitivement confirmée, malgré les objections que l'on a bien voulu m'adresser.

Ces objections sont presque toutes les mêmes pour tous mes honorables contradicteurs. M. Landowski (*Journal de Thérapeutique*, 10 janvier 1878), M. Maximin Legrand (*Union médicale*, 23 mars 1878), M. Delmas (*Journal de Dax*, novembre 1877) m'ont dit que si j'avais été malade à Alger, c'est parce que j'avais été faire une promenade à la Boudzaréah, montagne haute de 402 mètres, qui protége Alger à l'ouest, et non pas contre les vents froids d'Europe, comme le prétend M. Landowski. Ainsi parce que j'ai eu la malheureuse idée d'escalader 402 mètres, j'ai bien mérité d'avoir 17 hémoptysies, une urticaire, des furoncles, des abcès ganglionnaires, des maux d'estomac, de la tympanite, etc. Tel est l'avis de notre distingué confrère M. Maximin Legrand, qui me demande combien, pour revenir à une plus saine appréciation des choses, j'exige qu'on me fournisse d'observations de malades auxquels est arrivé à Menton ce qui m'est arrivé à Alger. Oh! mon Dieu, c'est bien simple, une seule me suffira. Chaque jour nombre de nos malades montent à 400 mètres sans éprouver de ces refroidissements presque foudroyants qu'on éprouve seulement en Algérie à cause des variations brusques de température, et sans avoir ces terribles accidents dont j'ai parlé plus haut.

Du reste, M. Landowski a bien compris qu'une course à la Boudzaréah ne pouvait être capable de tant de méfaits, et il a reconnu qu'en dehors de toute influence externe on peut observer à Menton comme à Alger des hémoptysies. Cela est fort exact. Mais ce qui est aussi certain c'est qu'à Alger bien plus qu'à Menton, on voit survenir des hémoptysies. J'en ai donné les raisons dans mon mémoire, qui, je le répète, paraîtra dans quelques jours parmi les actes du Congrès. Les principales sont : les variations dans la pression atmosphérique, dans la température et l'état hygrométrique.

Du reste, je pourrais renvoyer à mon mémoire pour répondre à toutes les autres objections que l'on m'a adressées, quoique M. Landowski ne me fasse pas l'honneur de penser que mes assertions soient discutables. Mais nous voudrions qu'avant de dédaigner les assertions des autres, il défendit son opinion par des arguments indiscutables. Cependant M. Landowski prétend qu'à Alger le minimum de température ne descend jamais plus bas que 9°. Qu'il veuille bien consulter les tableaux météorologiques de ces quatre dernières années, et il verra qu'il a commis une inexactitude. Même inexactitude quand M. Landowski parle des oscillations barométriques très-minimes, et du calme atmosphérique ; pour qu'il puisse s'en convaincre, je me permets de le renvoyer aux mêmes documents. Je serai, il est vrai, complétement de l'avis de M. Landowski quand il vantera la beauté du paysage, la richesse de la végétation, la distinction des médecins et l'amabilité du général Chanzy, mais tout cela ne suffit pas pour créer un sanatorium comme veut le faire notre honorable confrère.

M. Landowski aura beau dire qu'on ne suffoque jamais au mois de novembre à Alger, que jamais les vents froids ne prennent naissance dans les pays chauds, qu'Alger ne reçoit pas les vents du Nord, que le sirocco n'a pas d'inconvénients, que les malades se portent toujours bien là où les gens bien portants vivent agréablement, que l'étude des variations diurnes de l'atmosphère n'est pas si exacte que l'étude des moyennes, qui cependant ne sont l'expression d'aucune vérité au point de vue clinique, M. Landowski aura beau affirmer toutes ces assertions, il ne les prouvera pas. Car les faits sont les faits et on verra que mes conclusions sont l'expression d'une observation froide et impartiale et non pas le résultat de l'excitation d'un malade qui garde rancune au climat d'Afrique de ne pas l'avoir guéri.

Je ne condamne pas le climat d'Afrique parce qu'il ne m'a pas réussi ; seulement ne m'ayant pas réussi, je me suis demandé pourquoi. L'ayant étudié, j'ai mis en face ses qualités et ses défauts, et je me suis demandé à quelle catégorie de valétudinaires il convient spécialement. C'est là la réponse que j'aurais voulu obtenir; et je serai très-heureux si je pouvais faire naître quelque travail approfondi sur ce sujet. Car je ne puis accepter cette assertion de M. Bertherand (*Journal de médecine de l'Algérie, octobre* 1877) qui me répond que ce climat est bon pour tous les malades, excepté ceux qui sont arrivés au 3e degré. Affirmer n'est pas prouver. De même M. Bertherand oppose à mes observations faites d'après les tables météorologiques indiquant les variations diurnes, des observations beaucoup moins complètes et que l'on ne peut comparer avec les premières. Aussi, pour toutes ces objections, je me permettrai de renvoyer M. Bertherand à mon mémoire ; il trouvera réponse à tout.

M. Landowski et M. Delmas m'ont aussi accusé d'avoir dénigré toutes les autres stations hivernales, sauf Menton. Ces honorables confrères m'ont prêté là une bien grande maladresse, et en me lisant, ils verront que j'oppose toute la côte française de San Remo à Hyères, à la côte africaine; et que,

© BIU Santé

chemin faisant, je note les inconvénients de chaque station, sans excepter ceux de Menton. Ils verront en outre que je reconnais à Amélie-les-Bains et à quelques stations anglaises de grandes qualités. Mais je place chacun de ces refuges beaucoup au-dessus d'Alger.

Les arguments que m'ont opposés les honorables confrères que je viens de citer, sont tous de l'ordre scientifique; j'aurais voulu que tous mes contradicteurs fissent de même. Je suis obligé de dire que M. de Pietra Santa (*Journal d'hygiène*, 20 octobre 1877) s'est un peu écarté de ce cadre. Il m'accuse de formuler des *hérésies*, de faire des *charges à fond* et des *écrits passionnés* contre Alger, de lancer l'*anathème* contre cette station, de formuler des assertions *erronées et précipitées*, d'avoir une *méthode peu scientifique et encore moins rationnelle*, enfin d'être *tant soit peu inexpérimenté*. Voilà certes de charmantes aménités qui pourront étonner le public médical. Mais il devra savoir que M. de Pietra Santa ne veut pas permettre qu'au début de la carrière un jeune médecin puisse combattre les assertions d'un confrère qui étudie le même sujet depuis vingt ans. Voilà certes une manière toute particulière de comprendre le rôle de la critique ; et à ce compte s'il fallait, pour attaquer un travail de vingt ans, avoir étudié les mêmes matières pendant vingt autres années on risquerait fort de ne pouvoir entreprendre une discussion qu'à l'âge où l'on commence à prendre sa retraite. Ne nous arrêtons donc pas à un tel argument. Et, pour ma part, je continuerai à opposer des faits à d'autres faits, eussent-ils été observés pendant cinquante ans. Le temps ne fait rien à l'affaire. On ne doit considérer que la valeur des observations et des raisonnements. M. de Pietra Santa m'accordera, je l'espère, qu'on peut bien observer et bien raisonner à tout âge.

Mon contradicteur prétend que mes conclusions sont précipitées. Mais que dira-t-on des siennes qui jugent un long travail sur une simple analyse de quelques pages. Il prétend, sans nullement la connaître, que ma méthode n'est ni scientifique, ni rationnelle. Je ne sache pas qu'il assistât au Congrès de Genève et encore moins qu'on lui ait communiqué le volumineux manuscrit que j'ai déposé entre les mains du comité de publication. Et c'est cependant sur une simple analyse de quatre pages qu'un climatologiste, muni d'une méthode aussi scientifique et aussi rationnelle, va juger au pied levé un travail fondé sur les observations minutieuses enregistrées dans les *Bulletins de la Commission météorologique de l'Algérie*, et non pas sur de pures impressions, comme il me le reproche, à l'aide d'une citation d'un à propos douteux.

Lorsque M. de Pietra Santa aura lu mon mémoire, il verra que mes impressions de voyage ne sont pas la base de ma méthode. Ce procédé aussi léger que banal pourrait sembler parfait aux climatologistes parisiens qui de temps en temps vont prendre l'air d'une station hivernale ; mais il doit être profondément répudié par un médecin malade et instruit de la gravité de son mal, qui, en outre, a eu le bonheur de consacrer plusieurs années d'études à la pratique des sciences expérimentales. Aussi, je pense que lorsque M. de Pietra Santa pourra juger le travail qu'il semble dédaigner aujourd'hui, il verra que la jeune génération de climatologistes sait parfaitement prendre dans les œuvres de ses aînés tout ce qu'il y a de bon, de précis et d'utile, mais qu'elle sait aussi rejeter tout ce qu'il y a de mauvais, de vague et d'inutile.

Le public médical appréciera l'originalité de cette caractéristique du climat d'Alger donnée par notre contradicteur ; à savoir que *ce climat tient un juste milieu entre le climat tempéré du midi et celui des tropiques*. Et savez-vous pourquoi ? C'est bien simple. Entre autres raisons, parce que *son atmosphère est pure, son ciel bleu et sans nuages*. Ainsi la recette est certaine : Prenez un ciel bleu (on nous recommande d'enlever les nuages, nous attendons qu'on nous démontre qu'un ciel peut être bleu quand il est recouvert de nuages), mettez au-dessous une atmosphère pure et vous aurez un climat intermédiaire entre Nice et Tombouctou. Voilà certes une méthode scientifique et rationnelle que nous n'irons pas emprunter à nos aînés. Comment veut-on, en effet, caractériser un climat par la pureté de son atmosphère, sans avoir à nous donner la moindre analyse d'air à l'appui. Certes, on peut dire à coup sûr que l'atmosphère d'Alger est pure, si on la compare à celle des grands centres européens. C'est là une berquinade climatologique. Et M. de Pietra Santa a certainement un tout autre but en insistant sur l'extrême pureté du climat algérien. Aussi nous voudrions savoir à quelle impression sensitive on peut reconnaître une atmosphère d'une grande pureté. La climatologie demande plus de précision, et quand M. de Pietra Santa reproche aux autres leur méthode peu scientifique, il semble, comme dit l'Écriture, oublier la poutre de son œil, pour se complaire à regarder la paille de son voisin.

Et puis quand on recommande, avec raison, la prudence aux jeunes confrères, sied-il bien d'affirmer avec un enthousiasme que l'on pourrait à peine pardonner à notre inexpérience : Qu'*en Algérie, la phthisie, si elle est importée, se guérit au début sans intervention médicale par la seule action du climat, et si elle est à un degré plus avancé, guérit encore et s'améliore, sans produire son retentissement habituel sur les fonctions vitales*. Mais, grand Dieu, si ces assertions étaient absolument exactes, il n'y aurait plus à hésiter, tous les phthisiques du globe iraient en Algérie, et les études climatologiques deviendraient absolument inutiles. Toutes les autres stations n'existeraient plus, car moins heureuses qu'Alger elles n'ont pas le bonheur d'être des spécifiques de la phthisie et de convenir à toutes les formes d'affections thoraciques.

Du reste, jamais nous ne pourrons nous entendre sur la question des spécifiques. M. de Pietra Santa prétend que j'ai formulé une hérésie en disant à Genève, que l'air marin, pas plus que l'air des montagnes, n'a de propriétés spécifiques.

J'avais cependant cru qu'en disant cela, je montrais que l'air marin est merveilleux pour certains malades et désastreux pour d'autres, et qu'il en est de même pour l'air des montagnes. Il est certain que des membranes malades qui s'étaient fort mal trouvées du séjour au bord de la mer se sont fort bien trouvées à Davos ou même à Amélie-les-Bains, à Pau, à Dax, à Pise. Et la réciproque est vraie. M. de Pietra Santa qui a été consulté à diverses reprises sur le choix d'un climat par des praticiens de Paris et de la province, a certes vu beaucoup de cas semblables. Et s'il les admet, il ne peut admettre en même temps que les deux airs de la mer et de la montagne soient spécifiques à la fois. Le temps des spécifiques est bien mort, on n'y croit guère plus qu'aux revenants et on n'en parle que pour mémoire. Aussi je ne suis en aucun façon préoccupé d'avoir formulé une hérésie admise par les plus grands esprits de notre temps.

M. de Pietra Santa m'accuse d'une part de proclamer que l'air des montagnes ainsi que l'air de la mer ne sont pas spécifiques, et d'autre part d'exalter mon *home* préféré : Menton. J'avoue que je ne puis comprendre un pareil raisonnement. Si mon honorable contradicteur a visité Menton, il doit savoir qu'en dehors de la mer et des montagnes, il y reste très-peu de chose. Il me semble donc que j'ai une singulière manière d'exalter une station, en disant qu'elle n'a rien de spécifique, et que si elle convient admirablement à certains malades, elle est au contraire très-défavorable à certaines autres.

M. de Pietra Santa ne se sert pas non plus de la vraie méthode scientifique et rationnelle, quand, pour établir la valeur d'un climat, il prend pour base cette division anti-clinique de la phthisie en trois périodes d'ordre anatomo-pathologique. Il n'y a pas, en effet, de climat vraiment recommandable qui convienne à un degré de phthisie, sans convenir à un autre. Au point de vue de la curabilité des affections de poitrine, il n'y a pas de degré, il y a de mauvais cas, dans lesquels, ni le climat, ni l'hygiène, ni la médication, ne peuvent enrayer la marche de la maladie, même prise au début. Il y a de bons cas au contraire, dans lesquels les lésions, même assez avancées, peuvent plus ou moins facilement s'arrêter et même se réparer. Parmi ces derniers les uns se guérissent partout avec une bonne hygiène. Pour les autres le choix du climat est fort difficile. Et dans cette étude nous n'irons jamais chercher comme élément de conviction la description anatomique de la lésion ; il nous faudra même d'autres connaissances que celles de l'éréthisme et de la torpidité qui semblent à M. de Pietra Santa, être le dernier mot de la climatologie

© BIU Santé

clinique. La question est malheureusement bien plus complexe.

M. de Pietra Santa m'accusera encore de faire fi des travaux de mes aînés en formulant des conclusions aussi précipitées. Qu'il veuille bien se rassurer, je ne fais fi des travaux de personne, mais, à l'exemple de tous les élèves de notre école de Paris, je pense que le temps des fétiches est passé, et que toutes les assertions, tous les dogmes, tous les préjugés doivent être passés au crible de la méthode expérimentale.

BIBLIOGRAPHIE

Du cancer pleuro-pulmonaire au point de vue clinique ; par Camille DAROLLES, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique (1).

M. Camille Darolles a écrit une thèse intéressante dans laquelle il étudie le cancer pleuro-pulmonaire. Il examine longuement trois symptômes principaux de cette forme de l'affection cancéreuse ; la douleur, la dyspnée, la toux et les autres symptômes fonctionnels qui s'y rattachent. L'auteur montre les difficultés diagnostiques de cette maladie et étudie séparément, à ce point de vue, les manifestations pleurétiques, qui font quelquefois confondre le cancer pulmonaire avec une pleurésie, les symptômes de compression qui permettent bien d'affirmer l'existence d'une tumeur, mais sans qu'il soit possible d'en déterminer la nature, et les symptômes *pulmonaires* proprement dits. On comprendra, qu'en présence d'un cancer du poumon, il est bien difficile de ne pas commettre d'erreur. Il est vrai qu'il vaut mieux méconnaître le cancer qu'une autre maladie du poumon et que le diagnostic précis permet seulement au médecin de donner un pronostic exact, la thérapeutique étant malheureusement impuissante dans cette triste affection.

Dr BOUTEILLIER.

VARIA

Faculté de médecine de Paris.

AVIS. — Inscriptions de juillet 1878 (4e trimestre de l'année-scolaire 1877-1878). Examens de fin d'année.

1° *Inscriptions.* Le registre des inscriptions sera ouvert le lundi 1er juillet et clos le jeudi 18, terme de rigueur. Passé ce délai, nulle inscription ne sera reçue sans une autorisation rectorale ou ministérielle, qui ne peut être accordée que pour des motifs graves. Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 9 heures à 11 heures du matin et de 1 heure à 4 heures.

2° *Examens de fin d'année.* Les examens de fin d'année commenceront le lundi 1er juillet. MM. les étudiants, actuellement pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions, et qui n'ont pas subi les examens de fin d'année règlementaires ou qui ont échoué à ces examens, devront consigner pour ces examens, pendant le mois de juin (les vendredis et samedis, de 1 heure à 4 heures. Les élèves qui ont 3 ou 7 inscriptions devront consigner pour le 1er ou le 2e examen de fin d'année, du 1er au 6 juillet, en prenant la 4e ou la 8e inscription. Les élèves qui ont 11 inscriptions devront consigner pour le 3e examen de fin d'année du 8 ou 13 juillet, en prenant la 12e inscription. Le doyen rappelle à MM. les étudiants de 1re, de 2e et de 3e années qu'ils sont obligés de subir leur examen de fin d'année à la session de juillet. Le doyen rappelle également que le *stage est obligatoire* pour la prise de *la 9e inscription* (doctorat) ou de *la 5e* (officiat). MM. les étudiants peuvent accomplir ce stage à *partir du 1er juillet.* A cet effet, ils devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration générale de l'Assistance publique (3, avenue Victoria.)

AVIS. — M. le Doyen informe MM. les étudiants que les consignations pour le 3e examen de doctorat ne seront reçues que jusqu'au samedi 22 juin.

Cercle des Ecoles.

Il y a bientôt deux ans, un groupe considérable d'étudiants avait chargé un comité de vingt-cinq membres d'organiser, à Paris, un *Cercle des Ecoles.* Le comité, après avoir recueilli les adhésions sympathiques de MM. Victor Hugo, Crémieux, Littré, Louis Blanc et Gambetta, avait déposé une demande d'autorisation ; le ministère du 16 mai refusa !

Après le 14 décembre, le comité reprit son œuvre. Sur l'avis favorable de M. le ministre de l'instruction publique les organisateurs s'adjoignirent un comité de patronage composé de MM. Littré, Wurtz, Robin, Paul Bert, Léveillé, Accarias et Hervé Mangon.

Par arrêté en date du 31 mai, M. le préfet de police vient d'autoriser l'ouverture de ce cercle. Les adhésions sont reçues : 1° Au local provisoire, café de la Rive-Gauche, boulevard Saint-Michel, 53 ; 2° Chez MM. Manginot et Bonnotte, libraires, boulevard Saint-Michel, 36.

Bien des fois depuis plus de huit ans nous avons pris part à des tentatives pour la création d'un *Cercle des étudiants en médecine.* Les difficultés soulevées autrefois étant levées aujourd'hui, nous espérons que l'organisation du *Cercle des Ecoles* va marcher rapidement. Nous faisons les vœux les plus sincères pour sa réussite.

Congrès international de démographie à Paris, sous le patronage du Gouvernement français (3-9 juillet 1878).

Dispositions générales. — Article premier. — Un congrès international de démographie se tiendra à Paris, du 3 au 9 juillet 1878, dans le but de réunir, au moment de l'Exposition universelle, les savants de tous les pays qui voudraient discuter les questions théoriques et pratiques se rattachant aux progrès de la démographie et de la géographie médicale.

Art. 2. — Les gouvernements, les administrations, les sociétés scientifiques sont particulièrement invités à s'y faire représenter officiellement par des délégués.

Art. 3. — Le congrès se compose de membres adhérents français et étrangers qui ne sont astreints, ni les uns, ni les autres, à aucune cotisation. Toutefois, les membres qui, en envoyant leur adhésion acquitteront un droit de 25 francs recevront toutes les publications du congrès.

Art. 4. — Le bureau provisoire est formé du bureau du comité d'organisation. Le bureau définitif sera nommé au scrutin de liste dans la première séance du congrès. Les séances seront présidées par des membres d'honneur proposés par le bureau et pris de préférence parmi les étrangers.

Art. 5. — Les procès-verbaux des séances seront sténographiés et publiés en langue française.

Art. 6. — Toutes les personnes qui voudront prendre la parole, soit pour des communications, soit pour la lecture de travaux manuscrits ou imprimés devront se faire inscrire au secrétariat du comité quinze jours au moins avant l'ouverture du congrès.

Le comité d'organisation recommande l'étude et la discussion des questions suivantes : (Un programme plus détaillé sera publié prochainement.) Recensement de la population; Registres de la population; Enregistrement des actes de l'état civil et constatations médicales des naissances et des décès; Mort-nés; Méthodes de calcul de la mortalité; Statistique militaire; Géographie médicale; Organisation de bureaux de statistique; Projet d'une publication démographique récapitulative dans chaque pays; Emigration; Programme d'enseignement de la démographie.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Du 3 au 8 juin. — 303. M. Prioud : Etude sur la tuberculose des synoviales articulaires. — 304. M. Meunier : De la congestion pulmonaire dans les occlusions intestinales. — 305. M. Guillermet : Etude sur les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde et spécialement sur les plus rares d'entre-elles. — 306. M. Hays : De la sacro-coxalgie. — 307. M. Refinesque : Etude sur les invaginations intestinales chroniques. — 308. M. Saucet : Contribution à l'étude de la paralysie générale. — 309. M. Faure : Du soulèvement de l'artère sous-clavière, étudié comme signe diagnostique nouveau, de la dilatation supérieure de l'aorte. — 310. M. Petit : De la méningite suppurée dans l'endocardite ulcéreuse.

Alimentation publique.

On lit dans le *Journal de Rouen* du 31 mai :

Un dépôt de viandes fraîches des Etats-Unis vient d'être installé à Rouen; la vente doit commencer aujourd'hui. Il a été importé depuis six mois, paraît-il, au Havre et à Paris, plus de 400,000 kilogrammes de cette viande. Le syndicat d'importation commencera ses opérations à Rouen par une distribution gratuite aux pauvres de la ville. La viande importée d'Amérique est très-belle d'aspect. Elle est tendre et d'un goût agréable. On dit aussi que le prix en sera d'une modicité accessible aux bourses modestes; c'est ce que nous souhaitons, mais c'est aussi ce qu'il faudra vérifier.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. BUDIN et PINARD commenceront le samedi 15 juin; la seconde partie de leur cours. Elle comprendra : 1° Dystocie, opérations; 2° Exercices pratiques. S'adresser 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le dr LATTEUX, chef de laboratoire de la Faculté, a commencé son cours, le lundi, 3 juin, à 4 heures, dans son laboratoire particulier, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en état de faire toutes les analyses que réclame journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences On s'inscrit chez le dr Latteux, rue Jean-Lantier, n° 4, de midi à une heure.

Orthopédie. — M. le docteur Pierre BOULAND commencera ses conférences *pratiques* sur l'orthomorphie de l'appareil locomoteur (*cyphose, lordose, scoliose, torticolis*, main et pied bots, etc.) le mardi 11 juin à 8 heures du soir et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure, au dispensaire, rue Christine, n° 3. *Les démonstrations seront faites sur des sujets et sur de nombreuses pièces d'anatomie pathologique.*

(1) V. Ad. Delahaye, Paris, 1877.

© BIU Santé

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 ; 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 29 mai 1878 on a déclaré 772 décès, savoir : fièvre typhoïde, 5 ; rougeole, 15 ; scarlatine, » : variole, » ; croup, 15 ; angine couenneuse, 25 ; bronchite, 40 ; pneumonie, 42 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 15 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 1 ; affections puerpérales, 7 ; érysipèle, 2 ; autres affections aiguës, 213 ; affections chroniques, 338 dont 137 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 34 ; causes accidentelles, 26.

Pendant les huit jours écoulés du 30 mai au 6 juin 1878, on a déclaré 1,091 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 8 ; rougeole, 20 ; scarlatine, 2 ; variole, 1 ; croup, 30 ; angine couenneuse, 36 ; bronchite, 49 ; pneumonie, 58 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 22 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 3 ; affections puerpérales, 4 ; érysipèle, 7 ; autres affections aiguës, 279 ; affections chroniques, 479 dont 195 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 48 ; causes accidentelles, 45.

Excursions géologiques. — M. Stanislas Meunier, aide naturaliste, fera une excursion géologique, le dimanche 9 juin, au Fayel, à Montjarault et à Parnes. On se réunira à la gare Saint-Lazare, où l'on prendra à 6 heures 20 le train partant pour Liancourt. — M. Charles Vélin, répétiteur à la Faculté des sciences, fera une excursion géologique, le dimanche 9 juin, à Romainville et Champigny. Rendez-vous à la porte de Romainville (Fortifications), à 8 heures précises.

Herborisation. — M. le professeur Chatin, membre de l'Institut, fera sa prochaine herborisation le dimanche 9 juin dans la forêt de Fontainebleau. Rendez-vous à la gare de Lyon à 6 h. 30 matin.

Faculté de médecine. — Par arrêté en date du 15 mai 1878, M. le dr Pitres est institué agrégé des Facultés de médecine (section de médecine).

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Par décret en date du 30 mai 1878, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, le conseil des ministres entendu, M. Zewort, recteur de l'académie de Bordeaux, a été nommé membre du conseil supérieur de l'instruction publique, en remplacement de M. Valette, professeur à la Faculté de droit de Paris, membre de l'Institut, décédé.

Agrégation de physique et de chimie. — Par arrêté en date du 20 mai 1878, le nombre des places mises au concours d'agrégation du 15 juin 1878 (section de physique et chimie) est porté de cinq à six. La place nouvelle sera affectée à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

Collége de France : *Chaire de médecine.* — MM. les professeurs du collége de France se sont réunis dimanche dernier pour arrêter la liste de présentation des candidats à la chaire de médecine laissée vacante par la mort de Claude Bernard. M. Brown-Séquard a été mis en première ligne par 25 voix contre 4 données à M. Dareste et 1 bulletin blanc. M. Dareste a été mis en deuxième ligne par 25 voix contre 5 bulletins blancs. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*)

Météorologie. — Par décret en date du 25 mai, M. Mascart, professeur au collège de France est nommé directeur du bureau central météorologique institué par décret du 14 mai dernier.

Un bon exemple a suivre. — On se prépare à fêter, en Angleterre, le troisième centenaire de la naissance d'Harvey, à qui on va élever une statue à Folkestone, sa ville natale. La souscription dépasse déjà 35.000 francs ; la société royale des médecins de Londres vient de voter la somme de 2,500 francs. (*Union médicale*).

Vient de paraître : Le n° 2 de la *Science politique*, revue internationale (mai 1878), dirigée par le professeur Acollas (A.) et Martin (J.-L.), licencié en droit. En vente chez tous les libraires.

Le n° 5 du *Journal des Conseillers municipaux*, dirigé par A. Souviron. En vente librairie A. Sagnier, 31, rue Bonaparte. Prix : 8 fr. l'année.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

Charcot (J.-M.). Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau, recueillies et publiées par Bourneville. In-8 de 168 pages avec 45 figures dans le texte. Prix : 5 fr. — Pour les abonnés, 4 fr.

Charcot (J.-M.). Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins, faites à la Faculté de médecine de Paris, recueillies et publiées par Bourneville et Sevestre. Un volume in-8 de 400 pages, orné de figures et de sept planches chromo-lithogr. — Prix : 10 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 7 fr.

Charcot (J.-M.) et Gombault. Note sur un cas de lésions disséminées des centres nerveux observées chez une femme syphilitique, in-8° avec planches chromo-lithog. — Prix 1 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 70 cent.

Charcot (J.-M.) et Bouchard. Sur les variations de la température centrale qui s'observent dans certaines affections convulsives, et sur la distinction qui doit être établie à ce point de vue entre les convulsions toniques et les convulsions cloniques. — Prix : 60 c. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 40 cent.

Charcot (J.-M.). De l'anaphrodisie produite par l'usage prolongé des préparations arsenicales. Paris, 1864. In-8. 0 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

Charcot (J.-M.). De la sclérose des cordons latéraux de la moelle épinière chez une femme hystérique atteinte de contracture permanente des quatre membres. Paris, 1865. In-8 de 20 pages. 0 fr. 60. — Pour nos abonnés, 40 cent.

Charcot (J.-M.). La médecine empirique et la médecine scientifique. Parallèle entre les anciens et les modernes. Paris, 1867. In-8 de 24 pages. 0 fr. 60. — Pour les abonnés, 40 cent.

Chouppe (H.). Recherches thérapeutiques et physiologiques sur l'ipéca. Paris, 1873. In-8 de 40 pages, 1 fr. — Pour nos abonnés, 70 cent.

Cornil (V.) Leçons sur l'anatomie pathologique et sur les signes fournis par l'auscultation dans les maladies du poumon, professées à la Faculté de médecine, recueillies par P. Budin. In-8° de 92 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 3 fr.

Cornillon (J.). La folie des grandeurs. In-8 de 60 pages. 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 70.

Cornillon (J.). De la contracture uréthrale dans les rétrécissements péniens. In-8° de 60 pages. 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr.

Cornillon (J.). Action physiologique des alcalins dans la glycosurie. Prix : 60 c. — Pour nos abonnés, 40 cent.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

Mehu (C.). Traité de chimie médicale appliqué aux recherches cliniques. 2e éd. revue et considérablement augmentée. Paris, 1878. 1 vol. in-8 de 600 pages avec nombreuses figures dans le texte. Prix 7 fr.

Librairie J.-B. BAILLIERE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Auquier (E.). Du décollement hyaloïdien, description anatomique, analyse et iconographie de 22 bulbes énuglées. Paris, 1878, 1 vol. gr. in-8 de 158 pages et 1 planche. Prix : 3 fr. 50.

Hallopeau (H.). Du mercure, action physiologique et thérapeutique. Paris, 1878. 1 vol. gr. in-8 de 275 pages. Prix : 5 fr.

Labadie-Lagrave (F.). Du froid en thérapeutique. Paris, 1878. 1 vol. in-8 de 284 pages avec 26 planches et figures intercalées dans le texte. Prix : 6 fr.

Teissier (L.-J.). De la valeur thérapeutique des courants continus. Paris, 1878. 1 vol. in-8 de 176 pages avec planches intercalées dans le texte. Prix : 3 fr. 50.

Straus (J.). Des ictères chroniques. Paris, 1878. 1 vol. in-8 de 176 pages. Prix : 3 fr. 50.

Librairie BERGER-LEVRAULT et C°, 11, rue Jean-Lamour, à Nancy.

Pitoy (H.). — Mémoires de la Société de médecine de Nancy, année 1876-1877, un vol. grand in-8 de 80 pages.

Imprimerie CUSSET et C° rue Montmartre 123.

Daremberg (Ch.) et Coursserant (H.). Notes pour servir à l'histoire de l'oculistique chez les anciens. Paris, 1878. Brochure de 22 pages in-8.

Librairie V. A. DELAHAYE et C°, place de l'Ecole-de médecine.

Poinsot (G.). — De la trachéotomie par le thermo-cautère. Paris, 1878, un vol. in-8 de 76 pages. — Prix : 2 fr.

Remy (C.). — Recherches historiques sur l'anatomie normale de la peau de l'homme à ses différents âges. Paris, 1878, un vol. in-8 de 84 pages, plus trois planches. — Prix : 3 fr.

Roulin (L.). — De la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf. Sens, 1878, un vol. in-8 de 81 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Souligoux (L.). — Etude sur les alcalins, de leur action physiologique sur les phénomènes de nutrition et de leur application thérapeutique. Paris, 1878, un vol. in-8 de 400 pages. — Prix : 5 fr.

Verité (A.). Des éruptions thermales, leur signification aux eaux de la Bourboule. Paris, 1877. Brochure de 31 pages in-8.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, boulevard St-Germain, 104.

Boudard (A.). — Guide pratique de la chèvre-nourrice au point de vue de l'allaitement des nouveau-nés, Gannat, 1876, brochure in-8 de 56 pages.

Jamain (A.) et Terrier (F.). Manuel de pathologie et de clinique chirurgicale, 3e édition, tome deuxième, 1er fascicule. Paris, 1878. 1 vol. in-12 de 400 pages. Prix : 4 fr.

Le tome premier, 1 vol. in-12 de 800 pages se vend séparément. Prix : 8 fr.

Japhet. — Etudes sur les eaux minérales de l'Asie-Mineure, Paris, 1878, un vol. in-8 de 66 pages.

Librairie veuve Frédéric HENRY, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Leloir (H.). — Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. Paris, 1878, brochure grand in-8 de 24 pages, — Prix 75 c.

Librairie G. MASSON, Boulevard Saint-Germain.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, directeur, A. Dechambre. La première partie (SAA-SAL) du tome VI de la troisième série contient, entre autres, les articles ci-après : *Sacro-coccygienne* (Région), par Chauvel ; — *Sages-femmes*, par Lutaud ; — *Saignée*, par Bertin ; — *Saisons*, par L. Colin ; — *Salycilique* (thérapeutique), par Hénocque ; — *Salivaires* (glandes), par Villemin. — On voit par cette indication sommaire l'intérêt que présente ce fascicule.

© BIU Santé

Chronique des Hôpitaux.

Asile Sainte-Anne. — M. MAGNAN continue tous les mercredis à 9 heures 1/2, l'étude pratique du diagnostic de la folie.

Hospice de la Salpêtrière. — Pathologie mentale : M. LUYS, le dimanche, à 9 heures 1/2. — Maladies mentales et nerveuses : M. AUGUSTE VOISIN, le jeudi à 9 heures 1/2.

Hôpital Saint-Louis. — Maladies de la peau et syphilis : M. A. FOURNIER, vendredi, à 9 heures 1/2. — M. LAILLER, vendredi, à 8 heures 1/2. — M. BESNIER : Lundi, à 9 heures, consultations externes. Mardi, à 8 heures, premier examen des nouveaux. Mercredi, à 9 heures, conférence clinique. Jeudi, à 9 heures 1/2, policlinique. Vendredi, à 9 heures 1/2, étude au musée. Samedi, à 8 heures 1/2, revue des malades en cours de traitement, thérapeutique appliquée.

Hospice des Enfants assistés. — Clinique infantile : M. PARROT, dimanche, à 9 heures 1/2.

Hôpital des Enfants-Malades. — Clinique infantile : M. ARCHAMBAULT, vendredi, à 8 heures.

Hôpital de la Charité. — M. le dr LABOULBÈNE, médecin de l'hôpital de la Charité a commencé le 6 juin ses conférences cliniques à 9 heures

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF
Breveté s. g. d. g. — de la marque
A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)
SEULS FABRICANTS
Se méfier des contrefaçons
Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE — ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. — PILULES 20 cent. p. pilule.
FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — PARIS.
Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

VIANDE CRUE ET ALCOOL
ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO
Prescrit tous les jours avec succès, dans les **Maladies consomptives, Phthisie, Diarrhée chroniques**, le **Rachitisme**, l'**Anémie**, la **Scrofule**, l'**Albuminurie** ; très-utile dans les convalescences, l'épuisement. — Prix du flacon : 3 fr. 50. — DÉTAIL : Pharmacie, 82, rue de Rambuteau ; — GROS : 20, place des Vosges, à Paris.

PAPIER LARDY
A L'EXTRAIT DE PIMENT
Puissant révulsif bien supérieur au Thapsia, à l'huile de Croton, etc., dont il n'a pas les inconvénients.
Intermédiaire entre le Sinapisme, dont l'action est rapide, mais fugace, et le Vésicatoire, dont l'énergie ne convient qu'à certains cas. — Action **IMMEDIATE** et **CONTINUE**, n'occasionnant ni **DOULEURS** ni **DEMANGEAISONS**, mais seulement de la chaleur, une cuisson légère et une vive rougeur.
Indiqué dans tous les cas où une dérivation énergique est nécessaire. — Inflammations de la poitrine, de la gorge, congestions, douleurs diverses, etc.
1 FR. 50 LA BOITE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

LITS ET FAUTEUILS MÉCANIQUES POUR MALADES ET BLESSÉS
Appareil adopté par l'Académie de médecine de Paris en 1847. — 19 Médailles aux Expositions franç. et angl. Académies et Sociétés savantes. Dipl. d'hon., Exp. int. de Paris 1875; Méd. de 1re cl., Exp. int. Bruxelles 1876
DUPONT, PARIS, RUE SERPENTE (près l'Ecole de Médecine)

Portoirs de différents modèles

A manivelle se dirigeant à une ou deux mains

Ouvert — Fermé
Fauteuil à spéculum
FAUTEUIL POUR LA LITHOTRITIE

Appareil s'adaptant à tous les lits
PLATES-FORMES POUR L'EXPLORATION pour cliniques et hospices

Automoteur avec porte-pieds, à deux articulations.

Roues à main-courante
Fauteuils de Médecins. — Transports des Malades. — Vente et Location

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.
VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

Étude clinique sur l'athétose, par P. Oulmont. Paris, 1878, in-8 de 116 pages avec figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

Élixir toni-radical au Colombo, de Blottière, pharm., 56, rue de Sèvres, Paris, contre les dyspepsies, gravides, chlorotiques, syncopales, flatulentes, cardialgiques, symptomatiques du cancer, diarrhées, dysenteries, fièvres pernicieuses, convalescences, **5** fr.

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES

CAPSULES MOLLES DE **BOURGEAUD**
A LA **CRÉOSOTE VRAIE**
ET A L'HUILE DE FOIE DE MORUE
FORMULE DES Drs BOUCHARD ET GIMBERT
Les seules employées dans les hôpitaux de Paris
BOURGEAUD, pharm., fournis. des hôp.
20, rue de Rambuteau, à Paris
Ces capsules, **à enveloppe très-soluble d'odeur agréable, à saveur sucrée**, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de **créosote vraie** du goudron de hêtre et 50 centigr. d'h. de f. de morue. Les grosses, 5 centigr. de **créosote vraie** et 2 grammes d'h. de f. de morue.
Doses : 5 à 10 **petites capsules** et 2 à 4 **grosses capsules** matin et soir, d'après l'avis du médecin. **La boîte, 4 francs.**

EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE
RÁKÓCZY DE BUDE
EXIGER RIGOUREUSEMENT ÉTIQUETTE BLEUE
La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.
25 gram. de Sulfate de Magnésie } par litre.
20 gram. de Sulfate de Sodium }
Se prend à très-petites doses.
Loser Frères, propriétaires à Budapest (Hongrie)
DÉPÔT GÉNÉRAL A PARIS : CHEZ JEAN SKWARÇOW
35 bis, Rue de Trévise, 35 bis.
En vente : Chez tous les Marchands d'Eaux minérales, et Pharmaciens de Paris et de province.


THERMO-FILTRE
Pour rendre instantanément potable et fraîche l'eau de rivière.
INDISPENSABLE AUX CHASSEURS & AUX COLONS
On l'expédie franco *dans toute la France contre la remise préalable de 3 fr. en timb.-poste*
TOSELLI, 190, rue Lafayette, Paris.

ÉPILEPSIE
Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)
Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.
LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, PARIS.

© BIU Santé

du matin et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Amphithéâtre de M. le professeur Hardy.

Hôpital de Lourcine. — Pathologie générale de la syphilis : M. Cornil, mardi, à 9 heures 1/2.

Hôpital Cochin. — Service de M. Desprès. — Salle Saint-Jacques : 1, fracture de jambe au tiers supérieur ; 6, fracture double du maxillaire inférieur ; 8 fracture inter-condylienne du fémur avec plaie, ouverture de l'articulation du genou, amputation de la cuisse ; 21, fracture comminutive de la jambe au quart inférieur, large ouverture de l'articulation tibio-tarsienne, résection du tibia ; 24, entéro-épiplocèle congénitale étranglée, opération, suppuration du sac. — Salle Cochin : 4, fibrome de la paroi abdominale ; 15, kyste ganglionnaire du cou ; 22, plaie pénétrante de l'abdomen, issue des intestins, suture ; 21, amputation du bras (tumeur blanche du coude) ; 23, kyste de l'ovaire, 11e ponction. — Baraque III : plaies pénétrantes de la poitrine par coups de poinçon. — Baraque II : Nécrose du maxillaire, consécutive à l'éruption de la dent de sagesse.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Fournier. Cliniques lundi et mardi. Leçon à l'amphithéâtre le vendredi. — Salle Saint-Thomas : 20, phagédénisme tertiaire de la vulve et de l'anus, périonyxis ulcéreux ; 8, psoriasis aigu simulant un pemphigus foliacé ; 21, 28, lupus ; 3, 36, chancres syphilitiques de la vulve chez deux femmes vierges ; 26, syphilide papulo-circinée, herpès du col ; 2, 19, ostéome gommeux de la voûte palatine ; 40, syphilide echthymateuse. — Salle Saint-Louis : 19, hémiplégie syphilitique ; 27, syphilide papulo-squameuse précoce, syphilis fouettée par l'alcool ; 28, pityriasis rosé ; 29, érythème marginé ; 42, syphilide papulo-érosive circinée du scrotum, vitiligo syphilitique ; 30, épilepsie syphilitique ; 31, ichthyose noire.

Service de M. Lailler. Leçon clinique les vendredis à 9 heures. — Salle Sainte-Foy : 6, psoriasis du cuir chevelu ; 10, syphilide papuleuse du col utérin ; 12, phlegmon cervical profond ; 13, eczéma généralisé aigu ; 16, herpès zoster intercostal ; 17, lupus de la face et des mains ; 20, roséole syphilitique ; 24, lupus du nez ; 25, prurit ictérique ; 26, pelade, teignes diverses. — Clinique des teignes les samedis. — Salle Saint-Mathieu : 16, favus ; 22, scrofule ; 32, psoriasis aigu ; 34, hypertrophies ganglionnaires multiples ; 37, pemphigus chronique à petites bulles ; 42, alcoolisme chronique ; 45, gommes cutanées ; 52, psoriasis généralisé ; 56, acné rosacée ; 67, syphilide papulo-squameuse ; 70, lupus du nez.

Service de M. E. Besnier. Ordre du service : Lundi, à 9 heures, consultation ; mardi, à 8 heures, visite des nouveaux ; mercredi, à 9 heures, conférence clinique ; jeudi, à 9 heures, policlinique ; vendredi, à 9 heures, étude au musée ; samedi, à 9 heures, opérations dermatologiques. — Salle Saint-Thomas (F.) : 47, eczéma du mamelon ; 58, psoriasis ; 62, eczéma impétigineux généralisé ; 68, psoriasis circiné. — Salle Saint-Léon (H.) : 2, eczéma pilaris chez un syphilitique ; 5, eczéma pilaris ; 16, acné érythémato-pustuleux ; 32, eczéma pilaris ; 33, 45, psoriasis ; 61, rupia simple.

Service de M. Hillairet. — Salle Henri IV : 3, acné ; 8, lichen ; 10, pityriasis pilaris ; 12, lupus érythémato-tuberculeux ; 21, syphilide papuleuse ; 25, cancroïde du front ; 35, psoriasis palmaire syphilis ; 40, gomme de la plante du pied. — Salle Saint-Louis : 2, psoriasis généralisé ; 5, syphilis ; 8, seborrhée ; 22, syphilide acnéique ; 7, sycosis ; 72, lupus érythémato-tuberculeux ; 75, herpès circiné ; 77, syphilis, perforation de la voûte palatine. Visite à 9 heures. Conférence clinique le jeudi à 9 heures.

Service de M. Vidal. Consultation le jeudi. Clinique au lit du malade le vendredi. Clinique théorique le lundi. Scarification du lupus et du nævus le mercredi. — Salle Saint-Jean (H) : 20, onyxis eczémateux ; 26, eczéma des doigts et des ongles ; 28, lupus papillomateux du pied ; 25, 29, lichen agrius ; 30, sycosis parasitaire ; 33, pemphigus diutinus ; 35, 41, gommes syphilitiques ; 36, 39, lichen planus ; 40, gommes scrofuleuses ; 38, lupus exedens ; 44, pytiriasis versicolor ; 45 ; echthyma alcoolique ; purpura-cirrhose du foie ; 46, carcinôme en cuirasse ; 54, eczema généralisé, ataxie locomotrice. — (F.) : 1, coliques hépatiques, distension de la vésicule biliaire ; 10, eczéma, accès d'asthme ; 11, acné syphilitique, érysipèle bulleux ; 14, gommes diffuses du cuir chevelu ; 16, trichophytie ; 50, lupus exedens, productions cornées ; 60, lupus du pied ; 60 *bis*, gliôme de l'œil ; 61, épithélioma circiné du nez ; 78, pelade.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Martineau. — Salle Saint-Louis, Cliniques du 1er mai : 4, métrite chronique scrofuleuse avec lympho-adénite pelvienne ; 13, métrite chronique, lympho-adénite droite ; 23, hypertrophie des glandes sébacées des grandes lèvres, métrite scrofuleuse avec lympho-adénite, retrécissement de la moitié supérieure du canal cervical remontant à l'enfance de la malade, dysménorrhée ; 27, métrite chronique avec lympho-adénite droite, syphilis (roséole, plaques papulo-hypertrophiques vulvaires). — Salle Saint-Alexis. Clinique du 5 mai : 11, métrite scrofuleuse avec lympho-adénite double et antéversion ; 30, métrite chronique avec lympho-adénite droite, vaginite et vulvite érosives, syphilis ; 28, métrite avec lympho-adénite chronique, rétroflexion ; 40, métrite et lympho-adénite chroniques, syphilis (2 chancres indurés).

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans constipation et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, anémie, chlorose, diabète*, etc.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de migraine venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre de diluer la créosote, ce qui est une condition essentielle de ses succès dans la phthisie. Grâce à sa solubilité le titre de cette préparation a pu être élevé à 0 gr. 20 par cuillerée. Cette dose, délayée dans un verre d'eau rougie, lui donne la saveur d'un vin coupé d'eau de goudron un peu forte et se prend sans plus de difficulté.

Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.



VIN TANNIQUE
DE BAGNOLS - SAINT - JEAN
NATUREL

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies ; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



LAITS MÉDICAMENTEUX
Du Docteur BOUYER.

Iode, Arsenic, Mercure, etc., Animalisés.

Récompenses nationales.

Approbation des Sociétés savantes.

Lait iodique. — Quinze années d'expériences ont démontré que cette préparation était la plus sûre pour administrer l'iode sans danger et avec succès contre maladies chroniques de la poitrine, Phthisie, Scrophule, Lymphatisme, Goître, Dyspepsies, Engorgements et Catarrhes des organes génito-urinaires, Albuminurie, Epuisement, Diathèses diverses et tous les états morbides où il faut relever ou modifier la nutrition abaissée ou pervertie.

Lait arséniaté contre : Fièvres, Névroses, Vésanies, Dartres, Rhumatisme, etc.

Dans les maladies du cœur, nul traitement n'est plus efficace, quand il est continué plusieurs mois, que le suivant : une cuillerée à café de lait administré le matin, et une granule de digitaline le soir.

Ces Laits s'administrent sous forme de Sirops, de Poudres et de Chocolats.

Dépôt : Pharmacie CHEVRIER, 21, rue du Faubourg-Montmartre, Paris.

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan, par le Dr C. Miot, in-8 de 56 pag. orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix 1 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr.

Du Tubercule du Testicule et de l'Orchite tuberculeuse, par le Dr Reclus, — In-8e de 208 pages, avec 5 planches. Prix : 5 fr. ; pour les abonnés du *Progrès*, 4 fr. (franco).

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 24. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 15 JUIN 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DUPLAY.

Commotion de la moelle. — Phénomènes de localisation.

Leçon recueillie par E. COTTIN, interne du service.

Messieurs,

Je vous parlerai aujourd'hui, d'un malade qui présente certains phénomènes de paralysie assez intéressants, et consécutifs à un traumatisme de la région lombaire.

Il s'agit d'un menuisier, âgé de 47 ans, couché au n° 43 de la salle Saint-Augustin. Cet homme, fort et vigoureux, qui a toujours joui jusqu'à présent d'une excellente santé, fit, il y a 7 semaines, une chute de deux mètres de hauteur, le tronc et les membres pelviens fléchis en avant, de telle sorte que le bassin a supporté toute la violence du choc. Il put toutefois se relever, marcher, et même reprendre son travail. Et tout d'abord, à part une assez vive douleur dans la région contuse, il ne se sentit pas autrement incommodé.

Le jour de l'accident, il n'éprouva pas le besoin d'uriner. Le lendemain, 24 heures après la chute, il veut uriner, mais la miction est absolument impossible, malgré de grands efforts et fréquemment réitérés.

C'est alors qu'il va consulter un médecin qui procède immédiatement au cathétérisme. A partir de ce moment, jusqu'à il y a environ trois semaines, le malade ne peut uriner qu'avec l'aide de la sonde ; puis la miction redevint possible, mais seulement au prix des plus grands efforts.

Les besoins d'uriner sont très-fréquents. La quantité d'urine rendue à chaque miction est très-faible. Le jet est petit, et très-faiblement projeté. Il existe, en outre, quelques douleurs dans le canal et dans la région hypogastrique. Depuis trois semaines, l'urine est un peu trouble et dégage une légère odeur ammoniacale.

Concomitamment à ces troubles de la miction, il existe une *constipation opiniâtre* : le malade ne peut aller à la selle qu'à l'aide de lavements ou de purgatifs. Enfin, depuis son accident, cet homme, qui, jusqu'alors, remplissait très-consciencieusement ses devoirs d'époux, est devenu tout à fait impuissant, après une courte période d'excitation génésique qui suivit immédiatement le traumatisme : depuis plus de 6 semaines, il n'a éprouvé aucun désir sexuel et n'a pas eu d'érections.

En résumé donc, à la suite d'un traumatisme ayant porté sur le bassin, notre malade a été frappé d'impuissance, en même temps que de rétention d'urine et des matières fécales.

Nous devons tout d'abord rechercher du côté des voies urinaires et du rectum, s'il existe une cause matérielle capable d'expliquer ces troubles fonctionnels. L'exploration de l'urèthre et de la vessie ne fait découvrir aucun obstacle. Si l'on sonde le malade, peu de temps après qu'il vient d'uriner, on évacue par le cathétérisme, une notable quantité d'urine (environ 300 gr.). Le jet est petit, faible, le liquide s'écoule en bavant. Tous ces phénomènes nous démontrent qu'il s'agit d'une paralysie vésicale.

Par le *toucher rectal*, qui permet d'explorer la prostate et le bas-fond de la vessie, on ne découvre non plus rien de particulier. J'attire seulement votre attention sur la laxité anormale de la muqueuse du rectum, laxité reconnaissable à la présence de replis nombreux et très-marqués, et qui semble indiquer un relâchement des parois musculaires de l'intestin.

En définitive, il n'existe aucun obstacle matériel à l'excrétion de l'urine ou des matières fécales, et les troubles fonctionnels que nous observons sont dus à une paralysie d'abord complète de la vessie et du rectum, paralysie qui semble tendre à disparaître, et qui persiste encore aujourd'hui sous forme de *parésie*.

Or, si nous rapprochons cette paralysie de la vessie et du rectum, de l'impuissance génésique que nous offre en même temps, ce malade, il est rationnel de rattacher ces trois phénomènes à une même cause ; et cette même cause nous semble être une *commotion* de la région lombaire de la moelle, produite au moment du traumatisme dont cet homme a été victime.

Tout d'abord on doit éloigner l'idée d'une lésion grave de la moelle. En effet, le squelette ne présente aucune trace de traumatisme ; de plus, les symptômes fonctionnels sont très-limités ; il n'existe que des *troubles vésicaux*, de la *constipation* et de *l'impuissance génésique*. Les membres inférieurs sont absolument indemnes de toute paralysie.

Si donc, il existe une lésion médullaire, elle doit être fort légère. Il semble plutôt qu'il s'agisse d'une commotion de la moelle, commotion analogue à celle que l'on observe du côté du cerveau, lors d'un traumatisme du crâne, commotion qui, si elle est bien connue au point de vue clinique, l'est beaucoup moins en ce qui concerne l'anatomie pathologique

Toutefois, on peut distinguer deux formes cliniques de cette commotion médullaire : 1° Sous l'influence de chocs violents, tels que : chute d'un lieu élevé, coup porté sur la colonne vertébrale, ébranlement produit par la collision de deux trains de chemin de fer, on voit se produire des phénomènes paralytiques immédiatement après le traumatisme, phénomènes variant suivant le siége de la commotion. Le plus souvent, en même temps que la vessie et le rectum, les membres inférieurs sont aussi paralysés.

La marche ultérieure des accidents est variable ; tantôt ces accidents disparaissent au bout de quelque temps, et, alors, c'est bien à une véritable commotion que l'on a affaire ; il n'y a eu pour ainsi dire qu'un simple ébranlement, et non des lésions matérielles plus ou moins accusées.

Tantôt, au contraire, les accidents persistent au lieu de s'amender, ou même ils s'aggravent ; et, comme ces accidents ont suivi immédiatement le traumatisme, on doit également les rapporter à une commotion médullaire, qui, cette fois, a été plus violente, et est allée jusqu'à des ruptures, des épanchements sanguins dans l'épaisseur de la moelle. Enfin, il peut même se développer consécutivement les altérations de la myélite chronique. Ici, le mot *commotion* est mal choisi, et c'est plutôt *contusion* que l'on devrait dire.

Dans d'autres cas, les phénomènes consécutifs à l'accident persistent, sans augmenter ni diminuer. On a alors affaire à une lésion localisée, qui a sans doute déterminé l'atrophie des éléments nerveux.

2° Dans une autre forme de commotion médullaire, les accidents ne se développent que longtemps après le traumatisme (commotion médullaire due à la collision de deux trains). Il s'écoule quelques jours, quelques semaines et même quelques mois, sans que le blessé éprouve le moindre trouble fonctionnel ; puis l'on voit survenir et se dérouler les phénomènes de la myélite. Dans ces cas, où souvent il est question de demandes en dommages-intérêts aux compagnies, le médecin appelé à donner son avis peut se trouver aux prises avec les plus sérieuses difficultés. Tantôt on accuse le malade de simuler, tantôt les accidents médullaires ne s'étant manifestés que longtemps après la cause incriminée, on se refuse à les rattacher à cette cause, et on tend à les considérer comme de pures coïncidences. Ces questions litigieuses ont été fréquemment débattues en Angleterre.

© BIU Santé

Pour ce qui est de notre malade, les phénomènes ayant immédiatement suivi le traumatisme, nous pouvons admettre qu'il s'agit de la première forme de commotion médullaire; mais, chez lui, les phénomènes de la commotion nous offrent certaines particularités très-intéressantes. En effet, dans les cas ordinaires, en même temps que la paralysie de la vessie et du rectum, on observe de la paralysie des membres inférieurs. Un segment entier de la moelle est atteint, et les symptômes sont analogues à ceux d'une section complète ou d'une myélite transverse.

Au contraire, chez le malade du n° 43, de la salle Saint-Augustin, il n'a existé, à aucun moment, aucune trace de paralysie des membres. Les phénomènes paralytiques ont seulement porté sur les organes génito-urinaires et sur le rectum, en sorte que la commotion semble n'avoir frappé que quelques points localisés de l'axe médullaire.

La *physiologie* peut-elle nous rendre compte de cette particularité ? On sait, depuis quelque temps, qu'il existe, dans l'axe gris de la moelle, certains centres déterminés qui président à certaines fonctions également déterminées. C'est ainsi que l'on trouve dans la moelle un centre pour les fonctions de la vessie, un autre pour celles du rectum, et aussi un centre tenant sous sa dépendance l'exercice des fonctions génitales. Ici, la commotion a produit des lésions exactement limitées à ces centres, et confirmé par une *expérience pathologique* des plus délicates, ce que la physiologie nous avait appris.

Les nerfs de la vessie viennent de deux sources : d'une part, du grand sympathique, de l'autre, du plexus sacré. Et ces deux sortes de nerfs se distribuent à la fois au corps et au col de la vessie.

Un physiologiste italien, Giannuzzi, a démontré qu'il existe pour les fonctions de la vessie (1) deux centres moteurs : l'un, en rapport avec les filets du sympathique, l'autre, avec ceux des nerfs sacrés. Le premier siége au niveau de la troisième vertèbre lombaire; le second, au niveau de la cinquième vertèbre de la même région. L'excitation du premier centre donne lieu à des contractions *lentes* et *faibles* de la vessie, tandis que l'excitation du second détermine, au contraire, des contractions *brusques* et *énergiques*.

D'autre part, Masius (de Liége) a découvert, pour les fonctions du rectum, un centre qu'il a nommé *ano-spinal*, centre qui, chez le lapin, siégerait au niveau de la sixième vertèbre lombaire. Enfin, depuis longtemps, Budge a démontré l'existence, pour les fonctions génitales, d'un centre qu'il fait siéger au niveau de la quatrième vertèbre lombaire.

Appliquant à la clinique ces données fournies par l'expérimentation physiologique, on peut donc admettre que des lésions, limitées à la région lombaire de la moelle, peuvent atteindre isolément les centres qui tiennent sous leur dépendance les fonctions de la vessie, du rectum et des organes de la copulation. Aussi, chez notre malade, sommes-nous autorisé à dire que la *commotion* est limitée à ces centres médullaires.

Les exemples de semblables localisations, à la suite de traumatismes, sont rares. Nous avons actuellement, dans nos salles, un autre malade chez lequel on est en droit d'admettre une lésion médullaire également très-localisée, mais reconnaissant une autre origine.

Ce malade, couché au n° 13, est âgé de 18 ans, il est porteur d'un pied creux congénital du côté droit, avec atrophie du membre correspondant. De plus, il urine involontairement, aussi bien la nuit que le jour, et nous avons pu nous assurer qu'il existe chez lui de la parésie vésicale et qu'il urine par regorgement. Le jet est petit, contourné, projeté faiblement : si, après la miction, on sonde immédiatement le malade, on évacue encore une grande quantité d'urine.

Chez ce jeune homme, il existe donc aussi une paralysie vésicale, mais point de paralysie du rectum, ni du sens génital. Cette paralysie doit être aussi rapportée à une lésion médullaire datant de l'enfance, lésion médullaire localisée au petit centre vésical de Giannuzzi. Quant aux troubles moteurs du membre inférieur, et à ses troubles trophiques, ils tiennent évidemment à une lésion des cornes antérieures de la moelle.

Revenons maintenant à notre premier malade, chez lequel nous avons diagnostiqué une commotion localisée de la moelle. Quel sera le pronostic ?

Depuis l'accident, il s'est produit une légère amélioration puisqu'il peut actuellement uriner seul, quoiqu'assez difficilement et quoique la vessie se vide incomplétement. Cependant cette amélioration ne s'est pas prononcée davantage depuis trois semaines, en sorte que l'on pourrait craindre que, les lésions médullaires ne se réparant pas, les troubles fonctionnels persistassent indéfiniment. D'autre part, vous ne devez pas perdre de vue les cas auxquels j'ai fait allusion précédemment, et dans lesquels les phénomènes de la commotion médullaire, loin de s'amender ou de rester stationnaires, vont en s'aggravant constamment. Aussi est-il prudent, dans de semblables circonstances, de réserver le pronostic.

Au point de vue thérapeutique, nous avons ici deux sortes d'indications à remplir : les unes se rapportent aux troubles fonctionnels, les autres à la cause de ceux-ci. La vessie se vide mal; l'urine s'altère et détermine, par son séjour dans la vessie, quelques douleurs hypogastriques. On sondera le malade deux fois par jour, et on fera dans la vessie des injections d'eau de goudron.

Pour ce qui est de la paralysie du rectum, l'indication est bien simple : chaque jour, le malade prend un léger laxatif, ou bien on lui donne des lavements.

Mais la véritable indication serait d'agir sur la moelle, dont les lésions sont la cause des troubles fonctionnels. Malheureusement l'indication est plus aisée à signaler qu'à remplir : car, si nous pouvons localiser les lésions, nous ignorons à peu près, en quoi elles consistent. Comme il n'existe pas de phénomènes inflammatoires, il n'y a pas lieu d'employer les antiphlogistiques, mais plutôt les agents révulsifs. Un large vésicatoire a déjà été appliqué et sera renouvelé dans quelques jours. En même temps j'ai commencé à pratiquer des injections sous-cutanées d'ergotine, dans le but de réveiller la contraction musculaire de la vessie. Dans le même but, j'aurai recours, si les moyens précédents échouent, à l'usage des préparations de strychnine et à l'hydrothérapie. Il y aurait enfin un dernier moyen de traitement : je veux parler de l'électricité sous forme de courants continus. Legros et Onimus prétendent que la direction du courant n'est pas indifférente. Pour eux, le courant descendant est *hyposthénisant*, tandis que le courant ascendant détermine des effets tout opposés. C'est donc à ce dernier moyen que nous aurions recours, si tous les autres restaient sans effet.

(1) Les expériences ont été faites sur le lapin.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — **M. JULES SIMON.**

De la belladone (1).

Leçon recueillie par E. CHAMBARD, interne des hôpitaux.

Synergiques et antagonistes. — Toutes les solanées vireuses, toutes les espèces du genre atropa sont synergiques de la belladone. Telles sont la mandragore, la sobdiat. A d'autres égards, les vaso-moteurs : quinquina, bromure de potassium, peuvent seconder son action.

Les opiacés, les alcooliques, les stimulants diffusibles : alcool, café, ammoniaque, les substances, en un mot, capables de dilater les vaisseaux, sont antagonistes de la belladone. Il en est de même des cyaniques et des strychnées, et principalement de la fève de Calabar et de son alcaloïde l'ésérine, dont l'action myosique est bien connue.

Les *contre-poisons* sont le tannin, le thé, le café et l'iodure de potassium.

(1) Voir le n° 23.

© BIU Santé

Indications et *contre-indications*. — Il n'est pas de médicaments qui soient plus précieux que la belladone et l'aconit dans le traitement des affections des voies respiratoires qui, chez les enfants, revêtent si volontiers un caractère spasmodique ; aussi l'étude de l'aconit suivra-t-elle celle de la belladone, à laquelle j'ai l'habitude de l'associer.

1° Dans les *laryngites spasmodiques* avec toux rauque et bruyante, dans la *laryngite striduleuse* surtout, la belladone atténuera l'élément convulsif. Dans les bronchites quinteuses, outre cette action, elle diminuera la sécrétion catarrhale qui, d'après certains auteurs, causerait ou entretiendrait, par action réflexe, la toux spasmodique.

2° La belladone est également utile dans l'*asthme nerveux* compliqué ou non d'emphysème et de catarrhe bronchique.

Dans le spasme de la glotte, l'angine de poitrine, la belladone combat l'élément convulsif, mais c'est surtout dans le traitement de l'adénopathie bronchique et de la coqueluche que vous trouverez ses principales indications.

Vous savez combien l'*adénopathie bronchique* est fréquente dans la *coqueluche* : les ganglions bronchiques se congestionnent, stimulent les nerfs qui les avoisinent, et deviennent le point de départ d'actions réflexes qui déterminent et entretiennent ces bronchites quinteuses, qui suivent la coqueluche et que l'on rencontre encore, en outre des mêmes causes, à la suite de la rougeole. L'action de la belladone sera donc ici double : elle agira comme sédatif des muscles expirateurs et comme décongestif des ganglions.

La belladone dans les affections des voies respiratoires se donne facilement sous forme de teinture, je l'emploie rarement seule, et vous me voyez habituellement l'associer à l'aconit, et lorsque j'ai affaire à des enfants nerveux, agités, chez qui la belladone déterminerait de l'insomnie et de l'excitation cérébrale, j'y ajoute de l'opium.

Vous me voyez, par exemple, dans la rougeole, dans la laryngite striduleuse, prescrire la mixture suivante :

Alcoolature de racine d'aconit.....	5 grammes.
Teinture de belladone.....	5 grammes.

5 gouttes matin et soir, en augmentant d'une goutte par jour jusqu'à 20.

Dans les mêmes cas, lorsque vous trouverez l'emploi de l'opium indiqué comme correctif, vous pourrez prescrire :

Sirop de belladone.....	10 grammes.
Sirop de codéine.....	10 —
Sirop de tolu.....	10 —

Une cuillerée à café matin et soir.

La belladone, ai-je dit, forme avec l'aconit et les vomitifs, la base du traitement de la coqueluche. Comme ce traitement est, pour ainsi dire, stéréotypé, permettez-moi, Messieurs, de vous le rappeler ici.

Vous savez que dans la coqueluche, trois périodes peuvent être distinguées : une période aiguë, pendant laquelle il n'existe qu'une bronchite, mais dont le caractère spasmodique et quinteux peut faire déjà soupçonner la nature, puis cette bronchite au lieu de s'étendre, augmente, les accès se rapprochent et ont lieu surtout la nuit, l'état général de l'enfant n'est pas aussi grave que pourrait le faire supposer une toux aussi pénible et aussi opiniâtre, et la maladie entre alors dans sa seconde période que caractérisent les accès de toux expiratoire convulsive entrecoupés de reprises et suivis de vomissements, que vous connaissez parfaitement. Dans la troisième période enfin, l'emphysème pulmonaire, complication nécessaire de la coqueluche que l'on peut considérer comme un de ses facteurs, l'adénopathie bronchique entretiennent, pendant un temps plus ou moins considérable, une toux qui conserve encore une partie de son caractère primitif.

Tel est, en peu de mots, Messieurs, le tableau général de l'affection que vous devez, sinon guérir, du moins soulager et atténuer. La coqueluche, quoi qu'on fasse, dure deux ou trois mois, mais vous pouvez diminuer le caractère spasmodique des accès, les rendre moins fréquents, moins intenses et par cela même prévenir les accidents qui, dans la coqueluche, sont le résultat des efforts de toux (hémorrhagies, hernies, chute du rectum, etc.). Enfin, dans la troisième période, vous agirez efficacement contre l'adénopathie bronchique.

Dans sa première période, vous soignerez la coqueluche comme une bronchite. Tenir l'enfant au lit, lui appliquer des bottes de ouate, des révulsifs : papier chimique ou vésicatoire laissé trois heures sur le devant de la poitrine ; vous donnez, en outre, par cuillerée à café, la potion suivante :

Teinture de belladone.....	X gouttes.
Alcoolature de racines d'aconit	X gouttes.
Eau de laurier cerise.....	2 grammes.
Eau de tilleul.....	100 —
Eau de fleurs d'oranger.....	10 —
Sirop de lactucarium.....	30 —

Dans la seconde période vous administrerez un vomitif deux fois par semaine pour débarrasser les voies aériennes des mucosités qui entretiennent la toux et gênent l'hématose ; de plus, vous prescrirez à prendre matin et soir ou même en deux ou trois fois dans la journée, d'abord 10 gouttes, puis jusqu'à 20 ou 30 de la mixture suivante :

Alcoolature de racines d'aconit.....	5 grammes.
Teinture de belladone.....	5 grammes.

En recommandant de donner à l'enfant un peu de café noir pour combattre l'action toxique du médicament.

Vous conseillez, enfin, si les quintes sont assez fréquentes et assez souvent suivies de vomissements pour gêner l'alimentation de l'enfant, de le faire manger aussitôt après le vomissement. Les aliments seront alors tolérés et acceptés par l'enfant avec beaucoup plus de facilité qu'on ne s'y attendrait d'abord.

Dans la troisième période, la belladone sera associée aux toniques. Quinquina, huile de foie de morue ; c'est à cette période que le changement d'air rend le plus grand service.

Dans les maladies de l'appareil digestif, la belladone, bien que moins employée que l'opium, trouve encore quelques indications utiles.

Chez les petites filles, la menstruation ne s'établit parfois qu'avec difficulté, sans parler de la chlorose et des accidents nerveux qui signalent cette époque critique. La première menstruation est souvent difficile et douloureuse, vous donnerez alors la belladone par gouttes et associée à l'opium dans la proportion suivante :

Teinture de belladone.....	5 gr.
Elixir parégorique.....	10 —

Et vous maintiendrez sur le bas-ventre des cataplasmes de feuilles de belladone imbibés d'huile de jusquiame composée (baume tranquille.)

Dans la constipation douloureuse, accompagnée de coliques, d'épreintes et de ténesme anal, dans la fissure à l'anus, extrêmement rare, du reste, chez l'enfant et justiciable d'un traitement purement chirurgical, vous retirerez, de bons effets d'un mélange à parties égales de teintures de canelle, de belladone et de colombo pris à la dose de 4 à 10 gouttes avant le repas. Dans la fissure vous incorporerez la belladone à l'axonge et vous enduirez de cette pommade les masses que vous introduirez dans l'anus.

Dans l'incontinence d'urine, lorsque la persuasion, les précautions hygiéniques auront échoué, lorsque, par exemple, cette incontinence sera le symptôme d'une névrose de l'innervation vésicale ou d'une manifestation de l'épilepsie, la teinture de belladone à la dose de 5 à 10 gouttes, donnée en lavements et en potions associée au camphre et au musc, devra être essayée — *Bretonneau* et *Trousseau* l'ont employée dans ces cas, avec un grand succès.

Comme anaphrodisiaque, associée au musc, au camphre et aux moyens hygiéniques, coercitifs et moraux, vous pour-

© BIU Santé

rez l'utiliser chez les enfants voisins de la puberté, contre les érections et les tendances à la masturbation.

Dans tous ces cas, vous lui associerez l'hygiène, la gymnastique, les toniques et surtout l'hydrothérapie.

La belladone a été employée dans un grand nombre d'affections du système nerveux central et périphérique. Préconisée dans l'épilepsie et même avec quelque succès par *Grediney*, *Leuret*, *Bretonneau*, *Trousseau*, elle est abandonnée depuis que l'action du bromure de potassium contre cette névrose a été reconnue supérieure à celle de toutes les autres médications, mais vous l'emploierez avec profit comme anticongestif et anesthésique de la peau dans les névralgies et surtout la névralgie faciale et le zona qui n'est autre chose qu'une névralgie rhumatismale. — Dans les douleurs que détermine la carie dentaire, les pansements de la dent avec l'atropine, le baume tranquille dont vous imbiberez une boulette de coton que vous introduirez dans la cavité dentaire et dans l'oreille, amèneront un soulagement marqué surtout si vous y joignez d'autres moyens, tels que le révulsif, le repos et les pédiluves sinapisés.

C'est encore comme décongestif qu'agit la belladone dans les maladies du globe oculaire. Vous me voyez, Messieurs, proscrire les collyres astringents dans toutes les affections de l'œil qui s'accompagnent de douleurs ciliaires et de photopsie, c'est-à-dire dans les affections de la cornée, de l'iris, du corps ciliaire ; j'emploie alors la belladone en pommade et en collyre au sulfate d'atropine. — Enfin, la constatation des éruptions scarlatiniformes déterminées par la belladone, avaient inspiré à *Hahnemann* et à *Hufeland* la singulière idée que la belladone pouvait faire avorter la scarlatine. Abandonnez cette ridicule prétention, et contentez-vous de donner la belladone et comme calmant le spasme des voies respiratoires, et comme stimulant de la peau dans les fièvres éruptives où ces deux indications vous paraissent devoir être remplies.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le nouveau règlement des laboratoires de clinique.

Le *Progrès médical* a toujours été prêt à donner l'hospitalité aux travaux offrant un véritable intérêt, qu'ils traitassent de sujets tout à fait scientifiques ou qu'ils eussent pour objet l'examen de nos institutions médicales. Et cela, le *Progrès médical* l'a fait, lors même que ces articles exprimaient des opinions différentes de celles de la rédaction. C'est conformément à cette pratique que nous insérons la lettre suivante de notre ami et collaborateur, M. G. Daremberg.

A Monsieur le Dr Bourneville, *directeur du* Progrès médical.

Mon cher directeur,

Permettez-moi de vous présenter quelques observations au sujet du nouveau règlement concernant les laboratoires des cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris. Ce règlement avait déjà été proposé à la signature des différents ministres qui se sont succédé depuis le mois de mars 1877 jusqu'au jour actuel. Mais, jusqu'ici, aucun d'eux n'avait voulu prendre la responsabilité de signer un arrêté qui était attaqué très-vivement par tous les anatomo-pathologistes et par tous les chimistes. Nous regrettons bien vivement que le sympathique ministre, qui dirige avec une si louable ardeur l'instruction publique, ait consenti à accomplir une œuvre aussi préjudiciable aux progrès de la science.

En effet, ce nouveau règlement transforme ces laboratoires en annexes secondaires des cours de clinique. Lors de leur création, sous le décanat de M. Wurtz, ces laboratoires avaient été créés pour y fonder un haut enseignement pratique, destiné d'une part à compléter celui des professeurs, et d'autre part à former des élèves. Nous devons même dire que les fondateurs de ces institutions désiraient surtout permettre à tous les travailleurs d'utiliser les innombrables matériaux perdus chaque jour dans les hôpitaux. La réalisation de ce but vient d'être complétement détruite par ce nouveau règlement qui donne la haute main aux professeurs de clinique sur la direction générale de ces laboratoires, et rend les chefs de service de ces institutions de véritables subalternes. Et tous ces défauts sont nés d'un petit paragraphe du règlement : « Les fonctionnaires des laboratoires sont nommés par le ministre pour trois ans, après avis de la Faculté et les professeurs de clinique intéressés spécialement entendus. »

Ainsi MM. les professeurs de clinique (car ce sont eux qui ont fait ce règlement) pensent qu'ils auront de bons anatomo-pathologistes et de bons chimistes en leur assurant pour trois ans une malheureuse place qui leur rapportera 2,400 ou 1,800 francs, pour être occupé de huit heures et demie du matin à quatre heures du soir. Et, en outre, on défend à ces fonctionnaires d'être médecins ou chirurgiens des hôpitaux. Vraiment, MM. les professeurs de clinique semblent se figurer qu'on sera encore trop heureux d'être leurs subalternes pendant quelques mois, pour être plus ou moins poliment remercié si, après trois années d'exercice, on n'a pas montré les qualités d'un serviteur très-humble et très-dévoué.

Ce sont les seules qualités que les professeurs de clinique puissent juger, car ces messieurs n'auront certes pas la prétention de juger le travail d'un histologiste ou d'un chimiste ; ils ne pourront qu'apprécier leur complaisance, leur zèle et leur assiduité. S'ils vont au-delà, ils empiètent sur le rôle des savants spéciaux qui, seuls, peuvent apprécier les travaux également spéciaux. Aussi, dans ces nouvelles conditions, il est probable que ces laboratoires, au lieu de devenir une pépinière de jeunes savants, deviendront des petites chapelles annexées à l'autel où sacrifie le professeur de clinique. Déjà, certains professeurs disent : mon chef de laboratoire. C'est là une tendance fâcheuse ; on transforme des savants en agents inférieurs. On ne leur laisse plus aucune initiative, aucune indépendance. Et le professeur a bien raison de dire : mon chef de travaux chimiques. Car, si, à la fatale échéance de trois ans, il se présente un chimiste plus accommodant, plus docile aux exigences et même aux moindres désirs des cliniciens, le premier sera impitoyablement sacrifié.

Les professeurs ne pensent, en effet, qu'à utiliser les laboratoires pour compléter leur enseignement et lui donner la couleur scientifique qui lui manque. Les chefs de laboratoires sont là pour boucher un trou. Le matin il leur est interdit de faire des démonstrations personnelles dans leur laboratoire ; ils sont à la disposition absolue de MM. les professeurs.

Il est vrai que, dans la journée, le règlement leur impose de faire des conférences aux rares élèves qui fréquenteront leur laboratoire. Ainsi, on enlève même à ces pauvres fonctionnaires, placés au dernier rang de la hiérarchie, la faculté de parler devant un public encourageant et reconnaissant. On leur retire même cette consolation. Et cependant MM. les professeurs de clinique n'auraient pas perdu un de leurs auditeurs habituels, la science pure n'attirant qu'un petit nombre d'élèves désintéressés. Mais avant tout, la science pure a fort peu d'attrait pour les cliniciens, ceux-ci n'appréciant que la science qui peut venir en aide aux imperfections de la médecine actuelle et lui donner un vernis de précision scientifique.

Ainsi, le chimiste du laboratoire sera condamné à faire de la chimie clinique. Les chimistes ignorent complétement ce qu'est cette nouvelle chimie. Elle est, en effet, toute neuve. Elle a été inventée par quelques médecins qui avaient analysé un certain nombre d'urines, et qui ont cru avoir découvert une science superbe dans le fond de leur verre à expérience. L'année dernière nous avons, ici même, montré les dangers de cette funeste école. Nous avons été heureux de rencontrer l'approbation unanime de tous les chimistes. Nous avons surtout été fiers de celle de l'illustre

© BIU Santé

Claude Bernard. Nous lui avions aussi parlé de cette nouvelle organisation des laboratoires; et sur ce sujet, il avait été très-absolu et avait déclaré que c'était là la perte de cette institution.

Nous pensons que les anatomo-pathologistes seront très-gênés dans leurs travaux par cette surveillance soupçonneuse des cliniciens qui pourront les destituer tous les trois ans. Mais nous pouvons affirmer que le chimiste, sans cesse dominé par un clinicien peu au courant de la chimie, ne pourra faire aucun travail utile. Il analysera bien quelques urines, voire même au besoin quelques matières fécales, mais il lui sera impossible d'entreprendre une œuvre de longue haleine. On lui donne là à faire un métier de préparateur. Ce n'est vraiment pas la peine de lui donner le titre de chef adjoint du laboratoire. Il ne sera le chef de personne et de rien absolument, il ne sera qu'un vulgaire analyseur d'urines. Je sais bien que certains professeurs répondront qu'ils veulent non pas un savant, mais un aide qui complète leur enseignement. Voilà justement ce que nous trouvons très-funeste. Dans ce cas, il était absolument inutile de créer de grands laboratoires. De petites chambres suffisaient parfaitement. On a voulu créer des laboratoires de recherches scientifiques et les professeurs de clinique les ont accaparés pour eux. Il est certain qu'en leur confiant la rédaction de ce règlement, on leur permettait de prendre les plus beaux morceaux du gâteau. Ils ont largement usé de cette permission.

Est-ce à dire que tous les laboratoires soient destinés à tomber en décadence? non. Plusieurs professeurs de clinique donneront certainement une bonne impulsion à leurs aides et leur demanderont des travaux plutôt que des services; mais il n'en sera pas de même partout et toujours. Aussi, pour protester contre un principe aussi dissolvant, je dirai même aussi humiliant pour nous, nous n'avons pas attendu d'être soumis à la nouvelle présentation de MM. les professeurs de clinique pour envoyer au Ministre notre démission motivée de chef des travaux cliniques au laboratoire de la Charité.

Cependant, nous croyons de notre devoir de prévenir nos successeurs du rôle qui leur sera réservé, et nous pensons que, pour avoir des laboratoires sérieux, il faudra que les chefs de service soient nommés à vie par présentation ou par voie de concours, et qu'ils soient maîtres chez eux. Jusque-là on n'aura que de mesquines officines d'analyse que l'étranger ne nous enviera certes pas.

Que l'on mette à côté des chefs de services des aides choisis par les professeurs cliniques et chargés de la partie élémentaire de ce nouvel enseignement; mais au moins qu'on laisse aux premiers l'indépendance, la conservation entière de leur dignité scientifique, et qu'avec une stabilité absolue, on leur assure les moyens matériels de s'adonner entièrement à des occupations aussi absorbantes. De cette façon, la clinique sera satisfaite et la science ne sera pas sacrifiée.

Telles sont, mon cher directeur, quelques-unes des réflexions que le nouveau règlement m'a inspirées et je serais heureux si vous vouliez bien les accueillir dans votre journal.

G. DAREMBERG.

Quand on a établi dans les hôpitaux les laboratoires spéciaux, on avait à choisir entre deux systèmes. Voulait-on, imitant ce qui se fait en Allemagne, établir, à côté et en dehors des services médicaux et chirurgicaux, à côté des laboratoires iatriques, d'autres services autonomes, laboratoire d'anatomie pathologique, laboratoire de physique, laboratoire de chimie, centralisant et accaparant chacun dans sa spécialité les recherches dont les malades ou les morts fourniraient l'occasion, et faisant ces recherches sans qu'en principe y participent, en aient connaissance ni en tirent bénéfice, sauf échange de courtoisie, les médecins et chirurgiens soignant ou ayant soigné les sujets desdites recherches? Voulait-on, au contraire, mettre simplement à la disposition des professeurs de clinique ce qui leur manquait auparavant, c'est à savoir les moyens matériels et moraux de constater, pendant la vie et après la mort de leurs malades, les phénomènes d'ordres divers dont l'observation exacte ne peut se faire qu'avec un matériel spécial et par un personnel suffisant et déjà exercé, cette observation devant être utilisée d'ailleurs, sans parler des leçons des professeurs, tant dans l'intérêt immédiat des sujets d'observation que dans l'intérêt ultérieur des progrès de la science? Si c'est le système allemand que l'on avait en vue, M. Daremberg a pleinement raison : L'arrêté qu'il blâme va directement contre le but de l'institution et transforme un chef de service indépendant en auxiliaire subordonné; c'est un ministre qui redevient simple directeur. Mais si c'était au second système que l'on entendait s'arrêter, le nouveau règlement, passible peut-être de certaines critiques dans ses détails, est, au fond, en parfaite concordance avec l'esprit de l'institution qu'il doit régir.

Or, il ne nous paraît nullement démontré que les créateurs des laboratoires aient voulu, comme le dit M. Daremberg, « y fonder un haut enseignement pratique, destiné d'une part à compléter celui des professeurs, et d'autre part à former des élèves. » Nous ne sommes pas dans le secret de leur pensée et nous n'osons nous prononcer sur leurs intentions. Si nous voulions nous autoriser d'une expression peut-être irréfléchie, nous dirions que le titre même donné à ces laboratoires : *laboratoires de clinique médicale ou chirurgicale*, exclut toute idée d'en faire autre chose qu'une annexe importante et indispensable du service des professeurs de clinique. Mais nous renonçons à cet argument qui sent trop la polémique; il nous suffit, au risque de donner barre sur nous à M. Daremberg et de paraître irrévérencieux envers les fondateurs des laboratoires, de dire, qu'à notre avis, ils n'ont pas su bien exactement ce qu'ils voulaient.

Cette question toutefois est secondaire; peu importe que le nouveau réglement soit contraire aux intentions obscures des fondateurs des laboratoires, ou s'accorde avec elles; peu importe que M. le Ministre de l'Instruction publique ait suivi l'ancien plan ou qu'il ait établi un nouveau système. La valeur des critiques adressées par M. Daremberg à ce système lui-même, reste absolument indépendante de ces questions préjudicielles.

Sans plus donc rechercher ce qu'ont voulu les fondateurs des laboratoires, il y aurait lieu d'examiner quel système est le meilleur. M. Daremberg ne l'a pas fait formellement, bien qu'il soit facile de voir de quel côté vont ses préférences. Nous n'irons donc pas non plus, au moins pour aujourd'hui, au cœur de la question. Notre cher collaborateur nous permettra pourtant de lui dire que nous ne partageons point ses prédilections bien naturelles et que le chimiste, en lui, nous paraît trop tirer la couverture à soi. Tant que les professeurs de clinique auront besoin d'auxiliaires, il faudra, quels qu'en soient le nom et les fonctions, que ces auxiliaires: externes, chefs de clinique, chefs de laboratoire, chefs de travaux chimiques, etc., leur soient subordonnés, suivent leur direction, travaillent d'après leurs indications, en d'autres termes, prennent d'eux le mot d'ordre. D'après le caractère personnel des professeurs,

© BIU Santé

ce mot d'ordre sera donné d'une manière plus ou moins gracieuse, nous le voulons bien, mais la réciproque sera vraie. Personne, croyons-nous, n'a jamais demandé l'indépendance du chef de clinique et nous ne voyons aucune raison pour faire aux autres coadjuteurs du professeur une situation différente.

Nous concluons donc, tout en admettant la justesse de quelques-unes des critiques de détail formulées par M. Daremberg sur la situation des chefs de laboratoire des cliniques, qu'en principe le règlement nouveau la fait ce qu'elle doit être. L'opinion de l'illustre Cl. Bernard ne nous paraît pas inconciliable avec la nôtre. La nouvelle organisation des laboratoires peut bien être la perte de cette institution, en tant que *laboratoires de chimie*, par exemple ; c'en est la consécration en tant que *laboratoires de clinique*. Maintenant est-il désirable qu'à côté des laboratoires de clinique il y ait dans les hôpitaux des laboratoires spéciaux d'anatomo-pathologie, de physique, de chimie, etc. ; c'est une autre question. Et si M. Daremberg l'avait plus distinctement posée, peut-être le désaccord entre nous serait-il moins grand. (Voir p. 469).

(*La Rédaction.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 juin 1878. — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

M. LEVEN expose le résultat de recherches sur les fonctions de l'intestin. Les anciennes expériences sont défectueuses en ce sens que l'ouverture de l'abdomen, la manipulation des viscères modifient les conditions physiologiques. M. Leven étudie les sécrétions et les excrétions après administration de substances purgatives. Les sels, notamment le sulfate de magnésie ne produisent pas de sécrétion, mais l'excrétion d'un liquide, neutre, riche en chlorure de sodium et dépourvu d'albumine. Avec l'huile de ricin au contraire le liquide est albumineux. Le charbon, improprement considéré comme purgatif mécanique, ne donne lieu ni à excrétion, ni à sécrétion. Enfin, après l'administration de drastiques, le liquide intestinal, riche en chlorure de sodium, en albumine, renferme en outre une quantité énorme de leucocytes qui témoignent d'une vive inflammation.

L'intestin comme l'estomac n'a qu'une sécrétion normale, celle que produisent les aliments; les autres corps déterminent par irritation l'excrétion d'un liquide tout différent.

M. HAYEM a pu suivre la formation des hématoblastes dans les cellules vaso-formatives de l'épiploon du chat nouveau-né. Dans ces cellules, le protoplasma se montre, par places, homogène ou finement granuleux, et par places grossièrement granuleux. Dans la portion granuleuse se voient de petits éléments, qui ne sont autres que des hématoblastes. On n'y trouve pas de globules blancs. Peu à peu les cellules vaso-formatives deviennent plus volumineuses, prennent une forme cylindrique, les granulations du protoplasma se liquéfient ; lorsque les hématoblastes se sont transformés en globules rouges, ils sont baignés dans ce liquide, et la soudure de deux cellules donne un véritable vaisseau sanguin. Les cellules vaso-formatives ne constituent pas, du reste, la seule origine des hématoblastes.

M. NACHTEL envoie une note sur la dilatation de la pupille observée chez le chat, chaque fois qu'on insuffle de l'air dans les poumons.

M. BOCHEFONTAINE montre des calculs uriques trouvés dans le calcul et la vessie d'un chien. — M. ROBIN croit la diathèse urique assez fréquente chez cet animal.

M. BOCHEFONTAINE présente ensuite à la Société le foie et l'intestin d'un chien remplis de larves, dont il n'a pu déterminer la nature.

M. KUNCKEL dit que ce sont des larves d'un pentastome décrit par Van Beneden.

Un SAVANT, dont le nom nous échappe, fait une communication sur la nature des peptones. Ce seraient des corps très-voisins des matières albuminoïdes, seulement plus hydratés.

M. POUCHET a pu constater que le sang ne présente aucune altération chez des chats auxquels la rate a été enlevée dès la naissance. Il en est de même chez les animaux dérates, qui n'ont ni ganglions lymphatiques (triton), ni moelle osseuse (turbots).

M. MALASSEZ a constaté qu'après l'ablation de la rate chez des animaux adultes, le nombre des globules rouges diminue d'une manière très-notable. L'augmentation des globules blancs n'est dûe qu'au traumatisme.

M. POUCHET esquisse rapidement l'évolution des globules sanguins chez les ovipares ; hématies et leucocytes proviennent d'un élément unique, sorte de leucocyte à noyau.

M. PHILIPPEAUX envoie à la Société une note sur l'action physiologique de l'if. L. D.-B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 juin 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. DENUCÉ (de Bordeaux) fait la lecture d'une *observation de ligature de l'artère carotide primitive*. Cette observation peut se résumer dans le sous-titre suivant : Otite externe ; phlegmon consécutif de la région temporo-faciale : incisions multiples, hémorrhagie primitive de la région temporale facile à réprimer ; hémorrhagie secondaire considérable au bout de quinze jours ; transformation de la cavité du phlegmon en un vaste anévrysme diffus ; hémorrhagies formidables par les diverses ouvertures ; impuissance des moyens hémostatiques ordinaires ; ligature de la carotide primitive ; guérison.

La ligature de la carotide n'a déterminé aucun des symptômes cérébraux signalés dans des cas semblables, ce qui, d'après M. Denucé, doit tenir à l'anémie extrême du sujet au moment de l'opération. Les accidents inflammatoires ont été nuls au point même où la ligature a été pratiquée. L'hémostase a été obtenue, malgré les craintes que pouvaient laisser les nombreuses anastomoses des artères cérébrales pour la reproduction de l'hémorrhagie. Ce dernier résultat, M. Denucé l'attribue à ce fait que l'artère ou les artères ouvertes étant soumises à un arrêt complet de la circulation au moment de la ligature, et, après l'établissement des voies anastomotiques, à un affaiblissement notable de cette même circulation, le sang qu'elles contenaient, en contact permanent avec une grande quantité de perchlorure de fer, a pu se transformer en caillots suffisamment organisés pour obstruer les vaisseaux et empêcher le retour de l'hémorrhagie.

M. CAZIN (de Boulogne-sur-mer), lit un travail intitulé: *De la coexistence des kystes ovariens et de la hernie ombilicale au point de vue de l'ovariotomie*. De l'ensemble de son mémoire, M. Cazin se croit en droit de conclure que l'exomphale n'aggrave pas le pronostic de l'ovariotomie; cette complication n'est pas par conséquent une contre-indication à cette opération. L'excision lui paraît devoir être préférée au procédé primitivement suivi, consistant à éviter la hernie. Dans ses déductions, M. Cazin ne fait allusion qu'aux hernies réductibles et exemptes d'adhérences étendues ; dans ces cas, en effet, le pronostic s'aggraverait dans des proportions considérables.

M. MAREY fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Sur l'importance, au point de vue médical, des signes extérieurs des fonctions de la vie*. Après avoir rappelé que la méthode graphique donne des renseignements importants sur les principales fonctions de l'organisme, M. Marey montre aujourd'hui que ses anciennes expériences ne le cèdent en rien à celles qu'il vient d'entreprendre sur les fonctions des muscles, des nerfs, de la respiration, de la circulation du sang et sur la température animale. La clinique médicale est naturellement amenée à bénéficier de l'expérimentation physiologique, contrôlée par la méthode graphique : grâce à elle, on peut voir l'inscription des phénomènes de la vie.

© BIU Santé

M. Colin conteste les avantages de la méthode graphique qui, d'après lui, n'aurait produit aucune découverte scientifique, par cela même qu'elle consiste à écrire ce que tout le monde voit d'une manière très-nette. Les faits avancés par M. Marey sont connus depuis longtemps : la coïncidence de la systole ventriculaire a été admise par Harvey, Haller et Magendie. Sur ce point, Marey et Chauveau n'ont donc fait que confirmer des opinions anciennes et partagées par tout le monde. M. Colin ne saurait accepter la théorie de M. Marey sur le choc du cœur ; pour lui, le cœur heurte les parois thoraciques parce qu'il éprouve une déviation en masse et à gauche. Or la méthode graphique est en complet désaccord avec les résultats que donnent les vivisections. Cette déviation résulte de la disposition spiroïde des fibres cardiaques ; et, peut être doit-on attribuer à l'asymétrie des fibres du cœur, l'inclinaison du côté gauche.

M. Marey regrette « l'agression systématique » de M. Colin qui attaque une méthode non par sa base, mais par ses résultats, alors qu'il n'a même pas eu le temps de contrôler le rôle de la méthode graphique dans les maladies du cœur.

L'Académie se constitue en comité secret afin d'entendre la lecture d'un rapport sur la présentation d'un membre de l'Académie qui remplacera M. Barth au Conseil supérieur de l'Instruction publique.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 8 mars. — Présidence de M. Charcot.

Double hydrocèle chronique chez un vieillard affecté de deux hernies inguinales anciennes; par E. Brissaud, interne des hôpitaux.

Sur un homme mort de péritonite à la suite d'une opération de hernie crurale étranglée, nous avons trouvé les lésions suivantes : deux hernies inguinales volumineuses descendaient au milieu des éléments du cordon jusque dans les bourses. Le cordon était hypertrophié dans toutes ses parties constituantes, et les plexus veineux présentaient un développement tout à fait extraordinaire. Les testicules étaient sains ; mais les tuniques vaginales, très-distendues, renfermaient une grande quantité de liquide séreux. L'une d'elles, qui fait l'objet de la présentation actuelle, offre des caractères assez intéressants. Elle adhère à toute la face antérieure du testicule, et le décollement de ses deux feuillets, sans doute consécutif à une ancienne vaginalite, est devenu tout à fait impossible. Au dessus de la glande, elle forme une voûte, une sorte de dôme à parois très-épaisses, traversé dans tous les sens par une charpente inextricable de faisceaux conjonctifs parcourus par des vaisseaux sanguins en très-grand nombre. Cette disposition démontre parfaitement l'exactitude de la théorie de M. Gosselin sur la formation de l'hématocèle vaginale. Il est incontestable qu'un léger traumatisme, un froissement, un tiraillement du scrotum aurait pu déterminer la rupture d'une de ces travées cellulo-vasculaires, et qu'il en serait résulté un épanchement sanguin dans la séreuse du testicule. D'ailleurs, dans le tissu conjonctif sous-séreux on aperçoit déjà une série de petites ecchymoses circonscrites, telles que M. Gosselin en a signalé dans les hydrocèles chroniques.

M. Berger fait remarquer qu'outre les vaisseaux contenus dans ces néo-membranes, M. Gosselin a décrit aussi de petits kystes à contenu séreux, qu'on trouve également dans l'épaisseur de ces membranes ; deux ou trois de ces petits kystes existent sur cette pièce.

Note sur la pathogénie du céphalœmatome; par Ch. Féré.

Dans une précédente communication, j'ai appelé l'attention de la Société sur la relation qui existe entre certaines particularités de l'évolution du crâne à la région sagittale avec le siége constant des plaques d'atrophie sénile (*Bull. Soc. Anat.*, 1876, p. 485). En faisant ces recherches, j'avais été frappé de la localisation exclusive du céphalœmatome précisément dans la même région, et je m'étais demandé si cette singulière affection n'était point aussi en rapport avec une particularité de développement du pariétal. Cette localisation exclusive ou presque exclusive vers l'angle postéro-supérieur du pariétal droit n'a point pu, en effet, jusqu'ici, être expliquée, du moins complétement, par les circonstances extérieures puisqu'on voit l'hématôme sous-épicrânien se développer aussi bien quel que soit le volume relatif des parties fœtales et maternelles, que l'accouchement soit facile ou difficile, etc ; il n'existe suivant ces diverses circonstances que quelques différences de fréquence peu importantes. Il était donc à présumer qu'il existait une cause prédisposante résidant dans une disposition anatomique constante ou au moins fréquente et que le traumatisme ne jouait qu'un rôle secondaire de cause déterminante.

Les anciens anatomistes ont remarqué depuis longtemps qu'il existe quelquefois sur le crâne des nouveau-nés des sutures incomplètes, des fausses sutures ou plutôt des incisures du bord de l'os. Gerdy avait même vu que, lorsque deux incisures de ce genre un peu larges s'abouchent au même point sur la suture sagittale, il peut en résulter une véritable fontanelle accessoire. Mais c'est surtout M. Broca qui s'est occupé du mode de déformation de ces fissures à la région sagittale ; il a montré qu'elles résultent d'un arrêt de développement caractérisé par le défaut d'accolement des fibrilles osseuses ; qu'elles se rencontrent principalement dans une petite région qui correspond à l'intervalle compris entre les trois cinquièmes antérieurs et le cinquième postérieur de la suture sagittale ; il a indiqué enfin l'importance de cet arrêt de développement au point de vue de la formation des trous pariétaux et de l'évolution de la suture sagittale dans cette région dite de l'*obélion*. (*Sur les trous pariétaux et la perforation congénitale double et symétrique des pariétaux. Bull. Soc. Anthrop.* 1875, p. 326.) Souvent il n'existe qu'une seule *fissure sagittale* du même côté, mais quelquefois, comme on le voit sur quelques-unes de ces pièces il existe une série de fissures parallèles presque accolées les unes aux autres, à peine séparées par quelques fibrilles osseuses. Elles présentent une longueur variable, mais ordinairement elles ne dépassent guère un centimètre ; leur largeur varie depuis la simple fissure linéaire, jusqu'à l'écartement considérable qui constitue la fontanelle de Gerdy.

Mais le pariétal peut encore présenter d'autres fissures que celles de la région obéliale. Vers le milieu du bord postérieur de l'os, au niveau du point ou ce bord forme quelquefois un angle ouvert en arrière, on rencontre très-fréquemment une autre fissure que l'on pourrait appeler fissure *lambdoïdienne*, ordinairement unique et moins constante que la fissure sagittale. Cette fissure lambdoïdienne a aussi déjà été signalée, mais on n'a point insisté sur sa signification ou on en a donné une interprétation fausse. Ainsi M. Hoffmann, d'Inspruck, qui a étudié ces fissures du crâne au point de vue médico-légal (*Rev. des Sciences Méd. T. IV. p.* 602), dit que cette fente se dirige à peu près horizontalement en avant et il la rapproche des faits où le pariétal est divisé en deux parties par une suture longitudinale ; et il en conclut que c'est une preuve que le pariétal se développe le plus souvent par deux points d'ossification et non par un seul. La fissure lambdoïdienne du pariétal est bien horizontale si on la considère sur le crâne entier ; mais si on considère l'os pariétal isolé, on voit que cette fissure n'est point parallèle au bord supérieur de l'os, et qu'elle se dirige obliquement vers la bosse pariétale. Sur une pièce macérée on constate facilement qu'elle est exactement parallèle aux fibrilles de développement et qu'elle résulte, comme la fissure sagittale, d'un défaut d'accolement de ces fibrilles. Les fissures lambdoïdiennes diffèrent donc des fissures qui pourraient être la trace de sutures médio-pariétales incomplétement ossifiées, car ces dernières sont ordinairement à peu près parallèles à la suture sagittale ; en outre dans les cas de développement du pariétal par deux points d'ossification, on trouve deux centres d'irradiation de fibrilles, un pour chaque segment d'os, et le crâne présente une déformation spéciale dont j'ai montré un exemple à la Société (*Bull. Soc. Anat. décembre* 1877).

Dans quelques cas exceptionnels, on trouve encore à la naissance, de petites incisures secondaires sur toute l'étendue comprise entre les fissures sagittale et lambdoïdienne, c'est-

© BIU Santé

à-dire sur tout le pourtour de l'angle postéro-supérieur du pariétal.

Des fissures analogues et de même origine se rencontrent fréquemment sur l'occipital, où, chez le fœtus, il en existe constamment une verticale et médiane partant de l'angle occipital et descendant vers la protubérance occipitale. Cette fissure n'est pas toujours oblitérée à la naissance. Il y a encore des fissures occipitales latérales partant de l'extrémité externe de la suture lambdoïde et s'avançant obliquement de dehors en dedans et de bas en haut plus ou moins loin vers la protubérance occipitale externe. On voit quelquefois d'autres fissures sur les points intermédiaires et on comprend qu'il peut s'en rencontrer accidentellement sur toute la périphérie des os qui se développent par des fibrilles divergentes.

J'ai surtout insisté sur les fissures pariétales parce que ce sont les plus intéressantes au point de vue du sujet qui m'occupe actuellement. Je ne puis dire si ces fissures sont plus fréquentes ou plus marquées à droite qu'à gauche; je rappellerai seulement que les trous pariétaux qui sont des vestiges de la fissure obéliale paraissent exister plus souvent à droite (*Bull. Soc. anat. 1876, p.* 488).

On remarquera que les fentes pariétales que l'on peut considérer comme normales à une certaine période du développement et qui persistent très-fréquemment à la naissance, sont situées au voisinage de l'angle postéro-supérieur de l'os précisément dans la région où se développe ordinairement le céphalœmatome.

On comprend que la présence de ces fentes, sous l'influence d'une pression même légère, favorise la production d'un épanchement sanguin, soit par l'écartement pur et simple de la fente amenant la rupture des vaisseaux qui la traversent; soit en déterminant le siége d'une fracture qui allonge la fissure préexistante. Une fois la rupture vasculaire produite, le sang s'épanche au-dessous du périoste, et il se forme une tumeur sanguine qui s'avance plus ou moins loin vers la bosse pariétale parce que, comme l'a fait remarquer P. Dubois, le péricrâne se laisse très-facilement décoller de l'os dans cette région, tandis qu'il est très-adhérent à la membrane suturale, de sorte que l'extension de l'épanchement est impossible du côté de la ligne médiane.

Voici une pièce recueillie à la Maternité (service de M. Hervieux) sur un enfant né à terme; il a été extrait par le forceps, mais je n'ai aucun détail sur l'accouchement. Le lendemain de la naissance on a constaté la présence du céphalœmatome qui aurait diminué à peu près d'un quart jusqu'à la mort qui eut lieu le quatorzième jour. A l'autopsie, je trouve sur le pariétal droit une tumeur qui paraît occuper près de la moitié de l'étendue de l'os et qui forme une saillie d'à peu près 1 centimètre d'épaisseur. — La peau et l'aponévrose sont mobiles au-dessus d'elle; on ne trouve pas d'épanchement au-dessus du péricrâne, les tissus sont seulement un peu teints par le sang infiltré qui n'arrive pas jusqu'à la peau. La tumeur, mise à nu, offrait une coloration noire à reflets bleuâtres, lisse sur toute son étendue, elle s'affaisse graduellement à la périphérie où sa membrane d'enveloppe se continue sans ligne de démarcation avec le péricrâne. Autour de la tumeur, dans une étendue de 1 centimètre, sauf sur la suture sagittale, le périoste a une teinte ecchymotique. La tumeur présente une consistance pâteuse, quand on ouvre la poche, on la trouve remplie d'un caillot noir assez dense et pris en une seule masse, mais se décollant mal des parois. On voit alors que l'épanchement est situé entre le péricrâne et l'os. Le péricrâne est décollé du côté de la ligne médiane jusqu'à 2 mm. en dehors du bord sutural du pariétal; en avant, le décollement s'avance jusqu'à 24 mm. de la suture coronale; en arrière, jusqu'à 1 cent. de la lambdoïde; en dehors, il arrive jusque sur le sommet de la bosse pariétale, c'est-à-dire qu'il s'étend sur une surface presque ronde dont le grand axe longitudinal et le grand axe transversal ont 45 mm. Le périoste paraissait très-épaissi, principalement vers les limites de la tumeur, mais il n'a pas été examiné histologiquement. L'os sur lequel reposait le caillot présente, un peu au-dessus de la bosse pariétale, deux petites plaques rugueuses dont l'aspect rappelle celui des rugosités que l'on trouve au voisinage du bourrelet osseux quand il est formé. Ici, il n'existe pas trace de bourrelet, à la limite de la tumeur on voit le périoste s'accoler à l'os normal. En arrière, la collection sanguine n'arrivait pas jusqu'à l'extrémité de la fissure lambdoïdienne; mais du côté de la ligne médiane, on trouve 3 fissures sagittales dont deux assez larges, ne s'avançant que de 2 et 3 mm. en dedans de la limite de l'épanchement, et une autre plus antérieure, plus étroite et plus longue; le sang qui remplissait les fissures, en communication avec la collection, était à peu près liquide. Dans l'intérieur du crâne, on ne trouve aucune trace d'épanchement, la dure-mère n'est colorée que dans les points qui correspondent aux fissures. On ne voit aucune autre lésion sur le reste de l'étendue de l'os qui supportait le céphalœmatome (l'autre pariétal présentait des fissures dans les points homologues).

Dans un bon nombre de cas où il existait à la fois un céphalœmatome externe et un interne, on a noté l'existence de fissures faisant communiquer les deux collections; M. Guéniot possède une pièce de ce genre, et la fissure est absolument identique aux fentes sagittales de développement que nous connaissons.

Si on n'a jamais noté l'existence de ces fentes dans les cas de céphalœmatome externe, cela me paraît tenir à ce qu'on a rarement l'occasion de faire l'examen anatomique dans les premiers jours; s'il n'est fait que tardivement, la fissure qui résulte plutôt d'un retard de développement que d'un véritable arrêt, peut s'être oblitérée par les progrès du travail physiologique; ou bien, si le bourrelet osseux périphérique a eu le temps de se former, il peut masquer à peu près complétement la fissure. Voici en effet une pièce que je dois à l'obligeance de M. le professeur Parrot, on voit très-bien ce mode d'oblitération de la fissure, que l'on constate encore facilement du reste.

A mesure que la tumeur se rétrécit, quand la source de l'hémorrhagie est tarie, elle tend à se limiter à la région où l'épanchement était le plus épais, c'est-à-dire au centre du décollement, et elle tend à s'éloigner de la fissure qui s'oblitère.

Ainsi, pour nous, la présence des fissures de développement, si fréquentes sur les os du crâne, joue un rôle important en tant que cause prédisposante dans la production du céphalœmatome. Les pressions légères ou fortes qui sont des causes déterminantes nécessaires, agissent en écartant ces fissures et en déchirant les vaisseaux qui y passent ou en produisant une fracture dont le siége et la direction sont déterminés par le siége et la direction de la fissure. On voit très-bien sur cette autre pièce la fracture linéaire qui continue la direction de la fissure pour aboutir au céphalœmatome.

Si le céphalœmatome est plus fréquent sur le pariétal droit, cela tient à ce qu'il est plus exposé à la cause déterminante au traumatisme dans l'accouchement, même normal. Mais les fissures crâniennes qui peuvent se rencontrer exceptionnellement sur tous les points de la voûte, rendent compte de la possibilité de rencontrer cette affection non-seulement sur le pariétal gauche, mais sur le frontal, sur l'occipital, sur le temporal même comme on en a vu des exemples.

Bien que les quatre seuls cas de céphalœmatome que j'ai eu occasion d'observer anatomiquement viennent à l'appui de cette manière de voir, je n'ose pas dire que la présence des fissures est indispensable à son développement, mais je pense que ces faits suffisent pour motiver un examen des faits qui se présenteront à l'avenir.

M. Budin. Ces fissures du pariétal, qui donnent la clé de la formation des fontanelles supplémentaires, ont été bien étudiées déjà par M. Broca; une thèse intéressante, inspirée par lui, a été passée sur ce sujet en 1876, par M. Auger. La région pariétale, d'ailleurs, intéresse vivement les accoucheurs, car lorsque la tête est déformée, c'est en ce point que réside la lésion. L'explication que vient de vous fournir M. Féré sur la pathogénie du céphalœmatome est extrêmement intéressante; je ne crois pas cependant qu'elle soit applicable à tous les cas, par exemple dans ceux où l'épanchement sanguin ne siégeait pas au niveau du pariétal. Pour mon compte, j'ai pu

© BIU Santé

observer à la Maternité un céphalœmatome siégeant à la région frontale, et un autre au niveau de l'occiput. Je rappellerai encore qu'il n'est pas rare, après des tractions vives opérées avec le forceps sur le crâne de l'enfant, d'observer de véritables fractures, continuation des fissures qu'on vient de nous signaler, et cependant dans ces cas, on ne trouve presque jamais de céphalœmatome.

Arrachement du pouce gauche avec tout le tendon du long fléchisseur propre; par Oct. Guelliot, interne des hôpitaux.

Bertrand, charron, attachait un cheval avec une corde de la grosseur du petit doigt environ. Il faisait le nœud dit *d'accouplage*, et avait le pouce gauche passé dans l'anse du nœud, lorsque le cheval, tirant subitement sur l'extrémité de la corde, arracha le pouce qui fut retrouvé à plusieurs mètres de distance. B... ressentit au moment de l'accident une vive douleur; il perdit peu de sang et arrêta facilement lui-même l'hémorrhagie avec son mouchoir. Le Dr Guelliot (de Vouziers) vit la plaie quelques heures après; le moignon avait la forme d'un cône dont le sommet était formé par l'extrémité fracturée de la première phalange; — la peau rétractée laissait à nu cet os brisé en plusieurs fragments. Le Dr Guelliot désarticula ce qui restait de la première phalange, et se servit de la peau conservée pour faire un petit lambeau palmaire. La guérison se fit vite et sans aucun accident; elle était complète au bout de trois semaines. Aujourd'hui, B..., qui est journalier, se sert de son moignon comme d'un pouce et peut facilement pincer les objets, pourvu qu'ils aient un certain volume, entre son métacarpien et la paume de la main ou les autres doigts; la cicatrice n'est pas adhérente et tous les mouvements sont possibles.

La pièce, conservée dans l'alcool, comprend la dernière phalange et l'extrémité inférieure de la première phalange du pouce. La fracture a eu lieu tout près de la facette articulaire inférieure; les parties molles ont été déchirées beaucoup plus haut, vers le milieu de la phalange, et, comme cela est la règle dans ces sortes de plaies, la solution de continuité a la forme d'un entonnoir. La peau est coupée très-régulièrement dans la plus grande partie de son étendue, et il n'existe qu'une petite saillie en dehors et une encoche en dedans: il semble que la section soit le fait d'un instrument tranchant. L'un des nerfs collatéraux pend à la surface de la plaie. Le tendon extenseur est rompu au niveau de la peau; celui du long fléchisseur, au contraire, a été arraché dans toute sa longueur. Ce tendon, qui mesure 25 centimètres, présente sur une longueur de 13 centimètres quelques fibres musculaires déchirées tout près de leurs insertions tendineuses.

Réflexions. — Ce que présente d'intéressant cette pièce, c'est moins sa rareté que la cause de l'accident et la forme de la section cutanée. L'arrachement des doigts, en effet, n'est pas chose très-rare, et il en existe une soixantaine de cas disséminés dans les différents recueils médicaux. Mais, dans la plupart, la cause de l'accident est, soit une machine, soit la morsure d'un cheval. L'arrachement du doigt par une corde ou par une bride de cheval est beaucoup plus rare et c'est à peine si on en trouve sept ou huit cas. (Voyez: Zellerus, *Ephém. cur. natur.* Dec. III, an. 5 et 6, obs. 102. — *Journ. d'Allemagne*, III. Obs. 118, p. 371. — Recollin, *Mém. acad. chirurg.* II, p. 82. — J. Cloquet, *Journal des Progrès*, XI, p. 254. — Larrey, *Bul. soc. chirurg.* II, 1852, p. 605, et 1860, p. 530. — Perrier, *Id.* 1861, p. 92, — et un cas très-curieux de Syme, *Bul. gén. de thérapeutique*, 1851, t. XL, p. 552, avec fig.; il s'agit de l'arrachement de l'auriculaire par un anneau.) Cependant, c'est un accident assez fréquent dans certains pays, dans les Ardennes par exemple, d'où provient notre pièce, les cultivateurs ont la mauvaise habitude, pour attacher leurs chevaux, de faire un nœud, *nœud d'accouplage*, dans le premier temps duquel le pouce gauche retient l'anse de la corde. Si, à ce moment, le cheval part *au renard*, il entraîne presque infailliblement une partie du pouce: il y a alors, non-seulement traction sur le doigt, mais aussi mouvement de torsion. Dans notre pièce, il y a *section nette* des téguments: or, c'est là un fait signalé dans presque toutes les observations du même genre et qui prouve que la corde ou la bride *coupe* la peau avant d'arracher le doigt; ce caractère est beaucoup moins fréquent dans les arrachements de doigts dus à une autre cause (cas de Chassaignac, de T. Saucerotte, de Em. Rousseau, de Crâne, de Huguier, de Notta et de Lesueur.) Outre le cas dont nous venons de parler, nous en connaissons trois autres dans un rayon de quelques kilomètres. Chez M. Cl..., la peau de l'extrémité du pouce seule a été enlevée à la façon d'une calotte, avec les trois quarts de l'ongle; la douleur a été nulle au moment de l'accident. On dut réséquer l'extrémité de la phalangette. Guérison en six semaines. Depuis ce temps, l'extrémité du doigt est restée très-sensible au froid et au toucher.

Cancer primitif du foie; par A. Routier, interne des hôpitaux.

Le nommé G..., égoutier, âgé de 31 ans, entre à la Charité, salle Saint-Félix, n° 17 (service de M. Laboulbène), le 9 février 1878.

Cet homme, dont le père et la mère existent encore, accuse comme antécédents pathologiques une fièvre typhoïde, qu'il a eue à l'âge de 10 ans, et quelques accès de fièvre intermittente qu'il aurait eus pendant son service militaire qu'il a fait en partie en Afrique, mais dont il avait été tout à fait débarrassé.

Il y a 3 mois environ, il a eu une pleurésie à droite, il fut soigné dans le service de M. le docteur Moutard-Martin, à Beaujon, où il resta un mois environ, et d'où il sortit entièrement guéri. Il a ainsi passé le mois de décembre 1877 et le commencement de janvier 1878, dans un état de santé parfaite en apparence.

Vers les derniers jours de janvier, il a senti quelques douleurs dans le côté droit, mais a pu, néanmoins, continuer son travail. Les douleurs ont augmenté vers les premiers jours de février, et il a eu de l'ictère; il explique parfaitement que les selles étaient décolorées, et que l'urine, au contraire, était très-foncée en couleur.

Il appela un médecin qui fit appliquer 6 sangsues sur l'hypocondre droit; ces piqûres provoquèrent une hémorrhagie assez abondante qu'on eut beaucoup de mal à arrêter.

A son entrée à la Charité, le malade présentait une teinte ictérique assez prononcée, et se plaignait de douleur dans la région du foie; il n'était pas amaigri, et au premier abord on eût pu croire à une ictère simple, mais le ventre paraissait un peu ballonné. A l'examen de la poitrine on constata qu'il existait encore en arrière, dans le poumon droit, quelques frottements. Mais ce qui frappait surtout c'était la matité énorme que dénotait la percussion du foie. En avant, la matité s'étendait de 2 cent. au-dessus du mamelon jusqu'à 21 centimètres au-dessous. En arrière, la matité remontait jusqu'à quatre travers de doigts au-dessous de l'épine de l'omoplate.

La distension des parois abdominales permettait difficilement la palpation du foie, on pouvait tout au plus, en déprimant, arriver sur un corps qui paraissait dur, mais on ne sentait aucune tumeur, aucune saillie anormale. Les urines contenaient du pigment biliaire en abondance, les fèces étaient peu décolorées.

Du 12 au 18 *février*, on vit peu à peu la teinte ictérique diminuer et disparaître, mais le ballonnement du ventre augmentait, en même temps qu'on constatait de la matité dans les parties déclives de l'abdomen, preuve d'ascite.

Le 20, le foie, examiné avec soin, parut s'être un peu rehaussé, on ne trouvait plus que 0,18 cent. d'étendue de la matité sur la ligne mamelonnaire; le bord devenait de plus en plus difficile à percevoir.

Le 23, les deux membres inférieurs sont pris d'œdème, sans douleurs sur le trajet des veines, qui ne paraissent pas indurées.

Le 25, le malade a eu du délire la nuit, il se levait de son lit, de sorte qu'on a dû l'attacher.

Le 26 et le 27, le délire a continué, séparé par des intervalles de lucidité parfaite, l'amaigrissement a fait, dans ces derniers jours, des progrès effrayants.

Le 1er mars, le malade mourait après un de ces accès de délire, avec de la respiration stertoreuse et dans le coma.

© BIU Santé

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen on trouve une quantité de liquide évaluée environ à 3 litres.

Le *foie* apparaît tout de suite très-congestionné et parsemé de noyaux blanchâtres dont la plupart sont en cupule sur toute la face convexe ; le bord tranchant du foie est assez régulier, et est bien à 3 cent. de la ligne tracée sur la peau, le jour de son entrée.

Le *péritoine* qui forme les ligaments supérieurs est considérablement épaissi, mais ne présente pas de dégénérescence.

La face inférieure est toute déformée, le lobe de Spigel forme une masse de la grosseur du poing, parsemée de taches blanches, la plupart en saillie. L'éminence porte antérieure est considérablement augmentée, les deux lobes droit et gauche font aussi des reliefs considérables ; enfoncé entre ces tumeurs, le hile de l'organe est rempli de gros ganglions. La *vésicule biliaire* ouverte ne présente pas de lésions.

Tous les organes d'origine de la veine porte sont examinés avec le plus grand soin ; l'appareil génito-urinaire, tout entier, le *pancréas*, la *rate*, l'*intestin*, l'*estomac* et l'*œsophage* sont soigneusement ouverts. Nulle part nous n'avons pu trouver un point de départ, pas la moindre trace d'affection cancéreuse. Cependant, tous les ganglions du hile du foie, tous ceux qui se trouvent sur le trajet du pancréas et en arrière de lui, sont gros et rouges ; leur volume varie entre celui d'une noix et d'un gros œuf de dinde. Plusieurs de ces ganglions présentent à la coupe une sorte de dégénérescence caséeuse qui ne ressemble nullement à tous les noyaux durs dont est farci le foie.

Le foie, à la coupe, présente en effet une quantité considérable de grosses masses blanchâtres, dures, comme squirrheuses, et quelques autres masses jaunes, également dures ; la substance hépatique a à peu près disparu, sauf sur le bord postérieur.

Donc, malgré cette infiltration cancéreuse du foie, nous croyons pouvoir affirmer que la lésion est bien primitive, d'autant que les voies biliaires elles-mêmes paraissent avoir échappé à la dégénérescence.

Ulcère perforant du duodénum ; par L. CAPITAN, externe des hôpitaux.

Br..., 39 ans, facteur, est entré dans le service de M. le professeur SÉE, à l'Hôtel-Dieu, le 27 février 1878. Il présentait un état général excessivement grave, extrémités refroidies, face grippée, perte de connaissance presque complète.

Comme il avait une soif vive, on lui donna, dans le courant de la journée, une assez grande quantité de tisane au rhum. A la visite du soir, on le trouve toujours dans le même état, et comme antécédents on peut seulement apprendre de lui, et non sans peine, qu'il présentait depuis un certain temps quelques troubles dyspeptiques.

L'examen du thorax ne révèle aucune lésion ; quant à l'abdomen, il est assez volumineux, sans pourtant que la distension des parois soit excessive ; elle est surtout manifeste au niveau de la région épigastrique ; l'estomac semble assez volumineux, et les fausses côtes sont soulevées. La palpation ne cause de douleur en aucun point. A la percussion, on constate une sonorité exagérée sur tout l'abdomen, sauf au niveau de la région hypogastrique, où une matité complète indique la présence d'une collection liquide. On songe alors à une rétention d'urine avec distension de la vessie, et on essaye de sonder le malade. Mais l'urèthre étant fort étroit et présentant une fausse route produite par une tentative de cathétérisme faite en ville, il est impossible de passer.

Une ponction avec un trocart capillaire est alors pratiquée au-dessus de la symphyse pubienne, et avec l'aspirateur on retire une assez grande quantité d'un liquide brunâtre et transparent, présentant de la façon la plus nette l'odeur du rhum. En présence de ce fait, on suppose qu'il existe un étranglement interne obstruant complétement l'intestin, et que le liquide retiré de l'abdomen provient des anses intestinales distendues, situées au-dessus de l'étranglement.

Le malade se refroidit peu à peu, et quelques heures après il mourait tranquillement sans avoir vomi et sans qu'on ait pu trouver aucun symptôme de péritonite.

AUTOPSIE. — Intégrité des anses *intestinales* et de la *vessie*, absolument vide.

Le *péritoine* ne présente pas trace de dépôt inflammatoire, il est seulement le siége d'une vascularisation assez intense. Sa cavité renferme une assez grande quantité de liquide jaunâtre ; ce liquide provient certainement du tube digestif d'où il s'est échappé par une perforation ovale, longue de 1 c. 1/2 sur 1/2 cent. de largeur siégeant à la face antérieure du *duodénum* contre le pylore et absolument libre de toute adhérence. Une coupe de l'intestin et de l'estomac permet de constater que la perforation est unique, qu'elle siége dans le duodénum, tout contre le pylore, et qu'elle a succédé à un ulcère du duodénum allongé dans le même sens que l'axe de l'intestin, à bords un peu tuméfiés et taillés en entonnoir à base interne. Le reste de l'intestin est parfaitement sain, la muqueuse stomacale est un peu épaissie et vascularisée. Les autres organes sont congestionnés ; les plèvres présentent de nombreuses adhérences anciennes.

En résumé, deux choses sont à noter dans ce fait : la difficulté du diagnostic et la manière dont est mort le malade, sans péritonite, comme cela se présente assez souvent dans les perforations d'origine typhoïde.

Séance du 15 mars. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Mal de Pott lombaire. — Abcès par congestion comprimant l'uretère gauche ; hydronéphrose. — Pleurésie. — Symphise cardiaque ; par Ernest GAUCHER, interne des hôpitaux.

L... (Joseph), âgé de 32 ans, cocher, est mort le 9 mars 1878, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 46 (service de M. POLAILLON). Cet homme, que nous n'avons connu qu'à une époque avancée de sa maladie, était soigné depuis longtemps dans le service, pour une affection suppurative des os, qu'on présumait siéger dans le bassin ou à la partie inférieure de la colonne vertébrale. — De fait, le malade présentait à la région périnéale, plusieurs fistules qui fournissaient une suppuration abondante, et il a succombé aux progrès de la cachexie produite par ses lésions osseuses.

AUTOPSIE *le 10 mars*.—Nous trouvons un mal de Pott siégeant dans les premières vertèbres lombaires : de ces vertèbres, part un abcès par congestion, qui suit d'abord la gaîne du psoas du côté gauche, passe au-dessous de l'uretère, pour fuser ensuite dans le petit bassin, et s'ouvrir enfin au périnée.

L'uretère gauche est aplati, soulevé par la poche purulente et comprimé entre cette poche et le péritoine pariétal ; mais le conduit est perméable sur tout son trajet, depuis son embouchure dans la vessie, et ne présente aucune dilatation.

Le rein gauche est transformé en une vaste poche d'hydronéphrose ; il est à peu près doublé de volume, bosselé, et chaque bosselure représente une poche fluctuante. Toutes les poches communiquent manifestement entre elles, car on fait refluer le liquide de l'une dans l'autre. Le bassinet est globuleux, et forme une tumeur arrondie, molle, rénitente, à parois très-minces, qui remplit le hile du rein. Le rein étant coupé transversalement suivant son grand axe, on voit qu'il est représenté par une grande cavité kystique, à parois fibreuses, cloisonnées en cavités secondaires, dont chacune correspond à un calice, et qui toutes s'ouvrent dans le bassinet très-dilaté. Le tissu rénal est presqu'entièrement détruit : il ne subsiste que des vestiges de la substance corticale, par places, entre les bosselures, dans les points épaissis qui séparent les loges, correspondant aux lobes du rein.

Le liquide contenu dans le rein est limpide, citrin ; il ne contient pas d'albumine et renferme une faible quantité de carbonates. Le rein droit est de volume normal et ne présente aucune altération. Le *foie* est volumineux et a subi la dégénérescence graisseuse.

Il est très-adhérent au diaphragme et aux organes voisins et le péritoine qui l'enveloppe présente des traces de périhépatite. Ces adhérences entre le foie et les viscères, résultant de péritonites partielles, existent aussi pour la rate et pour les organes du petit bassin, notamment entre la vessie et le rectum. La séreuse pleurale et le péricarde offrent, d'ailleurs, comme on va le voir, les mêmes vestiges d'inflammations

© BIU Santé

anciennes que la séreuse péritonéale. Le *poumon* droit présente des adhérences pleurales généralisées, tellement solides, que le tissu pulmonaire se rompt, plutôt que de se décoller de la paroi thoracique. Le péricarde est intimement uni, d'une part à la plèvre et au centre phrénique du diaphragme, de l'autre au myocarde, surtout sur le bord droit et sur la face postérieure (*symphyse cardiaque incomplète*). Le poumon droit est, de plus, très-congestionné dans toute sa hauteur. Cette congestion est en rapport avec l'état de l'autre poumon ; et, en effet, on trouve dans la cavité pleurale gauche un épanchement séreux abondant, qui comprime le poumon contre le médiastin et la colonne vertébrale.

M. Berger pense que l'hydronéphrose est simplement concomitante à l'abcès par congestion et ne doit pas lui être attribuée, car chez des malades où les troubles de l'urination existent depuis longtemps et ont amené une dilatation des uretères, l'hydronéphrose n'existe presque jamais.

Hémiplégie gauche. — Petit point de ramollissement de la protubérance ; affaissement de la circonvolution frontale ascendante droite ; par Stackler, interne des hôpitaux.

Marté.... 65 ans, a joui jusqu'à ce jour d'une parfaite santé. Il entre, le 9 avril 1878, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, lit n° 26, pour une broncho-pneumonie. Le 1er mars, son état est sensiblement amélioré ; le malade se lève, marche ; quand le 9 mars, à la visite du matin, nous le trouvons dans le coma, avec phénomènes d'hémiplégie gauche (face tournée à gauche, membre supérieur gauche complétement paralysé). Mort le 10 mars.

Autopsie. — L'explication de cette mort et des phénomènes qui l'ont immédiatement précédée, nous est donné par un point de ramollissement de la protubérance. Lorsqu'on examine la surface du cerveau, on est frappé des irrégularités qu'elle présente. Il en est une qui attire spécialement l'attention. Elle occupe l'hémisphère droit, et consiste dans un affaissement de la circonvolution frontale ascendante. Cet affaissement a environ 4 centimètres de longueur : il est limité en haut par le premier pli de flexion, en bas par le pli anastomotique de la deuxième frontale.

C'est à son extrémité inférieure qu'il mesure sa plus grande profondeur ; elle est, à ce niveau, de un centimètre et demi. Les diverses coupes faites sur cet hémisphère, soigneusement examinées, n'ont révélé aucune lésion.

Réflexions. — On pourrait considérer dans certains cas des affaissements de ce genre comme de véritables lésions, rapportant la diminution de volume des circonvolutions, lorsqu'elles siégent dans la région motrice, à l'absence des membres correspondants, amputés pendant la jeunesse. C'est pourquoi, il nous a paru intéressant de présenter à la Société un cas dans lequel l'amaigrissement de la circonvolution a porté sur la zone motrice, sans avoir pour cause l'inertie ou l'absence du membre correspondant.

Rapport sur la candidature de M. Tapret au titre de membre adjoint de la Société anatomique ; par M. Dreyfus-Brisac.

Parmi les nombreuses présentations faites par M. Tapret à la Société anatomique, il en est plusieurs qui méritent une mention toute spéciale en raison de leur grand intérêt au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Bornons-nous à citer ici un fait de pyléphlébite suppurée avec accidents pernicieux, un cas d'embolie pulmonaire dans le cours de la fièvre typhoïde, enfin plusieurs exemples intéressants de tumeurs cérébrales.

Nous ne nous arrêterons qu'à une observation de tuberculose pulmonaire aiguë chez un nouveau-né. Il s'agit d'une enfant qui naquit dans le service de M. Millard, à Beaujon, le 20 décembre 1876 ; pendant les trente premiers jours, malgré l'abondance de lait de la mère, femme bien portante et de constitution robuste, l'enfant était restée chétive, malingre et présente une ophthalmie purulente assez rebelle. Bien que les fonctions digestives ne parussent subir aucune altération, la face était pâle, les muqueuses décolorées, les chairs flasques : le poids de l'enfant n'augmentait que de 12 à 18 gr. par jour. C'est au 34e jour seulement que se manifesta le premier symptôme d'une affection thoracique, la toux qui revêtit immédiatement le caractère coqueluchoïde, à rhythme expiratoire, mais sans véritable reprise : en même temps l'appétit se perdait et la dyspnée alla en s'accentuant de jour en jour. Comme phénomènes locaux on nota les faits suivants : submatité dans la fosse sus-épineuse droite. Respiration rude et soufflante dans toute l'étendue des poumons avec râles sous-crépitants et quelques râles sonores disséminés.

Les jours suivants, sans qu'il fût survenu de modification dans les symptômes thoraciques, les troubles digestifs se prononcèrent, l'enfant tomba dans le marasme et succomba le 9 mars, 82e jour depuis la naissance, 49 jours depuis le début des accidents pulmonaires.

L'autopsie vint justifier le diagnostic : broncho-pneumonie d'origine diathésique. Les deux poumons étaient farcis de tubercules, les uns gris, les autres déjà jaunâtres. Au sommet droit existait un noyau caséeux du volume d'un œuf de pigeon : en outre, on constata une congestion intense généralisée, surtout accentuée aux deux bases.

Les ganglions bronchiques étaient hypertrophiés, caséeux. Dans tous les autres organes on ne put pas trouver trace de lésions tuberculeuses.

En résumé, il s'agissait dans ce cas d'une phthisie aiguë, limitée aux poumons et aux ganglions bronchiques, avec noyau de broncho-pneumonie caséeux au sommet droit, le tout paraissant avoir évolué dans l'espace de sept semaines, chez une enfant âgée d'un mois.

Les faits de ce genre sont d'une grande rareté. D'une part, les bulletins de la Société anatomique ne renferment pas d'observations analogues. D'autre part, les statistiques des auteurs sont toutes concordantes à ce point de vue. Rilliet et Barthez disent, en effet, que chez les nouveau-nés et dans le cours de la première année la diathèse tuberculeuse est beaucoup plus rare qu'à toute autre époque de l'enfance. Telle est aussi l'opinion de Papavoine et de Valleix. M. Hervieux n'est pas moins affirmatif. Si l'on excepte, dit-il, les cas fort rares où les enfants naissent tuberculeux, on peut dire que la phthisie ne se développe guère avant l'âge de quatre mois. Sur 993 enfants dont ce médecin a fait l'autopsie pendant son séjour à l'hospice des Enfants assistés, il n'a rencontré que deux cas de tuberculose chez des enfants âgés de moins de 4 mois. Ces chiffres acquièrent une signification toute spéciale, quand on songe au milieu dans lequel ils ont été recueillis, cet hôpital où tant de conditions déplorables se réunissent pour favoriser l'éclosion de cette diathèse, « aboutissant commun de toutes les détériorations organiques. »

Du reste, dans l'observation de M. Tapret, le problème étiologique reste obscur. Il ne peut être question d'influence tuberculeuse héréditaire, puisque les parents étaient bien portants et de robuste constitution. Mais il importe de relever ce fait que le père avait eu, quelques années avant la naissance de l'enfant, des taches sur le corps et un mal de gorge assez rebelle. Aussi, bien qu'on n'ait trouvé sur le corps du nouveau-né aucune éruption, ni constaté aucun phénomène qui pût être rapporté à la vérole, n'est-il pas possible d'éliminer l'hypothèse d'une syphilis héréditaire. On sait d'ailleurs que beaucoup d'auteurs, et en particulier M. Bouchut, se montrent disposés à voir, dans la phthisie granuleuse des nouveau-nés une manifestation de cette diathèse.

De quelle époque enfin datait la tuberculose ? Fut-elle congénitale ou, au contraire, ne commença-t-elle à évoluer qu'après le premier mois, époque où les premiers symptômes thoraciques se manifestèrent ? Rien n'est plus rare que la tuberculose à la naissance ; cependant, on connait quelques faits de phthisie chez des fœtus. (Voir observ. de Charrin ; *Lyon médical*, n° 14, 1873.) Cette hypothèse paraît être assez vraisemblable, en raison surtout de l'état cachectique où se trouva, dès sa naissance, cet enfant, bien que les fonctions digestives s'effectuassent régulièrement et que l'allaitement se fit dans d'excellentes conditions. Nous n'avons pas à insister ici sur les symptômes que présenta la maladie. Ce furent ceux de la broncho-pneumonie lobulaire, avec ce caractère toutefois que l'on ne constata pas ces alternatives d'amélioration et

© BIU Santé

d'aggravation que l'on observe d'ordinaire chez les nouveau-nés dans le cours de cette affection, alors qu'elle évolue en dehors de toute influence diathésique. C'est cette allure toute spéciale de la maladie qui fit soupçonner, et à juste titre, l'origine tuberculeuse des altérations thoraciques.

Cette observation présente, on le voit, un grand intérêt, au point de vue de l'étiologie et de la marche de la tuberculose chez le nouveau-né.

Rapport sur la candidature de M. Hippolyte Martin, au titre de membre adjoint de la Société anatomique ; par M. Balzer.

M. Martin a présenté à la Société anatomique un certain nombre de pièces intéressantes, parmi lesquelles nous signalons un cas de cirrhose vulgaire ou annulaire, dans lequel les analyses des urines ont montré une diminution très-considérable de l'urée, conformément aux recherches, récentes à cette époque, du docteur Brouardel ; nous signalerons encore un cas de localisation cérébrale, rapporté dans le mémoire de MM. Charcot et Pitres ; un cas très-remarquable de cœur à trois cavités seulement, avec rétrécissement de l'artère pulmonaire et pneumonie caséeuse, etc., etc. Nous allons fixer un instant notre attention sur une observation de cirrhose hypertrophique, présentée par le candidat et à laquelle les travaux récents sur ce sujet donnent un intérêt tout spécial.

Un enfant de 10 ans entre au mois de décembre dernier à l'hôpital des Enfants, service de M. le docteur Labric.

Autopsie. — La plupart des organes étaient sains ; la rate avait son volume normal ; mais le foie doit attirer tout spécialement notre attention : son volume était énorme, sa couleur vert olive foncé et même vert-noirâtre par points, sa surface mamelonnée, couverte de petites saillies égales entre elles, ayant à peu près le volume de grains de blé aplatis sur leur face externe, rappelant, en un mot, les saillies de la cirrhose annulaire ou vulgaire. L'organe offrait une résistance très-considérable à la pression, du moins dans les points où il présentait une certaine épaisseur ; il était, en effet, largement creusé dans son intérieur par trois poches hydatiques, occupant, l'une la face convexe sous diaphragmatique et tout à fait superficielle, l'autre le centre du lobe droit, et la troisième prédominant à la face inférieure de ce même lobe. Cette dernière comprimait et obstruait à peu près entièrement les canaux excréteurs de la bile, de sorte que la vésicule biliaire considérablement atrophiée, était réduite à l'état de cordon creux du volume d'une plume d'oie, à paroi blanchâtre, d'aspect nacré, et renfermant simplement dans son intérieur quelques gouttes de mucus incolore.

Tel est le résumé de l'observation clinique et de l'examen microscopique ; mais l'étude microscopique du foie, va nous permettre quelques déductions intéressantes sur l'histogénèse des cirrhoses hypertrophiques spontanées ou primitives d'une part, et secondaires de l'autre.

Rappelons d'abord, en quelques mots, ce que l'on aperçoit sur des coupes étudiées à un très-faible grossissement ; les espaces interlobulaires sont occupés par des bandes ayant plus ou moins la forme de triangles curvilignes et que le carmin a vivement colorées en rouge ; dans l'intervalle de ces bandes, les lobules ont conservé, pour la plupart, leur aspect rayonné, sauf, cependant, en certains points où le contour irrégulier de leur circonférence bordée de rouge, semble dénoter un début de sclérose intra-lobulaire, marchant de la périphérie vers le centre. Les bandes de sclérose sont loin d'être toutes isolées les unes des autres et confinées séparément dans les espaces périlobulaires ; elles se rejoignent, au contraire, en grand nombre, formant ainsi de larges et longues traînées rouges, irrégulières, quelquefois partiellement circulaires et englobant de la sorte un certain nombre de lobules entre lesquels le début de sclérose dans les espaces de kiernan, était évidemment un commencement de dissociation lobulaire plus fine. A un plus fort grossissement, on voit que les bandes de sclérose sont tantôt formées de tissu en grande partie fibrillaire, ne renfermant qu'un nombre restreint de cellules embryonnaires, ailleurs, au contraire, dans les points où la sclérose en est encore à son début, le nombre de ces cellules jeunes est beaucoup plus considérable. Les canaux biliaires sont coupés selon un diamètre d'obliquité variable, et montrent à leur intérieur des cellules sur lesquelles le carmin a agi différemment suivant les points que l'on considère ; sur certains canaux, ces cellules sont bien colorées et paraissent tout à fait saines ; sur d'autres, au contraire, elles sont pâles, mal colorées, fortement granuleuses.

Sur les coupes de M. Martin, examinées de suite après leur préparation, les canaux biliaires étaient peu visibles et nous avons écrit dans notre observation du mois de décembre qu'ils nous paraissaient tous normaux ; actuellement, au contraire, ils présentent des altérations incontestables mieux révélées par une transparence plus parfaite ; les plus volumineux, tout d'abord, présentent une augmentation de diamètre ; sur ceux-là, la couronne de cellules internes est bien visible, bien colorée par le carmin ; mais ces cellules paraissent d'autant plus altérées, qu'on les considère sur des canaux plus petits, et les plus fins paraissent ne plus contenir qu'un détritus granuleux mal coloré, sillonnant çà et là les tractus rouges de tissu conjonctif. Il nous serait difficile de dire s'il y a en outre une réformation réelle de canaux biliaires. Les vaisseaux sanguins ne sont pas altérés, la veine intra-lobulaire est souvent nuisible par suite de la compression périphérique du lobule, mais elle n'est nulle part le centre d'une prolifération conjonctive. A ce grossissement, les bords des bandes de sclérose paraissent festonnés et en plusieurs points commençaient à dissocier la périphérie des lobules, quoique cet envahissement soit partout encore très-limité.

Disons enfin que les cellules hépatiques sont saines ou simplement un peu granuleuses partout où elles ne sont pas mécaniquement atrophiées par suite de la pression périphérique exercée par le tissu de nouvelle formation.

Telles sont les lésions qui ont été trouvées dans le cas que nous étudions ici ; elles ressemblent on le voit beaucoup à celles de la cirrhose hypertrophique spontanée et confirment cette remarque déjà faite par les auteurs qui se sont occupés de la question, et principalement MM. Charcot et Gombaut. — Malgré ces incontestables analogies, on peut trouver cependant quelques différences, de simples nuances si l'on veut, mais elles n'en sont pas moins intéressantes à constater. Si nous nous reportons en effet aux cirrhoses expérimentales qui ont été provoquées récemment chez les animaux, par MM. Charcot et Gombaut, d'une part, et M. Chambard, d'autre part, nous verrons que, quoique les résultats obtenus soient les mêmes, quant aux faits essentiels, ils diffèrent cependant par quelques particularités, fort intéressantes à signaler. — Dans le mémoire de MM. Charcot et Gombaut, les analogies entre la cirrhose des cochons d'Inde opérés et certains cas de cirrhose secondaire de l'homme, sont à peu près complètes. Chez ces animaux, en effet, et dans les espaces porte d'abord, les canaux bilaires étaient dilatés, et d'autant plus nombreux, que ces espaces étaient plus considérables ; ils étaient en outre plongés dans un tissu qui, d'abord embryonnaire, tend à devenir peu à peu fibrillaire. Les lobules, dans les cas légers, n'avaient pas subi de modifications ; dans les cas plus avancés, ils sont dissociés, mais il n'y a pas « à proprement parler, de cirrhose intra-» lobulaire, en ce sens, que sur un même point, les néofor-» mations conjonctives et biliaires marchent, presque tou-» jours d'un pas égal, avec la destruction des cellules hépa-» tiques, et que, dans les parties encore intactes du lobule, » il n'y a pas plus de tissu conjonctif qu'à l'état normal. » Enfin, les cellules étaient en grande partie saines ; par points seulement, elles avaient subi la dégénérescence vitreuse, principalement à la périphérie des lobules, au centre des amas de leucocytes. — M. Chambard est arrivé à des résultats à peu près identiques ; il insiste cependant sur quelques particularités remarquables, qui sont énoncées dans les deux premières conclusions suivantes de son mémoire : « 1° La » ligature du canal cholédoque chez le cobaye peut être sui » vie, dans certaines circonstances, encore indéterminées, de » lésions profondes des cellules hépatiques venant se surajou » ter aux altérations déjà décrites du tissu conjonctif et des » canaux biliaires ; 2° Dans ces cas, les animaux au lieu de

© BIU Santé

» survivre jusqu'à 15, 20 et même 25 jours à l'opération qu'ils » ont subie, meurent beaucoup plus vite, et les lésions paren- » chymateuses que l'on constate dans leur foie, expliquent par » leur étendue, leur degré et l'importance des éléments sur » lesquels ils portent, une mort aussi rapide. » — Or, il est un fait important à signaler, c'est que les cobayes opérés par MM. Charcot et Gombaut, ont vécu de 5 à 23 jours, ceux, au contraire, de M. Chambard sont morts du 3e au 7e jour. De sorte qu'il semble résulter de ces deux séries de faits expérimentaux, que l'on pourrait peut-être exprimer différemment les deux premières conclusions du mémoire de M. Chambard, et dire que les animaux opérés meurent d'autant plus vite que les cellules hépatiques ont été plus *rapidement*, plus profondément atteintes, alors que les lésions de sclérose n'étaient encore qu'à leur période de début. Mais dans ces cas, alors, il existe une différence assez notable entre les lésions expérimentales et celles que l'on constate à l'autopsie d'individus atteints de cirrhose hypertrophique spontanée. Il serait donc bien intéressant de constater si, dans les cas de cirrhose biliaire secondaire chez l'homme, qui est l'analogue de la cirrhose expérimentale, ou par ligature chez les animaux, on pourrait retrouver ces deux ordres de lésions, suivant la rapidité d'évolution de la maladie, c'est-à-dire, d'une part, l'altération primitive et rapide des cellules, alors que les néoformations conjonctive et biliaire ne sont encore qu'à leur début, et d'autre part, dans les cas plus anciens, prédominance excessive de la production conjonctive avec altérations variables des canaux biliaires, mais conservation relative de l'état normal des cellules non atteintes par le tissu nouveau.

Il n'a été publié qu'un très-petit nombre de cas de cirrhose biliaire par rétention, avec examen microscopique du foie. Un de ceux dans lesquels l'obstruction des canaux biliaires paraissait la plus récente a été observée par M. le professeur Charcot, à la Salpétrière, sur une vieille femme de 80 ans : elle avait la jaunisse depuis six semaines à son entrée à l'infirmerie. Quelques jours après on trouva à l'autopsie un calcul, gros comme une petite olive, arrêté dans l'ampoule de Vater. Au microscope, les espaces-porte étaient occupés, tantôt par uu tissu fibreux adulte, plus souvent par un tissu embryonnaire, sillonné par des canaux biliaires plus ou moins dilatés ; il y avait çà et là de vrais abcès miliaires. Quant aux cellules, elles étaient en grand nombre ratatinées, anguleuses. M. Balzera présenté à la Société anatomique, en mars 1877, un cas analogue, et dans lequel la compression était exercée par un kyste hydatique qui fut ponctionné trois jours avant la mort. Dans ce cas-ci, la jaunisse remontait à trois mois, et à l'examen microscopique du foie, M. Balzer a trouvé, dans les espaces-porte, peu de tissu fibrillaire, mais une prolifération embryonnaire telle, qu'elle va jusqu'à la formation de petits foyers purulents. Les cellules étaient pour la plupart aplaties, mais normales ; toutefois, un certain nombre étaient en pleine dégénérescence vitreuse. On le voit, dans ces cas, où la compression est de date récente, cette altération particulière des cellules, qui est rare ou inconnue dans la cirrhose biliaire spontanée, se retrouve ici tout comme dans la cirrhose expérimentale. Voici, au contraire, une observation du docteur Hayem, dans laquelle la compression due à un cancer de la tête du pancréas devait dater à peu près de la même époque que dans notre observation, où la jaunisse remontait à dix mois. Or, dans cette observation et dans la nôtre, les lésions sont absolument identiques. M. le docteur Hayem a trouvé les espaces périlobulaires élargis ; dans ces espaces se trouve un tissu conjonctif adulte, les leucocytes y sont rares ; les lobules sont irrégulièrement atteints par le tissu scléreux ; enfin, les cellules ne paraissent pas notablement altérées ; un certain nombre cependant, principalement au centre des lobules, renferment des granulations pigmentaires.

Comme exemple de cirrhose biliaire par compression très-ancienne, nous ne citerons qu'un cas emprunté à la littérature anglaise par MM. Charcot et Gombaut dans leur premier mémoire de 1876.

Dans cette observation de Teale, la jaunisse remontait à deux ans ; une glande lymphatique, hypertrophiée, empêchait à peu près entièrement l'écoulement de la bile dans l'intestin. Au microscope chaque lobe, à peu près sain du reste dans toutes ses parties constituantes, était entouré d'un cercle de tissu fibrineux. Ces observations semblent donc confirmer cette idée, que la cirrhose biliaire secondaire ou par compression, s'éloigne d'autant plus de la cirrhose expérimentale, se rapprochant au contraire de la cirrhose biliaire spontanée, que la survie du malade a été plus longue. Toutefois il ne faudrait pas y attacher une trop grande importance alors surtout qu'il reste encore tant à faire pour expliquer les lésions hépatiques trouvées en pareilles circonstances. On ne peut du reste comparer entièrement la survie des animaux opérés, survie qui se compte par jours, à celles des malades chez qui elle se chiffre par semaines et par mois ; il est vrai que chez ces derniers, l'oblitération des voies biliaires n'est jamais, dans ces cas, brusquement complète.

Nous avons voulu simplement attirer l'attention sur ces altérations vitreuses, spéciales et probablement primitives des cellules que l'on trouve dans les cirrhoses secondaires à début récent, tout comme dans les cirrhoses expérimentales ; tandis que dans la cirrhose spontanée, les cellules subissent au contraire et à la longue, la dégénérescence granuleuse et graisseuse.

Ce rapprochement nous a paru intéressant, et de nouvelles recherches, entreprises chez les animaux, pourront peut-être donner la clef du phénomène.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 avril 1878. — PRÉSIDENCE DE M. LABRIC.

M. GÉRIN-ROZE lit une note sur un travail de M. DUHOMME, relatif au *diagnostic différentiel du diabète et de la glycosurie*, et dont voici les conclusions :

1° Autant le traitement par la privation des substances féculentes et sucrées est efficace dans la glycosurie, autant il est impuissant dans le vrai diabète, qui, d'ailleurs est fort rare ; 2° Chez les diabétiques, la quantité de sucre ne subit d'un jour à l'autre que d'assez faibles variations, tandis que chez les glycosuriques, elle peut varier du tout au tout. Tel est pour l'auteur, le signe pathognomonique de la glycosurie.

3° Chez le diabétique, l'analyse volumétrique par la liqueur de Fehling est facile et sans obscurité, tandis que, bien au contraire, les réactions sont souvent obscures et difficiles chez les glycosuriques. Ces troubles dans les réactions semblent tenir à la présence plus accusée des principes créatiniques dans l'urine des glycosuriques.

M. Gérin-Roze rapporte à l'appui de ces conclusions deux faits qu'il a eu l'occasion d'observer et qui représentent les deux types opposés.

M. ERNEST BESNIER lit son rapport trimestriel sur les *maladies régnantes* (Voir le *Bulletin* dans le prochain numéro du *Progrès médical*).

A la suite de ce rapport et sur la proposition de M. le Président, la Société nomme une *commission* qui sera chargée d'examiner les meilleures conditions d'*isolement des malades atteints d'affections contagieuses*.

Sont nommés Membres de cette commission : MM. Moutard-Martin, Bergeron, Henri Guéneau de Mussy, Hervieux, Siredey, Vallin, Cadet de Gassicourt et Lereboullet.

M. DUMONTPALLIER reprend la suite de la discussion sur l'*anesthésie obstétricale*. Il rend d'abord justice au travail de M. Houzelot, (de Meaux), qui a tant dit sur ce sujet (Société de chirurgie, 1854). On pourrait même lui reprocher d'avoir trop dit, puisque de l'examen de 20 observations, il conclut que l'on peut employer le chloroforme à peu près dans tous les accouchements.

En 1857, dans sa thèse d'agrégation, M. Blot indique très-bien qu'il faut donner le chloroforme non pas à doses massives, mais à petites doses, lorsque le travail est arrêté par l'intensité des douleurs, puis dans les conclusions, il laisse entendre qu'il ne faut faire usage du chloroforme que dans les cas de douleurs extrêmes. Il y a là une contradiction dont la cause doit être cherchée dans les conditions où a été fait ce travail. On pourrait presque affirmer que M. Blot, ayant à tenir

© BIU Santé

compte de l'opinion des juges, n'a pu conclure en toute liberté. Viennent ensuite les travaux de MM. Frédet (1867), Campbell, Piachaud, qui sont absolument favorables à l'emploi du chloroforme en obstétrique.

Arrivant à la communication de M. Lucas-Championnière, M. Dumontpallier avoue qu'il a été heureux de l'appui qui lui est fourni par le chirurgien de la Maternité de Cochin, mais qu'il fait cependant quelques réserves; ainsi, il considère que l'on doit s'abstenir de donner le chloroforme s'il existe une maladie du cœur ou des poumons, et il trouve aussi que M. Lucas-Championnière le donne un peu trop tôt.

Quant au chloral, dont l'emploi a été proposé par M. Bourdon, il peut donner les mêmes résultats que le chloroforme, et peut-être même l'emportera-t-il dans la pratique; mais, avec le chloral, on ne sait jamais la dose qu'il faut administrer et pendant combien de temps il faut le donner. Aussi, cet agent ne peut-il être comparé au chloroforme au point de vue de la sûreté de son action. A. S.

BIBLIOGRAPHIE

Etudes de médecine clinique. — De la température du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies ; par le professeur P. Lorain. — Publication faite par les soins de M. P. Brouardel, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Librairie J.-B. Baillière.

Les *Etudes sur la température du corps humain* forment une suite naturelle aux *études sur le choléra* et sur *le pouls*; la même méthode scientifique a inspiré ces œuvres remarquables, et, avant d'entrer dans l'analyse des deux volumes qui renferment les *Etudes sur la température*, nous croyons devoir nous arrêter un peu à l'examen de cette méthode, dont Lorain était un des plus zélés défenseurs.

Les doctrines médicales, qui occupaient autrefois une si grande place dans la science, et qui ont passionné tant de générations, n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt rétrospectif; on a compris qu'avant de construire, il fallait rassembler des matériaux solides, et chacun s'est mis à la recherche de faits exacts, précis, sans s'embarrasser de savoir si les faits découverts étaient contraires à telle ou telle doctrine; la physique, la chimie, l'histologie, la physiologie ont prêté leur concours à la clinique, et ont élargi son cercle d'observation. Lorain, un des premiers, s'est efforcé de montrer tous les services que les méthodes nouvelles pouvaient rendre à la médecine, et il a protesté énergiquement contre la routine. « Presque toutes les époques, dans l'histoire connue de l'humanité, ont été plus ou moins marquées, dit-il, par le mépris du plus grand nombre pour les tentatives de réformes. Une fois son siége fait, l'homme assis et pourvu d'une doctrine se défend contre le nouveau. » (*Introduction*, p. 3.) Lorain a été un homme de progrès; l'histologie et la thermométrie ont trouvé en lui un défenseur éloquent et convaincu, à une époque où leur utilité était encore très-contestée, et il a sa part dans la victoire définitive de ces moyens si précieux d'investigation; le médecin qui refuse de se servir du microscope peut être comparé, dit-il, à l'astronome qui refuserait d'examiner les astres autrement qu'à l'œil nu. Mais, tout en accordant une légitime influence aux découvertes de la physiologie, de la physique, de la chimie et de l'histologie, Lorain n'a jamais perdu de vue le but, c'est-à-dire l'étude de la maladie, ou plutôt du malade, et sa méthode n'est, en somme, que celle de nos grands cliniciens, celle de Laënnec et de Louis, rajeunie et complétée par tous les procédés nouveaux d'investigation.

Lorain veut que le médecin ait un langage précis, simple, scientifique. « Substituer, autant que possible, l'objectif au subjectif et réprimer la prolixité du langage, tel est le but que doivent poursuivre aujourd'hui les hommes adonnés à l'étude des sciences d'observation. L'exposé d'un fait doit être court et démonstratif. Plus on parle longuement, plus on risque de se tromper, et l'erreur se multiplie, pour ainsi dire, par le nombre des mots. Il faut, autant que possible, se borner à la description d'un phénomène isolé, le suivre dans son évolution complète, en marquer les phases diverses par des points de repère et recourir aux chiffres et aux figures. Le texte écrit n'est plus que le commentaire de la représentation graphique. » (*Introd.* p. 20.) Les médecins théoriciens et littérateurs trouveront cette loi bien dure, et ils continueront sans doute à cacher sous des fleurs de rhétorique le vague de leurs idées, peu importe; ce qu'il faut, c'est que les hommes des nouvelles générations n'entrent pas dans cette voie mauvaise, et qu'ils se conforment au programme si bien tracé dans l'*Introduction* des *Etudes sur la température*.

Lorain ne s'est pas contenté de prêcher la réforme, il a fait comme ce philosophe de l'antiquité, devant qui on niait le mouvement, il a marché; ses recherches sur le pouls et sur la température montrent la richesse des matériaux qu'il avait su réunir. Au point de vue du style, Lorain s'est également soumis à la règle qu'il avait tracée; sa phrase est simple, sans recherche et sans ornements, et, certes, si Lorain écrit ainsi, c'est de parti pris, car ses élèves et les nombreux auditeurs qui se pressaient à ses cours savent quelles étaient la facilité et la richesse de sa diction.

Le premier volume des *Etudes sur la température* contient : 1° l'analyse des opinions des médecins anciens sur la chaleur et la fièvre; 2° une étude des travaux modernes sur la chaleur animale et sur la fièvre.

Dans la partie historique, Lorain déploie les qualités d'érudition et de critique, qui avaient valu un si légitime succès à son enseignement de l'histoire de la médecine; Hippocrate, Aristote, Celse, Galien, les Arabes, Fernel, Baillou, Harvey, L. Rivière, Sydenham, Stahl, F. Hoffmann, Boerhaave, Haller, Senac, de Haën, Stoll, Cullen, Lavoisier, Hunter, Currie, Hufeland, W. Edwards, Chossat et un grand nombre d'autres moins célèbres sont appelés tour à tour à la barre et viennent donner leur opinion. Il est regrettable que Lorain n'ait pas eu le temps de terminer cet historique qui s'arrête à Chossat, quatre ou cinq pages seulement sont consacrées aux auteurs modernes; les travaux de Gavarret et de H. Roger, qui ont précédé ceux de l'école allemande, méritaient mieux que cela; l'école de Strasbourg, qui, de bonne heure, avait adopté la thermométrie clinique et l'histologie, avait droit aussi à une mention honorable. Ce n'est pas une critique que nous formulons, c'est un regret; il est trop évident que Lorain n'a pas eu le temps de terminer cette partie de son œuvre.

Dans la deuxième partie du premier volume, Lorain étudie successivement : les sources de la chaleur chez l'homme sain, les causes de déperdition, les influences qui font varier la température du corps humain, la résistance à la chaleur et au froid, la répartition de la chaleur dans l'économie, la régularisation de la chaleur à l'état sain et à l'état de maladie, enfin la fièvre. Toutes les recherches expérimentales, toutes les théories relatives à la fièvre sont exposées et analysées avec beaucoup de précision et de méthode; Lorain n'a pas de peine à démontrer la faiblesse de la théorie de Traube, qui attribue la fièvre à une diminution dans la déperdition de la chaleur normale, et il conclut avec Liebermeister que la chaleur fébrile est due à une exagération des combustions; mais, sur la question de savoir comment et pourquoi les combustions sont augmentées, l'auteur ne se prononce pas; cette grande réserve est une nouvelle preuve de son amour pour l'exactitude scientifique. Lorsqu'on a travaillé à fond une question, comme Lorain avait travaillé celle de la chaleur animale et de la fièvre, il est bien difficile de résister au désir de bâtir une théorie à côté des théories de ses devanciers, afin de rappeler aux générations futures qu'on a exploré ces parties de la science, de même que le voyageur aime à inscrire son nom sur les monuments qu'il visite dans des pays lointains.

Parmi les conséquences des hautes températures, Lorain place les dégénérescences que subissent les différents tissus : muscles, foie, reins, etc., dans bon nombre de maladies aiguës. Peut être, dit-il, les hémorrhagies multiples qui s'observent dans les fièvres graves dépendent-elles d'une dégénérescence des petits vaisseaux; l'auteur aurait pu se montrer ici un peu plus affirmatif, car cette dégénérescence des petits vaisseaux a été signalée et décrite dès 1871. Ces dégénérescences, qui ont été confondues à tort, par quelques auteurs

© BIU Santé

avec des lésions inflammatoires, ne dépendent pas seulement de l'élévation de la température du corps, on les a rencontrées dans des maladies apyrétiques comme la diphthérie et dans des formes latentes de la fièvre typhoïde; aussi, tout en admettant avec Liebermeister et Lorain que la chaleur fébrile a un rôle dans leur pathogénie, il faut reconnaître qu'un rôle plus important encore revient à la dénutrition rapide, qui est la conséquence des maladies aiguës graves.

Le deuxième volume est consacré à l'étude de la température dans chaque maladie en particulier; 200 figures d'une netteté parfaite sont consacrées à la reproduction de tracés sphygmographiques ou thermométriques. La fièvre intermittente, la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, les accidents de la puerpéralité, la pneumonie et la pleurésie, le rhumatisme articulaire aigu sont étudiés avec le plus grand soin, au point de vue de l'évolution de la fièvre; l'espace nous manque pour analyser chacun de ces chapitres, nous devrons nous borner à énumérer les principaux points qui sont traités dans quelques-uns d'entre eux; le lecteur pourra ainsi se faire une idée du grand nombre de questions qui sont agitées dans cet ouvrage et toujours élucidées sinon résolues.

Dans les chapitres relatifs à la fièvre typhoïde, Lorain étudie successivement: 1° la marche de la température dans la fièvre typhoïde régulière et à ce sujet il insiste avec raison sur l'importance pronostique de l'étendue des oscillations; 2° les rapports du pouls et de la température; 3° l'influence de la congestion pulmonaire dans les formes adynamiques de la maladie, dans les formes bénignes, dans le décours de la maladie; 4° l'influence de la pneumonie lobulaire; 5° l'influence des accidents méningitiques; 6° l'influence des hémorrhagies; 7° l'influence de la péritonite; 8° l'influence des suppurations (parotidite, abcès, furoncles) des gangrènes, etc...; 9° la fièvre typhoïde doublée ou récidivée; 10° les modifications apportées au poids des malades; 11° enfin la typhoïdette ou fièvre typhoïde abortive.

L'existence de la fièvre typhoïde abortive n'est plus douteuse aujourd'hui; l'évolution de la fièvre, la défervescence lente par oscillations descendantes, la diarrhée, la douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, la présence des taches rosées, tout enfin semble prouver que ces fièvres légères, qui étaient décrites autrefois sous les noms de *fièvres muqueuses* ou de *synoques* et dont la durée ne dépasse pas 8 à 10 jours, doivent être annexées, en grande partie du moins, à l'histoire de la fièvre typhoïde. Lorsqu'un malade qui vient de terminer une de ces fièvres légères succombe par hasard on peut s'assurer qu'il existe chez lui des lésions des plaques de Peyer, ainsi que nous avons pu le faire récemment. La connaissance de ces formes abortives de la fièvre typhoïde est très-importante; on s'explique ainsi l'immunité pour la fièvre typhoïde d'un grand nombre d'habitants des grandes villes qui n'ont jamais été atteints, disent-ils, de fièvre typhoïde (pour le public et pour un grand nombre de médecins, la fièvre typhoïde est toujours une maladie longue et grave), mais qui ont eu des fièvres muqueuses ou de prétendues synoques auxquelles ils n'ont attribué aucune importance. L'introduction de ces cas légers dans les statistiques permet, en outre, de comprendre les divergences qui existent entre les chiffres de mortalité fournis par les auteurs. La mortalité de la fièvre typhoïde qui, du temps de Louis, était de 36 pour 100 n'est plus aujourd'hui d'après les statistiques d'un grand nombre d'observateurs que de 7 à 8 pour 100. La fièvre typhoïde est-elle devenue moins grave ou bien faut-il faire honneur de ce résultat aux nouvelles méthodes thérapeutiques? La principale cause de ces différences nous paraît résider dans ce fait que bon nombre de médecins font aujourd'hui rentrer dans leurs statistiques les fièvres typhoïdes abortives qui en étaient exclues au temps de Louis. Lorain a été bien inspiré en faisant une place à la typhoïdette, nous regrettons même qu'il ne l'ait pas faite un peu plus grande.

A propos de la puerpéralité l'auteur étudie successivement: 1° la température pendant et après l'accouchement normal; 2° l'influence des accidents traumatiques; 3° les hémorrhagies puerpérales; 4° l'éclampsie; 5° la péritonite puerpérale; 6° la miliaire puerpérale; 7° la méningite puerpérale; 8° le rhumatisme puerpéral; 9° les maladies intercurrentes; 10° les accidents puerpéraux chez les nouveau-nés. Dans son dernier ouvrage, Lorain confirme ainsi et complète les recherches sur *la fièvre puerpérale chez la femme et le nouveau-né* qui avaient fait l'objet de sa thèse inaugurale.

La dernière partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude des médications antipyrétiques: émissions sanguines, digitale, sulfate de quinine, alcool, bains froids. Lorain apprécie très-bien cette dernière méthode si discutée depuis quelque années; tout en s'efforçant de montrer les heureux effets que peuvent produire les bains froids dans certaines formes graves des fièvres, il ne dissimule pas les dangers de leur emploi. Chez le fébricitant comme chez l'homme sain, il y a, dit-il, une certaine régulation entre la production de chaleur et la dépense, il en résulte que le premier effet de l'application du froid sur le corps du malade atteint de fièvre, est d'augmenter la production de la chaleur; c'est seulement en agissant *énergiquement* qu'on arrive à vaincre la puissance régulatrice au profit de l'abaissement de température du corps. Chez les fébricitants traités par les bains froids il arrive souvent, en effet, que chaque bain est suivi d'une réaction très-vive pendant laquelle la température s'élève rapidement au même degré qu'avant le bain ou même à un degré plus élevé, de sorte que si les bains sont employés avec timidité et à de trop longs intervalles, ils font plus de mal que de bien. La question nous paraît jugée aujourd'hui: les bains froids constituent une médication héroïque dans certaines maladies hyperpyrétiques, comme la scarlatine, le rhumatisme cérébral, quelques formes graves de la fièvre typhoïde, mais cette médication est difficile à manier et dangereuse lorsqu'elle est mal employée; en somme, il s'agit d'une méthode d'exception dont on a voulu faire à tort une méthode générale.

Les *Etudes sur la température* ont été imprimées à l'Imprimerie Nationale avec un véritable luxe; une très-belle eau-forte placée en tête de l'ouvrage reproduit exactement les traits de Lorain. M. Brouardel, sous la direction duquel la publication a été faite, s'est acquitté de sa tâche délicate avec autant de soin que de bonheur; dans une notice biographique, il a retracé avec émotion la vie de celui qui fut son maître et son ami. Avoir formé de tels élèves, c'est pour Lorain un nouveau titre de gloire. A. LAVERAN.

VARIA

Eloge de Nélaton; par J. BÉCLARD.

Il est des hommes, trop négligés de leur vivant, qui, plus sensibles aux suffrages du petit nombre que soucieux des applaudissements de la foule, ont besoin qu'on réclame après leur mort contre l'indifférence des contemporains. Il faut pour les mettre en lumière, il faut pour les sauver de l'oubli, pénétrer jusqu'à eux, et les tirer de l'ombre dont ils aimaient à s'entourer. C'est un soin que nous n'aurons pas à prendre pour l'éminent chirurgien dont nous avons à vous entretenir aujourd'hui.

Certes on ne saurait lui reprocher de s'être trop attaché à la recherche de l'opinion des autres; toujours, au contraire, il y parut indifférent, et jamais on ne le vit rien faire pour elle. Mais aussi, que d'heureuses qualités! L'amour du travail soutenu par une ferme volonté, une maturité précoce, un jugement sûr, beaucoup de finesse unie à un rare bon sens, et ce don de nature, désirable entre tous et qu'on ne saurait acquérir, le charme personnel. Ajoutez à cela des circonstances propices, rendues plus favorables encore par sa prudence et sa modération.

Dès son entrée dans la carrière on le vit s'avancer d'un pas égal, sans se reposer ni s'arrêter un instant, s'élever chaque jour davantage, gravir successivement tous les degrés du succès, pour apparaître enfin au sommet de la chirurgie française contemporaine et conquérir une de ces réputations que ne retiennent plus aujourd'hui le temps ni la distance, et que nos pères ne connaissaient pas.

Auguste Nélaton naquit à Paris le 17 juin 1807. Il était le second fils d'Alexandre-François Nélaton, tapissier, et de Ma-

© BIU Santé

rie-Louise Lauriau, fille d'un marchand de la rue Saint-Denis. Peu après la naissance de son fils Auguste, M. Nélaton était entré au service de l'administration militaire. En 1811, à l'époque de la campagne de Russie, il dut suivre l'armée, laissant à Saint-Omer, où il résidait alors, sa femme et ses enfants qu'il ne devait plus revoir. D'abord les nouvelles se succédèrent régulièrement, bientôt elles devinrent plus rares ; puis elles cessèrent tout à fait.

Les ressources de la famille s'épuisèrent rapidement ; les jours difficiles arrivèrent. Mais madame Nélaton n'était pas de celles qui se laissent abattre : elle prit l'aiguille, et grâce à son énergie et à son adresse, le modeste logis ne manqua de rien. Heureux les fils de ces femmes courageuses dont les braves exemples mettent au cœur de l'enfant, avec l'amour de leur mère, le sentiment du devoir et le respect du travail.

Quand Madame Nélaton revint à Paris, en 1821, la situation était devenue meilleure. Le jeune Auguste fut placé dans une institution. Il y obtint toutes ces petites distinctions si flatteuses pour la jeunesse, gages ordinaires de succès plus sérieux. C'est là qu'il fit la connaissance d'un maître répétiteur qui devait être un médecin distingué et s'asseoir plus tard, comme son élève, dans une des chaires de la Faculté. Ce maître, peu fortuné, c'était M. Requin, alors étudiant en médecine et dont les conseils décidèrent probablement de son avenir.

En 1828, ayant terminé ses études, Auguste Nélaton se fit inscrire à la Faculté de médecine. « Claude Bourdelin, dit Fontenelle dans ses *Eloges*, était né avec un bien fort honnête et il pouvait vivre commodément, quoique tout le monde fût en bonne santé. » Grand helléniste pour son temps, le médecin de la duchesse de Bourgogne fut en effet plus occupé à traduire Pindare qu'à soigner des malades. S'il est des privilégiés qui peuvent vivre pour travailler, d'autres, moins favorisés, doivent travailler pour vivre. Le jeune Nélaton savait du grec ce qu'on en sait quand on sort du collége ; en revanche, les souvenirs de son enfance avaient laissé dans son esprit de profitables leçons, et il connaissait le prix du temps.

Deux années s'étaient à peine écoulées qu'il était admis en qualité d'externe dans le service de Dupuytren. Sorti vainqueur, bientôt après, du concours de l'internat, il eut l'heureuse fortune de rencontrer tout d'abord un chef aussi sensé que modeste, M. Baffos, qui, pénétré de cette pensée que l'expérience qu'on acquiert par soi-même, est le meilleur des enseignements, se reposait sur ses élèves de tout ce qu'il pouvait leur abandonner.

Notre nouvel interne n'eut garde de laisser échapper l'occasion qui se présentait. Réservé aux maladies de l'enfance, l'asile auquel il était attaché lui offrait un vaste champ de recherches. C'est là qu'il recueillit les matériaux de sa thèse inaugurale. Faite d'après nature, cette étude sur les tubercules des os fut très-remarquée et méritait de l'être. Pour la première fois, ce mal redoutable était recherché dans toutes les parties du système osseux et nettement distingué de la scrofule.

A cette époque, Dupuytren, depuis longtemps considéré comme le plus grand, exerçait autour de lui un prestige sans égal. Le rêve de la jeunesse était de l'approcher, de s'attacher à lui ; on ambitionnait d'être compté au nombre de ses disciples ; longtemps à l'avance cette faveur était recherchée. Momentanément éloigné de l'Hôtel-Dieu, M. Nélaton n'avait pas cessé de suivre les leçons du maître et il aspirait au moment où il rentrerait dans le service du grand chirurgien. Dans les premiers jours de 1835, il y rentrait en effet, mais Dupuytren n'était plus là. Depuis quelque temps, la maladie l'avait éloigné, et il ne devait plus reparaître. Un mois plus tard, le 8 février, il succombait à l'âge de 58 ans.

Au milieu de la vaillante élite de nos écoles les mérites s'estiment à leur juste valeur. M. Nélaton commençait à compter ; on l'écoutait volontiers, on prisait son savoir, son suffrage était recherché. Point de ces allures superbes, compagnes habituelles de l'inexpérience présomptueuse, mais un maintien modeste dont la réserve n'excluait ni la fermeté ni l'assurance. La sympathie de tous allait droit à lui. « A la salle de garde de l'Hôtel-Dieu, dit M. Diday, dans de charmantes pages dictées par le souvenir des premières amitiés, au milieu des futurs grands hommes qui du soir au matin s'affirmaient, dans cet entresol légendaire, toujours l'entrée d'Auguste faisait sensation. On se sentait attiré vers ce doux jeune homme par je ne sais quel charme mélangé de respect. »

L'ancien Hôtel-Dieu dont parle M. Diday, et avec l'hôpital, cette salle obscure, hantée par le travail et l'espérance, n'existent plus qu'en souvenir ; mais dans le nouveau sanctuaire, aujourd'hui comme autrefois, veille toujours une jeunesse courageuse et fière.

L'année 1839 fut une heureuse année. A la suite d'un double concours, M. Nélaton était nommé agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux. Il avait alors trente-deux ans. Les succès ont à cet âge un charme inexprimable, soit qu'on les ressente d'une manière plus vive, soit que l'imagination embellisse le présent par la promesse d'un avenir plus brillant encore. « Les premiers feux de l'aurore, a dit Vauvenargues, ne sont pas plus éclatants ni plus doux que les premiers rayons de la gloire. »

La réputation de M. Nélaton commençait à se répandre au dehors : cependant il s'appartenait encore. Il y eut une période d'environ dix années, la plus fructueuse peut-être de sa carrière scientifique, pendant laquelle, grâce à une existence sagement réglée, il vécut en commerce assidu avec la science, put donner de longues heures au travail, apprendre beaucoup et beaucoup préparer pour l'avenir. C'est à cette époque qu'il conçut la pensée d'attacher son nom à une œuvre de longue haleine et qu'il entreprit la publication du *Traité de pathologie chirurgicale* dont il ne devait composer lui-même que les deux premiers volumes.

En 1850, il prit part au concours pour la chaire de médecine opératoire qui donna M. Malgaigne à la Faculté. L'année suivante eut lieu la lutte décisive à la suite de laquelle il entrait en possession de la chaire de clinique chirurgicale, sur laquelle son enseignement devait jeter un si vif éclat.

La chirurgie française, sortie de l'ombre vers 1360 avec Guy de Chauliac, n'était plus, depuis près de deux cents ans, qu'un métier délaissé par les docteurs lettrés, quand parut notre grand Ambroise Paré, et ce n'est que longtemps après qu'on vit surgir de nouveau deux hommes de premier ordre, J.-L. Petit et Desault. A eux deux ils remplissent le XVIIIe siècle comme Dupuytren remplit le commencement du nôtre. Héritier, après Antoine Dubois et Boyer, des traditions de l'art français, élevé à l'école de Hunter et de Bichat, expérimentateur à une époque où la physiologie avait à peine cessé d'être spéculative, admirablement doué pour l'enseignement, Dupuytren était, en peu d'années devenu le premier chirurgien de son temps.

Dans l'impulsion nouvelle qu'imprimaient à la chirurgie ses mains habiles et savantes, la technique opératoire tenait toujours la première place. Également recherchée par l'opérateur et par l'opéré, la rapidité dans l'exécution s'imposait comme une nécessité. Le succès était aux chirurgiens brillants ; il n'était bruit que de leur élégance, et cette recherche les poussait aux entreprises audacieuses et téméraires. Mais cette dextérité dans l'œuvre de la main, fort estimée et fort estimable, surtout à l'époque où le médecin ne s'était pas encore rendu maître de la douleur, n'est en réalité qu'une qualité seconde, et la chirurgie n'est devenue une véritable science que le jour où, sortant de l'officine des adroits barbiers, elle a dépassé les limites de son étymologie.

Des services que peut rendre la chirurgie, l'opération n'est pas le plus grand. Le domaine opératoire n'est qu'une servitude fatale que la science s'efforce de resserrer sans cesse et auquel elle enlève chaque jour quelque chose. Chercher à s'affranchir d'un sanglant tribut, être de plus en plus médecin, chirurgien de moins en moins et rendre l'opération inutile, tel est le but. Alors même qu'il n'est pas donné au chirurgien de l'atteindre, il y doit tendre toujours.

Profondément pénétrée et comme imprégnée de cette vérité, la chirurgie contemporaine la résume en un seul mot : conserver. Telle est la devise du progrès. Dire des chirurgiens français de nos jours, qu'ils ont contribué plus que personne à cette évolution nouvelle, n'est-ce pas le plus bel éloge qu'on

© BIU Santé

en puisse faire? Si nous n'avions le devoir d'être modestes, volontiers nous dirions d'eux ce que disait Cicéron des Italiens de son temps : « Le peuple Romain est le plus grand des peuples, car chaque nation se donne le premier rang et accorde toujours le second aux Romains. »

Chacun le sait, M. Nélaton l'a dit lui-même, le traité de chirurgie qui porte son nom et dont il avait commencé la publication, fut continué et terminé par ses élèves. Pour le bien connaître, pour le juger comme il doit l'être, il faut le suivre sur un autre théâtre.

De bonne heure son goût l'avait incliné vers le côté pratique de la science. Dans ses conférences cliniques de Saint-Louis s'étaient révélées de rares qualités, et il était aisé de prévoir ce qu'il serait un jour. (*A suivre.*)

Règlement concernant les laboratoires des cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, arrête:

TITRE PREMIER. — *Personnel et attributions.*

Article premier. — Les laboratoires des cliniques médicale et chirurgicale sont institués pour faire les recherches microscopiques, chimiques, physiologiques et physiques nécessaires à l'enseignement clinique.

Art. 2. — Le personnel comprend : un chef de laboratoire; un chef-adjoint chargé des travaux chimiques; deux aides de laboratoire attachés spécialement, l'un à la clinique médicale, l'autre à la clinique chirurgicale. Ces fonctionnaires sont nommés par le ministre pour trois ans, après avis de la Faculté, et les professeurs de clinique intéressés spécialement entendus. Les fonctions de chef de laboratoire sont incompatibles avec celles de médecin ou de chirurgien titulaire des hôpitaux. Cette disposition n'aura pas toutefois d'effet rétroactif.

Art. 3. — Le chef de laboratoire est chargé de faire, avec l'assistance des aides du laboratoire, toutes les recherches anatomiques et histologiques réclamées par les professeurs de clinique. Il inscrit et catalogue sur un registre spécial, et chacune avec son numéro, toutes les pièces qui lui sont soumises. Il y consigne en détail les résultats des examens histologiques. Il place le registre sous les yeux des professeurs toutes les fois que ceux-ci lui en font la demande. Il tient également ce registre à la disposition du professeur d'anatomie pathologique de la Faculté à qui il communique les pièces anatomiques jugées utiles à son enseignement.

Art. 4. — Les autopsies sont faites et dirigées, après observation des formalités règlementaires, par les professeurs de clinique qui réclament, dans la mesure qu'ils jugent convenable, l'assistance du chef de laboratoire et de ses aides.

Art. 5. — L'exploration et l'analyse chimique des liquides provenant des services de clinique sont faites par le chef-adjoint du laboratoire chargé des travaux chimiques, lequel inscrit et catalogue le résultat de ses recherches sur un registre spécial tenu à la disposition des professeurs de clinique.

Art. 6. — Le chef de laboratoire, le chef-adjoint et les deux aides doivent se trouver au laboratoire de 8 heures 1/2 du matin à 11 heures, tous les jours, excepté le dimanche, sauf les cas où leur présence est réclamée pour une autopsie ou pour une leçon des professeurs. Ils doivent tenir prêtes les préparations pour l'examen desquelles les professeurs se transporteraient au laboratoire ou dont ils demanderaient l'envoi à l'amphithéâtre de leçons. Sur la demande des professeurs, le chef du laboratoire et le chef-adjoint pour les travaux chimiques pourront être appelés à donner à l'amphithéâtre, devant les élèves la démonstration de leurs préparations.

Art. 7. — Le chef de laboratoire et le chef-adjoint pour les travaux chimiques, sont autorisés, en outre, à recevoir les pièces anatomiques et les liquides provenant des autres services de l'hôpital ou des hôpitaux voisins et à les soumettre, après la préparation nécessaire, à l'examen des chefs de service qui en feraient la demande. Les pièces ou liquides ainsi communiqués devront être nécessairement accompagnés d'une observation ou d'une note.

Art. 8. — Le personnel des gens de service se compose de deux garçons, l'un pour les travaux anatomiques, l'autre pour les travaux chimiques. Ils sont subordonnés au chef du laboratoire, proposés par lui et révocables sur sa demande.

TITRE II. — *Matériel.*

Art. 9. — Le chef de laboratoire et le chef-adjoint pour les travaux chimiques, ont chacun un cabinet particulier, dans lequel sont conservés les instruments, appareils, livres et collections du laboratoire.

Art. 10. — Chacun des professeurs de clinique a pour ses recherches personnelles un cabinet particulier.

Art. 11. — Un cabinet spécial est réservé pour les autres chefs de service de l'hôpital.

Art. 12. — Le chef de laboratoire signe l'inventaire et veille à la conservation des instruments et appareils. Il signe en se renfermant strictement dans les limites du crédit attribué au laboratoire, les bons de réparation et de renouvellement des objets nécessaires au fonctionnement du service. Il est responsable du matériel.

TITRE III. — *Conférences, travaux pratiques dans l'après-midi.*

Art. 13. — Le laboratoire est ouvert tous les jours, de midi à 4 heures en hiver, de midi à 5 heures en été.

Art. 14. — Le chef de laboratoire et le chef-adjoint et les aides exercent, aux heures susdites (pas le matin) les élèves aux travaux pratiques d'histologie et de chimie, et ils font des conférences ou leçons de démonstration.

Art. 15. — Les élèves qui voudront suivre les conférences et les travaux pratiques, seront admis dans l'hôpital sur la présentation d'une carte signée par M. le doyen de la Faculté et contresignée par le chef du laboratoire et le directeur de l'hôpital.

Art. 16. — Il ne sera pas admis plus de 20 élèves aux exercices pratiques, ces élèves devront se munir des instruments nécessaires à leurs travaux personnels.

Art. 17. — Les élèves admis dans les laboratoires sont expressément tenus de se soumettre aux instructions données par le chef du laboratoire pour l'organisation et la direction des travaux. Ils sont également tenus de se conformer à toutes les dispositions d'ordre intérieur prescrites par le règlement de l'hôpital. *Signé* : BARDOUX.

Fait à Paris, le 21 mars 1878.

Pour ampliation : Le conseiller d'Etat, directeur de l'enseignement supérieur. *Signé* : DU MESNIL.

Vu : le doyen, *Signé* : A. VULPIAN.

Pour copie conforme : Le secrétaire de la Faculté. *Signé* : A. PINET.

Internat de Lyon.

CONCOURS POUR L'INTERNAT. — Le Conseil général d'administration des hospices civils de Lyon donne avis que, le lundi 14 octobre 1878, à 8 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de *douze élèves internes* et d'un nombre d'*élèves internes provisoires* à fixer au moment du concours, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux et les hospices de Lyon et de Saint-Etienne.

Ce concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu, devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical ; il comprendra quatre séances. Le temps accordé, pour traiter les questions orales et les questions écrites, sera fixé par le jury. Première séance : 1° Préparation anatomique ; 2° question d'anatomie et de physiologie, à traiter de vive voix. — Deuxième séance : Question de pathologie chirurgicale, à traiter par écrit. — Troisième séance : Question de pathologie médicale, à traiter par écrit. — Quatrième séance : 1° Opération de petite chirurgie ; 2° trois questions dites de garde, à traiter de vive voix : chirurgie, médecine, pathologie spéciale : accouchement, aliénation mentale, syphilis, maladies de la peau.

Si le nombre des candidats était plus considérable que le triple des places à donner, les épreuves du premier jour pourraient, sur l'avis du jury, être considérées comme épreuves d'admissibilité ensuite desquelles un classement serait établi. Ne seraient alors admis à subir les épreuves des deuxième, troisième et quatrième séances que ceux des candidats qui occuperaient les premiers rangs, jusqu'au numéro déterminé par le nombre triple de celui des places à donner. Si, enfin, le nombre des candidats se présentant le premier jour était tel que tous ne puissent subir l'épreuve le même jour, ils pourraient être divisés en plusieurs séries qui subiraient successivement les épreuves d'admissibilité.

Conditions d'admission au concours. — Les candidats devront :

1° Se faire inscrire à l'Administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 44; le registre d'inscription sera clos le mardi 8 octobre à 4 heures; 2° déposer un certificat de bonnes vies et mœurs, délivré récemment ; 3° justifier de huit inscriptions prises pour le doctorat en médecine ; 4° avoir rempli, à la satisfaction de l'administration pendant un an, au moins les fonctions d'élève externe, si le candidat est élève de la Faculté de Lyon. S'il appartient à une autre Faculté ou à une Ecole de médecine, justifier qu'il a rempli, à la suite d'une nomination au concours et pendant un an, soit les fonctions d'élève externe des hôpitaux de Paris, soit les fonctions d'élève interne dans un hôpital ; 5° avoir satisfait à la loi militaire, ou justifier de dispenses définitives.

Service et traitement. — Les douze premiers candidats nommés rempliront pendant quatre ans, à partir du 1er novembre 1878, les fonctions d'élèves internes dans les établissements des administrations des hospices de Lyon et de Saint-Etienne. Les autres candidats nommés seront élèves internes provisoires. Leurs fonctions dureront un an, à partir de la même époque.

Sur les douze élèves internes définitifs, trois seulement seront immédiatement pourvus d'un service; les neuf autres, bien que définitifs, seront chargés des suppléances, et ne jouiront du traitement et des avantages accordés aux élèves internes que pendant la durée des suppléances qu'ils feront.

Les élèves internes nommés, soit à titre définitif, soit à titre provisoire, seront tenus de se conformer aux règlements actuels relatifs aux élèves internés et à ceux que le conseil pourrait établir. Les élèves internes seront logés et nourris dans les établissements auxquels ils seront attachés. Ils recevront, en outre, à titre de traitement annuel, savoir : les internes de l'Hôtel-Dieu, de l'Hôpital de la Croix-Rousse, des hospices de la Charité et de

© BIU Santé

l'Antiquaille, 260 fr.; ceux de l'hospice du Perron et de l'asile Sainte-Eugénie, 400 fr.

L'administration se réserve le droit de ne nourrir et loger les élèves internes de l'Hôtel-Dieu et des hospices de la Charité et de l'Antiquaille, que pendant leur jour de garde; dans ce cas, leur traitement annuel sera de 560 francs pour la première et la deuxième année, de 750 fr. pour la troisième, et de 850 pour la quatrième. Les élèves internes, attachés aux hôpitaux de Saint-Etienne, recevront un traitement annuel de 1,500 fr.; mais ils ne seront logés et nourris que les jours où ils seront de garde. Les internes provisoires jouiront du traitement et des avantages réservés aux internes dont ils feront le service.

Le prix de la fondation Amédée Bonnet (une trousse d'honneur) sera décerné, en séance publique, au candidat qui obtiendra le premier rang sur la liste des élèves internes nommés à la suite du concours.

Licence et doctorat ès-sciences.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, vu l'arrêté du 5 novembre 1877, vu l'avis du comité consultatif de l'enseignement public, arrête :

Article premier. — Les candidats aux bourses de licence ès-sciences subiront, le 28 juin courant, les épreuves écrites et orales aux siéges des Facultés des sciences. Les épreuves auront lieu, pour les candidats aux bourses de licence ès-lettres, le 1er juillet prochain, au siége des Facultés des lettres.

Art. 2. — Les épreuves du concours pour les bourses de doctorat ès sciences et de doctorat ès lettres auront lieu à la Sorbonne le 10 juillet. Elles seront subies devant un jury spécial nommé par le ministre, et comprendront :

Pour la section des lettres : Le commentaire d'auteurs grecs et latins ou de textes d'ancien français indiqués par le jury.

Pour la section des sciences : 1° Soit la solution d'une question de mathématiques portant sur les matières du programme de la licence; soit la reproduction et l'explication d'une expérience de cours; soit une épreuve portant sur l'anatomie animale et végétale ou sur la géologie et la paléontologie. Il sera accordé aux candidats deux heures de préparation pour les diverses épreuves sous la surveillance d'un membre du jury désigné par le président. La durée de l'épreuve elle-même est d'une demi-heure. 2° L'appréciation des titres antérieurs des candidats.

Art. 3. — Sont et demeurent abrogés les articles 3, 4 et 7 de l'arrêté susvisé du 5 novembre 1877. A. Bardoux.

Fait à Paris, le 7 juin 1878.

La gymnastique en France.

Les 9 et 10 juin a eu lieu, au Jardin des Tuileries, la quatrième fête fédérale de l'Union des sociétés de gymnastique de France. Cent sociétés environ comptant de 1,000 à 1,200 membres, ont exécuté devant un public nombreux des exercices remarquables par leur précision et leur vigueur. Nous ne pouvons qu'applaudir à cette fête que nous voudrions voir se renouveler plus fréquemment. La gymnastique est trop négligée en France et nous désirerions qu'elle passât dans nos habitudes. Il serait bon que dès leur jeunesse nos enfants soient envoyés régulièrement aux gymnases. Ils en ressentiraient les meilleurs effets. D'autre part, par des exercices méthodiques, des mouvements d'ensemble, etc., ils deviendraient des jeunes gens robustes, rompus à la fatigue, sur lesquels le pays pourrait compter en cas de besoin.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Du 10 au 15 juin 1878. — 311. M. Pelan : Etude clinique sur la phthisie laryngée. — 312. M. Lavieille : Du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants et de son traitement par le salycilate de soude. — 313. M. Allais : De l'anesthésie dans le croup. — 314. M. Ardouin : Coup d'œil sur l'histoire de l'électro-thérapie. — 315. M. Félissent : De quelques accidents consécutifs aux explorations vaginales. — 316. M. Boyt : Du traitement des brûlures par le pansement phéniqué. — 317. M. Coulon : De la nostalgie. — 318. M. Magne : Des paralysies diphthéritiques. — M. Foucher : De la rotation de la tête dans les positions occipito-postérieures. — 319. M. Roger : Signes, diagnostic et terminaison du cancer du pylore.

The Brain : A journal of Neurology, édité par J.-C. Bucknill, Crichton Browne, D. Ferrier, Hughlings Jackson.

Le *premier numéro* qui vient de paraître à Londres (librairie Macmillan), contient les articles originaux qui suivent : Notes sur les symptômes et la signification des différents états de la pupille, par J. Hutchinson ; — Des sentiments moteurs et des sens musculaire, par G.-H. Lowes ; — Sur le rôle de la dure-mère et de ses nerfs dans les traumatismes cérébraux par Durel ; — De quelques symptômes des maladies organiques du cerveau, par Gowers ; — De la culture hâtive du cerveau par Cl. Allbutt ; — Sur la structure comparative de l'écorce cérébrale, par Bevan Lewis ; — Sur la topographie du crâne, par Crochley Clapham. Enfin ce numéro renferme des études critiques, cliniques et des extraits des journaux, revue trimestrielle.

Transmission de la syphilis par le tatouage.

Sous ce titre : *Un moyen peu connu d'inoculation de la syphilis*, le *Lyon médical* (n° 18), nous annonce « qu'on vient d'arrêter en Pensylvanie un vagabond qui avait donné la syphilis à un grand nombre d'ouvriers. Son industrie consistait à faire des tatouages ; et, comme les aiguilles doivent être mouillées de temps en temps, il les humectait avec sa salive, et sa bouche était pleine d'ulcérations spécifiques. » Ces renseignements sont malheureusement trop brefs ; aussi quelque réel que soit leur intérêt, nous regrettons qu'ils n'aient reçu aucune interprétation scientifique. Ce fait, rapproché d'une observation semblable, que notre collaborateur A. Josias, interne des hôpitaux, a publiée l'année dernière dans le numéro 11 du *Progrès*, eût pu alors fournir quelques données nouvelles sur l'étiologie, l'incubation et la cicatrisation des chancres extra-génitaux.

20. Caféine employée comme diurétique.

M. le professeur Gübler considère la caféine et d'autres alcaloïdes qui lui sont analogues, la théine, la menthéine, etc., par exemple, comme d'excellents diurétiques, agissant très rapidement et utiles surtout chez les malades qui ne peuvent plus tolérer d'autres médicaments. Ces alcaloïdes s'emploient à la dose de 25 à 50 centigrammes par jour. Voici la formule que M. Gübler emploie habituellement, et qu'il a communiquée à la Société de thérapeutique :

Caféine (ou théine ou menthéine).....	50 centig.
Sirop de menthe.....	30 grammes.
Hydrolat de mélisse.....	80 —

(*Journal de médecine et de chirurgie*).

Enseignement médical libre.

Avis. — MM. les docteurs qui désirent faire des cours à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine pendant le premier semestre de l'année scolaire 1878-79, doivent en faire la demande avant le 15 juillet prochain. Cette demande doit être remise au doyen de la Faculté qui la transmettra à M. le Ministre de l'Instruction publique après délibération de la Faculté.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Pinard commenceront le samedi 15 juin; la seconde partie de leur cours. Elle comprendra : 1° Dystocie, opérations; 2° Exercices pratiques. S'adresser 29, rue Monsieur-le-Prince.

NOUVELLES

Médecins militaires. — Hopitaux thermaux. — Le personnel médical et pharmaceutique des hôpitaux thermaux est arrêté de la manière suivante, pour l'année 1878 :

Hôpital de Bourbonne. — MM. Reeb et Dauvé, médecins principaux de 2e classe ; Doin, médecin-major de 1re classe ; Bedoin, médecin-major de 2e classe; Moine, Boiland et Charpentier, médecins aides-majors de 1re classe; Hernus, médecin aide-major de 2e classe ; Delcusse, pharmacien-major de 1re classe.

Hôpital de Vichy. — MM. Bintot, médecin principal de 1re classe; Mourton et Derazey, médecins-majors de 1re classe ; Chappuis, médecin aide-major de 2e classe ; Puig, pharmacien aide-major de 1re classe.

Hôpital de Barèges. MM. Armieux, médecin principal de 1re classe; Giard, médecin-major de 1re classe ; Pau de Saint-Martin, médecin-major de 2e classe ; Bergounioux, médecin aide-major de 1re classe ; Roux et Simon (P.-P.), médecins aides-majors de 2e classe, Boué, pharmacien-major de 2e classe.

Hôpital de Bourbon-l'Archambault. — MM. Pallé, médecin-major de 1re classe ; Phisalex, médecin aide-major de 2e classe.

Hôpital de Guagno. — M. Costa, médecin principal de 2e classe.

Nécrologie. — M. Pinel (Jacques), officier de santé à Asnières, où il exerçait la médecine depuis plus de 40 ans, est mort dans cette localité le 18 mai. (*France médicale.*)

La Société de médecine légale de France, qui est reconnue d'utilité publique et qui tient, comme on sait, ses séances au Palais-de-Justice, a décidé qu'elle aurait cette année, à l'occasion de l'Exposition universelle, une session extraordinaire dans laquelle pourront être traitées toutes les questions afférentes à la médecine légale. La Société n'a pas voulu arrêter de programme, laissant le choix des questions à traiter à l'initiative de chacun de ses membres, mais elle a indiqué un certain nombre de questions qui lui paraissent plus particulièrement dignes d'attirer l'attention. Les communications des personnes étrangères à la Société seront également acceptées

© BIU Santé

à la condition qu'elles consisteront en de simples lectures et que le manuscrit sera déposé à l'avance au secrétariat général. Les séances de cette session auront lieu les lundi 12, mardi 13 et mercredi 14 août 1878.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, aide-naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche 16 juin 1878, à Vitry-sur-Seine, Chevilly et Fresnes. On se réunira à la gare d'Orléans où l'on prendra à 10 heures 30 du matin, le train partant pour Vitry.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de physique appliquée aux sciences naturelles.* — M. E. BECQUEREL, professeur, membre de l'Académie des sciences, a ouvert ce cours le mercredi 12 juin 1878, à 1 heure, dans le grand amphithéâtre. Il le continuera les vendredis, lundis et mercredis de chaque semaine à la même heure. Le professeur traitera de l'électricité dans ses rapports avec les phénomènes physiques, chimiques, atmosphériques, géologiques et s'occupera spécialement de l'électro-chimie.

HERBORISATIONS. — M. BUREAU, professeur au Muséum, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 16 juin 1878, à Saint-Léger. Rendez-vous à la gare du Perray par le train qui part de Paris (gare Montparnasse), à 8 heures du matin.

VACANCES MÉDICALES. — A céder une clientèle de médecin dans le midi. Village de 1,200 habitants, population du canton, 4,000 âmes. A 28 kil. de Toulouse et à 8 kilom. d'une station de chemin de fer. Gain de l'année moyenne 5,000 fr. On céderait l'installation complète. S'adresser à M. Dardenne, au Lherm, par Muret (Haute-Garonne). — Demande de médecin à Bussy-en-Othe, canton de Brienon, arrondissement de Joigny (Yonne). S'adresser à M. Mercier Charles, négociant en bois à Bussy-en-Othe. — Bonne clientèle à céder dans une ville de province pour cause de maladie. Recettes, environ 12,000 francs. S'adresser au secrétariat de la Faculté. — On demande un docteur médecin à Montmirail (Sarthe). Hôpital dont le docteur sera médecin. S'adresser à M. Barbay, à Montmirail. — A prendre immédiatement après décès d'un docteur en médecine, une belle clientèle de médecin, de chirurgien et de pharmacien. S'adresser au secrétariat de la Faculté ou à Mme veuve Durand de la Bregère, Bath's Street Jersey (Angleterre). — Demande de médecin pour la commune de Fresneaux-Montchevreuil (Oise). Au centre d'une population agricole et industrielle au moins de 4,000 habitants. S'adresser au maire de la localité.

En vente aux Bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à 5 heures.

RICHER (R.). Feuilles d'autopsie pour l'étude des localisations cérébrales, *quinze dessins*. — Prix : 75 c.; pour les abonnés du *Progrès*, 60 c.

SCHÉMAS pour relever à l'autopsie les lésions cérébro-spinales. Feuille carrée contenant 13 figures. — Prix : 20 cent.

CUFFER. Des causes qui peuvent modifier les bruits de souffle intra et extra-cardiaques, et en particulier de leurs modifications sous l'influence des changements de la position des malades. Valeur séméiologique de ces modifications. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr.

DARENBERG (G). Les méthodes de la chimie médicale. In-8 de 19 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés, 40 cent.

DEHENNE (A.). Note sur une cause peu connue de l'érysipèle. Paris, 1874. In-8, 0 fr. 50. — Pour nos abonnés, 35 cent.

DELASIAUVE. De la clinique à domicile et de l'enseignement qui s'y rattache, dans ses rapports avec l'assistance publique. Paris 1877, in-8 de 16 p. Prix : 50 c. — Pour nos abonnés, 35 cent.

DELASIAUVE. Du double caractère des phénomènes psychiques. Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés, 35 cent.

DELASIAUVE. Classification des maladies mentales ayant pour double base, la psychologie et la clinique. Paris 1877. In-8 de 24 pages. — Prix : 50 cent.

Chronique des Hôpitaux.

Asile Sainte-Anne. — M. MAGNAN continue tous les mercredis à 9 heures 1/2, l'étude pratique du diagnostic de la folie.

Hospice de la Salpêtrière. — Pathologie mentale : M. LUYS, le dimanche, à 9 heures 1/2. — Maladies mentales et nerveuses : M. AUGUSTE VOISIN, le jeudi à 9 heures 1/2.

Hôpital Saint-Louis. — Maladies de la peau et syphilis : M. A. FOURNIER, vendredi, à 9 heures 1/2. — M. LAILLER, vendredi, à 8 heures 1/2. — M. BESNIER : Lundi, à 9 heures, consultations externes. Mardi, à 8 heures, premier examen des nouveaux. Mercredi, à 9 heures, conférence clinique. Jeudi, à 9 heures 1/2, policlinique. Vendredi, à 9 heures 1/2, étude au musée. Samedi, à 8 heures 1/2, revue des malades en cours de traitement, thérapeutique appliquée.

Hospice des Enfants assistés. — Clinique infantile : M. PARROT, dimanche, à 9 heures 1/2.

Hôpital des Enfants-Malades. — Clinique infantile : M. ARCHAMBAULT, vendredi, à 8 heures.

Hôpital de la Charité. — M. LABOULBÈNE, le jeudi à 9 heures. Amphithéâtre de M. le professeur Hardy.

Hôpital de Lourcine. — Pathologie générale de la syphilis : M. CORNIL, mardi, à 9 heures 1/2.

Hôpital temporaire. — Service de M. GRANCHER. Salle Saint-Julien : 3, fièvre typhoïde; 5, ataxie locomotrice; 11, pelvi-péritonite suppurée; 12, corps fibreux utérin; 13, ramollissement cérébral; 33, arthrite blennorrhagique; 29, kyste de l'ovaire; 38, affection cardiaque; 41, colique de plomb. — Salle Sainte-Thérèse : 3, paralysie agitante; 5, néphrite interstitielle; 6, affection cardiaque, anémie saturnine (?); 9, pleurésie droite; 13, bronchite, emphysème, asthme; 13, pleurésie gauche; 15, ostéo-sarcome de la colonne vertébrale; 16, affection aortique, anasarque; 17, atrophie musculaire progressive; 18, œdème de la glotte, trachéotomie; 22, rhumatisme articulaire aigu; 28, érysipèle de la face. — Salle Sainte-Julie : 2, pleurésie gauche; 3, pneumonie chronique; 7, ramollissement cérébral; 11, rhumatisme articulaire aigu; 13, coliques de plomb; 22, tumeur abdominale, compression de la veine cave inférieure; 24, syphilis, lésion cérébrale; 29, paralysie radiale.

Service de M. GOUGUENHEIM. Salle Sainte-Marthe : 1, syphilis; 13, athétose; 18, pleurésie; 24, mal de Pott cervical; 27, phthisie laryngée. — Salle Sainte-Geneviève : 3, saturnisme; 4, sclérose en plaques; 7, cirrhose; 23, paralysie des cordes vocales (tub. pulmonaire); 27, pneumonie caséeuse. — Salle Saint-Joseph : 6, néphrite parenchymateuse et phthisie pulmonaire; 8, métrite et métrorrhagies; 11, néphrite chronique; 15, paralysie agitante (?) 19, ictère chronique; 27, hématémèse.

Service de M. DUGUET. Salle Sainte-Hélène : 1, asystolie, foie cardiaque énorme; 10, saturnisme chez un ferblantier, arthralgies, myalgies des membres inférieurs; 11, hémiplégie faciale ancienne; 12, rhumatisme articulaire subaigu, alcoolisme, tuberculose; 13, rétrécissement mitral sans souffle, œdème ancien, éléphantiasis des membres inférieurs; 17, fièvre typhoïde; 17, maladie de Corrigan; 21, pleuro-pneumonie gauche en résolution; 22, double lésion mitrale, ascite, hydrothorax droit, congestion pulmonaire; 23, myélopathie syphilitique; 28, saturnisme, coliques de plomb. — Salle Saint-Jean : 1, pneumonie de vieillard cachectique; 5, carcinome latent (probablement de l'estomac) chez un cardiaque (insuffisance mitrale), 8, pleuro-pneu

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les Capsules et les Dragées du Dr Clin « au Bromure de Camphre, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les Capsules et les Dragées du Dr Clin « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,10 Bromure de Camphre.
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Camphre par.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ CLIN & Cie, 14, RUE RACINE, PARIS.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les Capsules Mathey-Caylus, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le « plus parfait pour administrer certains médica- « ments à odeur et à saveur désagréables.

« L'Essence de Santal, associée au Copahu « et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès « dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite « du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections « des organes génito-urinaires.

« Les Capsules Mathey-Caylus sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les « plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

NOTA. — En prescrivant les Capsules Mathey-Caylus, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

GROS : chez Clin et Cie, 14, rue Racine, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les Dragées et l'Elixir au Protochlorure de Fer du Dr Rabuteau régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers Compte-Globules.

Les Préparations du Dr Rabuteau ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez Clin & Cie, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les Capsules au *Bromure de Camphre* du Dr Clin.

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

© BIU Santé

monie droite ancienne, épanchement persistant; 22, grossesse de 7 mois, pleurésie gauche avec congestion pulmonaire; 23, vaste épanchement pleurétique du côté gauche, congestion pulmonaire, ectasie cardiaque; 27, embolie puerpérale végétante, embolie de l'artère sylvienne droite, hémiplégie gauche sans aphasie, rétrécissement mitral. — Salle Saint-Louis : 6, corona veneris chez une femme de 63 ans, peut-être accident initial à la lèvre inférieure; 7, iritis syphilitique rebelle; 9, foyer hémorrhagique du noyau extra-ventriculaire du corps strié gauche au voisinage du lobule de l'insula, hémiplégie droite, aphasie, rien au cœur; 17, sclérose méluttaire en plaques disséminées; 19, paralysie générale progressive; 29, pleurésie purulente ancienne (ponctions successives).

Service de M. Auchoul. Salle Sainte-Anne : 1, épilepsie; 2, sclérose pulmonaire avec dilatations bronchiques; 7, atrophie musculaire progressive; 13, rhumatisme blennorrhagique, syphilis; 16, mal perforant; 17, ataxie locomotrice; 19, névralgie faciale intermittente rebelle; 28, ulcère stomacal. — Salle Sainte-Marie (crèche) : 4, sto natite aphtheuse; 11, cystite; 16, adénite strumeuse; 17, stomatite ulcéreuse; 20, conjonctivite purulente. — Salle St-François : 3, métrite, suite de couches; 7, ataxie locomotrice; 9, rhumatisme articulaire; 13, abcès du sein; 15, asystolie; 18, hystérie; 19, péritonite partielle suppurée, fistule intestinale; 21, ataxie locomotrice; 22, paralysie agitante; 31, pelvi-péritonite suppurée; 32, phthisie galopante.

Service de M. Gouraud. Salle Sainte-Ludivine : 3, tub. pulmonaire; souffle amphorique et tintement métallique; 16, délirium tremens; 19, sciatique droite; 23, insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Catherine : 4, rhumatisme articulaire, insuffisance aortique et mitrale; 8, sciatique droite; 10, fièvre tierce; 11, alcoolisme, cystite chronique; 29, rougeole. — Salle Saint-Barthélémy : 8, rhumatisme articulaire; péritonite; 13, rhumatisme articulaire, affection mitrale; 22, carcinome utérin; 25, péri-métrite.

Service de M. Marchand. Salle Saint-André : 3, ulcère de la cornée; 14, iritis syphilitique; 18, ulcération scrofuleuse; 25, plaie de la main, amputation d'un doigt; 14, épithélioma du gland, amputation de la verge; 8, hémorrhoïdes internes irréductibles sphacélées; 30, carie de la malléole externe; synovite fongueuse de la gaine péronière; 34, abcès ossifluent coxalgie ancienne; 39, gomme scrofuleuse du cou de pied; 42, fistule osseuse, carie de la tranche ascendante de l'ischion; 43, phlegmon diffus superficiel; 44, fracture de côtes.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Cornil. — Salle Saint-Clément: 2, plaques muqueuses vulvaires, roséole papuleuse; 3, psoriasis palmaire, papules syphilitiques sur le tronc et le cuir chevelu; 4, hypertrophie mammaire considérable; 5, plaques muqueuses de la gorge; 10, épithélioma du col; 11, érysipèle des oreilles et de la face chez une scrofuleuse atteinte de syphilis, iritis syphilitique; 12, syphilide papuleuse; 15, plaques muqueuses de la vulve et du gosier; 16, chancre mou; 17, syphilide papulo-squameuse des plis inguinaux; 18, syphilide papulo-crustacée des jambes et des bras; 25, plaques muqueuses vulvaires; 27, roséole confluente; 30, fissures syphilitiques de la langue : 32, plaques muqueuses vulvaires; 35, syphilis, grossesse; 37, plaques muqueuses de la gorge; 39, psoriasis palmaire, syphilide circinée, onyxis syphilitique; 43, angine de poitrine, syphilis; 45, plaques muqueuses vulvaires; 46, syphilide pustulo-crustacée. — Salle Saint-Ferdinand : 1, syphilide acnéiforme confluente du dos et de la face, roséole annulaire; 2, syphilide papulo squameuse généralisée, psoriasis plantaire; 3, echthyma profond des membres inférieurs; 4, plaques muqueuses vulvaires, roséole; 8, abcès du sein; 9, syphilis, avortement au 6e mois; 10, stomatite mercurielle grave; 11, plaques muqueuses vulvaires et du sein; 12, syphilis, hystero-épilepsie. — Salle Sainte-Thérèse (E.) : 3, syphilis héréditaire, vulvite; 10, plaques muqueuses de la vulve et des lèvres (viol?); 11, vulvite, idiotie (viol); 12, idiotie, vulvite (viol); 2, vulvite; 14, syphilis; 9, vulvite (viol), érythème érysipélateux du nez.

Leçons théoriques sur la pathologie générale de la syphilis suivies d'examen des malades les mardi à 9 heures et demie. Leçons pratiques, examen des entrantes les samedi à 9 heures et demie. Consultations les jeudi à 10 heures. Spéculum les lundi, mercredi, vendredi à 9 heures.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Martineau. Clinique du mercredi 15 mai : 11, métrite scrofuleuse avec lymphadénite double plus prononcée à droite, antéversion; 30, métrite chronique avec lymphadénite droite, vaginite et vulvite érosive, syphilis; 28, métrite lymphadénite chronique, rétroflexion; 31, métrite, lymphadénite chronique, syphilis, deux chancres indurés.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

BROMURE de ZINC

SIROP — 50 centigr. par cuillerée à soupe.
PILULES — contenant 20 centigrammes.
PILULES ARSENICALES — contenant 5 centigr. Br. de Zinc et 1 mill. Br. d'arsen.

« Très-utile dans les cas de *Saturation* ou d'*Anémie bromurique*, le Br. de Zinc est beaucoup plus actif que le Br. de Potassium. — Doses de 0,20 à 4 gr. par jour. — FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — PARIS

Enfants Arriérés ou Idiots

Maison spéciale d'Éducation et de Traitement, fondé en 1847. Rue Benserade, 7, à Gentilly (Seine.)

MALADIES DE POITRINE, RHUMES, ETC.

SIROP ANTIPHLOGISTIQUE de **BRIANT**

PARIS, Pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli, PARIS

Un rapport *officiel* constate :

« *Que cette préparation composée d'extraits de plantes adoucissantes et calmantes est propre à l'usage auquel elle est destinée et qu'elle ne contient rien de nuisible ni de dangereux.* »

INSTITUTION DES BÈGUES DE PARIS

90, Avenue d'Eylau. — Directeur : M. CHERVIN, officier d'Académie.

Fondée en 1867, avec le concours de M. le Ministre de l'Instruction publique, et subventionnée par la ville de Paris. — Succursales à Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Lille, subventionnées par les Conseils généraux et municipaux. — L'Académie de Médecine, consultée par M. le Préfet de la Seine sur l'efficacité de la méthode Chervin pour le traitement du bégaiement, a adopté à l'unanimité les conclusions suivantes : 1° au point de vue scientifique, la méthode Chervin est rationnelle; — 2° elle produit des résultats très-remarquables et peut rendre des services signalés; — 3° un de ces avantages importants, est la promptitude des résultats (en 20 jours) qui paraissent se maintenir, comme la Commission l'a constaté sur un certain nombre de sujets; — 4° il y a lieu de l'encourager dans le bien qu'elle est appelée à accomplir. — Enseignement spécial pour les vices de prononciation autres que le bégaiement, tels que la blésité, le zézaiement, etc., ainsi que pour les personnes opérées d'une division du palais, ou pourvues d'un appareil prothétique.

Un nouveau cours a commencé le 6 mai

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

Étude clinique sur l'athétose, par P. Oulmont. Paris, 1878, in-8 de 116 pages avec figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux, par H. Durat, un volume in-8 de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878, premier volume, prix 15 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 10 fr.

CROISIC (Loire-Inférieure)

ÉTABLISSEMENT DES BAINS DE MER

de vapeurs térébenthinées, etc.; Hydrothérapie marine. Traitement spécial et héroïque, des affections des os et des engorgements chroniques de la matrice, des maladies nerveuses et rhumatismales. — Guérison de la scrofule à tous ses degrés par les Eaux-mères.

Élixir toni-radical au Colombo, de Blottière, pharm., 56, rue de Sèvres, Paris, contre les dyspepsies, gravides, chlorotiques, syncopales, flatulentes, cardialgiques, symptomatiques du cancer, diarrhées, dysenteries, fièvres pernicieuses, convalescences, 5 fr.

MÉDICATION PROPYLAMIQUE

DRAGÉES MEYNET D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE

100 dragées, 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Une Dragée Meynet remplace 2 cuill. à bouche d'huile. Paris, Ph., 34, r. d'Amsterdam, et princ. pharm.

ÉPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Élixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuill.) Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour. LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, PARIS.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 25. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 22 JUIN 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Le rétrécissement syphilitique du rectum. — Rectotomie par un procédé nouveau.

Leçon recueillie par E. MAROT.

Messieurs,

Je viens de vous faire remarquer une malade couchée dans un des derniers lits de notre salle des femmes ; elle est atteinte depuis longtemps déjà d'une affection de l'anus et du rectum. Cette malade a fait dans la même salle un premier séjour de cinq mois vers la fin de l'année 1873. Je pratiquai, à cette époque, une opération sur la nature de laquelle nous n'avons pu malheureusement retrouver que des notes incomplètes : j'enlevai de petites tumeurs qualifiées alors de marisques, mais avec un point de doute; ce pouvait être des condylomes, et nous y avions pensé sans plus de preuves. Toujours est-il que la malade porte actuellement, pour traces de l'opération qu'elle a subie, une cicatrice linéaire, allongée et parallèle à l'un des plis radiés de l'anus. Bien que tout indique actuellement que cette opération a du être sans gravité, la malade, pour s'en remettre, a fait un séjour de cinq mois à l'hôpital. Lors de son entrée, elle s'était plainte de douleurs anales et d'une difficulté croissante de la défécation; en outre, elle perdait un peu de sang après les selles; à sa sortie de l'hôpital, elle était complètement délivrée de ces inconvénients. Mais à la fin de l'année dernière, la défécation redevint graduellement plus douloureuse, et elle commença à sentir s'écouler par l'anus une certaine quantité d'un liquide glaireux, jaunâtre et sanguinolent, mélangé de sang et de pus. Elle s'en inquiétait peu, lorsqu'il y a cinq mois elle s'aperçut que les matières fécales s'échappaient par une fistule à la partie inférieure et postérieure de la vulve, au devant de la fourchette; c'est ce qui l'a conduite à nous demander des soins.

Cette femme porte sur la poitrine et à l'hypogastre des taches jaunâtres, confluentes, dont la coloration et l'ensemble font songer au vitiligo; pour aucun des médecins très-compétents à qui j'ai montré la malade, il ne s'agit là d'une éruption syphilitique. Mais en revanche il existe aux deux jambes des lésions cutanées d'un tout autre caractère: ce sont des taches arrondies, de couleur grisâtre ou lilas foncé, sans apparence inflammatoire; d'autres ont le caractère évident de cicatrices, et toutes affectent une disposition circinée incontestable. En ce moment même nous pouvons assister à l'apparition de taches semblables sur la peau de la région supérieure et interne des cuisses. L'ensemble des caractères de cette éruption ne permet guère de douter de leur origine syphilitique. J'examinerai tout d'abord cette question. La malade nie tout antécédent de cette nature ; cependant elle a subi dans ces six derniers mois un traitement antisyphilitique, ce qui prouve que son médecin a eu des raisons de penser qu'elle avait pu contracter la syphilis; nous constatons d'autre part des syphilides tertiaires incontestables. Enfin, pour le dire de suite, l'affection ano-rectale, dont se plaint surtout la malade, est évidemment celle qu'ont décrite MM. A. Guérin, Verneuil, Fournier et moi-même, sous le nom d'affection syphilitique tertiaire de l'anus et du rectum, ou de syphilome ano-rectal. Il nous est, par conséquent, permis de ne tenir aucun compte des dénégations de la malade ; vous savez d'ailleurs avec quelle réserve on doit accueillir les renseignements fournis à ce sujet par les malades, surtout quand ce sont des femmes.

Notre malade est évidemment en puissance de syphilis constitutionnelle, mais à quelle époque faire remonter la date de l'accident initial? L'observation nous apprend que les lésions syphilitiques de l'anus et du rectum appartiennent aux périodes avancées de la diathèse. M. Fournier, qui a publié sur la question des leçons intéressantes, a trouvé, comme plus courte période d'intervalle entre l'infection et l'apparition du syphilome, un espace de quatre années; mais il ne dit pas s'il considère comme possible une évolution plus précoce. Rien n'est plus variable selon les individus que la durée de ces périodes ; le syphilome peut apparaître après 10, 12, 25 ans même, mais ces chiffres n'ont rien d'absolu. M. Fournier cite, en effet, le cas d'un individu chez lequel une gomme de la langue apparut 55 ans après l'accident primitif. Nous ne pouvons donc, d'après les seules lésions actuelles présentées par notre malade, déduire l'âge de sa diathèse, mais il est permis d'affirmer que l'infection remonte très-vraisemblablement à une époque déjà ancienne. En tout état de cause, nous devons surtout étudier la lésion rectale afin d'arriver à une détermination thérapeutique.

L'examen direct est facile si l'on place la malade dans les positions classiques d'un examen convenable de l'anus, c'est-à-dire qu'il faut successivement lui faire prendre l'attitude favorable à l'opération de la fistule anale, puis l'attitude exigée pour l'opération de la taille périnéale. Dans ces conditions, on constate que l'anus est souillé de matières fluides, fécales, sanguines et purulentes à la fois, fournies pour un suintement continuel ; on reconnaît aussi la direction et le trajet de la cicatrice linéaire, dernier vestige de l'opération pratiquée en 1873; cette ligne cicatricielle se termine au voisinage de l'ischion et n'avoisine aucune fistule. De part et d'autre de l'orifice anal, sont disséminées des saillies largement pédiculées, que forme le bourrelet cutané muqueux, épaissi par endroits. Au pied de la principale de ces saillies, débouche une fistule qui conduit le stylet jusqu'à l'ouverture anale par un trajet très-court, large et net. Si l'on soulève légèrement entre deux doigts cette saillie mobile ainsi traversée à sa base, on peut voir d'un côté à l'autre à travers la fistule. D'autres trajets plus courts encore existent en des points voisins.

Le toucher rectal permet d'apprécier la conservation d'un degré suffisant de contractilité du sphincter anal, au-dessus duquel le doigt rencontre une série de lésions dont la disposition et le siége sont expliqués en partie par cette persistance de l'occlusion sphinctérienne. Tout près de l'anus, la paroi antérieure du rectum offre une surface profondément déprimée, mollasse, au centre de laquelle s'ouvre un orifice de fistule qui se dirige vers la vulve. En arrière, le doigt déprime aussi une semblable surface anfractueuse et s'engage dans des tissus ramollis et ulcérés; n'étaient le volume du doigt, la douleur que sa présence éveille et la limite imposée aux examens nuisibles, il semble que l'on pourrait pénétrer plus profondément dans cette région sans consistance. Le niveau supérieur offre au doigt, une autre sensation ; on s'engage dans le canal rétréci de l'intestin en dépassant un bourrelet circulaire consistant, au-dessus duquel le doigt redevient plus libre; on sent que l'on vient de franchir un rétrécissement, mais on constate encore une modification de l'intestin dont l'épaississement remonte certainement plus haut pour s'effacer graduellement. Cet épaississement notable au niveau du bourrelet, moins prononcé sur ses limites, est surtout bien apprécié lorsque l'on introduit par le vagin un doigt à la rencontre du doigt placé dans le rectum. En résumé, la portion inférieure du rectum et l'anus, ont des parois épaissies et traversées par des fistules dont les unes sont pure-

© BIU Santé

ment anales et sans longueur, l'autre, au contraire, reste vulvaire.

L'existence de ces fistules multiples est déjà significative, chacune d'elle a, de plus, une physionomie qui en indique le processus de formation, comme nous le verrons plus loin. Tout n'a pas été dit sur le syphilome ano-rectal, et le cas présent nous permettra de le vérifier en plus d'un détail. En premier lieu, M. Fournier, qui l'a surtout décrit, admet qu'il ne s'ulcère jamais en tant que syphilôme ; nous venons de constater ici la présence d'ulcérations. En revanche, j'admets comme lui que le syphilome a généralement un siége peu élevé et qu'on ne le rencontre jamais, par exemple, à 12 centimètres de l'orifice anal. Sur la question de pathogénie je serai bref, parce que je considère la discussion comme terminée ; le syphilome est une néoplasie syphilitique de nature spéciale et différente des gommes. On ne saurait plus invoquer à l'heure actuelle, si ce n'est à titre exceptionnel, la cicatrisation de chancres phagédéniques, l'inflammation spéciale et mal définie que l'on accusait autrefois : le rétrécissement syphilitique procède d'une infiltration et d'une tuméfaction concentrique des tuniques du canal. Ce rétrécissement présente autre chose de spécial que sa provenance, bien que M. Fournier professe qu'une fois produit, il ne diffère en rien des autres. Pour cet auteur, une fois la constriction établie, tout est banal ; comme dans tout conduit rétréci, il se produit en amont de l'obstacle une dilatation sacciforme, la paroi distendue s'ulcère et se perfore, des trajets pathologiques collatéraux détournent le courant. Sur ce point j'ai des vues quelque peu différentes, et je les appuie sur l'observation de plusieurs malades ; il y a des fistules, souvent multiples, mais loin de conduire sur les côtés du rétrécissement jusqu'au-dessus de lui, elles commencent plus bas que lui, entre le néoplasme et le sphincter, pour s'ouvrir à l'extérieur après un trajet court et nullement compensateur.

Une de mes malades (ce sont ordinairement des femmes, dans la proportion de 42 sur 48 malades environ) portait quatorze fistules au moment où elle vint me consulter ; une autre que M. Blachez m'adressa, il y a quatre ans, présentait des lésions identiques. Je garde, en outre, le souvenir d'un troisième malade, d'origine espagnole qui, après avoir été successivement prêtre, officier de troupes régulières, contrebandier, vint terminer à Paris une existence des plus agitées. Cet homme était, au moment où je le vis avec M. Desormeaux, dans un état des plus graves ; autour du syphilome rectal qui remontait à longtemps déjà, s'étaient ouvertes deux fistules anales et une troisième recto-vésicale ; nous pûmes voir directement cette dernière à l'aide de l'endoscope. Le malade mourut de pelvi-péritonite. Je me rappelle enfin avoir traité à la Pitié pour la même affection une malade qui avait l'anus et l'orifice vulvaire criblés et percés à jour par une multitude de perforations que des ponts étroits séparaient à peine les unes des autres. J'ai tenu, Messieurs, à citer ces faits parce qu'ils ont tous un point commun sur lequel il est temps que j'insiste.

Chez tous ces malades les fistules avaient la même physionomie, le même aspect que je considère comme caractéristique de leur origine. Les fistules qui avoisinent le syphilome ano-rectal sont *parfaitement sèches* et ne fournissent aucun liquide ; presque aussitôt que formé, leur trajet se cicatrise nettement, il est souvent très-court et semble alors découpé à l'emporte-pièce. Ces fistules sont *multiples* ordinairement, séparées seulement par de petits ponts à bords réguliers ; elles intéressent la région *inférieure au point rétréci*, loin de le contourner pour s'ouvrir au-dessus de lui. Ce sont là des faits constants et significatifs ; je m'étonne que l'on n'en ait pas été plus frappé avant moi, de là vient qu'il m'a suffi de les retrouver sur notre malade actuelle pour annoncer un syphilome ano-rectal sans plus ample examen.

Sur un dernier point je puis contredire les idées reçues sur cette affection ; M. Fournier recommande un diagnostic aussi précoce que possible sans lequel le syphilome a le temps de devenir incurable ; d'après les observations de Vidal de Cassis et les siennes, il pense que le traitement spécifique n'a d'action qu'aux époques voisines du début. Les résultats de mon observation sont moins affligeants. Sur deux de mes malades en particulier, l'affection était ancienne ; j'eus recours à un traitement mercuriel et ioduré avec badigeonnages locaux à la glycérine et j'en obtins une diminution de volume du néoplasme, la dessiccation des fistules et la disparition des douleurs. Ces résultats heureux se sont maintenus et confirmés depuis. D'ailleurs, guérirait-on jamais un seul syphilome ano-rectal, si l'on ne pouvait guérir que ceux que l'on soupçonne avant qu'ils se révèlent par des symptômes ? Ces symptômes sont le plus souvent tardifs. Fort heureusement nous pouvons encore espérer d'être utiles à notre malade. Dès maintenant, nous allons la soumettre à une médication anti-syphilitique progressive, localement nous emploierons des mèches enduites de glycérolé d'amidon mélangé d'extraits de ratanhia et de cachou, et nous éviterons peut être ainsi toute opération. Celle-ci, bien entendu, ne saurait être en aucun cas rien de plus qu'une dilatation ou un débridement du rétrécissement.

Le traitement avait déjà produit une amélioration notable trois semaines après sa mise en œuvre ; mais le mois suivant l'affection, loin de rétrograder, s'aggravait tous les jours davantage. Un mois et demi après le début du traitement, on dut songer à l'intervention chirurgicale ; l'état général de la malade paraissait excellent. M. Trélat fit construire pour cette opération des instruments spéciaux : une tige d'acier solide coiffée d'une sorte de navette mobile et pointue, chargée d'un fil, fut enfoncée parallèlement au rectum et derrière ce conduit jusqu'à 8 centimètres de l'anus environ, c'est-à-dire au-dessus du rétrécissement. A ce moment il suffit d'imprimer un léger mouvement de bascule au manche de l'instrument pour diriger sa pointe vers l'axe du rectum et perforer sa paroi, c'est-à-dire porter la navette dans la cavité rectale, au-dessus du point rétréci.

A la rencontre de cette navette on fit marcher par le conduit rectal une tige d'acier munie d'un cadre sous-tendu par une lamelle de caoutchouc : la forme de cet instrument rappelle aux dimensions près, un laryngoscope dont le miroir aurait été remplacé par une membrane élastique. La navette, après avoir perforé la paroi rectale, vient s'engager de bas en haut dans la membrane élastique et y reste fichée solidement, de sorte qu'en attirant au dehors la tige rectale, on ramenait en réalité une aiguille munie d'un fil : on avait ainsi réalisé ce problème de passer une anse juste au-dessus du rétrécissement et en agissant toujours dans un plan absolument parallèle à celui du rectum, évitant ainsi tout délabrement. Il fut bien facile de remplacer le fil végétal par l'anse de platine d'un galvano-cautère. L'opération s'exécuta de la sorte le plus simplement du monde, et sans le moindre écoulement sanguin ; on était au 19 avril. Le 28, la malade fut prise de pneumonie à droite bientôt compliquée d'un érysipèle de la face dont le point de départ était une large ulcération spécifique des fosses nasales. La malade mourut le 8 mai sans avoir présenté aucun accident local consécutif à la rectotomie.

Autopsie. L'examen du rectum confirme les espérances que l'on avait fondées sur l'opération : fendu en arrière, il présente un rétrécissement avec froncement de la muqueuse sur la paroi antérieure : en arrière le débridement avait été parfait, juste suffisant, et la plaie était partout en voie de réparation, le rétrécissement siége à 7-8 centimètres de l'anus : au-dessus de lui la muqueuse est isolée par des ulcérations serpigineuses *récentes*, *nullement cicatrisées*. Au-dessous du point rétréci, et jusqu'à l'anus, autour des fistules antérieures principalement, on reconnaît une cicatrice récente qui remplaçait les ulcérations constatées au premier jour ; il importe de remarquer que le rétrécissement avait nécessité des soins au moment où n'existaient pas ces cicatrices, mais seulement les ulcérations sus-sphinctériennes. Le rétrécissement n'est évidemment pas cicatriciel. La paroi rectale, sur une hauteur de 15 centimètres environ, est triplée d'épaisseur. L'examen histologique a été pratiqué au Collége de France par MM. Pitres et Malassez qui n'ont trouvé aucun des éléments qui constituent un rétrécissement cicatriciel.

© BIU Santé

MALADIES DU PREMIER AGE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — **M. PARROT.**

CINQUIÈME LEÇON (1).

Adénopathie. — Troubles digestifs. — Anémie. — Pseudo-paralysie.

Messieurs,

Contrairement à ce que l'on observe chez l'adulte, l'adénopathie syphilitique est rare chez les enfants du premier âge. Ce fait a frappé tous les observateurs, ceux qui avaient précédé Bertin, et ceux qui l'ont suivi. Les ganglions atteints sont par ordre de fréquence : les inguinaux, les axillaires et les cervico-maxillaires ; et contrairement à l'opinion de Bertin, l'on peut dire que l'adénopathie inguinale est de beaucoup la plus fréquente; ce qui n'a rien de surprenant, puisque les lésions cutanées ont une prédilection incontestable pour les membres inférieurs. Ils se présentent généralement en pléiade.

Leur volume varie depuis celui d'un gros pois, jusqu'à celui d'une noisette. Le plus souvent, on ne les découvre que par le toucher ; d'autres fois, ils font une saillie assez notable pour être vus. Ils sont durs, mais élastiques, mobiles et glissent dans l'atmosphère celluleuse qui les entoure. Je ne les ai jamais vus s'abcéder. M. Perruchot (1875) a observé une adénite suppurée chez un nouveau-né, atteint de syphilis. On peut se demander si, dans ce cas tout à fait exceptionnel, l'affection ganglionnaire était uniquement due à la syphilis.

L'adénopathie est toujours consécutive aux lésions cutanées. M. Devay pourtant a dit l'avoir observée dans l'aisselle, chez un enfant qui avait la peau absolument intacte. J'admets volontiers, dans quelques cas, l'absence d'une éruption cutanée actuelle ; mais sachant combien sont fréquents les cas de guérison de ces syphilides, avec ou sans cicatrices, je suis convaincu que, chez l'enfant dont parle M. Devay, l'adénopathie axillaire, si elle n'était pas symptomatique de la vaccine, avait été provoquée par une altération syphilitique de la peau, qui avait disparu au moment de l'observation.

Est-il possible d'expliquer la rareté de cette adénopathie syphilitique? Oui, sans doute. Les ganglions lymphatiques des enfants très-jeunes sont moins développés, moins sensibles qu'ils ne le seront plus tard. Ceux des bronches et de la trachée, si constamment malades dans les affections pulmonaires chez les sujets d'un âge un peu plus avancé, sont, dans ces mêmes états morbides, très-difficiles à apercevoir, chez les nouveau-nés.

Après vous avoir entretenus des accidents apparents, je dirais volontiers anatomiques, provoqués par la syphilis héréditaire, je dois vous parler des troubles fonctionnels qui l'accompagnent ; et je commence par ceux de la digestion.

Lorsque chez un enfant syphilitique, surviennent des désordres gastro-intestinaux, l'on doit se demander s'ils relèvent uniquement de l'athrepsie ; ou si la syphilis prend une part à leur genèse, par les lésions qu'elle a produites dans le foie, la rate ; et même, bien que très-rarement, dans l'estomac et l'intestin. — Rien n'est plus malaisé que de résoudre ce problème ; et ce ne sera que dans un très-petit nombre de cas, que l'on pourra cliniquement se prononcer d'une manière catégorique.

Dans les maisons hospitalières qui servent d'asile aux enfants du premier âge, où l'athrepsie est endémique et meurtrière, c'est elle qu'il faut presque toujours accuser de la mort des sujets syphilitiques. Il n'en est pas de même dans la pratique de la ville ; c'est celle-ci qui fournit les renseignements les plus précieux sur les dérangements de la digestion que produit la syphilis.

Ils débutent toujours d'une manière insidieuse ; et dans les premiers temps, quelque prévenu que l'on soit, il est impossible de les rapporter à leur véritable cause, car ils ne diffèrent pas de ceux que l'on observe si communément en dehors de ses atteintes. — Il y a d'abord des régurgitations et de véritables indigestions, s'accusant par des vomissements et de la diarrhée. On donne des médicaments, on change la nourrice, et s'il s'agit d'enfants sevrés, on modifie l'alimentation, cela plus d'une fois, mais toujours sans succès. Le ventre se ballonne, le malade dépérit rapidement ; la peau prend une teinte cachectique, il a du dégoût pour les aliments et cependant il paraît affamé, sa soif est intense, il boit avidement, mais presque toujours il vomit ce qu'il vient de prendre. Il est agité, inquiet et pousse des cris intenses, déchirants. En dépit des soins les plus assidus, de l'hygiène la meilleure, de l'alimentation la mieux appropriée à son âge, sa digestion s'altère de plus en plus. Sa maigreur devient squelettique, il semble n'avoir que l'enveloppe cutanée et les os ; enfin il meurt, souvent avec un œdème cachectique des extrémités.

D'ailleurs, tout se passe sans fièvre.

La longue durée de ce mal est un de ses caractères. Elle peut être de plusieurs mois.

Trousseau et M. Gubler mettent dans le foie, la source de ces accidents, et pensent qu'ils peuvent déterminer la mort en quelques jours. Dans les cas de cette sorte, ce n'est pas la syphilis qui tue, mais une atteinte d'athrepsie aiguë. La marche des accidents syphilitiques est beaucoup plus lente ; dans une de mes observations ils ont duré 20 mois.

Le mal que je viens de vous faire connaître constitue une variété de l'athrepsie ; mais une athrepsie dans laquelle les troubles digestifs primordiaux sont provoqués par une lésion organique du foie, d'origine spécifique.

On a beaucoup parlé du faciès des syphilitiques et d'un cachet toujours reconnaissable, que la maladie mettrait sur ceux qu'elle possède. Cela est vrai ; mais non en dehors des affections cutanées que je vous ai fait connaître.

Ce qui donne l'habitude, la physionomie syphilitiques c'est : la calvitie, les lèvres fissurées et froncées, le masque de plaques, d'ulcères suintants de croûtes, qui fait disparaître les traits de ceux dont il couvre la face.

Quant à la sénilité précoce des nouveau-nés, que la plupart des auteurs, se répétant, donnent pour caractéristique de la syphilis, je vous affirme qu'elle n'est pas propre à cette maladie. Tous les enfants atteints de cachexie et de maigreur, quelle qu'en soit la cause, ont l'apparence de petits vieillards. Ceux en proie à la syphilis peuvent naître ou devenir faibles, maigres, ridés, plissés ; mais combien d'autres d'enfants non syphilitiques le deviennent aussi, sans que rien les distingue des premiers!

La cachexie syphilitique ne présente donc rien de spécial. C'est que la syphilis n'agit pas autrement que toutes les autres causes débilitantes, c'est-à-dire en affaiblissant l'activité nutritive. D'ailleurs, elle ne se produit et surtout ne s'accentue, que chez les enfants très-jeunes. Quand la maladie s'est manifestée tardivement, quand les sujets ont dépassé six mois, leur nutrition est moins impressionnée par l'influence diathésique.

Il y a une anémie syphilitique ; M. West en parle avec insistance. Contrairement à la cachexie dont je vous parlais tout-à-l'heure, elle n'existe pas chez les nouveau-nés, on ne la voit apparaître que chez les enfants qui ont dépassé 4 ou 5 mois. Elle est parfois très-intense et détermine une telle décoloration de la peau, qu'on ne l'observe à un égal degré dans aucune autre maladie de la première enfance.

M. le docteur Cuffer a fait dans mon service, auquel il était attaché en qualité d'interne, d'intéressantes recherches sur le sang des jeunes enfants. Il a vu que, dans l'anémie syphilitique, le sang est très-pâle et très-fluide; état qui correspond à une diminution considérable du chiffre des globules et à leur décoloration. C'est ainsi qu'ils peuvent tomber à 2,135,000. L'aglobulie diminue et finit par disparaître, lorsque les malades reviennent à la santé. L'on ne

(1) Voir les nos 44 et 47 de 1877 et les nos 1, 4, 18, 20 de 1878.

© BIU Santé

peut saisir aucune relation entre l'état de la rate et celui du sang ; car si elle présente des modifications très-importantes chez les nouveau-nés syphilitiques, elle est presque toujours normale chez les enfants qui ont dépassé le sixième mois, c'est-à-dire à l'âge où l'on constate l'abaissement du chiffre des globules rouges. — Il n'est pas rare d'observer, avec cette grande pâleur, une obésité excessive.

Si beaucoup d'enfants sont atteints dans leur nutrition par la syphilis, il en est un certain nombre, qui lui résistent et qui ne cessent de présenter tous les attributs de la santé la plus parfaite.

Messieurs, les personnes qui donnent des soins habituels aux nouveau-nés syphilitiques, ont remarqué qu'ils criaient plus souvent et plus violemment que les autres enfants du même âge. Quelle est la cause de cette manifestation douloureuse ; doit-elle être expliquée par les altérations osseuses qui sont constantes ; ou par la souffrance d'autres organes ? Je l'ignore et ne possède aucun élément pour résoudre cette difficile question.

En 1872, j'ai signalé chez les enfants syphilitiques, une pseudo-paralysie résultant d'une grave altération des os longs. Cette impotence du mouvement s'était déjà présentée à quelques observateurs, mais ils ne lui avaient pas accordé une grande attention et surtout ils en avaient méconnu l'origine.

Dès 1834, Valleix en publiait un cas sous ce titre : *Observations et réflexions sur un décollement de plusieurs épiphyses des os longs avec abcès sous le périoste et productions osseuses remarquables.* — Les mouvements du membre supérieur étaient imparfaits, mais Valleix n'a pas établi de lien entre le trouble fonctionnel et la lésion osseuse.

En 1869, M. Guéniot insérait dans la *Gazette des hôpitaux*, un cas d'*ostéite suppurée des extrémités diaphysaires des os avec décollement des cartilages épiphysaires chez un enfant nouveau-né*. Il constatait la paralysie ou l'inertie des quatre membres, la rapportant à la douleur provoquée par les mouvements et à la brisure des leviers osseux ; mais il ne songea pas à la syphilis et ne vit pas qu'elle était la cause première des accidents.

Dans cette même année 1869, j'observai un cas analogue à ceux de Valleix et de M. Guéniot, puis un second en 1870, un troisième en 1871 ; et en 1872, j'ai démontré qu'il fallait rapporter ces accidents à la syphilis héréditaire.

Ce mal est particulier aux nouveau-nés.

Son caractère essentiel est une inertie, une impotence des membres, partielle ou généralisée, incomplète ou absolue, comparable à celles que produisent les fractures, les luxations, le rhumatisme.

Pour étudier complètement l'état des enfants et se rendre un compte exact du degré de leur impotence, il faut les tenir suspendus par les aisselles et examiner leurs membres. Quand l'affection est très-prononcée, le malade semble disloqué, ses membres pendent comme des battants de cloche et ne peuvent être relevés. Lorsqu'on pince la peau, les muscles se contractent très-énergiquement, mais les membres ne sont que faiblement déplacés, ou même, ils ne le sont pas du tout. Par contre, ils subissent sans résistance, tous les mouvements qui leur sont imprimés par l'observateur. Dans le décubitus dorsal, quelques mouvements spontanés sont possibles. Si, par exemple, ils ont été préalablement mis dans l'extension, l'enfant peut les ramener dans la flexion. Mais ces manœuvres ne s'accomplissent pas sans douleur, comme le prouvent les cris du patient.

Quelquefois l'on perçoit de la crépitation et, chez certains malades, les membres affectés sont augmentés de volume, au voisinage des articulations, qui, elles-mêmes tuméfiées, sont parfois le siége d'une fluctuation très-manifeste.

Dans presque tous ces cas, la terminaison est fatale ; c'est en effet dans les cas où les lésions des os et des autres organes sont nombreuses et très-étendues, que se montre la pseudo-paralysie.

Cependant il ne faudrait pas croire que la guérison soit impossible ; en effet elle aurait été obtenue dans un cas, par MM. Millard et Roger, qui, après avoir reconnu la nature des accidents, n'hésitèrent pas à administrer du mercure.

La pseudo-paralysie syphilitique peut être confondue avec un certain nombre d'affections du premier âge. Je signalerai d'abord, mais pour l'écarter bien vite, la paralysie spinale infantile ; dans cette dernière, en effet, la contraction volontaire des muscles ne persiste pas et ne provoque pas de la douleur, comme dans l'affection syphilitique ; il n'y a pas de déformations articulaires, de crépitation, et les muscles ne répondent qu'imparfaitement à l'électricité.

Les fractures de la région moyenne des diaphyses, attribuées généralement au rachitis ; et qui sont presque toujours dues à la syphilis, amènent des déformations toujours reconnaissables ; d'ailleurs, elles ne s'accompagnent pas de l'impotence des membres, parce qu'elles se produisent d'ordinaire lentement, et que la consolidation suit de près la brisure ; le mal se réparant, en quelque sorte, au fur et à mesure qu'il se fait.

Je ne connais, à l'âge qui nous occupe, aucune lésion encéphalique capable de produire un état semblable à la pseudo-paralysie.

Une seule fois, j'ai constaté la paralysie des membres, chez un enfant qui vécut 8 jours et chez lequel l'autopsie révéla une déchirure complète de la moelle, avec interposition entre les deux tronçons, d'un caillot sanguin de plus de trois centimètres de long. Ce désordre était le résultat de manœuvres obstétricales. — Ce sont les paralysies traumatiques des troncs nerveux consécutives à l'accouchement, ou à l'application du forceps, qui ressemblent le plus à la pseudo-paralysie syphilitique ; mais, en général, elles sont partielles, complètes, laissent intactes les articulations et se montrent presqu'aussitôt après la naissance.

Quant aux paralysies temporaires étudiées par Kennedy, elles sont presque toujours traumatiques, et n'atteignent en général qu'un seul membre. Quoi que l'on fasse dans ces cas, on ne peut provoquer aucune contraction musculaire ; et puis, ce n'est pas sur des nouveau-nés qu'on les observe, mais sur des enfants notablement plus âgés.

A côté de cette pseudo-paralysie, existe-t-il chez les enfants du premier âge, une véritable paralysie, due à la syphilis héréditaire ?

Bertin dit que l'on peut observer chez eux, de la flaccidité et quelquefois, des paralysies momentanées des membres thoraciques et abdominaux. Vogel a signalé une paralysie siégeant aux extrémités supérieures, ne s'étendant pas à toute la longueur du membre, souvent incomplète ; et dans laquelle quelques muscles conservent encore une faible motilité. Je n'ai jamais rien observé de semblable.

Peut-être faudrait-il rapprocher de l'impotence par rupture osseuse, la paralysie signalée par E. Henoch, chez des enfants syphilitiques et qui guérit sous l'influence d'un traitement mercuriel. L'un d'eux avait des lésions osseuses ; ce qui, ajoute l'auteur, est rare chez les nouveau-nés syphilitiques. Et cette remarque s'applique à un cas de Bednar et Stiebel, et à un autre publié par Henning et relatif à un enfant de trois semaines, qui présentait de la flaccidité du bras droit. Il pleurait quand on y touchait et il guérit par les bains de sublimé. Malheureusement toutes ces observations sont trop incomplètes, pour qu'on puisse se prononcer d'une manière précise sur la véritable cause des troubles du mouvement dont les malades étaient affectés.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine

Du 17 au 22 juin 1878. — 320. M. Chéron : Sur les kystes des mâchoires. — 321. M. Coutisson : Effets physiologiques et thérapeutiques de la cantharidène dissoute dans le chloroforme. — 322. M. Viard : De l'épilepsie syphilitique. — 323. M. Edelmann : Sur quelques causes nouvelles de l'intoxication saturnine. — 324. M. Vielle : Quelques considérations sur l'épilepsie et plus spécialement sur l'épilepsie associée à de certaines malformations du corps en général et de la tête en particulier. — 325. M. Méchain : Considérations sur le pneumo-thorax double.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le rapport de M. E. Besnier sur les maladies régnantes. (*Janvier, Février, Mars 1878.*)

Le dernier rapport trimestriel de M. E. Besnier est consacré surtout à l'étude des maladies contagieuses et à la question de l'isolement des individus atteints de l'une de ces affections; c'est aussi à ce sujet, intéressant entre tous, que nous consacrerons la plus grande partie de cette analyse, après avoir indiqué les traits dominants de la constitution médicale actuelle.

M. E. Besnier signale tout d'abord la fréquence, pendant cette période, des *affections des voies respiratoires* à forme catarrhale ou grippale; les pleurésies surtout ont été particulièrement multipliées.

Le *rhumatisme articulaire* a présenté aussi un certain nombre de cas, et l'attention des observateurs a porté principalement sur l'emploi du salicylate de soude dans cette maladie. M. Lereboullet a reconnu que le salicylate de soude a très-manifestement calmé les douleurs et *peut-être* empêché les complications viscérales; mais il ajoute que ce médicament n'a, dans aucun cas, abrégé la durée de la maladie, c'est-à-dire la durée du séjour à l'hôpital; dans quelques cas, il *semble* même que les malades traités par le salicylate de soude aient été plongés dans un état d'anémie plus durable, que ceux qui avaient été traités par d'autres médications. M. Bucquoy, qui signale aussi l'amendement rapide de la douleur et la cessation de la fièvre sous l'influence du salicylate de soude, ne mentionne pas ce retard dans la guérison définitive.

La *fièvre typhoïde* a subi, selon la règle invariable, son mouvement de déclinaison saisonnier; à propos de cette maladie, MM. Lereboullet, Laveran, Bucquoy, Bergeron ont adressé à la commission des communications sur la mort subite dans la fièvre typhoïde, les irrégularités de l'évolution thermique, les rechutes et les récidives, la contagion nosocomiale, la fièvre typhoïde à rechutes, la fièvre typhoïde avec purpura hémorrhagique. Ces communications sont insérées dans le rapport de M. Besnier.

La *diphthérie*, conformément à la loi d'évolution qui lui est propre et qui a été formulée dans un des précédents rapports (maladie permanente à paroxysme hivernal invariable) a atteint son apogée annuel durant le premier trimestre de l'année 1878. Les chiffres de la mortalité par cette cause sont un peu moins élevés que pour la période correspondante de 1877 (703 décès au lieu de 728), mais ils sont encore assez considérables pour que l'on ne soit pas autorisé à annoncer positivement que la maladie entre dans une phase annuelle moins grave. Dans les hôpitaux, le nombre des entrées a été de 246 au lieu de 265, le nombre des décès de 188 au lieu de 220.

La *variole*, qui avait repris à partir de 1874 son mouvement ascensionnel, après avoir subi en 1873 l'affaissement le plus extraordinaire qu'elle ait jamais offert, a présenté depuis 1877 une nouvelle déclinaison, et dans le premier trimestre de 1878, elle est revenue exactement au point où elle en était en 1873, année *minima*. (Voici d'ailleurs, pour chacune des années 1872 à 1878, le chiffre des décès constatés à Paris pendant le premier trimestre : 32, 6, 4, 43, 102, 67, 6.) Ce fait ne peut trouver son explication dans l'extinction des aptitudes varioliques de la population par l'épidémie de 1870; car, outre que cette époque est déjà bien éloignée, on ne doit pas perdre de vue l'accroissement et la rénovation de la population par un courant considérable d'immigration. Il faut bien admettre que, pour la variole comme pour toutes les autres maladies zymotiques, la puissance du contage se lie essentiellement à des conditions particulières de milieu qui en règlent les variations et qui constituent l'essence même de la sporadicité ou de l'épidémicité de la maladie.

Ce fait trouve encore une confirmation dans l'écart considérable que présentent, au point de vue de la *scarlatine*, les deux villes de Paris et de Londres, malgré le mélange incessant des hommes et des choses par des voies rapides et bien que le contage de la scarlatine soit réputé le plus actif, le plus vivace, le plus transportable par les individus et les objets. C'est ainsi que pour l'année 1877, Paris ne compte que 103 décès par la scarlatine, contre 1576 relevés à Londres, et encore faut-il ajouter que l'isolement dans nos hôpitaux n'est pratiqué en aucune façon à l'égard de la scarlatine. Il semble donc que cet isolement puisse être négligé, au moins *pour le moment*, mais il n'en est pas de même pour la *rougeole* dont l'isolement s'impose d'une façon aussi impérieuse que celui de la variole ou de la diphthérie, et d'autant mieux que l'on sait combien est déplorablement funeste la rougeole contractée à l'hôpital, par des enfants malades d'une autre affection ou épuisés déjà par plusieurs états morbides successivement contractés.

La nécessité de l'isolement paraît s'imposer aussi, au moins dans les hôpitaux militaires, pour les *oreillons*. Cette maladie si peu transmissible dans les hôpitaux de l'enfance, et si ordinairement bénigne semble se comporter différemment chez l'adulte. En effet, sur 305 fiévreux admis à l'hôpital militaire Saint-Martin, pendant le premier trimestre de 1878, on relève 30 cas d'oreillons, dont 9 compliqués d'orchite. M. Besnier appelle sur cette question l'attention des médecins militaires (1).

L'épidémie de *scorbut*, signalée dans les précédents rapports, était bien effectivement et pour la plus grande partie constituée par des cas de *scorbut des prisons*, lequel reconnaît comme condition étiogénique essentielle la privation des végétaux frais; ce fait appelle nécessairement et d'urgence une réforme dans le régime alimentaire des détenus de toutes catégories, et, comme le dit M. Besnier, l'administration qui ne tiendrait pas compte sur ce point, de l'avis des médecins, encourrait assurément une bien grave responsabilité.

Revenons maintenant à l'étude des maladies contagieuses, pour lesquelles les mesures prophylactiques ont une importance d'autant plus grande que ces maladies sont plus fréquentes et plus graves.

Malheureusement, dans les grandes agglomérations, au milieu d'un état social analogue à celui qui nous est propre, et sous l'influence d'une médecine publique tout-à fait rudimentaire, nous n'avons pas à poursuivre la réalisation de l'isolement radical et universel des affections contagieuses ni à tenter leur extinction. Mais si nous sommes obligés de réserver à nos successeurs la poursuite de ces grands projets, nous avons le devoir strict de mettre en pratique

(1) Voir plus loin la communication de M. Laveran à la *Société médicale des hôpitaux* dans la séance du 10 mai.

© BIU Santé

tout ce qui peut être pratiqué pour réaliser l'isolement des maladies contagieuses dans les hôpitaux.

Les principes qui doivent être pris en considération dans cette question de l'*isolement* des maladies contagieuses sont ainsi résumés par M. Besnier :

« Il ne faut pas introduire, dans les salles communes des hôpitaux, les malades atteints d'affections contagieuses, transmissibles par voisinage ; ces derniers doivent être recueillis à part, et divisés en catégories de cas semblables.

La sélection de ces malades et leur concentration, méthodiquement réglées, ne présentent aucun danger ni pour eux-mêmes, ni pour la périphérie, dans un rayon déterminé. Lorsque deux affections contagieuses coexistent chez un même malade (scarlatine et diphthérie, par exemple), celui-ci doit être isolé individuellement.

Enfin, les services d'isolement doivent être régis par un réglement particulier, non-seulement en ce qui concerne le personnel intérieur (médecins et gens de service), mais encore à l'égard de la visite des malades par les personnes du dehors, et de la direction des convalescents. »

Ces principes et les mesures qui en sont la consécration ont déjà reçu un commencement d'exécution en ce qui concerne la variole, et le résultat obtenu est déjà très-satisfaisant ; mais ce qui peut suffire en temps ordinaire, pendant les périodes d'accalmie, serait loin d'être assez efficace dans une période épidémique intense. Ce qu'il faudrait alors c'est l'isolement *réel* de la variole, et sous ce rapport, il faut bien le dire, rien n'est préparé, même sur le papier, en vue d'une semblable éventualité dont le retour est cependant inévitable dans un avenir plus ou moins rapproché. Cette question de l'isolement réel de la variole est donc une des premières à mettre à l'ordre du jour des études administratives, et fort heureusement c'est aussi une de celles dont la solution sera relativement le plus facile.

Mais pour d'autres affections *plus régulièrement permanentes*, contre lesquelles aucune vaccination ne préserve, et qui occupent une si grande place dans les hôpitaux de l'enfance, soit par leur nombre absolu, soit par leur gravité relative (diphthérie, rougeole, scarlatine, coqueluche) la question est beaucoup plus complexe et ne peut être connue d'avance dans tous ses détails ; ses inconnues ou ses difficultés vraies ne peuvent se déterminer rigoureusement que par l'*expérience de l'exécution* même. Il faut donc, dit M. Besnier, après avoir pris modèle sur ce qui a été exécuté de plus parfait à l'étranger, entrer en matière d'exécution, mais avec une circonspection et une réserve qu'on ne saurait trop recommander dans un pays où l'on abuse si malheureusement de la pierre de taille en fait de constructions hospitalières ; il faut savoir tâtonner, ne pas craindre d'élever, au prix le plus réduit, des locaux systématiquement éphémères, jusqu'à ce que leur valeur ait été reconnue et classée par la majorité des hommes compétents.

Les essais d'isolement, quelque incomplets qu'ils soient, seront toujours préférables à la dissémination des malades dans les salles communes, et la séparation des diphthériques à l'hôpital Sainte-Eugénie, en est une preuve suffisamment péremptoire. En effet, bien que l'isolement ait lieu dans des chambres séparées seulement par un couloir des salles communes, et que les malades reçoivent les soins du même personnel, la proportion des cas intérieurs est restée bien au-dessous de celle que l'on pouvait constater l'an dernier à la même époque.

Cette question de l'isolement des maladies contagieuses est une de celles dont la solution importe le plus à l'hygiène publique. Rappelons à l'honneur de la Société médicale des hôpitaux, et particulièrement de M. le secrétaire général, Ernest Besnier, que c'est aussi l'une de celles qui ont été le plus souvent agitées au sein de cette Société et dans les rapports de la Commission des maladies régnantes. L'appel est resté longtemps sans écho, mais actuellement il est permis d'espérer que les vœux formulés si souvent vont enfin aboutir à un résultat pratique ; car « l'administration actuelle des hôpitaux, dit M. Besnier, jalouse de donner satisfaction pleine et entière aux intérêts de la population hospitalière, en matière d'isolement des affections contagieuses, a décidé de mettre à exécution, sans délai, les projets que l'administration précédente élaborait lentement, sous la pression depuis longtemps répétée de nos demandes et de nos plaintes. »

A. Sevestre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 juin 1878. — Présidence de M. Houel.

M. d'Arsonval présente un appareil qui permet d'étudier l'action de l'électricité sur les corps vivants.

M. Vignade envoie une note sur le système ganglionnaire du cœur des poissons osseux. Chez ces animaux, le ganglion ventriculaire est composé d'une série de cellules nerveuses, disséminées le long des nerfs, sur toute la surface du ventricule.

M. Javal présente à la Société une jeune fille, chez laquelle il a pratiqué l'iridectomie pour une cataracte centrale du côté droit. Avant l'opération, la vision était périphérique ; bien que la fenêtre irienne ait été faite à la périphérie, aujourd'hui, huit jours après l'opération, la vision est redevenue centrale.

M. Bochefontaine a été conduit, dans le cours de ses recherches sur la compression et la commotion cérébrales, à étudier la pression du liquide céphalo-rachidien dans l'âge spinal. En se servant de l'hémodynamomètre, il a pu constater que la pression, nulle à l'état normal, varie dans les mêmes conditions que la pression sanguine.

M. Badal a eu récemment l'occasion d'observer un individu atteint d'une luxation double du cristallin, produite par deux traumatismes successifs. Très-myope avant cet accident, cet individu est aujourd'hui à peu près emmétrope. M. Badal a fait le diagnostic rétrospectif de cette myopie, et l'a mesurée à l'aide d'une formule nouvelle, qu'il développe devant la Société.

M. Renaut envoie une note sur les réseaux vasculaires du tissu conjonctif lâche ; on y trouve des corps semblables à ceux qu'on observe sur l'épiploon du lapin.

M. Pouchet dépose sur le bureau un rapport de MM. Mer et Maxime Cornu, sur l'absorption des matières colorantes par les tissus végétaux vivants ; l'expérience a parfaitement réussi pour diverses substances tinctoriales, telles que le carmin et la fuchsine. M. Pouchet rappelle qu'il a obtenu les mêmes résultats avec certains tissus d'animaux vivants.

M. Cadiat apporte des dessins relatifs à la disposition des nerfs chez les invertébrés. Le contenu du tube nerveux est analogue au corps de la cellule nerveuse.

M. Vidal communique un fait, qui prouve l'inoculabilité du molluscum contagiosum (acné varioliforme). Les premières recherches ont été infructueuses ; mais l'inoculation a réussi au bout de trois mois chez un de ses externes, qu'il présente à la Société. Dans un cas de Retzius, la tumeur caractéristique a apparu six mois après l'inoculation.

L. D. B.

© BIU Santé

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 juin 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

L'ordre du jour appelle *l'élection d'un membre du conseil supérieur de l'instruction publique*, en remplacement de M. Barth. — Votants 79. Majorité 40. — Au premier tour de scrutin M. Béclard obtient 42 voix, M. H. Roger, 36; M. Bouillaud, 1. — M. BÉCLARD, ayant réuni la majorité des suffrages, est élu membre du conseil supérieur de l'instruction publique, pour représenter l'Académie de médecine.

M. LISTER, d'Edimbourg, fait la lecture d'un travail sur l'influence qu'exerce la position d'une partie du corps sur sa circulation sanguine. Ce travail est renvoyé à une commission académique et sera analysé ultérieurement.

M. E. MÉGIN lit une notice biographique sur Ambroise Paré. A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 22 mars. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Rapport sur la candidature de M. Dejérine au titre de membre adjoint; par M. LANDOUZY.

Parmi les présentations faites par M. Dejérine à la Société anatomique, il en est une principalement, sur laquelle je crois devoir attirer l'attention. Il s'agit de l'examen des centres nerveux dans 2 cas de paralysie infantile, observés l'un chez l'enfant, l'autre chez l'adulte, et dont les préparations ont été mises, récemment, sous les yeux des membres de la Société; bien que ces deux observations rentrent dans le cadre classique de la paralysie infantile, elles présentent cependant certaines particularités sur lesquelles nous croyons devoir insister ici. Depuis l'époque (1865) où MM. Prévost et Vulpian montrèrent que la paralysie infantile relève d'une altération des cellules de la substance grise de la moelle épinière, et plus particulièrement du groupe antéro-externe de cette substance, un certain nombre d'observations ont été publiées, et l'examen microscopique a vérifié l'exactitude du fait énoncé par les auteurs précédents (Blake et Johnson, Charcot et Joffroy, Roger et Damaschino, Parrot et Joffroy, Dejérine etc.) Il est aujourd'hui absolument démontré que la lésion de la paralysie infantile est une myélite aiguë des cornes antérieures, et l'on ne discute guère maintenant, si ce n'est sur la nature du processus qui se passe dans la moelle, l'inflammation est-elle parenchymateuse uniquement (Charcot) ou à la fois parenchymateuse et interstitielle (Damaschino et Roger). Les deux cas observés par M. Dejérine sont en tous points conformes à la théorie de M. Charcot. Dans ces deux cas, la lésion a été uniquement parenchymateuse, les cordons blancs étaient absolument intacts et dans l'un des examens, la lésion était relativement peu ancienne. En effet, il s'agissait d'un enfant de 5 ans, mort de diphthérie deux ans après avoir été atteint de paralysie infantile, et il est évident que si les cordons latéraux avaient été atteints en même temps que la substance grise, le microscope aurait montré une altération dans leur texture; or ils étaient absolument normaux ; on ne peut, en effet, admettre un instant, que l'altération, après avoir atteint les cordons blancs, disparaisse assez complètement pour n'en pas laisser de traces à un examen ultérieur, surtout dans un espace de temps si court. Nous croyons, à cet égard, devoir faire deux distinctions bien nettes dans la paralysie infantile, suivant que les cordons latéraux sont intacts ou altérés. Dans le premier cas, qui est de beaucoup le plus fréquent, qui est la véritable paralysie infantile, à notre avis du moins, l'altération porte uniquement sur les cellules de la substance grise des cornes antérieures; ces éléments sont atteints primitivement, il se passe là, à l'état aigu ou suraigu, ce que l'on voit d'une façon lente, chronique, dans l'atrophie musculaire progressive; c'est une myélite antérieure aiguë, déterminant dans les racines antérieures, auxquelles les cellules altérées correspondent, une atrophie inflammatoire (fragmentation de la myéline, disparition du protoplasma et multiplication des noyaux de la gaine de Schwann) et consécutivement une atrophie rapide de certains groupes musculaires (plus ou moins nombreux suivant le degré et l'étendue de l'altération médullaire), car l'anatomie pathologique et l'expérimentation démontrent de la façon la plus nette que l'intégrité anatomique et physiologique des masses musculaires, est sous la dépendance des centres trophiques des nerfs moteurs de ces muscles, soit que ces centres siégent dans les cornes antérieures de la substance grise, comme c'est le cas pour les muscles des membres, soit qu'ils siégent dans le bulbe, comme c'est le cas pour les muscles de la face et de la langue.

Dans la deuxième catégorie de cas que nous étudions, à la lésion parenchymateuse cellulaire de la substance grise se trouve adjointe une altération plus ou moins étendue des cordons blancs et spécialement du cordon latéral, du côté correspondant. Evidemment ces deux lésions ont débuté ensemble et marché parallèlement aboutissant à la destruction du tissu nerveux, à la sclérose. Dans ces cas, la myélite est à la fois interstitielle et parenchymateuse, la lésion, par suite de causes qui nous échappent, a dévié du type ordinaire de la paralysie infantile ; les observations de ce genre ne sont pas nombreuses, MM. Roger et Damaschino en ont relaté deux exemples sur lesquels ils se sont appuyés pour édifier leur théorie, récemment M. Dejérine a observé un cas semblable (*Arch. de Phy.*, 1875). Mais ces faits sont relativement peu fréquents et la paralysie infantile paraît actuellement pouvoir être localisée exclusivement dans la substance grise de la moelle, qui est atteinte primitivement dans ses éléments cellulaires. Les altérations des cordons blancs, lorsqu'elles existent, ne sont qu'accessoires, ou tout au moins peuvent jusqu'à nouvel ordre être considérées comme telles.

Du reste, comme le fait remarquer M. Charcot, la clinique aussi bien que l'anatomie pathologique, plaide en faveur d'une atrophie primitive des cellules nerveuses, par la brusque invasion de la maladie, le summum de paralysie atteint dès le début, la diminution considérable de la contractilité faradique et l'atrophie si rapide des masses musculaires.

Les lésions cellulaires observées dans les deux cas présentés par M. Dejérine, correspondaient tout à fait au type classique de la paralysie infantile, mais présentaient cependant certaines particularités sur lesquelles je crois devoir attirer votre attention. Rappelons brièvement le type clinique de ces deux malades. Tous deux avaient un pied-bot équin, datant chez le premier de 2 ans, chez le deuxième, de 35 ans. La dissection des masses musculaires montra les altérations que l'on rencontre habituellement dans ces cas et sur lesquelles je n'ai pas à insister de même pour les racines dont l'atrophie était très-apparente à l'œil nu, dans la région lombaire toute entière et qui présentaient les altérations que l'on rencontre en pareil cas, c'est-à-dire dans chaque préparation microscopique un certain nombre de gaines de Schwann absolument vides à côté d'autres tubes nerveux absolument normaux.

L'altération médullaire était, comme nous l'avons dit, rigoureusement limitée à la partie antérieure de la substance grise, elle commençait au niveau de la partie inférieure de la région dorsale et s'étendait dans toute la hauteur de la région lombaire en ayant son maximum d'intensité à peu près au niveau de la moitié de cette région. A ce niveau, dans l'étendue d'un millimètre de hauteur environ, la lésion de la substance grise au lieu d'être bornée au côté de la moelle correspondant à l'atrophie occupait en outre la corne antérieure du côté sain, à ce niveau; c'est à peine si l'on trouvait dans l'aire des cornes antérieures une ou deux cellules véritablement saines.

Au-dessus et au-dessous de ce point, la lésion se concentrait pour ainsi dire du côté correspondant à l'atrophie et se bornait ensuite très-exactement à la corne antérieure du côté de l'atrophie. La localisation de l'atrophie se faisait d'une façon très-exacte, non-seulement dans la corne antérieure, mais dans un point spécial de cette corne, dans le groupe antéro-externe. Sur presque toutes les préparations, le groupe antéro-interne apparaissait normal, avec les cinq ou six cellules qui le composent ordinairement, le groupe antéro-externe ne présentait plus un seul élément cellulaire et était transformé en un tissu vaguement fibrillaire, parcouru par des vaisseaux à parois épaissies. La dissémination de l'altération cellulaire dans une très-petite hauteur de la moelle avant de se locali-

© BIU Santé

ser au groupe antéro-externe, est un fait que nous croyons intéressant de signaler, il montre le passage de la lésion unilatérale à la lésion bilatérale amenant des phénomènes cliniques également bilatéraux. Seulement, dans les deux cas que nous rapportons ici, la lésion bilatérale des cornes antérieures n'existant que dans une très-petite hauteur, il est possible et même probable qu'elle n'a pu retentir d'une façon appréciable dans les muscles du côté sain, toutefois nous ne voudrions pas être trop affirmatifs à cet égard, car comme l'a démontré M. Broca dans son travail sur le pied-bot, il arrive souvent que l'on trouve par une dissection minutieuse dans le membre opposé à celui où siége le pied-bot, quelques faisceaux musculaires atrophiés, ce que l'examen à première vue de ce membre regardé comme sain, n'aurait point fait soupçonner.

Rapport sur la candidature de M. Brissaud; par P. Reclus.

Messieurs, dans une de nos dernières séances, M. Brissaud vous a présenté une pièce intéressante sur laquelle je me propose d'appeler votre attention. Il s'agit d'une hydrocèle chronique avec fausses membranes et formations vasculaires, chez un vieillard affecté d'une double hernie inguinale. Cette pièce et l'observation qui l'accompagne ont une grande analogie avec les cas que M. Gosselin a déjà publiés depuis longtemps dans ses travaux relatifs à l'hématocèle spontané. Sur la tunique vaginale se développent de fausses membranes presque identiques à celles de la pachyméningite. Du tissu embryonnaire en couches plus ou moins serrées et plus ou moins abondantes, tapisse les deux feuillets de la séreuse, surtout le feuillet pariétal, et des vaisseaux de formation nouvelle, à parois délicates peuvent alors, par leur rupture, déterminer la production d'un épanchement sanguin. Les cas dont nous parlons ne sont point absolument semblables à celui que vous a présenté M. Brissaud; car dans celui-ci, il existait de véritables néo-membranes bien organisées, à tissu fibroïde, et dont les vaisseaux paraissaient déjà assez résistants. Mais comme la vaginale renfermait encore du liquide en assez grande abondance, comme les deux feuillets de cette membrane n'étaient pas soudés dans toute leur étendue, que par conséquent le testicule était gros, proéminent, et plus accessible aux violences extérieures, nous aurions pu assister au développement de cette sorte d'hématocèle déjà décrite par les auteurs sous le nom d'*hématocèle mixte*. A la suite d'un choc, même léger, les vaisseaux superficiels des brides, des travées ou des cloisons qui parcourent l'épanchement, se rompent; du sang se mêle à la sérosité, et l'hydrocèle qui la veille était transparente, devient complétement opaque. Si l'épanchement est considérable, des flocons albumineux, de véritables caillots se forment, la tumeur s'accroît et prend une consistance qu'elle n'avait pas jusqu'alors. Aussi, ces cas tout en ne reproduisant pas l'hématocèle type, doivent-ils être considérés comme intermédiaires entre l'hydrocèle simple et l'hématocèle proprement dite.

La pièce de M. Brissaud permet en outre de comprendre la formation de ces hématocèles partielles et situées en dehors de la tunique vaginale. N'existait-il pas, en effet, un petit kyste en dehors de la séreuse, kyste tapissé par de petits vaisseaux autour desquels apparaissaient déjà quelques épanchements ecchymotiques. Ici encore, qu'une violence survienne, et le sang fera irruption dans la nouvelle cavité. Nous aurons ainsi une hématocèle, mais une hématocèle extra-vaginale.

J'aurais pu insister sur d'autres communications, d'une importance même plus grande, mais qui, pour nous en particulier, sont de moindre intérêt. Nous nous contenterons de signaler un cas d'épithélioma de la voûte palatine consécutif à un psoriasis buccal, et une observation curieuse de doigt surnuméraire apparu chez un adulte. Nous pensons que ces titres suffiront pour faire admettre M. Brissaud au nombre des candidats à la place de membre adjoint de la Société.

Séance du 29 mars. — Présidence de M. Charcot.

Anévrysme de l'aorte abdominale. Hypertrophie du cœur; par M. Rueff, externe des hôpitaux.

Tannhauser J., âgé de 54 ans, chauffeur-mécanicien, entre le 25 février 1878, salle Saint-Christophe n° 3 (service de M. le professeur Sée.) Ce malade accuse depuis deux ans des palpitations qui surviennent spontanément ou à la suite d'un travail exagéré. Il y a six semaines, il eut pour la première fois un accès de dyspnée avec constriction de la base de la poitrine et irradiations douloureuses dans le bras droit. A son entrée, il est pâle, amaigri, dans un état de dyspnée continue. Les parois thoraciques paraissent soulevées en masse à chaque contraction ventriculaire; les battements du cœur sont perceptibles dans la région xyphoïdienne ainsi que dans une zone qui s'étend depuis le deuxième espace intercostal jusqu'au sixième. A la base du cœur et au second temps on perçoit un souffle qui se prolonge dans les vaisseaux du cou. Les pouls sont inégaux; le gauche est petit, faible, le droit est bondissant, assez ample. Le poumon droit présente de la matité et du souffle dans toute son étendue. Un double centre de battements à la partie antérieure du deuxième et troisième espace intercostal gauche fait penser à un anévrysme de la crosse.

Les accès d'angine de poitrine deviennent de plus en plus fréquents jusqu'à l'époque où le malade tombe dans le coma où il reste plongé pendant 3, 4 jours. Mort le 25 février.

Autopsie. — Le sujet est amaigri, ne présente ni œdème ni teinte cachectique. La plèvre droite est divisée en plusieurs loges pardes fausses membranes; le liquide est verdâtre, séro-purulent. Le poumon est revenu sur lui-même; il est congestionné ainsi que le poumon gauche. Le cœur est volumineux; il pèse à l'état de vacuité 450 grammes. Sa longueur est de 15 centim. le contour de sa base mesure 22 cent. Les parois du ventricule gauche sont rouges, charnues, ont un cent. et demi d'épaisseur. L'aorte présente dans sa première portion quelques plaques athéromateuses dont plusieurs sont ramollies et désagrégées. L'aorte dans sa portion abdominale présente un renflement du volume d'une tête de fœtus. Ce renflement est adhérent à la colonne lombaire, est fluctuant dans sa partie antérieure, très-résistant sur les côtés. Les parois sont constituées par les tuniques artérielles auxquelles se sont accolées quelques fibres du diaphragme; des couches fibrineuses superposées occupent presque les deux tiers de la cavité. Les deux premières vertèbres lombaires présentent sur leur corps une excavation aux dépens de laquelle s'est développée la tumeur. On trouve dans l'épaisseur des parois, des petits vaisseaux d'un demi-centim. de diamètre environ et qui ont dû servir au rétablissement de la circulation.

Les autres organes sont sains; le foie, un peu gras, a été repoussé par la tumeur et se trouve placé au devant d'elle.

Réflexions. — Cet anévrysme se présentait dans des conditions telles que son diagnostic était presque impossible. Pas de trouble de la sensibilité et de la motilité dans les membres inférieurs; les battements de la tumeur non perceptibles par suite de l'épaisseur des dépôts fibrineux, et du chevauchement du foie qui recouvrait l'anévrysme. Quant à sa localisation à la crosse, elle était justifiée par l'inégalité des deux pouls et les battements que l'on constatait dans le deuxième espace intercostal. Ceux-ci pourraient peut-être être attribués au soulèvement du liquide d'une des loges pleurales par les contractions ventriculaires.

M. Moutard-Martin. — J'ai eu l'occasion d'examiner ce malade avec soin: chez lui, on constatait un centre de battements au niveau de la clavicule droite, avec inégalité des pupilles et des deux pouls. Ces signes classiques avaient fait supposer que la tumeur anévrysmale siégeait au niveau de la crosse de l'aorte, et ce n'est pas sans étonnement que l'on a trouvé l'anévrysme à la région dorso-lombaire. On peut donc dire ici que l'erreur de diagnostic est justifiée par les symptômes observés pendant la vie. J'ajouterai qu'en ce qui concerne le traitement des anévrysmes par l'électro-poncture, il faut user de la plus grande réserve, car dans le cas actuel où le diagnostic du siége de la tumeur semblait si précis, on se serait exposé à de redoutables accidents en enfonçant les aiguilles au niveau du creux sous-claviculaire puisque l'anévrysme était situé bien loin de cette région.

M. Charcot. En Angleterre, où les anévrysmes sont beaucoup plus fréquents que chez nous, j'ai pu voir, notamment à l'hôpital de Manchester, un assez grand nombre de malades

© BIU Santé

raités par l'électro-ponction, et il ne m'a pas semblé que les médecins fussent préoccupés des inconvénients qu'on vient de nous signaler.

Sarcôme cutané de la face dorsale du pied. — Lymphangite. — Embolie pulmonaire; par M. Ovion.

La malade âgée de 77 ans, couchée lit n° 8, salle Saint-Michel, à la Salpétrière, service de M. Périer; portait depuis très-longtemps, sans pouvoir préciser la date, une petite grosseur sur la face dorsale du pied gauche. Stationnaire pendant fort longtemps, cette grosseur avait pris un accroissement rapide depuis trois mois environ.

Il y a un mois la malade a consulté en ville un médecin qui lui fit sur sa tumeur l'application d'une pâte. Cette pâte détermine une escharre qui, en s'éliminant, donne lieu à une hémorrhagie assez abondante.

9 *mars*. L'escharre est tombée avant-hier. On observe sur la face dorsale du pied gauche au niveau de la partie moyenne du 2e métatarsien une tumeur de la grosseur d'un marron. Cette tumeur présente à son sommet une ulcération arrondie de 2 cent. 1/2 de diamètre dont la surface un peu inégale est finement grenue et dont la coloration est inégale. (La teinte générale est jaune rosé avec des points ecchymosiques de différentes dimensions et de différentes colorations). L'ulcération saigne au moindre contact. Autour de l'ulcération la peau est par endroit comme taillée à l'emporte pièce, et la masse de la tumeur semble pouvoir en être décollée facilement. Dans d'autres endroits l'ulcération descend en pente douce et la peau est taillée en biseau.

La masse de la tumeur est mobile sur le plan profond. Les mouvements des orteils ne se communiquent pas à elle. Autour de la tumeur la peau est un peu rouge et tendue. Diagnostic porté : *Sarcôme cutané à marche rapide.*

10 *mars*. Plaque de lymphangite réticulée sur le mollet gauche avec quelques traînées de lymphangite tronculaire. Langue blanche, nausées. T. A. 38°,2.

Les jours suivants l'angioleucite suit sa marche ascendante, remontant jusqu'au genou. Pas d'engorgement ganglionnaire poplité ou inguinal. On ne constate ni douleurs vives, ni œdème.

18 *mars*. Il s'est formé sur l'ulcération une croûte qui tombe avec le pansement. La plaie saigne abondamment. On fait une application de coton imbibé de perchlorure de fer et séché.

19 *mars*. Le pansement est laissé en place. Rien de nouveau. La lymphangite n'a pas dépassé le genou et décroît.

20 *mars*. 9 heures. Le coton au perchlorure forme une croûte au-dessus de l'ulcération. Il est laissé en place.

Pas de douleurs, ni d'œdème.

9 *heures* 1/4. Mort subite après deux ou trois fortes inspirations, pendant lesquelles la malade s'est assise sur lit.

Autopsie. 24 heures après la mort.

Cerveau et bulbe. Rien. *Cœur*. Dans le ventricule droit se trouve un caillot allongé long de 20 cent. environ se continuant dans le tronc de l'artère pulmonaire et dans sa branche gauche de bifurcation. — Ce caillot présente des impressions valvulaires très-nettes et des ramifications provenant évidemment de veines collatérales.

Dans le poumon droit on trouve un caillot oblitérant en partie le calibre de la branche artérielle principale, ne se continuant pas au-delà de la première division de l'artère et adhérent en ce point à l'éperon formé par la bifurcation. Dans le poumon gauche se trouve la continuation du caillot qui occupe le tronc de l'artère pulmonaire et une partie du ventricule droit. Rien dans l'oreillette droite. Les veines caves sont remplies de sang fluide. Les veines du bassin sont libres de caillots.

Dans le membre inférieur gauche, la fémorale, la poplitée et la saphène interne sont complètement vides. Dans les veines profondes du mollet, on trouve des caillots analogues à ceux trouvés dans le ventricule droit et paraissant avoir le même âge.

Les organes abdominaux sont sains, sauf le foie dont le lobe gauche est un peu dur et rétracté.

Remarques. La mort a donc été le résultat du transport en masse et en une seule fois du long caillot qui obstruait l'artère pulmonaire. L'origine de ce caillot est vraisemblablement dans les veines du membre gauche. Mais pendant la vie on n'a observé aucun des phénomènes de la phlébite ou de la thrombose.

Le coton imbibé de perchlorure de fer et séché a été plusieurs fois appliqué dans le service de M. Périer et sur des surfaces saignantes, notamment chez une malade actuellement encore dans le service après l'ablation d'un épithélioma de la main, et n'a donné lieu à aucun accident de coagulation veineuse.

Tumeur de la portion thoracique de l'œsophage; par Schwartz, prosecteur des hôpitaux.

Immédiatement en arrière de la bronche gauche, on trouve une tumeur grosse comme un petit marron, située entre la tunique muqueuse et la musculeuse, facilement énucléable et semblant adhérer à la muqueuse. Cette pièce a été recueillie sur un sujet tuberculeux âgé de 45 ans; pas d'antécédents connus. L'examen microscopique, pratiqué par Balzer, a montré que la tumeur était un fibrôme sous-muqueux.

M. Berger. Les fibro myômes de l'œsophage bien décrits par Follin, sont presque toujours diffus, celui qu'on nous présente échappe à cette règle ; il est nettement circonscrit.

Cancer primitif de la colonne vertébrale. — Paraplégie douloureuse; par Vermeil, interne des hôpitaux.

Antécédents. Le malade, tailleur, âgé de 50 ans, ne connait parmi ses parents ni tuberculeux, ni cancéreux. Lui-même, jusqu'à la fin de 1876, a toujours joui d'une bonne santé. Il n'est ni strumeux, ni syphilitique, ni alcoolique.

Début. Vers la fin de 1876, Berthe a commencé à ressentir vers l'angle de la dixième côte gauche une douleur vive, continue, lancinante, exaspérée par la pression la plus légère, telle que le frottement des vêtements. En même temps, il commençait à maigrir et à s'affaiblir.

Au mois de septembre, cette douleur étant devenue insupportable et l'hyperesthésie cutanée s'étant étendue en ceinture à toute la zone correspondant aux dixième et onzième côtes gauches, le malade entra à la Pitié dans le service de M. Labbé qui, ne constatant aucune lésion costale ni vertébrale, le fit passer dans le service de M. Gombault, où il est resté jusqu'à sa mort.

Vers le mois d'octobre, il commença à s'apercevoir que son membre inférieur gauche était notablement plus faible que le droit, et à ressentir dans ce membre une douleur sourde, lancinante, rendant la marche très-pénible. Quelques jours après, une douleur de la même nature, non continue, non exagérée par la pression, apparut le long de la colonne vertébrale jusque vers la région cervicale. Enfin en dernier lieu, vers le mois de décembre, se montrèrent des douleurs dans le bras gauche accompagnées parfois d'une sensation de frémissements que Berthe ressentait aussi dans le membre inférieur. D'après des renseignements fournis par Letulle, alors interne de service, il aurait eu vers la même époque une contracture passagère des muscles de la main gauche. Etat du malade le 8 janvier 1877. — *Etat général*. Cachectique. Le malade est très-maigre et très-faible. Il n'a pas d'appétit, mais les digestions se font régulièrement. L'exploration du thorax et de l'abdomen ne révèle rien d'anormal qu'un *léger souffle* au premier temps et à la base. Les radiales sont dures et scléreuses. Pas d'albuminurie. — *Troubles de la motilité*. Le sujet est généralement affaibli, mais les deux membres du côté gauche, surtout le membre inférieur, sont notablement plus faibles que ceux du côté opposé. C'est une véritable *parésie*. La *marche* est lente, très-pénible à cause de la douleur, mais encore possible. Le malade traîne la jambe gauche, il sent bien le sol et tourne facilement sur lui-même les yeux fermés. Donc pas d'incoordination.

Les muscles sont flasques partout. Les *mouvements réflexes* ne sont pas exagérés. Pas d'extension violente de la jambe quand on frappe sur le tendon rotulien ; l'extension du pied ne provoque pas de trépidation. — *Troubles de la sensibilité.*

© BIU Santé

Ce sont surtout des *douleurs* lancinantes continues avec exacerbations spontanées, mais *augmentées par la pression*. 1° La plus vive et la première en date est une douleur en ceinture, plus violente en arrière, correspondant à peu près aux 10e et 11e nerfs intercostaux gauches dans la même zone ; indépendamment de la douleur profonde et spontanée, on constate une vive *hyperesthésie cutanée*. 2° Douleur sur le trajet de la colonne vertébrale depuis le cou jusqu'au bas. 3° Douleur très-vive sur le trajet du sciatique gauche ; c'est celle-ci surtout que l'on exagère par la pression, principalement aux points de Valleix. Pas d'hyperesthésie cutanée à ce niveau. 4° Douleur au bras et à l'avant-bras gauches, beaucoup moins vive, sourde, exagérée par la pression mais sans qu'il soit possible de deviner le trajet d'aucun cordon nerveux. Outre ces douleurs profondes et l'hyperesthésie cutanée du côté gauche, le malade ressent parfois dans les membres atteints une sensation de *fourmillements*.

Nulle part on ne trouve d'anesthésie ; il n'y a ni retard ni erreur sur la nature des sensations. Pas de troubles oculaires. — *Troubles de nutrition*. Pas d'éruptions cutanées.

Les muscles des deux membres du côté gauche sont notablement atrophiés. La cuisse gauche, à la partie moyenne, a trois centimètres de moins que la droite. Différence des deux bras à quatre doigts au-dessus de l'épitrochlée : 0,01 cent. Différence des deux avants-bras à quatre doigts au dessous de l'épitrochlée : 0,025 millim. Pas de troubles de la miction ni de la défécation.

Traitement. — Des pointes de feu le long de la colonne vertébrale, l'iodure de potassium administré pendant trois mois n'ont donné aucun résultat. Morphine à l'intérieur et en injections.

1er *février*. — Le malade se cachectise rapidement. Il maigrit encore, prend une teinte terreuse presque jaune. Dyspnée au moindre mouvement, râles humides assez abondants aux deux bases ; œdème pulmonaire. Pas d'albuminurie.

20 *février*. — Douleurs intercostales beaucoup plus vives. Dypsnée, râles humides très-abondants. L'amaigrissement et la teinte jaune s'accusent de plus en plus. Expectoration abondante, spumeuse, très-fluide.

27 *février*. — La dyspnée et les douleurs ont encore augmenté. Râles humides très-abondants en avant ; il n'est plus possible de faire asseoir le malade pour l'ausculter en arrière. — 40 ventouses sèches. 28 *février*. — Mort.

Autopsie. — *Thorax*. La cavité pleurale gauche est occupée par un vaste épanchement sanguinolent.

Le *poumon gauche*, refoulé par cet épanchement en haut et contre la colonne vertébrale, est atélectasié, aminci, réduit à son minimum de valeur.

Quelques adhérences au sommet. Pas de traces de productions carcinomateuses sur la plèvre, ni dans le parenchyme pulmonaire. — *A droite*, très-petite quantité de liquide louche ; quelques fausses membranes ; adhérences nombreuses.

Congestion et œdème du poumon, surtout vers la base ; les ganglions du hile sont volumineux et d'un noir foncé. — *Péricarde* sain. — *Cœur* volumineux. Point de lésions valvulaires. Les sigmoïdes paraissent suffisantes.

L'*aorte* est très-dilatée au niveau de la crosse. (Dilatation fusiforme.) Les parois sont épaissies, sans souplesse ; on y sent des noyaux de consistance calcaire. La surface externe est rouge, injectée. La surface interne est rugueuse et présente : 1° des taches rouges à surface lisse ; 2° des saillies rugueuses de consistance calcaire ; 3° des ulcérations peu profondes, de forme irrégulière, à bords durs taillés à pic. On voit principalement ces ulcérations près de l'origine du tronc brachio-céphalique.

Abdomen. Pas de liquide dans le péritoine.

Rien d'anormal dans le mésentère, ni dans l'épiploon, non plus que dans le tube intestinal, la rate, les reins. — Le *foie* est volumineux, farci de noyaux carcinomateux, blanchâtres, durs, d'une consistance élastique, gros comme des noisettes, inégalement disséminés, ne comprimant pas les gros canaux biliaires. Cependant la vésicule biliaire est très-distendue. Pas de calculs. — *Cerveau* sain.

Colonne vertébrale. Pas de déviation rachidienne. En arrière, pas de déformation apparente ; en avant, sur le côté gauche des corps des 10e et 11e vertèbres dorsales, on voit une tumeur arrondie, à surface lisse, environ du volume d'un œuf, assez dure, de consistance élastique. Après la section des lames vertébrales, pratiquée à la manière classique pour l'ablation de la moelle, on voit que le néoplasme fait également saillie dans le canal médullaire, au niveau de ces mêmes vertèbres. Il forme là, à droite et à gauche, deux masses lisses, allongées, fusiformes qui transforment le canal en un espace prismatique triangulaire assez restreint, à sommet antérieur.

Celle de gauche, plus volumineuse, s'étend jusque sur les lames vertébrales et pénètre dans les trous de conjugaison, englobant les racines nerveuses. Ces saillies offrent, au niveau du corps vertébral, la même surface lisse et la même consistance élastique que la tumeur antérieure ; elles sont plus irrégulières au niveau des masses latérales. La tumeur est résistante et crie sous le scalpel. La coupe, montre qu'elle est formée d'une substance blanche compacte, parsemée de noyaux calcaires ou ossiformes.

La *moelle*, comprimée au niveau du néoplasme, présente la forme prismatique du canal vertébral ; on n'y voit du reste, à l'œil nu, aucune altération ; elle ne paraît ni ramollie, ni indurée. La pie-mère n'est pas anormalement injectée. La dure-mère, nullement épaissie, a son aspect normal et n'a contracté aucune adhérence avec le néoplasme, ni avec la pie-mère.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre, et en premier lieu, parce qu'elle nous présente un exemple de cancer primitif de la colonne vertébrale. Nous n'avons trouvé en effet d'autres productions cancéreuses que dans le foie où elles se montraient sous la forme de petits noyaux disséminés, propre au carcinome secondaire de cet organe. Du reste, l'augmentation de volume du foie date des derniers jours de la vie ; le malade ne s'était jamais plaint de la région hépatique et il avait accusé des douleurs dans le côté et le membre inférieur gauches longtemps avant d'avoir éprouvé le moindre trouble digestif.

La succession des phénomènes chez notre malade, a bien suivi la marche indiquée par M. Charcot dans ses leçons sur les maladies du système nerveux. Des phénomènes extrinsèques (douleur intercostale, hyperesthésie cutanée) dus à la compression ou à l'irritation des racines nerveuses se sont montrés avant ceux que l'on pourrait attribuer à la compression de la moelle elle-même (parésie du membre inférieur, atrophie musculaire, fourmillements et douleurs sur le trajet de nerfs nés au-dessous et au-dessus du point occupé par le néoplasme). Nous ferons remarquer seulement que ces douleurs étaient exaspérées par la pression et par conséquent ne répondaient pas complètement au type des pseudo-névralgies décrites par M. Charcot dans la paraplégie douloureuse des cancéreux. Enfin, cette observation présente un cas curieux de localisation à une moitié du corps, de troubles nerveux d'origine médullaire.

Tumeur cérébrale ; par M. Vermeil, interne des hôpitaux.

Le nommé Letellier Adolphe, âgé de 61 ans, employé, entré le 7 février 1878, salle Saint-Michel, lit n° 1, service de M. Gombault. Rien de significatif dans les antécédents de famille ou personnels du malade. Pas d'alcoolisme. Bonne santé jusqu'en 1870. Depuis la guerre, à la suite des privations du siége, dyspepsie d'intensité et de formes variables, amaigrissement, affaiblissement. Jamais de vomissements incoërcibles ni d'hématémèse. Diarrhée fréquente. Misère profonde depuis 6 mois. Amaigrissement plus rapide, sueurs nocturnes, grande faiblesse, anorexie, toux fréquente et pénible. Expectoration verdâtre. Jamais d'hémoptysie.

7 *février*. *Etat actuel*. — Le malade est très-pâle et d'une grande faiblesse. Pas d'appétit. Battement du ventre après les repas les plus légers. De temps en temps vomissements dans les accès de toux. La diarrhée a disparu depuis quelques jours. Sueurs nocturnes. Vertiges. Pas de troubles du mouvement ni de la sensibilité.

Toux fréquente, quinteuse, principalement le matin. Crachats muco-purulents nummulaires, nageant dans un liquide clair. Dyspnée au moindre mouvement. Percussion. En arrière

© BIU Santé

Matité très-accusée du sommet droit. Submatité à gauche. En avant, submatité un peu plus prononcée à droite. Sonorité normale aux deux bases. AUSCULTATION. Quelques râles humides disséminés aux deux bases. *En arrière, à droite*, dans la fosse sus-épineuse. Souffle caverneux. Pectoriloquie. Gargouillement. Retentissement de la toux dans la fosse sous-épineuse. Souffle tubaire, craquements. *A gauche*, fosse sus-épineuse : râles sous-crépitants à grosses bulles, surtout après la toux ; fosse sous-épineuse : Respiration rude. *En avant, à droite* Souffle et gargouillements. *A gauche*, respiration rude. Râles sous-crépitants. *Cœur*. Auscultation normale. Artères radiales dures et flexueuses. *Foie* normal. Pas d'albuminurie.

3 *mars*. L'état est resté à peu près le même jusqu'à maintenant ; l'appétit a seulement diminué de plus en plus. Le malade ne peut plus manger que des potages ; aussi, faiblesse extrême. Ce soir, après avoir mangé sa soupe, il se lève. A peine debout il est pris d'un vertige et tombe.

Recouché par ses voisins, il reprend immédiatement connaissance ; mais la respiration est suspirieuse et la parole reste embarrassée pendant quelques heures. Pas d'hémiplégie. Pas de troubles de la sensibilité. Somnolence pendant quelques heures. Nausées sans vomissements. Pas de céphalalgie.

Sinapismes. — Ventouses sèches.

4. — Ce matin à la visite, le malade est assis sur son lit, dans son état habituel. Il ne ressent rien de son indisposition de la veille. — A 10 heures, nouveau vertige. — Mort en 10 minutes.

AUTOPSIE. — *Poumons*. — Les deux sommets sont fortement adhérents et entourés d'une plèvre très-épaissie. *A droite*, adhérence jusqu'au niveau du lobe moyen. Vaste caverne au sommet droit ; le reste du lobe supérieur est criblé de cavernules et de granulations grises et jaunes, entourées de sclérose pulmonaire. Au sommet du lobe moyen, caverne grosse comme une noix ; infiltration de la moitié de ce lobe. Congestion et œdème du lobe inférieur. *A gauche* les 3/4 du lobe supérieur sont criblés de cavernules et de granulations de toutes les périodes du ramollissement. Au-dessous congestion. *Foie* un peu gras, volume normal. Rate normale. *Cœur*.—Surcharges graisseuses assez abondantes. Péricarde pâle. — Rein un peu congestionné.

Cerveau, décortication facile. — Légère congestion veineuse de la pie-mère. Sur la limite de l'étage supérieur de la base du crâne, du côté droit, au-dessus de la fente sphénoïdale, en dedans du trou optique, on trouve une tumeur sphérique, du volume d'une petite noix, muriforme, d'un blanc grisâtre, adhérente à la face interne de la dure-mère qui se laisse du reste facilement détacher des os du crâne. La tumeur qui est évidemment développée aux dépens de la dure-mère, n'a contracté aucune adhérence avec la masse encéphalique. Elle s'est creusée une petite loge dans la face inférieure du lobe frontal, immédiatement au-devant de la scissure de Sylvius, au niveau du lobe olfactif droit qui était fortement comprimé. A ce niveau, la substance corticale, d'un gris rougeâtre, friable, est évidemment ramollie. La tumeur est dure, de consistance squirrheuse. Elle crie sous le scalpel. La coupe est blanche, uniforme : elle paraît peu vasculaire et formée de fibres disposées concentriquement. — Elle est fortement adhérente à la dure-mère avec laquelle elle se continue sans ligne de démarcation.

Examen histologique. — Examen de la pièce fraiche par M. Hermann (laboratoire du professeur Robin). La tumeur paraît être un *psammome*.

Récidive des tumeurs du testicule.

M. DESPRÉS. — Dans la séance du 20 mars, M. Verneuil a fait, à la Société de chirurgie, une communication sur le pronostic des tumeurs du testicule ; d'après lui, ces lésions récidiveraient presque toujours dans l'année même où le malade a été opéré. A mon avis, cette opinion est un peu trop exclusive ; j'ai pu suivre un certain nombre de malades pendant plusieurs années, et dans bon nombre de cas, la récidive ne s'est pas produite. Je rappellerai, entre autres, l'observation d'un malade, dont la tumeur testiculaire fut présentée ici en 1875. M. Malassez, qui l'avait examinée au microscope, y avait trouvé tous les caractères d'un sarcome alvéolaire, c'est-à-dire une tumeur bien voisine du cancer ; eh bien ce malade, 3 ans après l'opération ne présentait aucune récidive de la tumeur.

M. MALASSEZ. — Le mot cancer n'a plus aujourd'hui aucune signification exacte au point de vue histologique, il est de la plus haute importance de distinguer à quelle variété de cancer on a affaire, et si la tumeur a eu une marche rapide ou une marche lente. Parmi les tumeurs du testicule, le lymphadénôme est classé parmi celles qui offrent le plus de malignité ; c'est ainsi qu'un malade opéré par M. Trélat, eut dans la même année récidive et généralisation de la lésion ; la pièce fut présentée à la Société, je crois, par M. Letulle.

M. LETULLE a observé un autre cas de lymphadénôme occupant le testicule gauche, avec induration de l'épididyme du côté droit. Trois semaines après l'opération, il y avait généralisation de la maladie et mort du malade.

Séance du 29 mars. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Arrêt de développement des membres supérieurs. — Ectrodactylie. — Altération des méninges localisée à la région des centres moteurs ; par Ferdinand DREYFOUS, interne des hôpitaux.

Lem..., Mathilde, 6 ans, entrée dans le service de M. BERGERON pour y être soignée d'une fièvre typhoïde, succomba dans le cours de la convalescence. Des accidents hémorrhagiques et une broncho-pneumonie amenèrent la terminaison fatale.

Déjà une chose avait attiré notre attention pendant la vie : c'est un arrêt de développement des deux membres supérieurs. L'humérus paraissait normal. *A gauche* cependant on voyait à sa partie inférieure et antérieure une saillie osseuse longue de près de 4 centimètres, soulevant les téguments, et que l'enfant appelait « son pouce. » Le coude de ce côté étant complétement enkylosé. Le bras et l'avant-bras très-raccourcis se continuent en ligne droite sans qu'il fût possible de leur imprimer aucun mouvement de flexion l'un sur l'autre. Le poignet, mobile sur l'avant-bras, est diminué de largeur ; et rétréci dans le sens transversal : il supporte deux métacarpiens et à leur suite deux doigts normaux qui paraissent être le médius et l'annulaire. — De plus à la partie externe un troisième doigt très-grêle est supporté par un métacarpien effilé à son extrémité supérieure : il jouit du mouvement d'opposition.

A droite, au contraire, il y a une articulation du coude mobile et point de pouce. Au bras rien d'anormal ; les os de l'avant-bras très-raccourcis ont subi un déplacement de sorte que l'avant-bras paraît décrire un arc de cercle comme chez les rachitiques. Les mouvements du coude sont très-limités. Le poignet diminué dans le sens transversal supporte trois doigts qui n'ont rien d'anormal. Aucun d'eux ne jouit du mouvement d'opposition ; mais un des doigts cependant s'écarte un peu des autres ; ce qui permet de tenir certains objets entre deux doigts, mais non pas de les saisir. La peau n'offrait rien de particulier. Les muscles étaient diminués de volume au bras comme à l'avant-bras et à la main. Scoliose ; toute la moitié gauche du thorax était comme atrophiée. L'intelligence était bien développée.

AUTOPSIE. — *Membre supérieur gauche*. Humérus : 17 cent. de longueur, il a subi un mouvement de rotation de dehors en dedans, de sorte que l'épiphyse externe très-saillante et allongée se voit en avant.

Il n'y a pas d'olécrâne ; ou du moins ce qui paraît le représenter, est une tubérosité appartenant à l'humérus et interposée entre les deux os de l'avant-bras.

Avant-bras. Il contient deux os ; tous les deux à leur partie supérieure soudés aux bords externe et interne de l'extrémité inférieure de l'humérus. L'os interne a une longueur de 4 cent., 5, l'os externe de 5 cent.

Le *carpe* présente à sa partie externe une saillie pointue de 1 cent. de longueur qui s'articule avec l'extrémité supérieure effilée du premier métacarpien, au moyen d'une capsule fibreuse lâche.

A DROITE. *humérus* long 17 cent. 5. *Coude* : subluxation en avant et en dehors.

© BIU Santé

Avant-bras : l'os externe a 7 cent. A sa partie supérieure est une tête qui s'articule en dehors et en arrière avec l'humérus, et rappelle par sa forme la petite tête du radius.

L'os interne n'a que 4,5 ; il est aplati et ne se prolonge pas jusqu'au carpe : il lui est réuni par un ligament fibreux aplati de 2,5 de longueur. Rien à noter aux métacarpiens ni aux trois doigts. Rien d'anormal aux membres inférieurs.

Il était intéressant de voir si on trouverait dans les centres moteurs cérébraux une lésion qui correspondit à celle des membres supérieurs.

Voici ce que nous avons constaté :

Dure-mère épaissie. Hémisphère cérébral droit pâle. — Hémisphère gauche : veines gorgées de sang noir ; en quelques points des ecchymoses intra-méningées. Dans la plupart des sillons qui séparent les circonvolutions se voient des des traclus blanchâtres. A côté de ces lésions de date récente, il y en avait une autre qui, elle au contraire, paraît être de date ancienne. Sur l'hémisphère gauche à la partie supérieure des deux circonvolutions marginales, méninges épaisses, d'un gris nacré, d'aspect fibreux, rappelant les plaques laiteuses du péricarde. A droite, même aspect fibreux et nacré de la pie-mère à la jonction de la première frontale transverse avec la frontale ascendante.

Cerveau : rien à noter. *Moelle* : le renflement cervical manque et la moelle garde à peu près le même volume jusqu'au renflement lombaire.

RÉFLEXIONS : Relativement au vice de conformation des membres supérieurs, je ferai remarquer l'apparente exception à la règle posée, par Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire :

« Quand le pouce manque, le radius manque aussi : » En réalité, il n'y avait à l'avant-bras droit qu'un deuxième os incomplet. Enfin, je signalerai d'une façon toute spéciale la lésion méningée ancienne, occupant la région des centres moteurs des membres. L'aspect nacré, fibreux, ne permet pas de penser à une lésion récente. Qu'est-elle donc ? Y a-t-il un rapport de cause à effet entre les deux phénomènes qui coïncident : l'anomalie des membres et la lésion méningée ? Faudrait-il croire qu'une méningite intra-utérine aurait correspondu à cet arrêt de développement des membres supérieurs ? Rien de pareil, n'a été, jusqu'ici, indiqué par les auteurs dans les cas semblables. Et d'autres faits confirmatifs seraient nécessaires pour qu'une conclusion définitive puisse être donnée dans ce sens. Tel qu'il est, ce fait ne peut qu'éveiller l'attention des observateurs sur un point intéressant d'anatomie pathologique. Il permet de poser la question sans la résoudre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 mai 1878. — PRÉSIDENCE DE M. LABRIC.

M. LAVERAN, répondant à l'appel adressé par M. E. Besnier dans le rapport sur les maladies régnantes, lit un travail sur *le pronostic et la prophylaxie des oreillons chez l'adulte et en particulier sur l'orchite ourlienne.* Ne pouvant reproduire tous les détails intéressants de ce travail, nous devons nous borner à en analyser rapidement les faits principaux. La gravité du pronostic des oreillons résulte à peu près exclusivement des complications et particulièrement de l'orchite. L'orchite ourlienne est très-fréquente *chez l'adulte ;* en effet, en réunissant plusieurs statistiques de différents observateurs, M. Laveran a trouvé 156 cas d'orchite sur 432 malades (2 fois sur 5 environ). L'orchite ourlienne n'est point métastatique, comme on l'a dit, et M. Laveran cite plusieurs cas d'orchite ourlienne d'emblée. C'est un symptôme des oreillons au même titre que le gonflement des glandes salivaires. L'orchite ourlienne peut être simple ou double ; elle siége principalement dans le testicule, quelquefois aussi dans l'épididyme ; elle amène souvent (7 fois sur 10 environ) l'atrophie du testicule ; dans les cas heureusement très-rares où l'atrophie porte sur les deux testicules il en résulte une impuissance absolue.

L'orchite étant une des localisations des oreillons, la seule manière de la prévenir consiste à prévenir la maladie elle-même et malgré les assertions contraires de quelques auteurs, il paraît démontré que les oreillons constituent une maladie générale spécifique analogue aux fièvres éruptives, et qui comme elles, peut se répandre par contagion. On ne doit donc pas hésiter à recourir aux mesures prophylactiques, particulièrement chez les soldats, et il faut envoyer immédiatement à l'hôpital tous les militaires qui présentent les symptômes des oreillons et affecter dans l'hôpital une salle spéciale à ces malades. — Le traitement de l'orchite elle-même a peu d'action, on devra surtout prescrire dès le début le repos.

M. GOUGUENHEIM présente un *rétrécissement cancéreux de l'œsophage avec compression des deux récurrents* (à gauche par la tumeur, à droite par une masse ganglionnaire). C'est là une lésion fort rare et dont on trouve à peine un cas dans la monographie de Béhier. Le malade, à son entrée à l'hôpital, se plaignait seulement d'une angine légère et c'est l'examen laryngoscopique qui permit d'établir le diagnostic en montrant une paralysie des deux cordes vocales. L'absence de toute lésion pulmonaire aortique ou médiastine, jointe à l'existence d'une dysphagie très-légère, et dans les derniers jours seulement à une difficulté du cathétérisme, permirent de rapporter ce symptôme à sa véritable cause.

M. GOUGUENHEIM présente aussi le larynx d'un malade qui avait offert pendant la vie les signes que l'on attribue généralement à l'*œdème de la glotte.* A l'autopsie, les replis aryténo-épiglottiques et la région aryténoïdienne offraient des bourrelets considérables, mais ces bourrelets, au lieu d'être mollasses, infiltrés par de la sérosité, sont durs, résistants, présentent l'aspect lardacé à la coupe et, en un mot, ont des caractères totalement différents de ceux qui constituent l'œdème proprement dit. L'examen laryngoscopique qui, bien qu'on en ait dit, est possible dans ces cas, avait permis de constater la même apparence pendant la vie. M. Gouguenheim a déjà eu l'occasion de rencontrer la même altération chez des tuberculeux désignés comme atteints d'œdème de la glotte, mais jamais il n'a constaté, soit pendant la vie, soit après la mort, d'œdème vrai des replis aryténo-épiglottiques, aussi, partage-t-il entièrement, sous ce rapport, l'opinion de M. Doléris, élève du professeur Coyne, lorsqu'il dit « l'œdème de la glotte, proprement dit, est un accident rare dans la tuberculose du larynx ; la cause la plus fréquente des sténoses de l'organe réside dans l'infiltration plastique des tissus mous par une poussée d'éléments tuberculeux ou dans les progrès lents, mais incessants, de la sclérose laryngée. » (*Archives de physiologie*, 1877).

M. BLACHEZ présente une observation d'*hémiplégie droite* avec aphasie, le cœur bat sous la main et ne présente aucun bruit anormal, les radiales sont un peu athéromateuses. Ce qui fait l'intérêt de ce fait, c'est l'*impossibilité absolue de trouver des battements dans les artères du côté droit*, même dans la sous-clavière, les battements de la carotide sont plus faibles que du côté opposé. Malgré cette absence apparente de circulation, il n'y a pas de troubles trophiques, la température est à peu près égale des deux côtés. Cet homme, bien portant ordinairement, ayant seulement un peu d'engouement bronchique, depuis une quinzaine de jours, a été frappé d'hémiplégie pendant son travail.

M. BEAUMETZ donne le conseil de rechercher l'existence du pouls par des appareils (vases plein d'eau) analogues à ceux qu'emploient M. Marey et M. François Franck. Ces observateurs ont pu constater l'existence de battements dans un cas d'anévrysme où l'on ne trouvait pas le pouls à la main. A. S.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 Juin. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Au scrutin qui a eu lieu pour la nomination du 35e membre titulaire de la société de chirurgie, M. Paul Berger, chirurgien des hôpitaux, a obtenu la majorité des suffrages, 22 voix sur 28 votants. Après lui venaient M. Terrillon avec 4 voix, et M. Pozzi avec 2 voix. En conséquence, M. Paul Berger a été proclamé membre titulaire de la société de chirurgie.

Monstre ectromélien. M. HOUEL donne lecture d'un rapport sur une observation intéressante au point de vue tératologique, adressée par M. José Ribeiro, de Rio de Janeiro. Il s'agit d'un monstre ectromélien vivant, âgé de six ans, né de

© BIU Santé

père et mère bien portants. Cet enfant a la tête et le tronc bien conformés, mais les membres sont absents ou incomplets. Le membre supérieur gauche n'existe pas, on ne voit que le moignon de l'épaule, comme s'il y avait eu une désarticulation scapulo-humérale non suivie de cicatrice. Le membre supérieur droit est représenté par un moignon de quelques centimètres. Il n'y a pas de membre inférieur gauche; en avant et au-dessus de l'ischion on trouve un point déprimé comme une cicatrice ombilicale. Enfin, la jambe droite existe mais très petite; elle est terminée par un pied rudimentaire qui ne comprend que le premier métatarsien et le gros orteil. M. Houel pense que cette monstruosité ne peut s'expliquer que par un arrêt de développement.

M. Trélat émet l'avis qu'on pourrait invoquer dans ce cas une amputation spontanée, aussi bien qu'un arrêt de développement. L'ectromélie véritable et l'amputation spontanée produite par des adhérences dans la cavité utérine se ressemblent par beaucoup de points. Il n'est pas rare de rencontrer chez le même enfant une amputation spontanée évidente sur un membre, et des arrêts de développement sur les autres.

Polype naso-pharyngien ; opération, guérison. M. Denucé (de Bordeaux), raconte à la Société l'histoire d'un malade qu'il a opéré d'un polype naso-pharyngien par la voie postérieure et qui a guéri. Depuis longtemps, M. Denucé considère aux polypes naso-pharyngiens, une forme pharyngienne proprement dite, et une forme nasale que le chirurgien a intérêt à connaître pour choisir le procédé opératoire.

Le malade de M. Denucé, âgé d'une vingtaine d'années, portait dans la narine gauche une tumeur assez rouge, ayant l'aspect ordinaire d'un polype muqueux : mais il y avait aussi d'une masse considérable dans l'arrière-cavité des fosses nasales. M. Denucé attaqua la tumeur par la voie buccale en sectionnant le voile du palais dans le sens antéro-postérieur à 1 centimètre de la ligne médiane ; il se trouva ainsi en présence de la face antérieure du polype. La tumeur fut liée avec un fil très-résistant ; mais on n'avait pu atteindre le pédicule ; le polype ne s'élimina qu'en partie au bout de quatre jours. M. Denucé fit alors une seconde ligature en se rapprochant le plus possible de la base du pédicule : l'élimination fut encore incomplète. Pour détruire la base d'implantation du polype M. Denucé eut recours à deux applications successives de pâte de Canquoin qui produisirent des eschares assez étendues. Aujourd'hui la place du voile du palais est presque complètement cicatrisée, et l'on peut considérer le malade comme guéri. Ch. Avezou.

REVUE CHIRURGICALE.

7. Contribution à l'étude des hernies étranglées; par A. Ripoll (de Toulouse). — Delahaye, éditeur, 1878.

Se basant sur plus de cent observations prises tant en ville qu'à l'hôpital, l'auteur pense que les deux principales causes de l'étranglement sont : l'état congestif ou inflammatoire habituel de l'intestin et les fortes chaleurs, c'est donc l'été qu'il a toujours observé le plus de hernies étranglées.

Il ressort, en outre de sa statistique que : 1° les hernies inguinales et les crurales s'étranglent en nombre à peu près égal ; 2° que la fréquence de la hernie inguinale étranglée est chez l'homme, à peu de chose près la même que celle de la hernie crurale étranglée chez la femme ; 3° que la hernie crurale étranglée s'observe bien plus souvent chez l'homme que la hernie inguinale étranglée chez la femme ; 4° que les hernies quelles qu'elles soient s'étranglent plus souvent chez l'homme ; 5° que les épiplocèles ne s'étranglent qu'exceptionnellement ; 6° que chez l'homme les entérocèles étranglées sont environ six fois plus nombreuses que les entéro-épiplocèles, tandis que chez la femme les entérocèles étranglées ne sont plus que le double des entéro-épiplocèles.

M. Ripoll montre en outre que les professions pénibles ne jouent aucun rôle dans la production de l'étranglement ; et il ajoute que si le nombre des gens riches qui présentent des hernies n'est que très peu supérieur à celui des gens pauvres c'est parce que ces derniers portent des bandages défectueux; car d'après son observation et contrairement à l'opinion de Malgaigne, les hernies seraient plus fréquentes chez les riches. C'est de 40 à 60 ans que l'étranglement se produirait le plus souvent, puis de 60 à 80. Près des 4/5 des individus atteints de hernies étranglées échappent à la mort par la réduction ou l'opération ; ils guérissent par l'opération, dans la proportion de 3 sur 4 environ. A l'hôpital c'est environ le tiers qui succombe, et dans ce nombre près de la moitié des opérés ; en ville il n'a perdu que le cinquième des malades et moins du quart des opérés. Pour l'auteur, l'étranglement se produit plus souvent par les anneaux que par le collet du sac; l'agent constricteur est presque toujours un anneau naturel dans les étranglements primitifs, rarement c'est un anneau accidentel, plus rarement encore le collet du sac; dans les étranglements consécutifs l'agent constricteur est presque toujours un anneau naturel, souvent le collet du sac, quelquefois l'un et l'autre ensemble, exceptionnellement un anneau accidentel. M. Ripoll a très-rarement rencontré de hernies sèches, il a trouvé quelquefois dans le sac au lieu de liquide, des caillots sanguins ou des couches fibrineuses stratifiées. Il n'a jamais vu d'épiplocèle étranglée sur 108 cas. L'auteur termine par quelques considérations intéressantes sur le traitement et en particulier sur la kélotomie. (Suivent 107 observations.)

8. Ethérisation and its dangers ; by Octavius B. Shreve (*The Practitioner*, august 1877.)

L'action de l'éther est identique sous beaucoup de rapports à celle du chloroforme dilué. L'exagération de l'action cardiaque est le premier effet de l'éthérisation. Quand l'éther est administré à un sujet qui vient de subir un choc, on voit le pouls qui était faible et irrégulier reprendre de la force et de la régularité. Cette stimulation du cœur est suivie de dépression, mais pas au même degré qu'à la suite du chloroforme. Quand l'éther amène la mort, c'est plutôt par l'arrêt des mouvements respiratoires que par l'affaiblissement de l'action du cœur, car les mouvements du cœur continuent longtemps après que la respiration a cessé. Cette action d'arrêt sur le cœur et sur la respiration a surtout une grande tendance à se manifester rapidement sous l'influence de faibles doses chez les sujets anémiques ou débilités.

L'état de la respiration est le meilleur guide pour le chirurgien ; il faut s'assurer non-seulement que la respiration se fait, mais qu'elle se fait complètement. L'aspect du malade a aussi une grande valeur : si dès le début, la face devient violacée parce qu'il ne reçoit pas assez d'air ; ou si quand il est en plein sous l'action de l'éther, la face devient pâle et que la peau se couvre de sueur visqueuse, le patient est en danger.

Parmi les accidents de l'éthérisation, l'auteur décrit :

1° La chute de la langue en arrière par paralysie des muscles, amenant l'oblitération des voies aériennes et se traduisant, par la respiration superficielle et la rougeur violacée de la face ; il suffirait généralement de mettre le malade sur le côté pour que la langue retombe, sinon on la retire avec des pinces. 2° Paralysie des muscles du larynx amenant la rougeur de la face et une respiration croupale, puis des troubles de la circulation, stase veineuse ; on y remédie par la respiration artificielle. 3° Syncope produite par l'insuffisance de l'afflux du sang dans le cerveau ; elle se manifeste surtout lorsque le patient est anémié ou débilité, lorsque l'éthérisation a été précédée d'émotions morales vives ; certains sujets y sont naturellement prédisposés, la position dans certaines opérations la favorise ; enfin, un écoulement soudain de sang pendant l'opération peut la provoquer. On y remédie efficacement par la position déclive de la tête, les membres étant élevés. 4° Vomissement qui se produit très-souvent quand l'estomac est plein au moment de l'administration de l'éther ; il n'a de gravité que lorsque, au moment du passage des aliments dans le pharynx, il se fait une respiration soudaine qui précipite les aliments dans les voies aériennes. 5° Dans les opérations sur la bouche et le nez, le sang peut tomber dans la trachée et les bronches. 6° Arrêt de la respiration sous la dépendance de la

© BIU Santé

paralysie du centre respiratoire bulbaire, distinct de la suspension volontaire de la respiration que l'on observe au début. Il se manifeste, après quelques respirations superficielles par la pâleur générale du tégument, la diminution de la force du pouls ; mais cet accident peut se montrer tout d'un coup et sans signe précurseur sans que les mouvements du cœur soient changés. On peut y remédier tant que le cœur bat par la respiration artificielle qui doit être continuée jusqu'à ce que la respiration se fasse régulièrement, par l'électricité, les injections sous-cutanées stimulantes, les applications chaudes aux extrémités. 7° Arrêt du cœur...

9. **A clinical lecture on dislocation of the hip into the obturator foramen ;** by T. Holmes (*The med. Times and Gazette*, octobre 1877).

On voit, dit l'auteur, plus rarement des luxations de la hanche à l'hôpital depuis qu'on emploie le chloroforme. C'est à cet agent qu'on doit la facilité de la réduction plutôt qu'aux nouveaux modes opératoires ; beaucoup de procédés même basés sur des idées théoriques tout à fait différentes peuvent réussir lorsqu'on peut imprimer facilement des mouvements à la tête fémorale. Ce ne sont pas les muscles, mais la portion non déchirée de la capsule qui s'oppose à la réduction. Dans les luxations expérimentales, où il faut déployer une grande force, la capsule semble se rompre plus largement que dans les cas accidentels, il n'y a guère que le ligament ilio-fémoral qui résiste avec la partie voisine de la capsule. La luxation dans le trou ovale se produit ordinairement dans une chute, le membre étant dans l'abduction ; au moment de la chute, le pied reste fixé contre le sol et le poids du corps suffit pour amener la rotation de la cuisse et faire passer la tête fémorale à travers la capsule en dedans et en bas. Il admet que le ligament rond peut se rompre après la capsule ; il est même probable qu'il y a déchirure de quelques fibres du pectiné et des adducteurs. Les symptômes sont très-nets : le principal est le déplacement en dedans du trochanter avec la diminution en largeur de la fesse. On indique un allongement du membre variant avec la position de la tête ; il pense que cet allongement n'est qu'apparent. Un autre symptôme, signalé déjà par Fabbri, est la tension des muscles de la région interne qui forment une corde allant de l'épine pubienne vers le tiers moyen de la cuisse. La douleur qui est souvent si vive doit être attribuée surtout à la lésion du nerf obturateur et peut être aussi du crural. On obtient la réduction avec le chloroforme, par la flexion combinée avec la rotation en dedans. Dans le cas qui faisait le sujet de cette leçon, ce procédé ne fut pas suivi de succès. M. Holmes se plaçant au-dessus du patient et posant un pied sur la branche horizontale du pubis pratiqua des tractions sur la cuisse fléchie et dirigée directement en haut pendant que le bassin était maintenu par des aides ; après quelques mouvements de va et vient la tête reprit sa place.

10. **On the Treatment of intussusception by abdominal section, with the report of a case which the operation proved successful ;** by H.-B. Sands (*New-York medical Journal*, 1877, p. 561).

L'auteur pense que ce genre d'obstruction, qui est certainement le plus fréquent chez les enfants, n'est pas bien rare chez l'adulte ; l'invagination intestinale amène le plus ordinairement la mort, il est exceptionnel que la guérison se produise par réduction spontanée ou par l'élimination de la portion invaginée. Le diagnostic peut dans un bon nombre de cas être sûrement établi par certains signes particuliers : constipation incomplète permettant l'évacuation de gaz et de matières liquides. Ténesme, évacuation de matières, présence d'une tumeur constatée par la palpation abdominale, rarement le toucher rectal permet de sentir l'extrémité du cylindre invaginé quand l'intussusception se produit à la partie inférieure du tube digestif. M. Sands pense que l'opération sera indiquée lorsque la plupart de ces signes sont réunis et surtout s'il s'agit d'un enfant ; sur 20 cas qu'il rapporte, 7 fois il y a eu guérison. Ces chiffres suffisent, dit-il, pour légitimer l'opération. Il y a avantage à opérer tôt dans les cas aigus ; mais on a pu avoir encore du succès au bout de quatre-vingts heures. Dans les cas chroniques, l'opération est encore indiquée lorsque les autres traitements tels que les insufflations de gaz, les injections liquides, etc., n'ont pas réussi et si on a quelque raison de penser que l'invagination est encore réductible. L'opération a donné proportionnellement moins de succès chez les enfants, mais M. Sands pense que ce résultat tient plutôt à l'état de l'intestin, dans ces cas défavorables qu'à l'âge des sujets. Ch. Féré.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pour les infirmières ; par Miss Florence Lees. (*Deuxième article*) (1).

Il nous est souvent arrivé de reprocher un certain manque de méthode aux dames anglaises qui ont écrit des livres destinés à l'instruction des infirmières. Nous sommes heureux de dire que, sous ce rapport, le livre de Miss Florence Lees nous paraît bien supérieur à la plupart de ceux que nous avons examinés. Soit qu'elle traite des différents ordres de service et de compétence qui distinguent les quatre grades de l'infirmat ; soit qu'elle s'attache aux méthodes d'instruction et aux examens ; soit enfin qu'elle s'applique à décrire les soins à donner aux malades ou les objets nécessaires aux pansements, chaque chose dans son livre est à sa place, et l'on voit qu'elle a fait pour elle-même, intellectuellement, ce qu'elle recommande aux infirmières quand elle leur dit : Ayez soin que les portes de vos armoires soient vitrées, afin que l'infirmière en chef puisse voir d'un coup d'œil qu'il n'y a que ce qui doit y être et qu'il y règne un ordre parfait.

Les quatre premiers chapitres du livre de Miss Florence Lees sont consacrés à des considérations générales sur l'Infirmat, sur les qualités requises chez les infirmières, sur leurs devoirs généraux, sur l'importance des soins non-seulement hygiéniques mais esthétiques pour la guérison des malades, sur la durée des études, les méthodes d'instruction, le programme des examens, les grades, diplômes et médailles nécessaires à l'attestation de chaque degré de compétence. Le quatrième chapitre est un résumé du cours d'instruction des infirmiers de visite des hôpitaux militaires français, cours dont Miss Florence Lees peut parler savamment, car elle-même l'a suivi au Val-de-Grâce. Or, ce que Miss Lees a été autorisée à faire, pour pouvoir travailler plus efficacement à l'instruction des infirmières à l'étranger, nous ne doutons pas que des dames françaises ne puissent le faire aussi, quand elles voudront travailler à la formation et à l'instruction d'un corps d'infirmières laïques françaises, tout aussi dévouées aux malades, mais plus instruites et plus indépendantes d'esprit que les sœurs de charité. C'est là un des plus impérieux besoins de notre temps, et si, comme nous le craignons, il ne se trouve point chez nous, parmi les femmes riches, de Miss Nightingale et de Miss Lees, il faudra que les médecins fassent des élèves dans la classe peu favorisée de la fortune qui fournit les infirmières et les sages-femmes, et se passent du concours de dames que domine la crainte de déplaire aux curés et aux religieuses.

Nous ne pouvons donner une analyse minutieuse du livre de Miss Lees ; mais nous insisterons sur les quelques pages qu'elle a consacrées dans son premier chapitre à ce qu'elle appelle *the beautifying of Hospital wards*, l'embellissement des salles d'hopital ; car ses idées sur ce point sont aussi justes que ses sentiments sont pleins de tendresse féminine. Elle engage fortement les infirmières à orner leurs salles de fleurs et de tableaux, à suspendre aux plafonds des corbeilles de plantes traînantes ou grimpantes, à garnir leurs tables de journaux et de livres illustrés. « Depuis le touchant appel qui, dit-elle, fut adressé au public par Miss Nightingale, pour en obtenir des tableaux et des fleurs, il y a peu de salles d'hôpital, en Angleterre, où ces deux choses ne se trouvent, et jamais, ajoute-t-elle, je n'ai vu dans un hôpital de plantes qui ne reçussent des infirmières et des malades l'attention et les

(1) Voir le n° 20.

© BIU Santé

soins les plus assidus. » Elle recommande toutefois d'exclure les fleurs qui sentent fort, et nous supposons qu'elle n'admet les bouquets de fleurs odorantes que le jour et lorsqu'on peut au moins ouvrir de temps en temps les fenêtres. Ce qu'elle dit de l'effet des tableaux, gravures, photographies, lithographies, sur l'esprit des malades est aussi très-intéressant. Elle voudrait surtout de bonnes peintures à l'huile ou de bonnes aquarelles, et n'admet rien de ce qui est mauvais comme pensée ou comme exécution; mais, un bon choix fait, elle regarde les tableaux et les dessins comme très-propres non-seulement à relever et distraire l'esprit abattu des malades, mais à concourir efficacement à leur guérison.

« Beaucoup de gens croient, dit-elle, que ces choses n'ont d'effet que sur l'esprit. C'est une profonde erreur. Elles ont aussi de l'action sur le corps. Aussi peu que nous en sachions sur la façon dont nous sommes affectés par les formes, les couleurs, la lumière, nous savons que ces choses exercent sur nous un effet physique réel. La variété des formes, l'éclat des couleurs dans les objets offerts à l'attention des malades sont des agents de guérison efficaces. » Et la raison qu'elle en donne est profonde et frappante de vérité. « Un malade n'est pas plus incapable de remuer la jambe, quand elle est fracturée, que de changer le cours de ses pensées, si vous ne lui venez en aide par la variété des distractions que vous lui offrez. » Changer le cours des sombres pensées d'un malade : cela seul n'est-il pas une bonne action, et alors même que la guérison ne viendrait pas, lors même que vous n'auriez fait que distraire le malade pendant quelques heures, est-il rien de supérieur à ce pieux devoir! Il faut que toutes les expériences servent. En voici une qui est personnelle à celui qui écrit ces pages. Il eut le malheur de perdre, il y a quelques mois, un fils âgé de 17 ans, qui lui fut enlevé en six jours par cette terrible maladie, l'angine couenneuse. La veille même de la mort de l'enfant, le pauvre père, qui tâchait par tous les moyens en son pouvoir de distraire le jeune malade, reçut le dernier numéro paru du *Journal de la Jeunesse*, et le porta à son fils. « Lis-le moi, papa », dit l'enfant, oubliant son mal pour entendre une de ses lectures favorites, et, pendant quelques heures le pauvre martyr oublia l'affreuse, l'inguérissable maladie qui le tenait à la gorge. Le père, la mère, eussent voulu pouvoir lire toujours.

Miss Lees, parmi les excellents conseils qu'elle donne, recommande, comme une règle sans exception, que les infirmières ne disent rien, ne répètent rien qui puisse froisser le caractère ou l'amour-propre de leurs malades, et elle donne un exemple singulier mais parfaitement topique du mauvais effet d'un mot entendu par hasard.

« Un jour, dit-elle, j'aperçus baignée de larmes une pauvre femme dont l'excellent caractère et la bonne humeur étaient connus de toute la salle. Je lui demandai ce qu'elle avait, et, après s'être fait prier un peu, elle me dit tout bas qu'elle avait entendu l'infirmière en chef dire qu'*il n'y avait pas un seul cas intéressant dans la salle, qu'elle même, le n° 6, ne valait pas les soins que l'on prenait d'elle, et s'en irait probablement comme elle était venue.* En dépit de tous mes efforts, je ne pus arriver à faire renaître la confiance et l'affection avec lesquelles cette infirmière avait été jusqu'alors regardée par la pauvre malade. »

Ne jamais gronder, ne jamais réprimander un infirmier ou une infirmière dans la salle, est aussi une des recommandations que Miss Lees adresse avec le plus d'instance aux surintendantes et aux médecins. Cela les humilie inutilement, dit-elle, diminue leur influence et produit un mauvais effet non-seulement sur les infirmiers ou les infirmières mais sur les malades eux-mêmes.

Le lecteur voit avec quel soin patient et respectueux même des susceptibilités maladives tout est dans ce livre, observé, pesé, considéré. Miss Lees sait que la guérison, si elle est possible, l'allégement des souffrances, si le mal ne peut être qu'allégé, dépendent de la connaissance plus ou moins grande des lois de la vie et de la mort qu'auront les infirmières. Ces choses-là ne sont-elles pas assez importantes, assez difficiles pour qu'on y consacre les soins les plus assidus, l'étude la plus suivie et la plus attentive. Il y faut l'expérience, la science : la prière et la grâce de Dieu n'y suffisent pas. A. T.

VARIA

Eloge de Nélaton ; par J. Béclard. (*Suite*).

Quand les portes de la Faculté s'ouvrirent devant M. Nélaton, il avait quarante-quatre ans, c'est-à-dire un passé derrière lui. Ce n'était plus la jeunesse, mais ce n'était pas l'âge où, n'ayant plus rien à souhaiter, le professeur entrevoit le repos dans l'enseignement. Le but n'est pas atteint, il faudra marcher encore, et l'on marchera et l'on avancera avec lui.

M. Nélaton fut un professeur accompli. Non pas qu'il eût cette merveilleuse facilité de bien dire, dangereux apanage de ces brillants esprits qui séduisent plutôt qu'ils ne persuadent. Mais avec sa parole simple, sans apprêts, son débit lent et mesuré, il savait dire ce qu'il faut et le dire à propos. La clarté, la précision, l'exactitude, telles étaient ses qualités dominantes. Ce qui n'est pas clair n'est pas français, disait Voltaire, et M. Nélaton était français par dessus tout.

D'ordinaire ceux qu'il s'agit d'enseigner ne savent rien ou peu de chose, et comme il faut que le professeur se fasse comprendre, il doit d'abord élever ses auditeurs jusqu'à lui. M. Nélaton excellait dans ce travail de préparation et c'est ainsi qu'il s'emparait de son auditoire. Il est toujours un mot qui exprime mieux la pensée que tous les autres : le mot juste, le mot heureux se présentait de lui-même à son esprit lucide, et sans chercher l'effet oratoire, souvent il le rencontrait.

Son enseignement clinique était l'objet constant de ses préoccupations. Fréquemment on le voyait reparaître au milieu de la journée dans les salles de son service d'hôpital pour examiner à nouveau et tout à loisir le malade qui devait faire l'objet de sa leçon du lendemain. Riche d'un vaste savoir, il rapprochait l'observation du moment des faits analogues dont il avait été le témoin ou dont il avait lu le récit dans les annales de la science. Procédant tour à tour par comparaison et par induction ; tantôt remontant aux sources du mal pour en sonder les origines, tantôt s'attachant aux expressions symptomatiques de la maladie pour en saisir l'enchaînement et la filiation, il se rendait maître de tous les éléments du problème, tirait de l'ombre les points obscurs, soulevait enfin tous les voiles et répandait sur son sujet les vives clartés de son esprit. Telle de ses leçons avait pour l'auditeur le charme de l'improvisation, qui était le fruit de longues méditations et des plus laborieuses recherches. Dès le principe, il s'était volontairement enchaîné dans les liens de cette inflexible méthode. Son coup d'œil y avait gagné une justesse et une promptitude singulières. Tel est le secret de cette sûreté de diagnostic qui a tant de fois émerveillé son auditoire.

Semblables à la roue qui tourne, on dit des idées justes qu'elles font leur chemin toutes seules ; encore faut-il qu'on ait poussé la roue. Jetés à pleines mains et sans compter, une foule de notions et de préceptes utiles circulent aujourd'hui dans le domaine public et semblent n'appartenir à personne ; si bien qu'on pourrait dire de l'œuvre chirurgicale de M. Nélaton, qu'elle n'est nulle part et qu'elle est partout.

En 1867, peu d'années avant sa mort, voici comment il s'exprimait lui-même dans l'introduction qui précède l'exposé des titres qu'il adressait à l'Académie des sciences à l'appui de sa candidature : « La plupart des sujets indiqués dans cette note n'ont point été l'objet de publications faites par moi ou en mon nom. Cependant la notoriété publique, dans notre monde médical, n'hésite pas à m'attribuer l'invention ou la vulgarisation des idées ou des faits qui s'y rapportent. »

Pressons la substance de cette vie si remplie, et arrêtons-nous, avec lui, sur les points qu'il a marqués d'un progrès.

Les œuvres les plus heureuses de la chirurgie réparatrice ne sont trop souvent que d'imparfaites ébauches. S'inspirant des belles recherches d'un de nos éminents confrères de Lyon, il donne au nez restauré la charpente osseuse qui lui manque, c'est-à-dire le relief et la solidité, en enfermant au centre des lambeaux rapprochés le périoste des organes voisins.

S'agit-il de fermer un orifice anormal ou de refaire un canal là où il n'y a plus qu'une gouttière ? au lieu d'emprunter

© BIU Santé

au voisinage un lambeau pédiculé exposé à la mortification, il découpe une sorte de pont, tenant de chaque côté aux parties vivantes par deux larges piliers, et l'opercule obturateur est mis en place par un simple glissement. Se propose-t-il de remédier aux rétractions fatales des cicatrices ? il taille deux lambeaux disposés de telle sorte que leur traction en sens opposé se neutralisera.

Dans les applications de l'électricité galvanique aux opérations, c'est le plus souvent l'action thermique ou galvanocaustique qu'on recherche. A l'aide d'un courant d'intensité convenable, fermé par une anse ou par une lame de platine en forme de couteau, on divise les tissus lentement et sans effusion de sang. Mais on peut aussi utiliser l'action chimique du courant. Les aiguilles qui représentent les pôles de l'appareil générateur de l'électricité étant enfoncées, à courte distance, dans les parties vivantes, ce sont les tissus interposés qui ferment alors le circuit. Le passage de l'électricité détermine dans les parties traversées les phénomènes de l'électrolyse, c'est-à-dire une séparation d'éléments, une désorganisation lente, et enfin une sorte de nécrose séparatrice. En 1864, M. Nélaton exposait devant la Société de chirurgie les avantages de cette méthode nouvelle qu'on peut appeler Italienne ; il venait, en quelques séances, d'obtenir la guérison, sans douleur et sans effusion de sang, de l'une de ces tumeurs profondément placées dans les cavités de la face et jusqu'au fond de la gorge et que l'instrument tranchant ne peut atteindre qu'aux prix de dangereuses mutilations.

Il est une opération grave que légitime l'issue constamment funeste de la maladie : il s'agit d'ouvrir l'intestin pour remédier à son occlusion. En fixant préalablement l'intestin aux lèvres de la plaie abdominale, en ne l'ouvrant qu'après l'adhésion des parties, M. Nélaton a rendu le procédé opératoire plus assuré dans ses résultats. Dans l'opération de la taille il propose, pour éviter la lésion du bulbe tout en ménageant aux calculs une voie largement ouverte, de porter l'incision du périnée aussi loin que possible en arrière. Il signale le danger qu'il y a de toucher à certaines tumeurs lymphatiques de l'aine ; il insiste sur la nécessité de procéder à l'extirpation complète des kystes qui se développent au-dessous de l'os hyoïde, afin de se mettre en garde contre la récidive ; il montre que les tumeurs pulsatiles des os ne sont pas des anévrysmes, mais de simples variétés de l'ostéosarcome.

Trop facilement proscrites, les injections coagulantes lui paraissent indiquées dans ces anévrysmes pelviens pour lesquels ni l'ouverture du sac, ni la ligature, ni la compression du vaisseau ne sont possibles. Il appelle l'attention sur une maladie singulière, dans laquelle le pied s'use, se perfore pour ainsi dire du dehors au dedans, jusques et y compris les os, dans tous les points sur lesquels il touche le sol. Pour remédier aux hémorrhagies secondaires, il conseille aux chirurgiens de lier dans les plaies les deux bouts des artères divisées, et retire enfin de l'oubli un moyen simple et facile de réduire les luxations du maxillaire inférieur.

Nous dépendons bien plus qu'on ne pense du temps où nous vivons ; nous y appartenons par notre éducation, par nos idées, par les émotions qui ont fait battre notre cœur, par nos amitiés, par nos souvenirs, et nous ne saurions être équitablement jugés hors du milieu qui nous entoure et nous pénètre. Engagé dans cette voie difficile où chaque succès est le prix d'un incessant labeur et de pénibles épreuves, formé à l'école de l'enseignement libre, alors florissant et tout rempli d'une sève généreuse, au milieu de cette valeureuse élite, auxiliaire puissant de la science officielle dont elle entretenait la vie et dont elle était l'espoir, il fut de ces jeunes hommes qui, sortis de nos amphithéâtres anatomistes consommés, devinrent facilement des chirurgiens habiles.

Quand, plus tard, M. Nélaton fut sorti hors de pair, de même qu'on avait autrefois opposé Desault à Dupuytren, de même on opposa Dupuytren à M. Nélaton : les morts servent à cela. Professeurs et cliniciens consommés, tous deux, en effet, fondèrent leur réputation bien plus par la parole que par la plume, et exercèrent sur la jeunesse de leur époque la séduction de l'enseignement. Doués d'un coup d'œil pénétrant, d'un esprit inventif, ils se montrèrent également habiles à mettre en œuvre tout ce qui peut concourir au but suprême de l'art, la guérison. Sensibles au succès, comme nous le sommes tous, l'un était plus impatient de saisir ce que l'autre savait attendre. L'un était simple, ouvert, accessible à tous ; contenu, étudié, impénétrable, l'autre avait plus de relief, et plus d'ombre aussi. Il est des hommes qui semblent nés pour dominer les autres, ils ne reconnaissent point de maîtres, ne veulent point d'égaux et ne souffrent aucun partage. Plus modeste et plus généreux, M. Nélaton associa plus d'une fois de jeunes confrères au mérite d'une œuvre commune ; comme ils avaient été à la peine, il voulait qu'ils fussent à l'honneur.

M. Nélaton, d'ailleurs, n'est plus du même temps. De grands changements, dont il a été le témoin et dont il a pris sa part, se sont accomplis. A la chirurgie d'hier, absorbée dans le perfectionnement des procédés opératoires et tout entière à l'action, a succédé une chirurgie moins impatiente, et dans laquelle l'opérateur compte moins par lui-même.

De ce lointain pays qui nous apportait hier encore une nouvelle merveille (1), était arrivée en Europe une de ces découvertes que la médecine ne peut comparer qu'à la vaccine. Dans la prompte ivresse, dans le sommeil rapide qu'amènent les vapeurs d'éther mélangées à l'air de la respiration, M. Jackson, de Boston, venait de rencontrer en même temps l'insensibilité momentanée et le bienfaisant oubli ; et, quelques années plus tard, M. Simpson, d'Edimbourg, trouvait dans les vapeurs du chloroforme un agent plus rapide encore et plus sûr.

Supprimer la douleur, calmer l'effroi qu'inspire l'opération, apaiser de pénibles angoisses et conjurer du même coup l'épuisement qu'elles entraînent, tels n'étaient pas les seuls bénéfices de la découverte nouvelle ; les opérés devaient y trouver d'autres avantages, moins apparents peut-être, non moins précieux en réalité. Affranchis du spectacle de la souffrance auquel les âmes les mieux trempées ne résistent guère, n'ayant plus à dompter le patient, ni à se dompter lui-même, le chirurgien aborderait l'exécution d'un esprit plus libre et y apporterait une main plus ferme et plus sûre. Sans se préoccuper d'une célérité parfois dangereuse et désormais inutile, il procéderait avec une prudente lenteur et songerait davantage au lendemain.

Le lendemain, telle doit être, en effet, la pensée constante du chirurgien. Dernière ressource imposée par la nécessité, l'opération est un nouveau péril auquel il n'est permis d'exposer le malade qu'à la condition de tout faire pour en triompher.

Suspendues dans l'atmosphère, d'impalpables poussières nous entourent de toutes parts. Rares au sommet des monts et dans la solitude des champs, disséminées dans l'air des villes, c'est dans l'intérieur de nos habitations que ces molécules organiques se concentrent. Quand ces habitations renferment une population pressée, quand cette population est composée d'opérés ou de blessés, quand la ventilation est nulle ou seulement incomplète, les plus graves accidents sont à redouter.

Protégé de tous côtés par une cuirasse épithéliale en voie de rénovation incessante, l'homme bien portant oppose à d'invisibles ennemis, au-dedans comme au-dehors, une enceinte continue, la plupart du temps infranchissable. Toute solution de continuité est une frontière ouverte qu'il faut défendre, d'autant mieux que cette porte qui s'ouvre offre un double danger : elle peut donner entrée à l'insaisissable ennemi ou le laisser sortir au dehors.

Dès son début dans la pratique hospitalière, M. Nélaton s'est trouvé aux prises avec ces redoutables complications des plaies dont les formes adoucies se nomment l'angéioleucite, l'érysipèle, le phlegmon, et dont la mortelle pyohémie est la plus haute expression. Il a vu la chirurgie, longtemps désarmée et comme résignée, entrer enfin en lutte avec ce terrible fléau. Substituer autant que possible à l'instrument tranchant les méthodes opératoires à l'aide desquelles on évite les surfaces sanglantes, et quand il faut absolument y recou-

(1) Le téléphone.

© BIU Santé

rir, surveiller les voies par lesquelles le subtil poison peut s'introduire, lui barrer le passage, établir au plus vite une barrière protectrice, et si, malgré tout, l'agent septique apparaît à la surface des plaies, chercher à l'expulser au-dehors ou à le détruire sur place : tel est l'ensemble des moyens proposé et mis en œuvre, et l'on peut dire de toutes ces méthodes plus ou moins efficaces qu'elles ne tirent leur valeur que de leur influence, heureuse ou présumée telle, sur les conséquences ou les suites de l'opération.

Par le pansement des plaies à l'aide de l'alcool dont il a été, l'un des premiers, le promoteur convaincu, M. Nélaton s'est associé personnellement à ce progrès. Il est vrai qu'à l'époque déjà ancienne où les chirurgiens vantaient les compositions les plus variées, baumes et mixtures de toutes sortes, sans compter la mummie aux vertus surnaturelles de Paracelse, quelques-uns, plus avisés que les autres, désséchaient les plaies à l'aide de l'*eau ardente*. Mais suivre, au hasard, une voie dont le but vous échappe, et dont on sort aussi aisément qu'on y est entré, ce n'est pas là le progrès.

Toutes les tentatives dont nous parlons seraient vaines, si l'hygiène nosocomiale, ne suivait du même pas. M. Nélaton insistait souvent dans ses leçons sur les principes éprouvés de la prophylaxie chirurgicale. Il était de ceux qui pensent qu'il n'y a pas de petits détails dans l'art de guérir et que tout y a une importance égale, puisque la vie du malade peut dépendre d'une lotion mal faite ou de la malpropreté d'une pièce de pansement.

Tant d'efforts combinés ont déjà produit des résultats heureux. M. Nélaton a pu voir se former sous ses yeux non pas une école, celles-ci deviennent de jour en jour plus rares, mais une société d'esprits éclairés et indépendants, suivant des routes parallèles, parfaitement unis entr'eux et poursuivant le même but.

Opérer dans des conditions atmosphériques irréprochables, tendre à la cicatrisation rapide pour fermer au plus tôt l'ouverture dangereuse, en un mot s'efforcer d'obtenir ce qu'on appelle en chirurgie la réunion immédiate, telle est la solution idéale qui s'impose à tout esprit réfléchi. Si nous ne pouvons toujours l'atteindre et s'il faut se résigner trop souvent à trouver les moyens pratiques de s'en rapprocher, il est permis de dire, qu'une question bien posée est à moitié résolue.

M. Nélaton avait pris une part assez active aux travaux de la Société de chirurgie, surtout à l'époque de ses débuts. Il ne parut guère qu'une fois ou deux à la tribune de l'Académie. En 1856, l'année même où il prenait place parmi nous, il assistait à une discussion passionnée sur une des plus graves opérations qui puissent être pratiquées sur la femme, et dont l'orateur le plus indépendant et en même temps le plus incisif de l'Académie disait « qu'elle mettait sûrement les opérés à l'abri de la récidive. » Cette opération, qui consiste à ouvrir l'abdomen pour en extraire une volumineuse tumeur, heurtait trop violemment les idées reçues relativement à la gravité des plaies pénétrantes du péritoine pour se faire accepter sans résistance. L'ovariotomie était alors repoussée, comme une sorte d'attentat.

Quand elle nous vint une première fois d'Angleterre, vers 1840, il y avait pourtant plus de vingt ans qu'on la pratiquait aux Etats-Unis. Mais il faut dire que les premières tentatives faites en France n'avaient pas été heureuses, et qu'en Angleterre même les chirurgiens les plus éminents l'avaient condamnée. Ce sont les succès répétés de MM. Wells et Baker Brown qui fixèrent de nouveau tous les regards.

Au mois de novembre 1861, voulant juger les choses par lui-même, M. Nélaton se rendit en Angleterre. Cinq opérations pratiquées sous ses yeux par M. Baker Brown levèrent tous ses scrupules; il revint convaincu. Dans ses leçons cliniques de l'année suivante il fit appel à ses jeunes confrères, il s'efforça, lui, le chirurgien prudent par excellence, de dissiper des craintes exagérées, et les invita à ne juger qu'après avoir essayé. Peu après il venait à cette tribune communiquer la relation d'une opération pratiquée d'après ses conseils par notre regretté confrère M. Demarquay. Vous n'avez pas oublié avec quelle insistance il demandait qu'on ne se laissât pas déconcerter par ce premier revers. Presque en même temps un jeune professeur (1), alors notre compatriote, inaugurait à Strasbourg, par un succès, une série non interrompue de brillants résultats, et l'ovariotomie prenait définitivement place dans la pratique courante. On peut dire, en toute vérité, que c'est à M. Nélaton que revient l'honneur d'avoir acclimaté parmi nous cette nouvelle importation américaine. Si l'opération est redoutable, la maladie est plus redoutable encore; la mort, avec sursis quelquefois, mais la mort inévitable, tel est le sort de ses victimes. L'opération a ses périls, mais elle a ses chances de guérison, et les chances heureuses l'emportent sur les mauvaises. « Je ne saurais trop engager les chirurgiens, dit M. Nélaton dans une de ses leçons, à se défier des préventions sentimentales. En présence d'une affection d'une pareille gravité, il faut, quand arrive le moment du danger, mettre en parallèle la gravité du mal et les ressources de l'art. » Et plus loin il ajoutait cette recommandation, inutile aujourd'hui : « Il importe que les chirurgiens haut placés prêtent le concours de leur appui moral à ceux de nos confrères qui oseront assumer la responsabilité de ces opérations. »

(A suivre.)

Faculté de médecine de Paris.

Concours pour la nomination à deux places de chefs de clinique médicale et à une place de chef de clinique d'accouchements.

Un concours public pour la nomination à deux places de chefs de clinique médicale et à une place de chef de clinique d'accouchements, aura lieu cette année, dans le courant du mois de juillet. Le jour de l'ouverture de ce concours sera ultérieurement fixé. Sont admis à concourir, tous les docteurs en médecine âgés de moins de 34 ans. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté, du 15 juin au 6 juillet tous les jours, de 1 h. à 4 h.

Epizootie.

On écrit de Zurich à l'*Havas*, le 15 juin : « Nous devons vous donner au sujet d'un regrettable accident, quelques renseignements destinés à rétablir la vérité sur un fait qui a été mal compris. La péripneumonie a éclaté parmi le bétail de la Haute-Alsace, et le conseil fédéral a décrété l'interdiction de l'importation du bétail, mais ce fait n'a aucun rapport avec l'accident du Kloten. Dimanche dernier, une fête de chant réunissait à Kloten plusieurs milliers de personnes. Au dîner, auquel 600 d'entre elles prirent part, on servit du veau qui, paraît-il, provenait d'un animal malade. Toutes les personnes qui en ont mangé ont été plus ou moins malades, plusieurs d'entre elles sont mortes des suites et on compte environ 350 à 400 malades. A tout moment on apprend que dans tel ou tel village de nouveaux cas sont signalés. Le maître de l'hôtel et le boucher qui ont fourni l'un le veau, l'autre les aliments, ont été incarcérés et une sévère enquête se poursuit. Le caractère de la maladie est pour ainsi dire typhoïque. — (*Journal officiel.*)

Association française pour l'avancement des sciences.

Les travaux du Congrès de Paris sont préparés par les présidents de section qui reçoivent dès à présent l'indication des communications qui doivent être présentées pendant la session (22-29 août 1878). Nous donnons ci-dessous la liste des présidents des sections du groupe des sciences naturelles.

8e section. *Géologie*. M. le comte de Saporta. — 9e section. *Botanique*. M. H. Baillon. — 10e section. *Zoologie* et *zootechnie*. M. de Quatrefages. — 11e section. *Anthropologie*. M. le Dr Bertillon. — 12e section. *Sciences médicales*. M. le Dr Teissier.

Les titres des mémoires peuvent être adressés au secrétaire du Conseil, 76, rue de Rennes, à Paris, qui se chargera de les transmettre aux présidents de section.

Congrès des sciences anthropologiques.

Le ministre de l'agriculture et du commerce, vu notre arrêté en date du 10 mars 1878, instituant 8 groupes de conférences et de congrès pendant la durée de l'Exposition universelle internationale de 1878 ; vu le réglement général des conférences et congrès ; vu l'avis du comité central des conférences et congrès, arrête :

Article premier. — Un congrès international des sciences anthropologiques est autorisé à se tenir dans l'une des salles du palais du Trocadéro, du 16 au 21 août 1878. — Art. 2. — M. le sénateur, commissaire général, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Programme du congrès international des sciences anthropologiques. — Etude des riches matériaux réunis au Trocadéro dans l'exposition des sciences anthropologiques. — Discussion des questions que fera naître la comparaison des nombreuses collections qui constituent cette exposition. Communication et discussion d'une série de rapports présentés dans la séance d'ouverture par la commission d'organisation sur les diverses parties de l'exposition des sciences anthropologiques et relatifs à : 1° l'anthropologie anato-

(1) M. Kœberlé.

© BIU Santé

mique et biologique ; 2° l'ethnologie et l'anthropologie linguistique ; 3° le préhistorique ; 4° la démographie anthropologique et la géographie médicale. — Communications diverses faites par les membres du congrès et mise à l'ordre du jour conformément au classement qui précède. — (*Journal officiel.*)

Enseignement médical libre.

Médecine légale. — M. le Dr Cornil fera le samedi 22 juin à 8 heures du soir, dans la salle des Ecoles, rue d'Arras, une conférence présidée par M. Lockroy, sur le *Rôle du médecin dans les expertises médico-légales.*

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 ; 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 13 juin 1878 on a déclaré 871 décès, savoir : fièvre typhoïde, 8 ; rougeole, 10 ; scarlatine, » ; variole, 1 ; croup, 15 ; angine couenneuse, 12 ; bronchite, 38 ; pneumonie, 49 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 14 ; choléra nostras, » ; dysenterie, » ; affections puerpérales, 4 ; érysipèle, 2 ; autres affections aiguës, 239 ; affections chroniques, 390 dont 170 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 61 ; causes accidentelles, 28.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Un concours pour une place de chef de clinique ophthalmologique aura lieu le 1er août 1878. — Un concours pour deux places de chef de clinique (1 de clinique médicale et 1 de clinique chirurgicale) s'ouvrira le 4 novembre 1878. — *Concours pour l'externat.* — Le conseil général d'administration des hospices civils de Lyon donne avis que le mardi 24 octobre 1878, à 8 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'élèves externes appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les établissements de l'administration. Les candidats doivent justifier de quatre inscriptions pour le doctorat en médecine. Nommés, ils rempliront les fonctions d'élèves externes pendant deux ans et recevront un traitement de vingt-cinq francs par mois. — (*Lyon médical*).

Faculté de médecine de Lyon. — M. *Guérin* (Félix-Gabriel), né à Saint-Vallier (Drôme), le 14 juin 1852, est délégué, pour une année, dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Magnin (Antoine-Marie), né à Trévoux, le 15 février 1848, est délégué, pour une année, dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de matière médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Ecole de médecine de Rennes. — Par arrêté en date du 12 juin 1878, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale s'ouvrira, le 9 décembre 1878, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

Excursions géologiques. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera sa prochaine excursion géologique le dimanche 23 juin 1878, à Creil, Fleurances et Pont-Sainte-Maxence. On se réunira à la gare du Nord où l'on prendra à 8 heures du matin le train pour Creil.

M. Vélin, répétiteur à la Faculté des sciences, fera une excursion géologique le dimanche 23 juin 1878, à Etampes, Morigny et Jeunes. Rendez-vous à la gare d'Orléans où l'on prendra le train pour Etampes à 6 h. 3/4 du matin.

Herborisation. — M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation le dimanche 23 juin, dans les bois de Saint-Cloud. Rendez-vous aux cascades du Parc, à 11 h. 1/2.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales : directeur : M. Dechambre. La 1re partie (FOI-FON) du tome III de la 4e série renferme, entre autres, les articles suivants : Pathologie du foie, par H. Rendu ; — Folie, par Cotard ; — Folie avec conscience ; Folie à double forme ; Folie du doute, par Ritti ; — Fonderies, par Layet.

En vente aux Bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à 5 heures.

Delasiauve (J.). Journal de médecine mentale, résumant au point de vue médico-psychologique, hygiénique, thérapeutique et légal, toutes les questions relatives à la folie, aux névroses convulsives et aux défectuosités intellectuelles et morales, à l'usage des médecins praticiens, des étudiants en médecine, des jurisconsultes, des administrateurs et des personnes qui se consacrent à l'enseignement. Dix volumes (1860-1870). — Prix : 30 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 40 fr.

Dransart (H.-N.). Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux. In-8° de 32 pages avec 1 figure, 70 cent. — Pour les abonnés, 40 cent.

Du Basty. De la piqûre des hyménoptères porte-aiguillon. Gr. in-8 de 48 pages. 1 fr. 25. — Pour les abonnés du *Progrès*, 85 cent.

Duplay (S.). Leçon sur les périarthrites coxo-fémorales, recueillie par H. Duret. In-8 de 20 pages. 60 cent. — Pour nos abonnés, 40 cent.

Duplay. Conférences de clinique chirurgicale, faites aux hôpitaux de Saint-Louis et Saint-Antoine, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. Prix : 3 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Dupuy (L.-E.). Etude sur quelques lésions du mésentère dans les hernies In-8° de 16 pages, 50 cent. — Pour les abonnés. 35 cent.

Duret (H.). Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux. Un volume in-8° de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et lithographie, et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878. Premier volume, prix : 15 fr. ; pour les abonnés du *Progrès médical*, 10 fr.

Exchaquet (T.-H). D'un phénomène sthétoscopique propre à certaines formes d'hypertrophie simple du cœur. Paris. In-8 de 93 pages. — Prix : 2 fr. — Pour les abonnés, 1 fr. 35.

Farabeuf (L.-H.). Réformes à apporter dans l'enseignement pratique de l'anatomie. Gr. in-8 de 28 pages, 75 cent. — Pour les abonnés. 50 cent.

Ferrier. Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales. Traduction avec l'autorisation de l'auteur, par H. Duret, interne des hôpitaux. In-8° de 74 p. avec 11 fig. dans le texte, 2 fr. — Pour nos abonnés. 1 fr. 35.

Fournier (A). De la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique. Leçons recueillies par E. Brissaud. Paris 1878. In-8 de 24 pages. — Prix : 1 fr. — Pour les abonnés, 65 cent.

Giraldès (J.-A.). Recherches sur les kystes muqueux du sinus maxillaire. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr.

Giraldès (J.-A.). Etudes anatomiques ou recherche sur l'organisation de l'œil considéré chez l'homme et dans quelques animaux. Paris 1836. In-4° de 83 pages avec 7 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50.

Giraldès (J.-A.). Des luxations de la mâchoire. Paris 1844. In-4° de 50 pages avec 2 planches. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 35.

Giraldès (J.-A.). De l'anatomie appliquée aux beaux-arts. Cours professé à l'athénée des Beaux-Arts. Compte rendu par Mlle Lina Jaunez. Paris 1856. In-8 de 8 pages. — Prix : 50 cent.

Giraldès (J.-A.). Plan général d'un cours d'anatomie appliqué aux beaux-arts. Paris 1857. In-8 de 8 pages. — Prix : 50 cent

Giraldès (J.-A.). Recherches anatomiques sur le corps innominé. Paris 1861. In-8 de 12 pages avec 3 planches. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr.

Giraldès (J.-A). De la fève de Calabar, note présentée au congrès médico-chirurgical de France tenu à Rouen le 30 septembre 1863. Paris 1864, in-8 de 8 pages avec figures. — Prix : 50 cent.

Giraldès (J.-A.). Note sur les tumeurs dermoïdes du crâne. Paris 1866. In-8 de 7 pages. Prix : 40 cent.

Giraldès (J.-A.). Sur un point du traitement de la périostite phlegmoneuse diffuse. Paris 1874. In-8 de 12 pages. — Prix :

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, rue Hautefeuille, 19, près le boulevard Saint-Germain.

Du Mesnil (O.). — Les garnis insalubres de la ville de Paris. — Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 40 pages.

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Butruille (H.) — Le mal perforant : Paris, 1878, 1 vol. grand in-8 de 88 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Librairie V. Adrien DELAHAYE et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine.

Coingt (M.). — Contribution à l'étude des symptômes oculaires dans les maladies du système nerveux central. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 209 pages. Prix : 4 fr.

Demange (E.). — De l'Azoturie. Paris, 1878, un vol in-8 de 152 pages. Prix : 3 fr. 50.

Fock (H.-C.-A.-L.). — Du beau dans les proportions, nouvelle fonction oculaire, réponse à l'analyse du dr A. Dechambre sur le canon de Polyclète retrouvé et des proportions harmonieuses. Paris-Utrecht, 1878, brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 1 fr.

Joffroy (A.). — De l'influence des excitations cutanées sur la circulation et la colorification. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 132 pages. — Prix : 4 fr.

Laboubée. — Contribution à l'étude des fractures du membre inférieur. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 175 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Laure. — De la médication diurétique. Paris, 1878, 1 vol. in-8. — Prix : 3 fr. 50.

Legrand du Saulle. — Etude clinique sur la peur des espaces (agoraphobie des Allemands), névrose émotive. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 76 pages. — Prix : 2 fr.

Legrand du Saulle. — Les signes physiques des folies raisonnantes. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 76 pages. — Prix : 2 fr.

Limbo (S.-G.). — Contributions à l'étude des encéphalopathies d'origine cardiaque. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 108 pages. — Prix : 2 fr. 50.

© BIU Santé

Looten (J.). — Des scrofulides des muqueuses. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 195 pages. — Prix 3 fr. 50.

Murchison. — Leçons cliniques sur les maladies du foie, suivies des leçons sur les troubles fonctionnels du foie, par Ch. Murchison, professeur de clinique médicale, etc., traduites sur la seconde édition avec l'autorisation de l'auteur, par J. Cyr. Paris, 1878, 1 fort vol. in-8 de 660 pages avec 46 figures intercalées dans le texte. — Prix : 12 fr.

Rendu (H.). — Etude comparative des néphrites chroniques. Paris, 1878, un vol. in-8 de 221 pages. — Prix : 4 fr.

Serrand (R.). — Etude clinique sur les rapports de la congestion pulmonaire et de la pleurésie aiguë avec épanchement. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 113 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Tapret (O.). — Etude clinique sur la péritonite chronique d'emblée. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 203 pages. — Prix : 5 fr.

Tiryakian (H.). — Etude expérimentale et clinique sur la conine et ses sels. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 165 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Imprimerie MALVERGE et DUBOURG, 41, rue du Cardinal-Lemoine, 41.

Terdjaniantz (A.). — Des calculs salivaires et en particulier de leur diagnostic. Paris, 1878, un vol. in-8 de 51 pages et une planche.

Librairie MASSON, boulevard Saint-Germain, en face de l'Ecole de médecine.

Rendu (J.). — Etude expérimentale et comparée sur l'arsenic et l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 48 pages et 10 planches.

Imprimerie A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29 et 31.

Gonnet (P.). — Essai clinique sur l'adénopathie syphilitique tertiaire. Paris, 1878, brochure in-8 de 40 pages.

Librairie Alphonse PICARD, 82, rue Bonaparte.

Marjolin. — Mémoire sur la nécessité du rétablissement des tours. Paris, 1878, brochure in-8 de 34 pages.

Imprimerie PRISSETTE, passage du Caire, n° 47.

Roy (L.). — De la guérison prompte et durable du larmoiement consécutif aux rétrécissements du canal nasal par l'application de la galvanocaustique chimique neutre. Paris, 1878, brochure in-8 de 62 pages.

Publications étrangères.

Giuseppe. Un decennio di clinica dermo sifilopatica del universita di Palermo, *Ricorda* del prof. Giuseppe. Palerme, 1878, 1 vol. in-8 de 166 pages.

Yandell. — Old age : its diseases and its hygiene by Lunsford P. Yandell, M.D. Louisville, by reprint from American Practitioner, february. 1878, Louisville, une brochure in-8 de 14 pages.

Bell. — Eulogy upon Lunsford P. Yandell. M. D. By Theodore S. Bell, M. D. Louisville ; reprint from American Practitionner, april, 1878. Louisville, une brochure in-8 de 22 pages.

Anales de la Academia y laboratorio de ciencias medicas de Cataluña a Barcelona, establecimiento tipografico de los sucesores de N. Ramirez y C° Pasaje de Escudillers, n° 4.

Brochard. — L'art d'élever les enfants. Paris, 1878, petite brochure in-12 de 36 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan continue tous les mercredis à 9 heures 1/2, l'étude pratique du diagnostic de la folie.

Hospice de la Salpêtrière. — Pathologie mentale : M. Luys, le dimanche, à 9 heures 1/2. — Maladies mentales et nerveuses : M. A. Voisin, le jeudi à 9 heures 1/2.

Hospice des Enfants assistés. — Clinique infantile : M. Parrot, dimanche, à 9 heures 1/2.

Hôpital des Enfants-Malades. — Clinique infantile : M. Archambault, vendredi, à 8 heures. — M. Bouchut continuera ses démonstrations de *cérébroscopie et d'ophthalmologie médicale*, les mardis 15 juillet et 7 août, à 9 heures du matin.

Hôpital de la Charité. — M. Labouldène, le jeudi à 9 heures. Amphithéâtre de M. le professeur Hardy.

Vin de Catillon à la Glycérine ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans constipation et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, anémie, chlorose, diabète*, etc.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de migraine venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon

0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre de diluer la créosote, ce qui est une condition essentielle de ses succès dans la phthisie. Grâce à sa solubilité le titre de cette préparation a pu être élevé à 0 gr. 20 par cuillerée. Cette dose, délayée dans un verre d'eau rougie, lui donne la saveur d'un vin coupé d'eau de goudron un peu forte et se prend sans plus de difficulté.

Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.



VIN TANNIQUE DE BAGNOLS - SAINT - JEAN NATUREL

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies ; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



LAITS MÉDICAMENTEUX

Du Docteur BOUYER.

Iode, Arsenic, Mercure, etc., Animalisés.

Récompenses nationales.

Approbation des Sociétés savantes.

Lait iodique. — Quinze années d'expériences ont démontré que cette préparation était la plus sûre pour administrer l'iode sans danger et avec succès contre maladies chroniques de la poitrine, Phthisie, Scrophule, Lymphatisme, Goitre, Dyspepsies, Engorgements et Catarrhes des organes génito-urinaires, Albuminurie, Epuisement, Diathèses diverses et tous les états morbides où il faut relever ou modifier la nutrition abaissée ou pervertie.

Lait arséniaté contre : Fièvres, Névroses, Vésanies, Dartres, Rhumatisme, etc.

Dans les maladies du cœur, nul traitement n'est plus efficace, quand il est continué plusieurs mois, que le suivant : une cuillerée à café de lait administré le matin, et une granule de digitaline le soir.

Ces Laits s'administrent sous forme de Sirops, de Poudres et de Chocolats.

Dépôt ; Pharmacie CHEVRIER, 21, rue du Faubourg-Montmartre, Paris.

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan, par le Dr C. Miot, in-8 de 56 pag. orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix 1 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr.

Du Tubercule du Testicule et de l'Orchite tuberculeuse, par le Dr Reclus, — In-8° de 208 pages, avec 5 planches. Prix : 5 fr. ; pour les abonnés du *Progrès*, 4 fr. (franco).

© BIU Santé

Hôpital de Lourcine. — Pathologie générale de la syphilis : M. Cornil, mardi, à 9 heures 1/2.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Lailler. Mercredi, consultation externe, à 8 h. 1/2. — Vendredi, clinique au lit des malades. — Samedi, consultation externe et traitement des teignes.

Service de M. Vidal. Lundi, leçon clinique à 9 h. 1/2. — Mercredi, traitement du lupus et des nœvi materni par les scarifications. — Jeudi, consultation externe, à 9 h. — Vendredi, examen des malades entrants et clinique au lit des malades.

Service de M. Hillairet. Mardi, consultation externe, à 9 h. — Jeudi, clinique dermatologique, à 9 h. — Samedi, conférence au musée pathologique.

Service de M. Guibout. Lundi, traitement des affections utérines; examen au spéculum. — Vendredi, consultation externe, à 9 h. — Samedi, examen des nouveaux.

Service de M. Fournier. Lundi, examen des malades entrants. — Vendredi, conférence clinique à 9 h. 1/2. — Samedi, consultation externe.

Service de M. Besnier. Ordre des travaux : Lundi, à 9 h., consultation externe. — Mardi, à 8 h., visite des nouveaux. — Mercredi, à 9 h., conférence clinique. — Jeudi, à 8 h. 1/2, policlinique. — Vendredi, à 8 h. 1/2, étude au musée pathologique. — Samedi, à 8 h. 1/2, revue des malades en traitement; opérations dermatologiques.

Service de M. Péan. Consultation externe le lundi, le mercredi et le vendredi. — Visite des malades tous les jours, à 9 h. — Le samedi, leçons cliniques à l'amphithéâtre et opérations.

Service de M. Duplay. Visite des malades tous les matins à 8 h. 1/2. — — Consultation externe le mardi, le jeudi et le samedi. — Le jeudi, leçons cliniques à l'amphithéâtre et opérations.

Service de M. Vidal.— Salle Saint-Jean (H.) : 23, trichophytie circinée; 22 et 25 eczéma des ongles; 27, pelade; 25 et 29, lichen agrius; 30, impétigo-sycosiforme; 35, kératodermie; 38, lupus vorax; 39, lichen planus; 42, eczéma alcoolique; 43, syphilis tertiaire plaques de la langue; 44, syphilide en groupe du front : 46, cancer de la peau; 50, ulcère de jambe, pachydermie. — (F.) : acné scrofuleuse; 11, syphilis secondaire, érysipèle; 16, trichophytie; 60, lupus du pied; 66, lupus tuberculeux du nez; 75, syphilide papuleuse, suppuration des ganglions maxillaires; 76, syphilis papulo-squammeuse.

Service de M. Hillairet. — Salle Henri IV : lupus de la joue et de la muqueuse buccale; 8, acné; 10, lupus érythémato-tuberculeux; 11, favus; 17, gomme scrofuleuse; 21, cancroïde du front; 27, prurigo lié à une affection hépatique; 33, sclérodactylie; 35, syphilide cornée; 40, lupus érythémateux. — Salle Saint-Louis : 3, impétigo sycosiforme; 5, sycosis; 7, syphilide squammeuse; 8, seborrhée; 14, pityriasis versicolor; 70, lupus érythémato-tuberculeux; 72, acné varioliforme syphilitique; 74, lupus de la gorge; 75, syphilide papuleuse.

Service de M. Guibout. Visite à 8 heures 3/4. Consultations le vendredi. — Salle Saint-Charles : 6, roséole syphilitique, 14, ulcère variqueux; 19, scrofulides : 23, ichthyose; 27, psoriasis; 21, acné rosacée; 30, psoriasis-purpura; 35, gommes strumeuses; 49, herpès iris; 54, eczéma impétigineux. — Salle Henri IV : spéculum le lundi; 42, syphilide papuleuse; 49, eczéma généralisé; 53, vaginite; 62, métrite du col; 70, syphilis 72, scrofule.

Service de M. E. Besnier. Salle Saint-Thomas : 43, acné; 54, 55, 53, 62, 64, psoriasis; 72, eczéma lichenoïde (arthritide). — Salle Saint-Léon : 3, acné arthritique chez un sujet syphilitique; 16, acné érythémato-pustuleuse; 32, 44, psoriasis; 53, 54, 55, élephantiasis; 45, chancre induré du prépuce et du gland; 71, tubercule acarien simulant un chancre induré.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles, imp. Cerf et fils, 59, rue Duplessis

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE — ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. — PILULES 20 cent. p. pilule.

FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — Paris.

Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

KOUMYS-EDWARD Marque déposée

EXTRAIT DE KOUMYS-EDWARD

Seul adopté dans les Hôpitaux de Paris. — Méd. d'Or, Paris 1875

Chaque flacon d'Extrait contient 3 ou 6 doses transformant trois ou six bouteilles de Lait en Koumys.

Dépôt Central : à l'Établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, Rue de Provence, Paris.

BIÈRE DE LAIT Marque P·E·K déposée

Brevetée s. g. d. g.

Obtenue par la fermentation alcoolique du Lait et du Malt avec de Houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou entre les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

CROISIC (Loire-Inférieure)

ÉTABLISSEMENT DES BAINS DE MER

de vapeurs térébenthinées, etc.; Hydrothérapie marine. Traitement spécial et héroïque, des affections des os et des engorgements chroniques de la matrice, des maladies nerveuses et rhumatismales. — Guérison de la scrofule à tous ses degrés par les Eaux-mères.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)

Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.

LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

COTON IODÉ

Préparé par *J. THOMAS*, pharmacien de 4re classe

Lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris

48, AVENUE D'ITALIE, 48, PARIS

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut garantir les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc.... ont été guéris sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Le prix du flacon 3 francs 50. Se trouve dans toutes les pharmacies.

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES



CAPSULES MOLLES DE **BOURGEAUD**

A LA **CRÉOSOTE VRAIE**

ET A L'HUILE DE FOIE DE MORUE

FORMULE DES Drs BOUCHARD ET GIMBERT

Les seules employées dans les hôpitaux de Paris

BOURGEAUD, pharm., fournis. des hôp.

20, rue de Rambuteau, à Paris

Ces capsules, à enveloppe très-soluble d'odeur agréable, à saveur sucrée, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de créosote vraie du goudron de hêtre et 50 centigr. d'h. de f. de morue. Les grosses, 5 centigr. de créosote vraie et 2 grammes d'h. de f. de morue.

Doses : 5 à 10 petites capsules et 2 à 4 grosses capsules matin et soir, d'après l'avis du médecin. La boîte, 4 francs.



THERMO-FILTRE

Pour rendre instantanément potable et fraîche l'eau de rivière.

INDISPENSABLE AUX CHASSEURS & AUX COLONS

On l'expédie franco *dans toute la France contre la remise préalable de 3 fr. en timb.-poste*

TOSELLI, 196, rue Lafayette, Paris.

DRAGÉES BLOT au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opial*, Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à Toulouse : toniques, dépuratives, anti-blennhorragiques, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires*, catarrhe vessie. Bte 4f, fco 4.20.

Pour éviter imitation exiger : Ette Blot

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

M. GALLEPIE, pharmacien, 50, *rue Monge*, fera une remise spéciale à MM. les étudiants, sur les **Dragées Blot** et sur tous les médicaments en général.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 26. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 29 JUIN 1878

Le Progrès Médical

ANATOMIE NORMALE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. FOLET.

Leçons sur l'encéphale et sur l'appareil auditif,

Faites pendant le semestre d'hiver 1877-1878.

Un mot d'introduction.

L'anatomie descriptive est, en général, une science de faits très-simples, aisés à concevoir, difficiles à retenir. Il n'y a guère de médecin qui n'ait, à un moment donné, possédé parfaitement tel point d'anatomie ; sauf, bien entendu, à l'oublier le lendemain. Cependant, certains chapitres obscurs non-seulement s'oublient vite, mais même ne sont presque jamais bien compris par la majorité des étudiants. Il est des dispositions compliquées d'organes dont la conception entre malaisément dans l'esprit. Exemples : la *conformation intérieure du cerveau* et la *structure de l'oreille interne*. Combien terminent leurs études en n'ayant que les notions les plus confuses sur la disposition de la lame spirale du limaçon ou sur la situation respective des trois cornes du ventricule latéral. Il faut dire, d'ailleurs, que ces parties sont traitées dans la plupart des ouvrages classiques avec un illogisme de plan et une obscurité de rédaction qui en rendent l'étude fort pénible. On y cherche souvent en vain des descriptions d'ensemble largement esquissées ; et les descriptions partielles des divers segments d'organes ne sont pas toujours reliées entre elles par un plan méthodique. A cela viennent se joindre la profusion des détails touffus, d'une utilité secondaire et la confusion résultant d'une synonymie trop riche : dans l'encéphale en particulier, telle petite saillie, telle modeste dépression est souvent, dans le même auteur et à vingt lignes de distance, désignée indifféremment par deux ou trois dénominations diverses. Tels sont les défauts que l'on peut reprocher à presque toutes les descriptions classiques relatives à l'appareil auditif ou au système nerveux central.

Nommé en 1869 chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine de Lille, j'avais été souvent consulté par les élèves sur ces points embarrassants pour eux. J'avais donc cherché et trouvé, je pense, un plan de description meilleur, plus saisissable. Chargé depuis deux ans du cours d'anatomie descriptive à la Faculté de médecine de Lille, j'ai consacré le dernier semestre au système nerveux et aux organes des sens. J'ai naturellement enseigné ces matières suivant mon plan personnel. Comme bien on pense, je n'ai rien inventé, je n'ai rien dit qui ne fût dans les auteurs auxquels j'ai emprunté presque textuellement des descriptions d'organes entiers ; j'ai seulement refondu ces éléments connus, en les présentant dans un ordre nouveau pour certaines parties, et en m'aidant de figures schématiques très-simples. A mon vif plaisir, bon nombre de mes auditeurs furent tout surpris de comprendre aisément et de s'assimiler, sans autre peine qu'une attention soutenue, des notions dont ils s'étaient toujours fait des fantômes de difficulté.

Plusieurs d'entre eux m'ont témoigné le désir que quelques-unes de ces leçons soient publiées ; je défère aujourd'hui à ce désir bienveillant. Ce n'est pas sans appréhension que je m'y suis décidé. Mon objectif principal a été la clarté ; or, j'ai peur de paraître moins clair à la lecture qu'à l'audition. Je crains même que ceux de mes auditeurs qui parcourront ces pages n'en retirent une impression de netteté moins vive que celle qu'ils avaient emportée de la leçon. L'enseignement oral, en effet, a bien des avantages sur l'enseignement écrit, surtout dans les sciences descriptives. Les inflexions de voix réveillent l'attention et soulignent les passages importants ; la communication incessante où vous êtes par le regard avec vos auditeurs vous apprend que tel passage n'a pas été saisi et qu'il y faut revenir en le développant sous une autre forme ; un geste approprié indique souvent mieux que de longues phrases la direction d'une ligne ou le sens d'une courbure ; la démonstration *de visu* à l'aide de pièces fraîches ou sèches, l'emploi des pastels polychromes qui rendent particulièrement claires les figures schématiques au tableau, sont encore d'un bien puissant secours. Assurément les leçons que je publie, figées sur le papier et dénuées de tous ces moyens d'éclaircissement (sauf quelques figures et schémas caractéristiques que j'intercalerai dans le texte,) perdront beaucoup de leur mince valeur. J'ose espérer, néanmoins, qu'elles pourront être d'une certaine utilité.

J'avais tout d'abord l'intention de publier uniquement les leçons où se rencontre une originalité spéciale dans la méthode d'exposition, c'est-à-dire les leçons sur le *pédoncule cérébral* et ses dépendances, sur la constitution des *ventricules cérébraux*, sur la texture générale de l'encéphale, sur le *limaçon auditif*. Mais je me suis vite aperçu que la description du pédoncule et des cavités intra-cérébrales, telle que je la donnerai, serait difficilement compréhensible si je ne décrivais préalablement, suivant un plan d'ensemble, le cervelet, l'isthme et le bulbe ; que l'anatomie du limaçon n'est guère séparable de celle du vestibule, des canaux demi-circulaires et de la caisse du tympan. Il y a là une série de notions préliminaires qu'il est indispensable d'apprendre ou de se remettre en mémoire avant d'aborder les points particulièrement compliqués dont l'exposition nette et claire est le but capital de ces études. Je présenterai donc, au cours des sept leçons qui vont suivre, l'anatomie complète de l'encéphale. Seulement, voulant restreindre mon sujet, je supposerai connues les dispositions des méninges dont la description, quoique intimement liée à celle des centres nerveux, peut à la rigueur en être isolée. La moelle sera également censée décrite. Trois ou quatre leçons seront ensuite consacrées à l'oreille moyenne et à l'oreille interne.

J'ai, la plupart du temps, indiqué les dissections et préparations nécessaires pour arriver à obtenir les pièces que j'avais sous les yeux en faisant mes cours et que j'ai en vue dans ma description écrite. Quant aux figures, je n'en donnerai qu'un petit nombre, et des plus simples ; et n'ayant point ici la ressource des grands dessins muraux, je renverrai souvent le lecteur aux superbes planches que renferme la dernière édition de l'excellent *Traité d'anatomie de M. Sappey*.

Considérant la synonymie exubérante qui afflige la nomenclature anatomique, pour l'encéphale en particulier, comme une cause sérieuse de confusion, je ne me suis jamais servi, à quelque répétition cacophonique que cela dut m'entraîner, que d'un seul et unique nom pour désigner chaque chose ; après avoir toutefois donné la liste des synonymes en note ou en parenthèse.

Je me suis presque partout volontairement circonscrit sur le terrain de l'anatomie descriptive. J'ai abordé quelques points d'anatomie délicate, tels que la texture générale de l'encéphale, ou la disposition des canaux spiroïdes que renferme la portion membraneuse de la lame spirale du limaçon ; mais les questions histologiques proprement dites ne trouveront point place ici.

Mes leçons n'ont aucune prétention à la nouveauté scientifique, à l'inédit ; elles ont pour unique et modeste objectif de présenter d'une certaine façon, un peu plus claire peut-être que les descriptions ordinaires, les notions acquises ; de préparer les esprits à mieux profiter des

© BIU Santé

grands ouvrages classiques dont nul mieux que moi n'apprécie la valeur. Je me déclarerai très-satisfait si la présente publication peut avoir pour quelques-uns cette utilité restreinte.

Ire Leçon. — De l'encéphale.

Messieurs,

Vous savez déjà que nous ne suivons pas, dans l'étude du système nerveux central, l'ordre généralement adopté par les auteurs, lequel consiste à décrire les organes du haut en bas, du cerveau vers la moelle. Je reproche à cette méthode de nuire à la clarté de la description par la nécessité qu'elle impose de faire sans cesse appel à des notions que l'élève ne peut posséder encore. A propos du plancher des ventricules latéraux, par exemple, on lui parlera de la couche optique ou du corps strié comme d'une dépendance des pédoncules cérébraux, on lui dira que ces mêmes pédoncules contribuent à former, par leur écartement, la cavité infundibuliforme du ventricule moyen; tout cela alors que l'élève ignore absolument ce que c'est que le pédoncule cérébral. On lui dira aussi que le pédoncule cérébelleux inférieur se continue avec le corps restiforme du bulbe, comme si la texture du bulbe n'était pas encore pour lui lettre close.

La méthode descriptive inverse, la méthode ascendante(1), de la moelle vers le cerveau, évite en partie ce grave inconvénient. Plus logique au point de vue de la texture générale de l'encéphale, elle permet mieux de procéder du connu à l'inconnu ; elle se prête beaucoup plus aisément à une exposition lucide de ce sujet par lui-même très-compliqué. J'ose espérer que vous partagerez bientôt mon opinion sur ce point.

Donc, Messieurs, maintenant que nous avons étudié la moelle, nous allons aborder l'étude de l'*encéphale* que nous diviserons, pour le besoin de la description, en quatre segments :

Le Bulbe rachidien qui surmonte la moelle, est lui-même surmonté de l'Isthme de l'encéphale. Ces deux portions forment en réalité un seul segment naturel. On ne les sépare que pour la commodité de l'étude.

Derrière le bulbe et l'isthme, relié à eux par des prolongements que nous examinerons en détail, se trouve le Cervelet.

Enfin, nous rencontrons à la région la plus élevée, le Cerveau, surplombant les trois autres parties de l'encéphale avec lesquelles il communique par l'intermédiaire des deux pédoncules cérébraux émanés de l'isthme. Etudions successivement, et dans l'ordre que je viens d'établir, les quatre segments de l'encéphale.

I. — Bulbe rachidien.

Le bulbe rachidien (2), que les anciens anatomistes appelaient moelle allongée et qui eût été mieux dénommé moelle renflée, est placé comme un chapiteau au haut de cette colonne que l'on appelle la moelle. Il la continue dans le crâne, si bien qu'on ne sait trop où commence le chapiteau et où finit la colonne. La délimitation entre les deux parties est purement artificielle.

Rappelons d'abord en quelques mots les dispositions de la moelle. Ces souvenirs nous sont indispensables pour tracer la description et concevoir la texture du bulbe. La moelle est un long cylindre parcouru de haut en bas par quatre sillons. Deux sont *médians*, l'un *antérieur*, l'autre *postérieur*. Deux autres, situés de chaque côté du sillon médian postérieur, sur les parties postéro-latérales de la moelle, portent le nom de *sillons collatéraux postérieurs*. Ces quatre sillons divisent la moelle en quatre cordons. Les deux *cordons supérieurs* ou sensitifs, sont compris entre le sillon médian postérieur et les sillons collatéraux postérieurs. Simples à la région lombaire et à la région dorsale, ces cordons postérieurs sont subdivisés à la région cervicale en deux sous-cordons par un petit sillon superficiel, situé à deux milimètres en dehors du sillon médian postérieur et appelé *sillon postérieur intermédiaire*. Nous avons appelé *cordon postérieur proprement dit* le sous-cordon le plus externe, et *cordon médian postérieur* le sous-cordon le plus interne lequel est très-petit. — Les deux cordons médullaires situés entre les sillons collatéraux postérieurs et le sillon médian antérieur se nomment *cordons antéro-latéraux*. Ce sont les cordons moteurs. Ils sont beaucoup plus volumineux que les cordons postérieurs. On leur distingue une portion antérieure et une portion latérale ; et, bien que ces portions ne soient pas nettement délimitées et ne soient séparées par aucune démarcation apparente, on se sert souvent des mots *cordon latéral*, *cordon antérieur*, pour désigner la *portion latérale* et la *portion antérieure* du cordon antéro-latéral. Arrivés à l'extrémité supérieure de la moelle, les deux cordons antéro-latéraux, qui se continuent comme nous le verrons dans le bulbe en prenant le nom de pyramides antérieures, entrecroisent sur la ligne médiane leurs fibres les plus internes. C'est cet entrecroisement, désigné sous le nom d'*entrecroisement* ou *décussation des pyramides*, qui est considéré comme la limite fictive de la moelle et du bulbe. Ceci posé, revenons au bulbe.

Le bulbe rachidien, logé dans le crâne, repose par sa face antérieure sur la partie la plus inférieure de la gouttière basilaire; il a une longueur de 2 cent. 1/2. Sa direction est oblique de bas en haut et d'arrière en avant. Il forme avec la moelle un angle très-obtus ouvert en avant. Il a la forme d'un tronc de cône à sommet inférieur. Ce sommet, ou *collet* du bulbe, se continue avec la moelle au niveau de l'entrecroisement des pyramides. La base, supérieure, a l'air de s'enfoncer dans la face inférieure de la protubérance annulaire (portion centrale de l'isthme de l'encéphale). Elle est en avant séparée de cette protubérance par un sillon ; en arrière, ce sillon délimitateur n'existe pas et la face postérieure du bulbe se continue sans démarcation avec la face postérieure de la protubérance.

On décrit au bulbe quatre *faces* : une antérieure, deux latérales, une postérieure.

Face antérieure. — Elle répond à la gouttière basilaire et à l'apophyse odontoïde. Elle présente un sillon médian ; de chaque côté de ce sillon une saillie : les *pyramides antérieures* ; en dehors de ces pyramides, un deuxième sillon ; enfin, en dehors de ce deuxième sillon, une seconde saillie : l'*olive*.

Le sillon médian est le prolongement du sillon médian antérieur de la moelle. L'entrecroisement des pyramides est le point de démarcation des deux sillons. L'extrémité supérieure du sillon médian bulbaire, près de la protubérance annulaire, présente une fossette dite : trou borgne de Vicq d'Azyr. Ce sillon est parfois voilé par quelques fibres transversales appelées « le ponticule. »

Les *pyramides antérieures* sont des saillies parallèles situées de chaque côté du sillon médian, en dedans des olives. Ce sont des éminences pyramidales à base supérieure dont les faces internes sont contiguës entre elles. La

(1) La méthode ascendante a été adoptée dans le *Traité d'anatomie* de Cruveilhier (édition de Marc Sée et Ed. Cruveilhier), et, sauf certaines modifications, le programme que je vais suivre est conforme à celui de cet ouvrage pour le bulbe, l'isthme et le cervelet. Mais le plan selon lequel Cruveilhier étudie le cerveau, en se basant sur l'embryogénie et en groupant la description du cerveau autour de l'étude des cavités qu'il renferme, me paraît peu clair. J'y substituerai une autre méthode.

(2) Les diverses pièces sur lesquelles on veut étudier l'anatomie de l'encéphale doivent être préparées sur des encéphales que l'on aura préalablement densifiés par une macération de douze à quinze jours dans l'alcool, dans l'acide nitrique étendu, ou dans une solution phéniquée médiocrement concentrée. La face antérieure du bulbe est très-aisée à voir dans tous ses détails sur la face inférieure d'un encéphale que l'on aura tout simplement dépouillé de sa pie-mère, à la condition que la section de la moelle dans le canal rachidien ait été faite suffisamment bas pour ne point endommager l'entrecroisement des pyramides. Quant aux faces latérales et postérieure du bulbe, il faut, pour les voir convenablement, séparer l'isthme et le bulbe du cerveau et du cervelet, au moyen de la coupe que je décrirai au commencement de la seconde leçon. — Voyez aussi les planches de Sappey (3e édition) t. III, p. 142, fig. 502 et 503 ; p. 145, fig. 504 ; p. 121, fig. 499.

© BIU Santé

face externe est contiguë à l'olive. La face antérieure fait partie de la surface du bulbe. La base, supérieure, s'engage dans la protubérance. Le sommet, inférieur, se décompose en quatre ou cinq petits faisceaux qui s'entrecroisent sur la ligne médiane, puis se continuent en bas avec la partie antérieure du cordon antéro-latéral de la moelle. C'est là, je vous l'ai déjà dit, ce qu'on appelle l'entrecroisement des pyramides.

Le sillon qui sépare la pyramide antérieure de l'olive n'est remarquable que par l'émergence des filets d'origine du nerf grand hypoglosse.

Les *olives* sont des saillies oblongues dont le nom indique la forme. Leur grand axe, long de un centimètre et demi, est vertical, parallèle à celui des pyramides antérieures. En haut elles sont séparées de la protubérance par une fossette *sus-olivaire*. Leur extrémité inférieure est ordinairement voilée par des fibres transversales curvilignes dites *fibres arciformes*, qui parfois sont en entier situées au-dessous de l'olive et ne la recouvrent pas.

Faces latérales. — Elles présentent d'arrière en avant : l'olive vue de profil ; puis un faisceau latéral limité en arrière par un sillon d'où émergent deux nerfs importants ; puis le corps restiforme. Au-dessous et un peu en arrière des olives se voit le tubercule cendré de Rolando et au niveau de ce tubercule les fibres arciformes. Un mot sur chacune de ces parties :

L'*olive* a été décrite tout à l'heure ; nous n'y reviendrons pas.

Derrière l'olive existe un faisceau dit *faisceau intermédiaire*, en partie recouvert par l'olive qui le déborde. Ce faisceau paraît se continuer avec la portion latérale du faisceau antéro-latéral de la moelle.

Le faisceau intermédiaire est limité en arrière par un sillon qui est la continuation en haut du sillon collatéral postérieur de la moelle. C'est de ce sillon que sortent les filets d'origine des nerfs pneumogastrique et glosso-pharyngien. A la partie supérieure de ce sillon, près de la protubérance, existe une dépression, dite *fossette latérale du bulbe* d'où naissent le facial et la racine antérieure du nerf acoustique.

En arrière du sillon précédent se voient deux cordons irrégulièrement cylindriques, appelés *corps restiformes* ou pyramides latérales. Ils semblent se continuer en bas avec les cordons postérieurs de la moelle. Au lieu de monter vers la protubérance et de s'y enfoncer, comme les faisceaux précédents, ils s'écartent en dehors et en arrière, et vont se plonger dans la face antérieure du cervelet, situé, vous le savez, derrière le bulbe. Ils forment ainsi les deux pédoncules cérébelleux inférieurs.

A cinq millimètres au-dessous et en arrière de l'olive, on observe deux noyaux grisâtres, nommés *tubercules cendrés de Rolando*, ayant la forme d'une ellipse à grand axe vertical. C'est là une sorte de hernie de la substance grise qui occupe le fond de la partie la plus élevée du sillon collatéral postérieur de la moelle. Cette hernie grise est recouverte d'une très-mince couche de substance blanche.

Les *fibres arciformes* sont un mince faisceau de fibres blanches émanées des fibres profondes du corps restiforme. Parvenues à la surface du bulbe, ces fibres se portent transversalement en dedans, embrassant l'extrémité inférieure des olives et des pyramides antérieures ; puis elles pénètrent dans les sillons de la face antérieure où elles disparaissent.

Face postérieure. — Cylindrique dans son quart inférieur comme la face postérieure de la moelle qu'elle continue en haut, elle présente au milieu le sillon médian postérieur et, en dehors de ce sillon, les deux petits faisceaux blancs que, tout à l'heure, en parlant de la moelle, nous avons appelé *les cordons médians postérieurs*, limités en dehors par les *sillons postérieurs intermédiaires* lesquels n'existent qu'à la région cervicale.

Bientôt, si nous remontons de bas en haut la face postérieure du bulbe, nous voyons ces deux cordons médians postérieurs de la moelle, qui prennent, au bulbe, le nom de *pyramides postérieures*, se renfler en formant deux petits mamelons, puis se porter en dehors pour aller se confondre en mourant avec les corps restiformes (continuation des cordons postérieurs proprement dits de la moelle) qui occupent les parties latérales les plus externes de la face postérieure du bulbe et qui, eux aussi, se sont écartés en dehors et en arrière. Cet écartement des faisceaux postérieurs médullo-bulbaires laisse à nu la substance grise du bulbe (continuation de la substance grise de la moelle), et c'est cette substance grise ainsi mise à nu qui constitue les trois quarts supérieurs de la face postérieure du bulbe. Cette région grise de la face postérieure du bulbe forme un léger coude avec la région blanche inférieure, et se continue en haut sans démarcation réelle avec la face postérieure de la protubérance annulaire ou étage inférieur de l'isthme de l'encéphale. La limite artificielle entre le bulbe et la protubérance sur cette face postérieure, est représentée par la ligne transversale fictive qui mesure le maximum d'écartement des deux corps restiformes, et qui passe, comme nous le verrons plus loin, par les deux angles latéraux du quatrième ventricule.

De la divergence des deux pyramides postérieures, résulte un angle, un V, que l'on a comparé au bec d'une plume, et que l'on appelle pour cette raison le *bec du calamus scriptorius*. Dans l'angle très-aigu de ce bec de plume, existe une dépression dite *ventricule d'Arantius* au fond duquel se trouve un petit orifice lequel n'est autre que l'orifice du canal central de la substance grise de la moelle ou *canal de l'épendyme*, dont nous avons parlé en étudiant la moelle. Du bec du calamus part, en se dirigeant en haut, un sillon médian tracé sur la partie grise de la face postérieure du bulbe, et qui se continue en haut sans interruption sur la face postérieure de la protubérance. Ce sillon médian figure la *tige du calamus*. Enfin, continuant la comparaison, l'on appelle *barbes du calamus* des stries blanches, transversales, tranchant par leur couleur sur le fond gris qui les supporte, et dont les unes semblent se perdre sur la face postérieure du bulbe, tandis que les autres contournent les corps restiformes pour aller constituer les racines postérieures du nerf acoustique.

Cette face postérieure du bulbe se confond sans démarcation précise, je le répète, avec la face postérieure de la protubérance. Et les deux faces, qui réunies offrent une forme losangique, forment la paroi inférieure ou le plancher d'une cavité appelée le quatrième ventricule.

Texture du bulbe. Le bulbe est le prolongement en haut de la moelle ; nous allons donc y retrouver les éléments médullaires plus ou moins modifiés, plus de nouvelles parties.

La substance grise dans la moelle offre à la coupe la figure générale d'un H dont la commissure grise représente la branche transversale, dont les branches latérales se courbent en dehors et s'élargissent, en avant aussi bien qu'en arrière, pour constituer les cornes antérieures et postérieures. A la moelle, toute cette substance grise est entourée par de la substance blanche. Au bulbe, la substance grise est à nu à la face postérieure, par suite de la divergence en dehors des faisceaux blancs postérieurs ; elle subit, de plus, les modifications de forme suivantes : la partie médiane se développe de façon que son épaisseur diffère peu de sa largeur. Les cornes antérieures se déjettent en arrière, et les postérieures en avant, de manière à se rapprocher. La substance grise bulbaire tend ainsi à constituer une colonne vaguement quadrangulaire, qui se présente à découvert à la face postérieure et qui, aux faces latérales, fait hernie à travers les faisceaux blancs au niveau des tubercules cendrés de Rolando. Cette colonne grise du bulbe est l'origine d'une foule de nerfs extrêmement importants : moteur oculaire externe, facial, acoustique, pneumogastrique, glosso-pharyngien, spinal, hypoglosse. De là son importance physiologique et la gravité de ses lésions.

Voyons maintenant la disposition des faisceaux blancs

© BIU Santé

du bulbe. D'après l'opinion commune, les pyramides antérieures, les faisceaux intermédiaires, les corps restiformes, sont les prolongements respectifs des cordons antérieurs, latéraux et postérieurs de la moelle ; le corps restiforme étant sensitif, et les deux premiers faisceaux moteurs.

Les pyramides antérieures s'entrecroisent pour les trois quarts sur la ligne médiane ; les fibres du dernier quart ne s'entrecroisent pas. Les pyramides antérieures s'enfoncent dans la protubérance et la traversant de bas en haut, se portent dans le pédoncule cérébral et de là dans le cerveau.

Les faisceaux intermédiaires traversent aussi la protubérance et se portent également au cerveau, après s'être entrecroisés sur la ligne médiane.

Le corps restiforme, forme par un de ses faisceaux le pédoncule cérébelleux inférieur, tandis que l'autre se joint au faisceau intermédiaire et entre comme lui dans la protubérance.

Pour M. Sappey, la disposition des faisceaux blancs bulbaires que nous venons de décrire est purement apparente. Les pyramides antérieures semblent évidemment continuer les cordons antérieurs, les corps restiformes paraissent continuer les cordons postérieurs ; mais c'est là une illusion, et cette prétendue évidence est trompeuse. Selon cet anatomiste, les cordons antérieurs de la moelle se portent en arrière, les latéraux en avant, les postérieurs entre les deux. Ainsi les pyramides bulbaires antérieures représenteraient les cordons latéraux ; les faisceaux intermédiaires, les cordons postérieurs ; les corps restiformes, les cordons antérieurs.

Les olives, qui n'ont pas leurs analogues dans la moelle, sont constituées par une membrane, une sorte de sac jaunâtre, plissé, ayant une grande ressemblance avec ce que nous décrirons plus tard sous le nom de *corps rhomboïdal du cervelet*. Les petites cellules nerveuses qui constituent l'olive recevraient, d'après M. Luys, les fibres entrecroisées des pédoncules cérébelleux inférieurs du côté opposé ; et les cellules de l'olive gauche s'anastomoseraient avec celles de l'olive droite par des prolongements.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. JULES SIMON.

Un accident d'imprimerie ayant nécessité la recomposition à la hâte du commencement de la deuxième partie de la leçon sur la *Belladone* (page 454), il en est résulté que le passage en question a été complètement altéré. Il faut, par conséquent, rétablir les *onze premières lignes* de la manière suivante :

Médicaments synergiques et antagonistes : Toutes les solanées vireuses, toutes les espèces du genre atropa sont synergiques de la belladone. C'est à ce titre que nous considérons la mandragore, la jusquiame, la lobélie, le datura ainsi que la quinine et le bromure de potassium dont les effets peuvent seconder son action. Au contraire, il faut ranger parmi les antagonistes l'opium et ses dérivés, les excitants alcooliques, diffusibles (café, ammoniaque), et certains excitants spéciaux comme les *strychnos*.

De l'aconit.

Leçon recueillie par S. CHAMBARD, interne des hôpitaux.

Messieurs,

L'*aconit* que vous me voyez associer habituellement à la belladon, appartient à la famille des renonculacées dont les nombreuses espèces jouissent de propriétés bien différentes et sont les unes presqu'inertes, les autres d'une remarquable activité. Il est peu de plantes sur la puissance desquelles l'âge, le mode de culture, le moment de la récolte, le lieu d'origine, aient une plus grande influence. Tandis, en effet, que l'aconit de nos jardins est presque sans action, l'aconit de Suisse ou des Vosges possède une remarquable énergie. C'est cette dernière espèce, un peu moins active que la précédente, qui est surtout employée.

L'aconit renferme plusieurs alcaloïdes d'une grande puissance, les aconitines, dont l'action physiologique a surtout été étudiée par MM. *Hottot* et *Liégeois*. (Action de l'aconitine sur l'économie animale. *Journal de physiologie* de Brown-Sequard, 1861.) — L'aconitine de Morson, de Duquesnel, qui est la plus active. — Nous laisserons de côté ce principe trop dangereux pour être employé en thérapeutique infantile et nous nous bornerons à prescrire l'alcoolature de racines d'aconit qui suffira à toutes les indications.

Vous ne confondrez pas, Messieurs, l'alcoolature de racines d'aconit avec l'alcoolature de feuilles et de tiges, qui, telle qu'elle est préparée, même dans les hôpitaux, est à peu près dépourvue de toute propriété. J'ai pu donner à un enfant de deux ans jusqu'à une cuiller à café de cette dernière préparation sans obtenir aucun effet thérapeutique ou toxique. L'alcoolature de racines, au contraire, est plus riche en principe actif, et possède une véritable énergie.

C'est depuis peu que cette préparation, usitée depuis longtemps en Angleterre, s'est vue accueillie parmi nous. Déjà en 1870, 1871, j'avais, à l'instigation de M. H. Guéneau de Mussy, étudié l'action thérapeutique de l'aconit dans cet hôpital ; je lui avais manifesté ma surprise sur l'inefficacité de l'alcoolature des hôpitaux, il m'engagea à poursuivre mes expériences, (qui dataient de 1869), avec de l'alcoolature de racines — et j'obtins en effet, avec cette préparation, des résultats physiologiques incontestables. Depuis, MM. *Oulmont*, en 1875, et *Laborde*, ont repris cette étude et ont contrôlé l'observation clinique par l'expérimentation physiologique.

Frappé de l'inégalité d'action des diverses préparations d'aconit et des dangers qui peuvent en résulter, M. *Oulmont*, institua des expériences comparatives sur l'homme et sur des chiens, dans le but de déterminer la richesse en principe actif des diverses parties de la plante, et dans quelle mesure son activité est influencée par sa provenance et son mode de préparation.

Il est arrivé à formuler des conclusions dont voici le résumé :

1° L'action de l'aconit varie : 1° Suivant la partie de la plante employée ; 2° Suivant sa provenance ; 3° Suivant son mode de préparation.

2° Les feuilles, tiges, fleurs, ont une action incertaine et presque nulle. Les racines sont actives. — 3° L'aconit des jardins est presqu'inerte. Celui des Vosges est actif, l'aconit de Suisse l'est encore davantage. — 4° L'aconit du Dauphiné et surtout celui de Suisse doivent être rejetés à cause de la violence de leur action et de la difficulté de leur dosage. — 5° Les aconitines sont des médicaments d'une action bien définie et régulière, mais qui, à cause de la violence de leurs effets et des variétés encore mal déterminées de ces alcaloïdes, ne doivent être administrées qu'avec une extrême prudence. — 6° Quelle que soit la préparation d'aconit qu'on emploie, à l'exception de l'alcoolature de feuilles, elle doit toujours être administrée à petites doses et n'être augmentée que graduellement et par quantités fractionnées. (Oulmont, *Académie de médecine*, 7-14 décembre 1875).

Dosage. L'alcoolature de racines d'aconit peut être donnée à des doses assez élevées si on a soin de commencer par des doses faibles et fractionnées. J'ai pu, chez un enfant de deux ans et demi, aller jusqu'à 30 gouttes, chez un enfant de quatre ans, jusqu'à 60 gouttes, en commençant par 10. Ce sont là, cependant, Messieurs, des doses exceptionnelles, mais auxquelles je n'hésite pas à avoir recours au besoin ; d'ordinaire, je prescris dix gouttes d'un mélange à parties égales de teinture de belladone et d'alcoolature de racines d'aconit à prendre en deux fois, cinq gouttes le matin et cinq gouttes le soir.

Action physiologique. Les préparations d'aconit appliquées sur la peau saine ne déterminent aucun phénomène d'irritation ; dans les parties, cependant, où l'épiderme est très-mince et surtout si des frictions sont pratiquées, elles

© BIU Santé

provoquent des démangeaisons, des picotements, puis de l'engourdissement et un sentiment de pesanteur. Dans les cas où la peau est douloureuse (hyperesthésies, névralgies), l'aconit paraît exercer sur elle une action analgésique directe. (Fleming. *An Inquiry in to the physiol. an medical properties of the aconitum napellus*. London 1845).

Sur la muqueuse buccale, l'extrait d'aconit détermine des picotements et des fourmillements comparables à ceux que produiraient des milliers d'épingles, et à dose plus élevée, une sensation d'ardeur et d'âcreté, accompagnée de soif et de salivation qui l'ont fait ranger à tort dans la classe des narcotico-acres. A ces phénomènes d'irritation succède un engourdissement et une anesthésie de l'extrémité antérieure de la langue surtout ; le malade ne perçoit plus les saveurs sucrées. A haute dose, surviennent des nausées, des vomissements et une sensation de brûlure qui s'étend sur le trajet de l'œsophage.

L'action générale de l'aconit est bien plus intéressante que son action locale. *Fleming* l'a divisée en quatre degrés, selon l'intensité de l'intoxication; mais pour éviter les redites, je me bornerai à passer en revue l'action de l'aconit sur les divers fonctions et appareils de l'organisme.

Absorbé par les voies digestives, l'aconit, outre les effets d'irritation locale que je viens de vous signaler, amène des vomissements, des borborygmes et de la diarrhée. De plus, MM. *Hottot* et *Liégois* ont remarqué que, chez les animaux, l'état de réplétion de l'estomac oppose à l'absorption de l'aconitine moins d'obstacles qu'à celle des autres alcaloïdes, la strychnine par exemple. Dans ces conditions, l'aconitine détermine une irritation gastrique plus intense que si elle est absorbée à jeun. Cette dérogation aux lois générales d'absorption des substances médicamenteuses formulée par *Cl. Bernard*, vous commandera, Messieurs, lorsque vous prescrirez l'aconit, de le donner, ainsi que le conseille M. *Gübler*, le plus loin possible du repas précédent et, au besoin, de prescrire en même temps une substance isolante, comme l'eau albumineuse qui retarde son contact avec la surface des voies digestives.

L'aconit exerce une action dépressive et sédative sur la circulation; la tension vasculaire diminue, le pouls diminue de fréquence et, à dose élevée, peut tomber à 40 par minute, d'autres fois cependant, il est fréquent et s'élève à 70 ou 80, mais toujours il est petit, faible et souvent plus ou moins irrégulier. La face devient pâle et anxieuse, la peau est humide et sa température baisse de 0°,5 à 1°,00 ; elle est, si la dose est considérable et toxique, couverte d'une sueur visqueuse. Si la mort survient, le cœur s'arrête en diastole.

Les mouvements respiratoires sont également ralentis et lorsque l'aconit est donné à dose thérapeutique dans les affections des voies respiratoires, le jeu de la cage thoracique se régularise : la sécrétion bronchique est diminuée, mais à dose toxique, ils deviennent, au contraire, irréguliers et précipités, quelquefois profonds et suspirieux.

La filtration urinaire est augmentée parfois.

L'action de l'aconit sur le système nerveux est également remarquable et c'est d'abord sur les nerfs périphériques et sur la moelle qu'elle se montre ; ce n'est que secondairement que le cerveau en est affecté. Aux fourmillements généralisés succède l'anesthésie de la peau, qui coexiste avec sa pâleur, son refroidissement et l'augmentation de la sécrétion sudorale. Les muqueuses buccale, oculaire et bronchique sont aussi anesthésiées. Bientôt survient une paresse, une torpeur musculaire. Les pupilles se dilatent chez l'homme, bien, qu'au contraire, MM. *Hottot* et *Liégeois* aient observé la contraction pupillaire chez les animaux. Ce fait n'a d'ailleurs qu'une importance pratique secondaire, car nous possédons dans l'atropine et la calabarine des agents mydriatiques et myosiques bien plus puissants.

Jusque là, l'intelligence est restée intacte, mais à doses assez élevées, l'action de l'aconit se traduit par de la torpeur intellectuelle, de l'abattement. Les malades sont dans cet état d'anxiété et d'anéantissement qui accompagne toute action dépressive sur la circulation ou toute perte un peu considérable de sang ; on peut voir survenir aussi un état de subdélirium ou un délire tranquille avec hallucinations analogues à celui qui existe dans les mêmes circonstances, et dont l'anémie cérébrale est sans doute la cause. La sensibilité réflexe est alors notablement diminuée.

Vous voyez donc, messieurs, que l'aconit porte son action surtout sur l'innervation cardiaque et vaso-motrice, et que cette action est éminemment dépressive. Utilisable en thérapeutique pour calmer et régulariser les mouvements du cœur et du thorax, pour diminuer la sensibilité des nerfs hyperesthésiés et amoindrir la sécrétion des bronches, elle se traduit, à doses plus élevées, par une prostration générale de l'organisme qui réclame une certaine attention de votre part.

Indications de l'aconit. — L'action physiologique de l'aconit que je viens de vous esquisser à grands traits, vous explique maintenant pourquoi je donne ce médicament dans toutes les affections catarrhales et spasmodiques des voies respiratoires chez les enfants. Doué à cet égard des mêmes propriétés que la belladone et d'une partie de celles de l'opium, il n'a pas, comme eux, l'inconvénient d'impressionner le cerveau, même à doses modérées, aussi me verrez-vous presque toujours l'associer à titre de correctif à ces deux médicaments.

Dans les laryngites, par exemple dans les laryngites intenses et surtout dans celles qui s'accompagnent de spasme laryngé (laryngite striduleuse), et dans lesquelles l'élément inflammatoire est bien peu de chose à côté de l'élément spasmodique et des menaces d'asphyxie, je prescris après des vomitifs l'aconit, associé à la belladone et à l'éther dans une potion que je formule comme suit :

Alcoolature de racines d'aconit.	IV à X gouttes.
Ether.....	II gouttes.
Sirop de belladone.....	5 gr.
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 »
Eau de tilleul.....	100 »

Dans les bronchites et surtout dans les bronchites quinteuses qui sont fréquentes au moment des épidémies de rougeole et de coqueluche, ou que ces deux affections laissent après elles, je prescris également l'aconit et la belladone. Avec le repos au lit, les boissons chaudes, les vésicatoires et les bottes de ouate. Je fais prendre à l'enfant, par exemple, de II à V gouttes matin et soir, et en augmentant progressivement la dose jusqu'à X gouttes de la mixture suivante :

Alcoolature d'aconit.....	5 gr.
Teinture alcool. de belladone.....	10 gr.
Elixir parégorique.....	1 gr.

Le traitement de la coqueluche repose sur les mêmes indications. Je vous l'ai exposé dans notre conférence sur la belladone.

Dans l'adénopathie bronchique qui est, chez les enfants, une conséquence presque certaine des affections des voies respiratoires, je crois quelquefois devoir ajouter à la belladone et à l'aconit un peu de teinture de ciguë et de digitale de manière à diminuer la congestion péri-ganglionnaire et l'excitabilité des plexus cardio-pulmonaires.

Alcoolature d'aconit.....	10 gr.
Teinture de belladone.....	2 »
Teinture de ciguë.....	1 »
Teinture de digitale.....	0,50 gr.

En donner de 5 à 10 gouttes matin et soir.

Dans la broncho-pneumonie et la pneumonie, la tendance à la prostration des forces, me rend plus réservé sur l'emploi de l'aconit ; c'est alors surtout que je l'associe à la belladone et que j'ai recours aux préparations alcooliques.

Dans tous les cas où j'emploie la belladone, si elle me paraît agir trop vivement, si je vois la face rougir, la pupille se dilater, des phénomènes d'excitation cérébrale

© BIU Santé

apparaître, j'en diminue la dose, et j'ajoute à la formule un peu d'élixir parégorique ou de sirop de codéine.

Sirop de codéine..... } àà 30 gr.
Sirop de belladone..... }
Alcoolature d'aconit..... V à X gouttes.
Une à deux cuillerées à café dans la journée.

C'est surtout au début de la rougeole que j'ajoute l'opium à la belladone et à l'aconit, sous forme d'élixir parégorique qui est, vous le savez, cinq fois moins actif que le laudanum de Sydenham. L'opium a, en outre, l'avantage de favoriser l'éruption.

Dans les affections du cœur qui sont assez fréquentes chez les enfants, mais qui sont chez eux, heureusement, moins tenaces que chez les adultes, vous retirerez de bons effets de l'aconit associé à un peu de digitale, que vous ne pourriez employer sans inconvénient chez vos petits malades si vous n'en corrigiez pas l'action trop énergique. Dans les hypertrophies du cœur sans bruit de souffle, dans ces cas d'irritation cardiaque, dont vous avez vu ici quelques spécimens, dans les lésions de l'orifice mitral, accompagnées de bruit de souffle qui succèdent si facilement chez les enfants au rhumatisme articulaire, que *Bouillaud* a pu dire que, chez eux, le cœur se prenait comme une articulation, la digitale employée avec prudence sera fort utile, surtout si vous en mitigez l'énergie à l'aide de l'aconit et si vous avez soin d'en suspendre l'emploi au bout d'une à deux semaines, sauf à en reprendre l'usage à la première indication.

Comme antipyrétique, au début des fièvres éruptives, alors qu'un diagnostic exact est encore impossible, vous emploierez l'aconit pour abaisser la température; vous prescrirez alors la potion suivante :

Alcoolature de racines d'aconit X à XX gouttes.
Eau de laurier-cerise ..... 15 gr.
Eau de fleurs d'oranger..... 60 »
Eau de tilleul ..... 60 »

dans laquelle vous pourrez ajouter pour l'édulcorer :

Sirop d'Althœa..... 15 gr.
Ou Sirop de lactucarium..... 15 gr.,

Vous ferez prendre cette potion par cuillerées à dessert d'heure en heure.

Enfin, Messieurs, les propriétés calmantes de l'aconit vous permettront de l'employer dans les affections douloureuses de quelque nature qu'elles soient : dans les migraines, les névralgies, les tics douloureux, la chorée, les éclampsies, les affections scrofuleuses et cancéreuses, en un mot dans tous les cas où, sans toucher à l'essence même de la maladie, l'action anesthésique pourra être recherchée.

Nous venons de passer en revue l'action physiologique et les propriétés thérapeutiques de trois médicaments de premier ordre dans la thérapeutique infantile : l'opium, la belladone et l'aconit, qui présentent entre eux des analogies nombreuses, et que vous me verrez souvent prescrire ensemble. J'ai fait disposer sous vos yeux un tableau où leurs propriétés sont mises en parallèle ; en y jetant les yeux, vous pourrez les repasser rapidement, et vous retiendrez mieux ce qu'il importe le plus de savoir au sujet de chacun d'eux.

PROPRIÉTÉS DE L'OPIUM, DE LA BELLADONE ET DE L'ACONIT.

		TUBE DIGESTIF.	CIRCULATION.	RESPIRATION.	FIÈVRE TEMPÉRATURE.	SÉCRÉTIONS.	SYSTÈME NERVEUX.	ACTION SUR
Opium. Laudanum de Sydenham. Elixir parégorique. Sirop de codéine. Poudre de Dower. Eau de pavots.	Action locale sur la peau dénudée et les muqueuses : *irritante.*	Soif. Sécheresse sans âcreté. Inappétence. Nausées. Vomissements. Constipation.	Stimulation. Diminution de la pression. Quelquefois rien. A haute dose accélération de la circulation et collapsus.	Allège la gêne respiratoire en diminuant les sécrétions bronchiques. A haute dose collapsus.	Augmente les sécrétions cutanées Démangeaisons. Erythèmes. Eruptions.	Urines diminuées. Diminution des sécrétions. Salive et sécrétion bronchique.	Somnolence. Sommeil. Ivresse. Vertige. Résolution musculaire. Sensibilité générale diminuée. Etroitesse des pupilles. Diminution de l'action réflexe.	Le système cérébro-spinal.
Belladone. Teinture. Extrait, Atropine.		Soif Sécheresse avec âcreté. Nausées. Vomissements. Diarrhée.	Sédation. Pouls diminué, ralenti à petite dose. Réaction fébrile.	Calme la respiration. Diminue la sécrétion. A haute dose, Respiration saccadée convulsive	Pas de sueurs ni de démangeaisons. Température élevée. Parfois éruptions scarlatiniformes.	Urines augmentées avec diminution de la sécrétion bronchique.	Insomnie. Délire gai ou furieux. Hallucinations. Agitation musculaire. Diminution de la sensibilité de la face. Pupilles dilatées. Surtout diminution de l'action réflexe.	Le système cérébro-spinal.
Aconit. Alcoolature de racines d'aconit.		Soif. Sécheresse. Sensation de piqûre et de brûlure à la langue. Salivation à forte dose. Vomissements. Diarrhée.	Sédation. Diminue la tension artérielle. Face pâle. Pouls ralenti. Arrêt du cœur en diastole.	Ralentie par action directe sur les nerfs.	Température abaissée.	Sécrétion urinaire augmentée. Sécrétion bronchique diminuée.	Intelligence intacte. Torpeur musculaire. Anesthésie. Hallucination de la sensibilité. Diminution des réflexes. Pupilles un peu dilatées.	La moelle.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'hôpital de Ménilmontant.

Bâti sur un terrain trapézoïdal d'une surface d'environ cinq hectares, cet hôpital présente, dans son aménagement général, quelques améliorations qui en feront probablement l'un des hôpitaux les plus sains, ou plutôt, les moins malsains de Paris. On sait, en effet, que nous ne sommes pas partisan de cette vaste accumulation de pierres de taille moulurées suivant les arts les plus savants : si l'architecte y trouve le moyen de faire ainsi son *monument* architectural qui peut, au simple point de vue de l'art, lui faire le plus grand honneur, — sans compter les avantages matériels — l'hygiène et l'économie s'y trouvent toujours fort maltraitées; et on pourrait trouver de meilleures occasions, meilleures pour les malades et pour les finances, d'utiliser le talent souvent réel de l'architecte. Nul doute, par exemple, que celui de Ménilmontant, M. Billon, n'ait fait preuve de hautes connaissances architecturales dans la construction de cet énorme clocher qui ne déparerait pas une cathédrale; mais on se demandera peut-être quel en est le bénéfice pour les malades, qui devraient seuls préoccuper dans l'édification de ces sortes d'établissements.

Pour nous, qui sommes loin de dédaigner les magnificences de la pierre, quand elles se trouvent à la place qui leur convient, nous trouvons qu'il serait temps enfin de renoncer à faire d'un hôpital un prétexte à monument, et d'imiter ce que déjà d'autres nations ont, avec succès, réalisé chez elles, sous notre impulsion : en ceci, comme en beaucoup d'autres choses, hélas! nous avons été les inventeurs et les promoteurs de l'idée qui a donné naissance aux grands hôpitaux de *Lincoln*, *Jefferson*, dans les Etats-Unis, et, plus tard, aux hôpitaux de la *Charité* et *Augusta* en Prusse; mais nous serons encore les derniers, selon l'habitude, à donner un corps à l'idée qui nous appartient.

En attendant, nous sommes obligé de prendre les choses en l'état, et l'on nous pardonnera cette petite digression qui, du reste, ce nous semble, ne sort qu'à moitié du cadre qui nous est confié.

L'une des améliorations auxquelles nous faisions allusion en commençant, consiste dans l'isolement à peu près complet, dans tous les sens, des pavillons de malades. Nous ignorons si nous sommes pour quelque chose dans cette heureuse modification, car nous nous souvenons d'avoir formulé ailleurs, à propos du nouvel Hôtel-Dieu, le *desideratum* auquel on semble s'être conformé ici. Nous avions critiqué alors la jonction des pavillons de ce dernier hôpital par les bâtiments transversaux, perpendiculaires à la direction de la Seine. Et si nous rappelons ce fait, ce n'est certes pas pour en tirer une vanité qui serait ridicule, l'idée étant, pour ainsi dire, de tout le monde; mais c'est pour montrer l'efficacité des courants d'opinion dont nous n'avons été que le traducteur. Serait-il téméraire, après cette victoire, bien que modeste, de l'opinion publique, de présager un succès prochain pour ceux qui préconisent un changement radical dans le mode de construction de nos hôpitaux?

Les quatre pavillons de malades, disposés parallèlement les uns aux autres, ont l'avantage de permettre la libre circulation de l'air entre eux. Les façades intérieures seules des deux pavillons du centre font partie d'une vaste cour rectangulaire dont les autres côtés sont fermés d'un côté par la chapelle et le bâtiment des bains, de l'autre, par le bâtiment d'administration. Et si l'air ne baigne pas ces deux façades d'une manière aussi complète, la grandeur de la cour dont elles font partie, atténue singulièrement ce défaut. D'ailleurs, l'isolement des deux extrémités de ce dernier bâtiment d'avec les deux pavillons en question, facilite la circulation de l'air dans cette cour centrale, et améliore ainsi les conditions d'hygiène.

Une deuxième amélioration, c'est l'éloignement, à un point extrême de l'hôpital, du bâtiment destiné aux maladies essentiellement contagieuses. Il occupe, avec le bâtiment des magasins, de la buanderie, etc., le triangle de gauche compris entre la rue de la Dhuys, la rue Pelleport et le pavillon des malades, dont le séparent une large chaussée et un mur de clôture.

La Maternité occupe, dans le triangle de droite découpé comme le précédent dans le trapèze où est enclos l'hôpital, une position symétrique à celle des varioleux. Symétriquement aux magasins et en avant de la Maternité, sur la rue Pelleport, se trouve le bâtiment du service des morts.

Cet isolement, par rapport au reste de l'hôpital, du bâtiment des accouchements, a des avantages sur lesquels il est inutile d'insister. L'éloignement du service des morts est aussi une amélioration considérable, car on évite ainsi les émanations qui pourraient parvenir jusqu'aux malades, comme on peut s'en apercevoir parfois au nouvel Hôtel-Dieu, où le service des morts touche presque à l'une des salles. On a ainsi également empêché que les malades puissent voir par une porte ou une fenêtre ouverte mal à propos, comme cela est arrivé ailleurs, les dissections opérées dans les salles d'autopsie.

Nous ne ferons, à l'éloge que méritent certainement ces améliorations incontestables, qu'une légère restriction : c'est que, peut-être, le bâtiment d'administration est bien éloigné des magasins, par où arrivent et sortent les marchandises, et qu'à ce point de vue, la surveillance sera difficile. Nous croyons qu'on eût évité, en partie, cet inconvénient, en retournant complètement l'hôpital, c'est-à-dire, en mettant sur la rue Pelleport ce qui est sur la rue de la Chine, et réciproquement.

Après ces considérations sur l'ensemble de l'hôpital, nous allons, comme pour l'Hôtel-Dieu, passer en revue les différents services. Nous parlerons d'abord du chauffage et de la ventilation.

Le mode adopté est le même qu'à l'Hôtel-Dieu, et nous nous bornerons à indiquer seulement les linéaments de ce système, renvoyant nos lecteurs, qui voudraient des détails, à notre article similaire sur l'Hôtel-Dieu (1).

Des poêles à eau chaude, chauffés par la vapeur fournie par deux paires de chaudières, sont distribués à l'étage du sous-sol, dans les points utiles de l'hôpital. Ces poêles sont en fonte, à ailettes, comme à l'Hôtel-Dieu, et renvoient l'air, échauffé à leur contact, par des gaines convenablement distribuées, dans les étages des différentes salles. Cet air, appelé du dehors par deux ventilateurs, qui le repoussent dans les galeries souterraines circulant sous tous les pavillons, est, en outre, attiré dans les salles par les cheminées d'appel qui couronnent le milieu de chacun des pavillons, et ainsi expulsé au dehors.

(1) *Progrès médical*, 1877, n° 31.

© BIU Santé

Au moment où nous écrivions l'article sur l'Hôtel-Dieu, nous ignorions le principe sur lequel reposait l'épuration que l'on voulait faire subir à l'air. Aujourd'hui, nous pouvons réparer l'omission : ce principe consiste tout simplement à faire passer l'air, avant de se rendre dans les canaux souterrains, à travers des feuilles de coton de deux centimètres environ d'épaisseur, maintenues fixes entre deux grilles métalliques verticales. Ces feuilles occupent toute la section d'arrivée de l'air, de sorte qu'il ne peut parvenir aux malades, sans s'être tamisé au travers, et sans y déposer ses poussières. L'expérience a déjà été faite à l'Hôtel-Dieu, et l'on n'est pas peu surpris de constater que, peu de jours après leur fonctionnement, les feuilles de coton sont devenues complètement noires par suite du dépôt des corpuscules et des poussières que l'air ambiant emporte avec lui. L'utilité hygiénique de ce tamisage est ainsi rendue manifeste, ce qui explique l'absence presque absolue d'infection purulente que M. Guérin, l'un des médecins de l'Hôtel-Dieu, obtient avec son procédé de pansement au coton.

Pour augmenter encore les qualités hygiéniques de l'air destiné à se rendre dans les salles, on a répandu dans les galeries souterraines, après son passage sur le coton, des corps divers tels que l'acide phénique ; mais c'est à l'expérience à montrer dans quelles proportions et de quelle manière ces corps doivent être employés. Jusqu'ici on n'a pas de résultats certains, mais il est évident qu'on pourrait, par des moyens analogues, faire respirer dans telle ou telle salle de malades, un air qui aurait été spécialement amendé par son passage sur diverses substances.

A Ménilmontant, on doit employer un procédé semblable, mais il reste encore à aménager cette salle d'épuration, et les divers organes mécaniques nécessaires à son fonctionnement.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur un système de chauffage et de ventilation qui ressemble en tous points à celui de l'Hôtel-Dieu ; les avantages et les inconvénients que nous avons signalés seront les mêmes, sauf les modifications pratiques qu'a pu entraîner la disposition différente des divers bâtiments.

Nous ne pouvons pas cependant ne pas regretter l'exiguité de l'emplacement destiné aux chaudières et aux diverses machines, surtout si on le compare à celui de l'Hôtel-Dieu, où l'on aurait péché par excès inverse, si jamais la grandeur de cet emplacement pouvait être un défaut. On aurait certes bien pu, sans lui nuire, empiéter un peu sur la vaste cuisine qui est contiguë aux chaudières, et donner à celles-ci l'espace que celle-là a de trop.

En outre, la machine à vapeur, les pompes et les ventilateurs placés dans des caves voûtées, manquent d'air et de jour, et l'on sait pourtant combien la lumière est nécessaire à la surveillance continuelle d'organes mécaniques. Nous ne pouvons nous expliquer comment on a pris si peu de soin de l'aménagement d'un service d'où dépend essentiellement l'hygiène de l'hôpital ; son importance méritait certes qu'on le traitât avec plus de considération, d'autant que les mécaniciens ne se tiendront auprès des machines que le temps strictement nécessaire, si même ils ne sacrifient pas une partie de ce temps pour le donner à leur bien-être, compromis par cet état de choses.

En terminant, on nous permettra d'émettre un vœu dont la réalisation serait, selon nous, un grand bien : c'est de ne livrer l'hôpital aux malades que lorsqu'il sera *absolument* fini. L'expérience de l'Hôtel-Dieu est là pour témoigner des inconvénients aussi nombreux que déplorables qu'entraîne la présence des ouvriers dans un hôpital habité. Nous espérons que l'administration ne voudra pas retomber dans la même faute, si elle consent à ménager ses finances, épargner bien des ennuis à tous les employés dont elle dispose, depuis le haut jusqu'en bas de l'échelle, et enfin et surtout, si elle veut avoir égard au bien-être des malades.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 juin 1878.— PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. CADIAT fait une communication sur la formation embryonnaire du péricarde, des plèvres et du diaphragme. Peu de temps après l'apparition du capuchon céphalique, la cavité pleuro-péritonéale se sépare en deux parties : une antérieure, en avant de l'aditus antérieur (cavité du péricarde), l'autre postérieure, au milieu de laquelle est l'intestin (cavité péritonéale). La séreuse pleurale est en continuité directe avec le péritoine ; à mesure que les poumons se développent leurs séreuses se dilatent, débordent en avant le péricarde, et arrivent à leur disposition adulte.

Le diaphragme se développe aux dépens de la partie inférieure de la paroi postérieure de la cavité que forme le mésoderme autour du péricarde. La couche du mésoderme sous-jacente au péricarde se relève par suite du développement du foie et devient le centre phrénique ; la portion verticale de la paroi postérieure du péricarde s'étend entre cette séreuse et les plèvres ; elle finit par former la couche de tissu cellulaire interposée entre les plèvres médiastines et le péricarde. La paroi antérieure du péricarde devient l'aponévrose cervico-péricardique qui suit les vaisseaux du thorax au cou.

M. MAUREL a eu l'occasion de faire à la Guyane des greffes dermo-épidermiques sur les races blanche, jaune et noire. Dans toutes, cette opération réussit ; mais en raison de l'épaisseur du derme, il est assez difficile de prendre une greffe chez les nègres. Les hétéro-greffes (greffes faites d'une race à l'autre) ont donné des résultats intéressants. Leur efficacité pour la guérison des plaies et des ulcères est constante. Le pigment disparaît quand on porte sur un blanc la greffe empruntée à un noir ; il n'en est pas de même pour les nègres et les hindous. Lorsque les deux sujets sont fortement pigmentés, la greffe reste colorée ; et même, par une sorte d'action de contact, le pigment se reproduit sur la plaie, dans une zone très-étroite, autour de la greffe : au delà la cicatrice est blanche, comme cela existe du reste toujours chez les nègres dans les larges pertes de substance.

M. RABUTEAU a étudié les effets physiologiques de l'Hoang-Nan, poudre du Vénézuela. C'est une substance très-amère : l'extrait aqueux, administré en injections, produit des convulsions répétées, puis une paralysie complète du système nerveux, en tout comparable à celle qu'amène le curare. Du reste le curare renferme aussi un strychnos.

M. HILLAIRET a reçu des missionnaires et expérimenté sur des lépreux l'Hoang-Nan : ses effets sont analogues à ceux de la strychnine : son efficacité est nulle.

M. HARDY dit que, d'après M. Baillon, cette poudre provient du strychnos javanica ; elle renferme de la strychnine et de la brucine.

M. BOCHEFONTAINE rapporte les résultats de ses expériences sur la pression du liquide céphalo-rachidien. Dans quelques cas, l'inspiration produit une augmentation de pression ; fait entièrement contraire à l'opinion généralement reçue. Lorsque l'on produit diverses excitations du système nerveux, la pression s'élève, mais jamais au delà de 6 millimètres. Dans les commotions violentes, elle reste à 0° ; dans ces cas M. Bochefontaine n'a trouvé d'autres altérations cérébrales que des hémorrhagies des plaques choroïdes.

© BIU Santé

M. Cornil expose l'anatomie pathologique des papules syphilitiques cutanées. Dans les petites papules de la première période, la surface de la peau se présente irrégulière ; les papilles sont hypertrophiées, congestionnées, remplies de cellules lymphatiques placées comme en traînées le long des vaisseaux. Dans les papules plus larges d'une syphilis plus ancienne, on retrouve les mêmes lésions mais plus marquées. La couche muqueuse de Malpighi est légèrement hypertrophiée ; les papilles sont saillantes et les cellules lymphatiques sont accumulées non-seulement dans ces éléments mais dans tout le derme et même le tissu sous-cutané. Dans une troisième variété de papules on trouve un épanchement sanguin entre les papilles et le corps de Malpighi.

M. Hillairet dit que ces résultats sont en contradiction avec les idées généralement admises et qui du reste ne s'appuient pas sur des recherches micrographiques. Il croyait jusqu'à ce jour, que les lésions secondaires de la syphilis, n'envahissaient pas le derme, et que la partie profonde de la peau n'était atteinte que par les lésions tertiaires. De même, d'après M. Ramier, les plaques muqueuses du début de la syphilis ne sont pas profondes ; il est tout autrement de celles qui appartiennent à une période plus avancée de la maladie.

M. Cornil répond que l'anatomie pathologique des lésions cutanées est aujourd'hui encore bien peu connue ; les lésions secondaires de la syphilis peuvent envahir le derme et même le tissu cellulaire sous-cutané.

M. Bert a constaté que l'alcool phénique n'enlève pas leur virulence aux corpuscules reproducteurs de vibrion septique charbonneux. Le jus des feuilles de noyer, si préconisées contre le charbon, est également inefficace.

M. Bert fait une seconde communication, des plus intéressantes, sur les mouvements des plantes, pendant la nuit et le jour. On sait que l'abaissement de la feuille de la sensitive est dû à une augmentation d'énergie du renflement que l'on trouve à la base du pétiole. La pression dans ce renflement se modifie, vraisemblablement parce qu'il renferme plus ou moins d'eau. Cette hypothèse semble vérifiée par l'expérience suivante faite sur des marguerites. Si au moment où ces fleurs se ferment, on plonge tout le pétiole dans de la glycose, elles se rouvrent ; elles se referment, quand on coupe la partie de la plante en contact avec la glycose. Ainsi quand on soutire l'eau la tension qui amène la fermeture de la marguerite tombe, et la pesanteur agit seule sur la fleur.

Les auteurs se sont généralement trompés sur la marche des phénomènes qui se produisent dans la sensitive. Au moment de la chute du jour la tension augmente brusquement, puis lentement ; vers 2 ou 3 heures du matin elle diminue, d'une manière rapide d'abord, puis insensible. La lumière jaune-rouge augmente la tension ; la lumière bleue agit en sens inverse.

De cet ensemble de faits on pouvait conclure qu'il se forme dans le renflement de la sensitive une substance osmotique. Avec les appareils thermo-électriques de Ruhmkorff, M. Bert s'est assuré que le renflement est toujours plus froid que le reste de la plante : il s'y passe donc des phénomènes de réduction. Cette substance qui se produit et se détruit successivement n'est autre que de la glycose ; le renflement en renferme une proportion très-notable, le pétiole seulement des traces.

En résumé, les mouvements de la sensitive tiennent à des modifications de la pression dans l'intérieur de son renflement ; la pression dépend de la quantité d'eau qui y est accumulée, et celle-ci est en rapport avec la formation intermittente de glycose. L. D. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juin 1878. — Présidence de M. Richet.

M. E. Lancereaux présente un mémoire communiqué en 1875 au Congrès international de géographie et extrait des comptes rendus de ce Congrès. Ce travail intitulé : *Distribution géographique de la phthisie pulmonaire* a conduit M. Lancereaux à reconnaître que la phthisie pulmonaire existe dans tous les pays, chez tous les peuples, mais qu'elle sévit avec une inégale intensité. — Relativement rare dans les régions polaires, cette maladie s'observe surtout dans les régions tempérées, partout où se rencontrent des agglomérations d'hommes et principalement dans les grands centres industriels. Elle est fréquente dans les régions tropicales où elle a une marche presque toujours aiguë. Toutefois ces notions générales ne donnent qu'une idée vague de l'influence des agents cosmiques sur la production de la phthisie pulmonaire : pour arriver à une détermination exacte des conditions étiologiques de cette maladie, M. Lancereaux a été obligé de pousser plus loin l'analyse, de décomposer le climat en ses principaux éléments : chaleur, humidité, sécheresse, altitude, etc. ; de tenir compte des habitudes, du régime de vie, de l'activité musculaire des différents peuples ; et, à cet égard voici les conclusions auxquelles M. Lancereaux est arrivé : « Le froid n'a aucune influence sur la genèse de la tuberculose. Les habitants des lieux élevés (800 à 1000 mètres) sont comme ceux des régions polaires, fort peu exposés à cette maladie ; au contraire, ceux des endroits bas, humides et chauds sont fréquemment atteints de lésions tuberculeuses. Un air insuffisant, concentré, une alimentation qui n'est pas en rapport avec les conditions climatériques, les excès de boissons alcooliques, le défaut d'exercice musculaire sont les circonstances les plus favorables au développement de la tuberculose. La race est sans influence appréciable sur le développement de cette maladie : les peuples vivant de la vie sauvage ne connaissent pas ce fléau qui décime les peuples civilisés. D'où la conclusion : « *La tuberculose pulmonaire est une maladie de la civilisation.* » — A la civilisation appartient le devoir de la prévenir. Pour atteindre ce but, M. Lancereaux réclame des lois réglant la construction et l'élévation des maisons dans les villes, la largeur des rues, et exigeant qu'une quantité suffisante d'air soit allouée non-seulement au soldat dans sa caserne, mais au collégien dans son lycée, à l'ouvrier dans son atelier et au concierge dans sa loge.

M. Méhul lit à l'appui de sa candidature un travail intitulé : *Méthode d'extraction des pigments d'origine animale.*

Suite de la discussion sur le pansement des plaies.

M. L. Le Fort vient répondre au discours de M. A. Guérin et déclare qu'il a attaqué la théorie de ce dernier comme il a attaqué la théorie de Lister. Sans rechercher si le pansement ouaté met les plaies à l'abri du contact de l'air ou plutôt filtre réellement l'air extérieur, on ne peut nier que l'existence des vibrions a été constatée dans quelques cas. Le pansement ouaté a donc ses avantages et ses inconvénients. — L'hôpital a une grande influence sur les résultats opératoires ; l'infection purulente, ce fléau des opérés, si l'on fait abstraction des circonstances dans lesquelles un malade peut être contaminé, est absolument rare. La province nous en fournit la preuve la plus manifeste. A quoi donc attribuer ce cas isolé d'infection purulente, de fièvre puerpérale, qui se produit tout à coup ? Cette apparition est favorisée par l'état des tissus incisés ; l'infection purulente reconnaît alors une origine intérieure et se produit dans le malade lui-même Si la théorie de MM. Pasteur et A. Guérin est vraie, pourquoi l'infection purulente n'est-elle pas aussi fréquente à la campagne qu'à la ville et pourquoi dans la même ville les résultats diffèrent-ils avec les différents services des hôpitaux ? M. L. Le Fort invoque le contage qu'il ne peut du reste démontrer. Pour lui, un cas isolé d'infection purulente apparaît ; le principe morbifique qui la constitue peut se transporter d'un malade à un autre et devenir ainsi le point de départ d'une épidémie. On ne saurait invoquer, dans la genèse de l'infection purulente, l'inoculation par les voies respiratoires ; l'interprétation de l'infection par les plaies et par l'intermédiaire des instruments, des éponges et des linges est plus rationnelle. C'est pour obvier à ces accidents que M. L. Le Fort a eu recours à la méthode antiseptique qui lui a donné des résultats magnifiques. En somme tout en admettant la contagion et un contage non défini, M. le Fort n'accepte pas la théorie de MM. Pasteur et A. Guérin.

M. Depaul ne saurait admettre l'exclusivisme de M. L. Le Fort. Le pansement antiseptique ne saurait remédier à

© BIU Santé

tous les cas. Bien loin de partager les idées de son collègue, M. Depaul déclare qu'il n'y a pas un village, ni une maison isolée, qui ne soit susceptible de rencontrer la fièvre puerpérale. Cette maladie naît et disparaît avec les malades, si l'on veut bien tenir compte de la cause qui la produit et l'entretient, c'est-à-dire l'encombrement. L'encombrement dans les hôpitaux est malheureusement un fait réel, fatal, qui engendre les maladies; remédiez à l'encombrement et vous assisterez à la disparition de la maladie. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 22 mars. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Coxalgie droite suppurée avec luxation spontanée. — Thrombose veineuse du membre inférieur gauche; par J.-B. GAUCHÉ, interne des hôpitaux.

Le malade, plombier, âgé de 24 ans, entré en médecine, dans l'ancien Hôtel-Dieu, le 20 août 1877, pour une sciatique (tel est du moins le diagnostic écrit sur sa pancarte), fut transféré au nouvel Hôtel-Dieu (service de M. OULMONT, salle Saint-Thomas, où il séjourna jusqu'en janvier 1878. Jamais, dans cette période, on n'observa chez lui aucun symptôme qui pût faire penser à une phlébite oblitérante du membre inférieur droit. Enfin dans les derniers jours de janvier, il passe dans un service chirurgical avec la mention suivante : abcès chronique.

Ce malade offre tous les symptômes d'une coxalgie suppurée du côté droit avec luxation iliaque complète. La région ischio-trochantérienne est tuméfiée et douloureuse, spontanément et à la pression ; le pli de l'aine, entièrement effacé, et les deux régions inguinales (abdominale et crurale), gonflés et tendus, présentent une fluctuation si manifeste, que le flot peut être renvoyé de la fosse iliaque au triangle de Scarpa et réciproquement. La cuisse droite est immobile sur le bassin, tournée en dehors, raccourcie en apparence. Les mouvements spontanés sont nuls ; ceux provoqués, très-douloureux. Cachexie générale avec émaciation et pâleur des téguments. Indications : soutenir les forces ; faciliter l'évacuation du liquide purulent, par les deux petites fistules antérieures et latérales préexistentes. Injection morphinées anodines.

Tel était l'état stationnaire du malade, quand le 26 janvier, le membre inférieur gauche, devient le siége d'une tuméfaction douloureuse avec taches purpurines (phlegmatia rubra dolens), la tension et l'aspect luisant gagnent de proche en proche de l'extrémité du membre vers sa racine. La température, appréciable au palper est notablement inférieure à celle du membre coxalgique. Diagnostic de M. Cusco. Thrombose de la fémorale à la fois cachectique et mécanique par compression de l'iliaque externe gauche, la droite y étant soustraite.

Les phénomènes s'accentuent davantage les jours suivants : douleurs intolérables, confluence du purpura, etc. — La température générale s'abaisse. Voici les

Temp. maxillaire gauche.		29 janvier	30	31	1er février	2	3
	Matin :		36°,3	35°,0	35°,6	35°,6	36.
	Soir :	36°,0	35°,4	35°,2	36°0,	36°,0	

La voix devient aphone ; — agonie de trois jours et mort le 3 février, à 4 heures du soir.

AUTOPSIE. 5 février, 10 heures. — 1° *Membre inférieur gauche.* M. Cusco dissèque la veine fémorale qui paraît distendue, l'incise longitudinalement et constate la présence d'une thrombose oblitérant complétement le calibre du vaisseau et s'étendant de la poplitée aux iliaques externe et primitive, le caillot s'arrête au confluent de la veine cave qui est libre ; 2° *Membre inférieur droit.* Même lésion des canaux veineux dont les parois sont cependant épaissies et l'endoveine légèrement rosée à la surface.

Toutes les parties molles des régions ischio-trochantériennes et inguinales sont infiltrées de liquide purulent gris-verdâtre ; les fibres du psoas iliaque dans ses deux portions pelvienne et crurale sont complétement macérées et détruites ; il en est de même du fascia iliaca et de la capsule articulaire ; le pus semble avoir pénétré de la cuisse dans l'abdomen par deux voies principales, l'une naturelle, échancrée, intérépineuse antérieure et anneau du psoas, l'autre, accidentelle, qui consiste dans une perforation centrale de l'arrière-fond cotyloïdien de forme ovalaire a grand axe vertical (1 centimètre, petit axe 1/2 centim.) ; la saillie iliaque du sourcil cotyloïdien a été érodée par la tête fémorale, un peu aplatie, qui s'est placée, en état de luxation complète, en arrière et en haut de cette saillie, au-dessus de la grande échancrure sciatique. A ce niveau, existe un début de pseudarthrose caractérisée par la formation d'une petite cavité. Le faisceau iliaque externe droit baigne intact dans le liquide purulent.

M. MOUTARD-MARTIN. — Il est facile, je crois, de rétablir la pathogénie des lésions. Sur la fémorale droite existent les traces d'une endophlébite, qui s'est propagée par les veines iliaques à la fémorale gauche, où elle a persité.

M. GAUCHÉ. Telle peut être, en effet, l'explication du processus. Mais, durant la vie, la séméiologie a été muette au sujet d'une phlébite du membre, siége de la coxalgie.

Fracture de la voûte crânienne et du rocher gauche. — Hémorrhagie méningée; par J.-B. GAUCHÉ et LEBEC, internes des hôpitaux.

Le nommé V....., 55 ans, tailleur de pierres, entre le 3 décembre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, service de M. Richet.

Trouvé le matin presque sans connaissance dans une cave de l'Hôtel-de-Ville, il ne répond que d'une manière incompréhensible aux questions qui lui sont adressées, et, quand on l'interroge, il semble se réveiller. Hémorrhagie par l'oreille gauche, légère, mais persistante. Motilité et sensibilité partout conservées, mais affaiblies. T., soir, 38°.

4 *décembre.* — T., M., 37°,4; soir, 37°,7. Parésie faciale droite, caractérisée par l'effacement des traits.

5 *décembre.* — Soir. 37°. Le tartre stibié (0 gr. 04), donné en lavage, amène des vomissements.

6 *décembre.* — M., 37°,8; S., 37°. Incontinence d'urine.

7 *décembre.* — 38°,2; 38° La température normale des jours précédents s'élève un peu. Eau-de-vie, 50 grammes.

8 *décembre.* — 39°,8; S. 39°. Coma. Hémiplégie droite. Les mouvements provoqués et obtenus à gauche par la piqûre d'épingle sont abolis dans les membres supérieur et inférieur du côté droit (12 sangsues aux apophyses mastoïdes).

9 *décembre.* — 37°,8; 38°,2. Erysipèle de la face. M. Richet nous en fait remarquer le caractère œdémateux.

10 *décembre.* — 39°,8; — 38°,2.

11 *décembre.* — 38°,5; 40°. La sensibilité du pincement semble encore exister partout, car celui-ci provoque des mouvements, même dans les membres du côté gauche anesthésiés, quant à la piqûre.

13 *décembre.* — 39°,4; 39°,4. P. 120. Le malade présente, le soir, de la dyspnée inspiratoire (on soupçonne un œdème de la glotte.)

14 *décembre.* — 39°; 38°,4. La dyspnée est très-prononcée, surtout à l'inspiration; le larynx paraît soulevé à chaque mouvement respiratoire, accompagné d'un bruit rauque; mais la respiration est aussi gênée, comme si l'œdème occupait toute la muqueuse laryngée. Le 15 *décembre*, mort.

AUTOPSIE. — *Thorax : Poumons* gorgés de sang noir; le larynx ne présente aucune trace d'infiltration, ni dans les replis aryténo-épiglottiques, ni dans les cordes vocales.

Crâne. — Voûte. Le cuir chevelu étant incisé transversalement d'une oreille à l'autre et décollé en avant et en arrière, on constate une fêlure transversale, partant environ de la réunion du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs de la suture interpariétale, et s'étendant de chaque côté de la voûte jusqu'à des limites inférieures. Une fêlure longitudinale, plus petite, va du même point à un centimètre en avant de la suture pariéto-frontale. La voûte ayant été séparée de la base au moyen de la scie, devient divisible en deux fragments osseux : antérieur et postérieur. La fêlure longitudinale comprend aussi toute l'épaisseur des pariétaux, mais sans en amener le déplacement. *Base* du côté gauche; le trait de fracture atteint, en haut, le milieu du conduit auditif externe ainsi divisé.

© BIU Santé

Rocher gauche. Une fracture transversale ou perpendiculaire à l'axe de l'os à 1 millimètre en dehors de la caisse tympanique; une seconde fracture longitudinale limitée en dehors par le trait de fracture déjà indiqué, en dedans par l'abouchement de la portion osseuse de la trompe d'Eustache dans la caisse, en bas par la scissure de Glaser, en haut par la réunion du tiers supérieur avec les tiers inférieurs de la face antérieure du rocher, ces deux fractures, disons-nous, divisent la portion pétrée du temporal en trois fragments, deux postérieurs, un antérieur qui, enlevé, met à découvert : trompe d'Eustache, caisse du tympan et conduit auditif externe.

Cerveau. Hémorrhagie méningée du côté gauche due à la rupture de l'artère méningée moyenne au-dessus du rocher. Le caillot épais est sus-jacent au lobe pariétal dont les circonvolutions sont aplaties depuis la pariétale ascendante exclusivement jusqu'à la scissure de Sylvius.

Séance du 5 avril 1878. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Hémiplégie gauche graduelle; tumeurs cérébrales; par MM. BERDINEL, interne des hôpitaux et DELOTTE, externe des hôpitaux.

Chrétien Pauline, âgée de 46 ans, journalière, est entrée le 21 février 1878, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. PROUST, salle Sainte-Marie, n° 29. Il y a près d'un mois, sans cause appréciable cette femme fut prise d'une bronchite intense et, en même temps, se montrèrent des vomissements survenant surtout le matin, vomissements alimentaires d'abord, bilieux un peu plus tard. Les vomissements allèrent en augmentant de nombre pendant les jours suivants, survenant à tous les moments de la journée. Il s'y joignit bientôt un peu d'affaiblissement dans la main gauche; la préhension devenait difficile; le lendemain l'affaiblissement augmenta; le troisième jour l'extension des doigts était devenue absolument impossible, la flexion pouvait encore se produire mais incomplète; le quatrième jour, inertie complète du poignet, de la main et des doigts. Pas de phénomènes céphaliques; mais, son état persistant et tendant même à s'aggraver, la malade entre dans nos salles.

Etat actuel.— C'est surtout sur l'état du bras que cette femme appelle notre attention. Sa main est complétement inerte, elle tombe verticalement si la malade étend son bras dans la position horizontale. Immobilité absolue des doigts; le pouce est immobile comme les autres, et tout mouvement d'opposition est devenu impossible. Les muscles des bras ne paraissent pas atteints; l'avant-bras se fléchit et s'étend sur le bras sans aucune difficulté et la malade résiste aussi bien à droite qu'à gauche à l'extension forcée. — Aucun trouble de la motilité dans les membres inférieurs. La marche se fait bien; à peine quelques vertiges et une légère titubation si la malade se retourne brusquement. Aucune déviation de la bouche à l'état de repos ou de mouvement; la langue n'est ni déviée, ni tremblante.

La vue est bonne, elle n'a subi aucune altération.

Les paupières sont aussi mobiles d'un côté que de l'autre.

La sensibilité n'est altérée dans aucun de ses modes, pas plus dans les parties paralysées que dans les autres points du corps. Pas de fourmillements, ni de douleur spontanée dans les mains. Les muscles se contractent bien sous l'influence de l'électricité. Les deux mains n'offrent pas un volume égal, celui de la main paralysée est moindre; la malade ne peut nous dire si cette différence a existé avant le début des accidents. Sur la main gauche la peau est plus lisse, mais sa coloration est normale. La malade accuse une sensation de chaleur plus vive dans la partie paralysée, le thermomètre donne au contraire une élévation de un dixième de degré pour la main saine. Légère céphalalgie sans localisation fixe dans la tête; la malade pleure facilement et s'alarme sans cesse sur son état, la mémoire et l'intelligence paraissent d'ailleurs intactes.

Cette femme est d'une constitution pléthorique; elle présente en même temps un léger état gastrique avec un peu de bronchite. Elle accuse en outre des vomissements bilieux persistant depuis le début de la maladie et survenant à toute heure du jour surtout le matin. L'ingestion des boissons et des aliments les provoque.

Aucune trace d'athérôme; aucun symptôme d'atteinte syphilitique; aucun indice d'intoxication saturnine; aucun antécédent personnel ou héréditaire.

1er *mars.* Les vomissements n'ont pas cédé à l'administration d'un ipéca. Coloration rouge de la face, plus marquée à droite. Céphalalgie persistante, plus intense du côté droit, sensation de poids dans cette partie de la tête. Aucune déviation des commissures à l'état de repos de la bouche; mais, si la malade rit une légère déviation se produit à droite. Constipation opiniâtre. Ni l'abdomen, ni l'épigastre ne sont douloureux à la palpation.

2 *mars.* — Légère déviation de la bouche à l'état de repos; la commissure droite est un peu abaissée; la langue paraît légèrement déviée à gauche. Céphalalgie intense du côté droit; coloration plus vive dans cette partie de la tête. Les vomissements persistent, ils surviennent quatre ou cinq fois par jour. Aucun changement du côté paralysé, étendue stationnaire de la lésion.

5 *mars.* — La constipation a disparu; les vomissements et la céphalalgie à droite persistent avec la même intensité.

La malade marche moins bien; faiblesse dans la jambe gauche. Vertiges dans la station debout.

10 *mars.* — Vomissements plus fréquents. Les aliments ne sont pas tolérés. Pupille gauche plus dilatée que celle du côté droit.

La malade parle moins distinctement; les mots sont moins bien articulés. — Traitement. — Iodure de potassium 2 gr. Boissons glacées.

15 *mars.* — Les vomissements ont beaucoup diminué. Mouvements du bras gauche moins faciles; la malade remue difficilement la jambe.

18 *mars.* — Impossibilité de soulever le bras; flexion de l'avant-bras impossible; si on soulève le membre inférieur gauche et qu'on l'abandonne à l'action musculaire, il retombe inerte. Sensibilité très-retardée dans le membre inférieur gauche, moins dans le membre supérieur du même côté. Les sensations du froid et du chaud sont nettement perçues. La peau de la main gauche est le siége d'une desquamation furfuracée très-accusée, surtout à la face palmaire. Pupille gauche plus dilatée que celle de droite; la malade ferme bien les yeux. Diminution de la mémoire, la malade prend les jours les uns pour les autres; intelligence nette. Parole plus lente, difficulté d'articuler les mots. Prostration des forces, difficulté très-grande à soulever la tête et à s'asseoir sur son séant. Céphalalgie moins intense; sensation persistante d'un poids lourd du côté droit de la tête. Les vomissements ont beaucoup diminué; ils ne se produisent qu'au moment où on soulève et remue la tête de la malade.

21 *mai.* — Décubitus dorsal, la tête tournée du côté droit. Parole lente, peu intelligible. Ralentissement du pouls. Légère dyspnée; absence de phénomènes pulmonaires. Céphalalgie persistante à droite; la malade tient instinctivement sa main appliquée sur la tempe droite. Insensibilité complète dans le membre supérieur et le membre inférieur gauche; incomplète sur la joue gauche. La malade ouvre et ferme incomplètement l'œil gauche.

24 *mai.* La malade est plongée dans une prostration d'où on la tire difficilement. Ses réponses sont peu intelligibles et faites d'une voix basse et entrecoupée.

28 *mai.* — La torpeur est augmentée; la malade ne parle plus, elle agite seulement les lèvres.

L'hémiplégie est complète dans tout le côté gauche, tant pour la motilité que pour la sensibilité. Rien à droite. Les vomissements sont plus rares, mais se produisent quand on remue la tête de la malade. La température s'est un peu élevée; température axillaire, 38°,5.

29 *mai.* — Aggravation de l'état général; température 39° 8.

31 *mai.* — La malade est plongée dans une sorte de coma; il y a du mâchonnement. La respiration est un peu accélérée; température 39°,5. La malade meurt dans la nuit.

AUTOPSIE trente heures après la mort. — Pas de lésion pulmonaire, ni de lésion cardiaque.

Au hile du poumon, on trouve un ganglion du volume d'un œuf de poule complètement dégénéré. La muqueuse de l'esto-

© BIU Santé

mac est saine. Le foie de volume normal contient, dans l'épaisseur du lobe droit, un noyau cancéreux du volume du poing, dur à la coupe, et faisant une légère saillie sur la face convexe. L'intestin, la rate, les reins ne présentent rien d'anormal. L'utérus est légèrement augmenté de volume, le fonds est bosselé et on trouve à la coupe deux noyaux cancéreux, non ulcérés ; le plus gros est du volume d'un œuf de pigeon.

Cerveau. — Les méninges sont congestionnées, non adhérentes. Après les avoir enlevées on trouve la circonvolution frontale ascendante très-hypertrophiée dans ses deux tiers inférieurs; à sa partie moyenne elle offre une largeur de quatre centimètres et demi. Elle a repoussé en arrière la circonvolution pariétale qui est très-amincie et s'avance comme une valvule sur la partie la plus reculée de la frontale. La substance corticale de la frontale ascendante présente une coloration rouge lie de vin, sans perte de substance à la superficie. Sur ce fond livide se détachent quelques points d'un rouge plus intense, entourés de quelques tractus jaunâtres. L'encéphale ne présente pas d'autres lésions superficielles.

Sur une coupe faite parallèlement à la direction de la frontale ascendante et passant par son milieu, on trouve que tous les faisceaux frontaux moyens sont détruits par une tumeur; cette production est dans son centre d'une couleur rouge lie de vin uniforme, et de la grosseur d'une noix. Elle est entourée par une zone jaunâtre de ramollissement d'un millimètre d'épaisseur environ. Elle s'étend jusqu'à trois millimètres du noyau lenticulaire qu'elle n'atteint pas. Les centres ne sont en rien intéressés.

Cette tumeur qui paraît facilement énucléable, s'étend dans le sens antéro-postérieur jusqu'aux limites de la circonvolution frontale ascendante et ne touche en rien aux autres circonvolutions frontales. En arrière, elle s'étend à travers la circonvolution pariétale ascendante jusqu'à la limite du lobule pariétal. Sur une coupe passant par le pied des circonvolutions pariétales, on trouve deux autres tumeurs de même nature et de même aspect, chacune du volume d'un œuf de pigeon dont elles rappellent la forme; l'une siége dans la partie supérieure du lobule pariétal supérieur, recouverte par une mince couche de substance grise qui paraît intacte. Elle détruit toute la partie moyenne du faisceau pédiculo-pariétal supérieur (classification de M. le docteur Pitres).—L'autre siége dans le lobe sphénoïdal, à la partie inférieure, et détruit la partie moyenne du faisceau sphénoïdal.

Sur une coupe verticale passant par la partie moyenne des circonvolutions pariétales, on trouve, dans la substance blanche de la partie supérieure du lobe sphénoïdal, une quatrième tumeur présentant le même aspect et le même volume que les précédentes et comme elles facilement énucléables; elle est indépendante. Le cerveau ayant été immergé immédiatement dans l'acide azotique, l'examen microscopique de ces tumeurs n'a pu être fait.

M. Charcot. Ce fait démontre une fois de plus que les lésions de l'écorce cérébrale donnent lieu à des paralysies dissociées qui envahissent d'abord le membre supérieur, puis la face et en dernier lieu le membre inférieur. Je ne sache pas que cette dissociation des phénomènes paralytiques ait été observée jusqu'ici à la suite de lésions centrales.

Kyste hydatique du rein; par le Dr Guinand.

La pièce que je présente à la Société est un kyste hydatique du rein gauche trouvé à l'autopsie d'un homme âgé de 69 ans, mort dans le service de M. Gougubnheim à l'Hospice temporaire.

Cette tumeur a présenté dans son évolution ceci de particulier, qu'elle a pu séjourner dans l'organisme pendant un demi-siècle sans provoquer même à son début aucun accident sérieux. Ce malade qui en était porteur depuis 1828, la considérait comme faisant absolument partie de son organisme et n'accusait à son endroit absolument aucune gêne, ni aucune fatigue.

Elle avait cependant le volume d'une tête d'enfant, siégeait à la partie supérieure de l'hypochondre gauche au niveau du rebord des fausses côtes qu'elle avait notablement soulevées et déformées. On percevait à ce niveau, malgré la résistance et la pression de la poche, une fluctuation non douteuse qui avait fait porter le diagnostic de *kyste hydatique*, mais on n'avait pas fixé son siége ou plutôt son point de départ, elle n'occupait plus en effet la région où est habituellement situé le rein ; elle était placée plus haut et plus en dedans. Le liquide que contenait cette poche était de couleur gris-jaunâtre dans lequel flottaient des débris des masses caséeuses des parois. Dans ce liquide flottaient des hydatides assez nombreuses, dont les unes avaient cessé de vivre depuis longtemps. Elles sont flasques et grisâtres, du volume d'un œuf de pigeon ; les autres claires, transparentes, qui paraissaient encore vivantes.

Autopsie 36 heures après la mort. — Dès qu'on ouvre l'abdomen, il s'écoule une certaine quantité de sérosité sanguinolente, la cavité péritonéale en contenait environ quatre litres. L'estomac apparaît sous la forme d'un tube rigide renflé au milieu de sa longueur, dont les parois ne s'affaissent plus. D'une teinte gris-blanchâtre, il est légèrement mamelonné et adhérent avec des masses dures, épaisses et lardacées du grand épiploon. Toute la surface de cet organe est atteinte d'un cancer en nappe, toutes ses tuniques, en dehors de la membrane muqueuse, sont absolument dégénérées, la muqueuse seule est en effet à peu près saine, bien que ses mamelons soient plus irréguliers et plus saillants. La coupe des parois stomacales offre un aspect tout à fait lardacé de 1 centimètre à 1 centimètre et demi d'épaisseur.

Péritoine. Le grand épiploon ne formait qu'une masse dure, inégale, bosselée, adhérente aux parties sous-jacentes. Il était ratatiné et remonté en haut. Toute la séreuse avait participé à un certain degré d'hyperplasie, elle avait presque dans toute son étendue 2 millimètres d'épaisseur, très-adhérente au tissu cellulaire sous-péritonéal et présentant une surface assez lisse, non mamelonnée. — Pancréas sain. — *Rate* un peu atrophiée, épaississement très-considérable de la capsule qui a participé au travail inflammant du péritoine. — *Rein gauche.* Volume normal amyloïde. — *Rein droit* atrophié amyloïde. — *Utérus.* Il se trouve complètement englobé dans les fausses membranes et l'épaississement de la tunique séreuse. — Les *ovaires* sont aussi recouverts par ces productions inflammatoires.

Foie adhérent par sa face connexe au diaphragme. Plusieurs fausses membranes l'unissaient également à l'estomac, quoi qu'il n'ait pas été envahi par la dégénérescence.

Veine iliaque externe gauche complétement oblitérée par un caillot gris-noirâtre. Il s'étendait jusqu'au niveau de la région crurale.

Description anatomique de la poche. La poche kystique est formée d'une paroi fibreuse assez résistante en certains points, calcaires ailleurs par larges plaques. Le rein n'est pas simplement accolé à la tumeur, il l'embrasse sur une grande étendue ; malgré son très-petit volume, le tissu parenchymateux s'épanouit pour ainsi dire en certains points ; ailleurs, au contraire, il est réuni en une petite masse comme appendue au reste de l'organe et au kyste tout entier.

Ainsi donc, l'irradiation diffuse d'une portion du rein sur la tumeur, nous porte à croire que le parenchyme de cet organe a été le point de départ de ce kyste.

On voit, en outre, à la face interne, six ou sept végétations gélatineuses blanches-grisâtres, ayant tout à fait l'aspect d'un chou-fleur. Tels sont les caractères microscopiques les plus importants que présentait cette tumeur.

M. Houel fait remarquer que les kystes hydatiques du rein n'existent pas dans le tissu même de cet organe; ils lui sont simplement accolés et sont situés immédiatement sous le péritoine.

AVIS AUX ABONNÉS. — *Nous prions instamment MM. nos abonnés dont l'abonnement finit le* **30 juin,** *de nous adresser leur renouvellement aussitôt que possible. Nous profitons de cette occasion pour leur rappeler que le meilleur mode de paiement consiste en l'envoi d'un mandat-poste adressé directement aux Bureaux du Journal, 6, rue des Ecoles.*

© BIU Santé

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE (1)

IX. De la cécité des couleurs dans ses rapports avec les chemins de fer et la marine : par F. Holmgren, professeur de physiologie à Upsal. G. Masson. Paris, 1878.

X. Le Daltonisme. — Recherches expérimentales et théoriques : par MM Delbœuf et Spring, professeurs à l'Université de Liége. in *Revue scientifique*, 23 mars 1878. Paris. Germer-Baillière.

XI. Contribution à l'étude de la cautérisation ignée de la cornée : par M. Passerat, interne des hôpitaux de Lyon. Paris. Thèse 1877, n° 294.

XII. Des ruptures isolées de la choroïde, par Achard. (Thèse de Paris, 1877, n° 221.)

XIII. Contribution à l'étude de l'amblyopie congénitale, sans lésions appréciables à l'ophthalmoscopie ; par Pierin. (Paris, thèse 140. 1877.)

XIV. Des accidents consécutifs à l'emploi de l'atropine dans le traitement des affections oculaires, par H. Peltier. (Thèse de Paris, 1877, n° 182.)

XV. Des atrophies papillaires, par J. Raoult. (Thèse de Paris, 1877, n° 30.)

IX. Le daltonisme a depuis quelques années attiré plus spécialement l'attention des physiologistes : les médecins des chemins de fer et de la marine ont aussi étudié de plus près la question au point de vue des dangers qui pourraient résulter de cette maladie pour l'interprétation des signaux, et bien que ces accidents aient été fort rares jusqu'ici, certaines compagnies en Suède ont soumis tout le personnel de leurs employés à l'épreuve des couleurs pour éviter toute faute dans la direction des trains. M. Holmgren n'a pas peu contribué par ses cours et ses publications à donner au sujet une certaine actualité publique ; il a tant fait qu'avec l'aide des mémoires de Wilson à Edimbourg, de Favre et Feris en France, de Stilling et Blaschko en Allemagne, il est arrivé à obtenir, de la direction générale des chemins de fer de l'Etat en Suède, des examens obligatoires sur la perception des couleurs pour les candidats aux emplois dans ces compagnies. Le professeur d'Upsal a repris la question à son origine et son mémoire peut être considéré comme un bon traité pratique sur la matière, malgré les digressions qui en augmentent le volume.

M. Holmgren accepte dans toute son étendue la théorie d'Helmholtz sur la perception des couleurs :

Trois couleurs fondamentales : le rouge, le vert et le violet, correspondent à trois sortes d'éléments spéciaux dans la rétine. En construisant une courbe pour chaque couleur, on représente la perception des trois couleurs fondamentales par une figure formée d'une ligne droite, au-dessus de laquelle s'élèvent de chaque côté deux tracés ayant leur plus grande élévation près de l'extrémité droite pour le violet et le bleu ; près de l'extrémité gauche pour le rouge et l'orangé ; et au centre, pour le vert. Il est aisé par ce schéma de reconnaître comment un daltonique pour le rouge, par exemple, doit voir les autres couleurs. Holmgren admet aussi trois cécités de couleur, une pour le rouge, une pour le vert, une pour le bleu. Ajoutons de suite que la perte de la notion du rouge est de beaucoup la plus fréquente, et que la cécité congénitale pour le bleu et le vert paraît beaucoup plus rare.

Rejetant l'examen par les lanternes colorées des chemins de fer, puis la méthode de Stilling qui fait examiner des ombres colorées, celle de Maxvelle qui repose sur la saturation et l'intensité des couleurs, il se rapproche de Seebeck qui laisse à l'examiné le soin d'assembler des objets de différentes couleurs. Mais Holmgren choisit ses nuances et arrive ainsi rapidement au diagnostic de la variété de daltonisme.

En tête du mémoire figure une planche avec teintes chromolithographiques correspondant à peu près aux tons réels que l'auteur choisit parmi des écheveaux de laine à tapisserie. Il établit trois épreuves :

1° Un échantillon *vert-blanchâtre* suivi de 5 couleurs de confusion : *gris-blanc*, *brun-blanchâtre*, *jaune-blanc*, *saumon-faible*, *violet-blanchâtre*. Celui qui les confond avec le vert-blanchâtre, est déclaré vicié, daltonique ;

2° Un échantillon *pourpre faible* suivi de 4 couleurs de confusion : *bleu indigo*, *violet-bleu*, et *gris tourterelle*, *vert-pâle*. Si l'examiné place à côté du poupre, le bleu et le violet, il est aveugle pour le rouge ; si au contraire il confond le pourpre avec le vert-pâle et le gris-tourterelle, il est aveugle pour le vert ;

3° Un échantillon *rouge* (*cinabre*) est suivi de *vert-olive* et *gris*, puis de *vert-blanchâtre* et *brun* : l'aveugle pour le rouge assemblé avec le rouge : le vert et le gris ; l'aveugle pour le vert réunit au rouge : le vert blanchâtre et le brun.

Holmgren ne pense pas qu'on puisse guérir un daltonique. Après épreuve, le malade se forme un langage à lui, résultant de notions spéciales acquises sur l'aspect, l'éclat de certaines couleurs, mais il ne les verra jamais comme une autre personne non daltonique.

X. La théorie du daltonisme reposant sur l'hypothèse d'Helmholtz n'est pas acceptée par les deux professeurs de Liége : l'un d'eux, M. Delbœuf, affecté lui-même de daltonisme, a entrepris sur sa défectuosité rétinienne, des recherches du plus haut intérêt, et si la formule qu'il en donne est un peu trop mathématique, si la partie clinique est défectueuse, la théorie nouvelle, fait assurément progresser l'étude du daltonisme, parce qu'elle le crée expérimentalement, parce qu'elle en indique le remède. M. Delbœuf, daltonique congénital, n'a jamais reconnu des cerises sur l'arbre, ni pu différencier le bleu pâle du lilas.

Pour étudier son affection il s'est servi non des couleurs composées extérieures, mais des rayons du spectre projetés sur une échelle graduée de 0 à 240, la raie jaune du sodium étant au n° 180. Pour un œil normal, le spectre s'étend de 10 à 235. M. Delbœuf le voit compris entre 30 et 225, et il n'y reconnaît que deux couleurs le bleu et le jaune, l'une des deux zones pouvant augmenter de largeur suivant l'attention plus ou moins soutenue sur une couleur.

Examinant la théorie d'Helmhotz, le professeur de Liége fait remarquer qu'il ne confond pas tous les verts et tous les rouges : le coquelicot, la fraise, la cerise, sont bien différents pour lui du vert.

Certains rubans l'un rouge vif, l'autre brun, sont confondus par lui, il est vrai, mais à l'analyse spectrale, on est étonné du peu de différence que donnent ces couleurs composées, puisque sur l'échelle spectrale le ruban rouge possède à peine quelques divisions en plus aux extrémités violet et rouge.

Ce sont ces deux extrêmes que M. Delbœuf ne perçoit pas dans le spectre : il aurait donc une cécité pour le rouge et le violet : il a perdu 8 divisions au violet et 10 au rouge, ce qui concorde peu avec les courbes schématiques données par Holmgren.

Après avoir posé ces objections, il revient cependant à la théorie des trois sensations, et il part de cette hypothèse : que si les éléments du rouge étaient seulement moins sensibles que les deux autres, en éteignant les rayons verts et bleus, en partie, par une substance transparente rougeâtre, on devrait rétablir l'équilibre. Or, parmi beaucoup de couleurs transparentes rouges, plus ou moins importantes, la fuchsine éteint très-bien les rayons verts : la chlorure de nickel coupe au contraire les extrémités rouges et violettes du spectre.

Avec la fuchsine, le daltonisme pour le rouge est corrigé ; et si le daltonien ainsi guéri, recourt en outre, au chlorure de nickel il redevient daltonien rouge. « Il semble que les couleurs extrêmes du spectre rencontrent dans la rétine du daltonien des *résistances* qui n'existent pas chez les yeux normaux, et *qui ont l'air d'être activées par la présence du vert mêlé à presque toutes les couleurs naturelles.* »

C'est en partant de cette idée « *résistance* » que Delbœuf et Spring expriment mathématiquement le daltonisme et comparent la rétine « à une membrane montée naturellement à un certain ton, mais susceptible de se tendre et de se détendre sous l'action des forces extérieures, comme les cordes vocales. » La théorie des trois éléments de Youngh-Helmholtz disparaît pour faire place à celle des vibrations d'une intensité qui va de + 3 au rouge et de — 3 par exemple au violet le 0 étant au vert : la rétine dans le daltonisme ne perçoit que

(1) Voir les n°s 8 et 10.

© BIU Santé

les vibrations de + 2 à — 2, c'est-à-dire + 2 + 1, O, — 1 — 2, *et les rayons verts augmentent la résistance à cette inertie des extrêmes*. (C'est là le point délicat et très-hypothétique de la nouvelle théorie). Pour diminuer cette résistance et laisser la rétine obéir aux vibrations + 3 et — 3 il faut empêcher les rayons verts de pénétrer dans la place, les arrêter par la fuchsine.

Holmgren ne pense pas que le daltonisme soit curable, et cependant Delbœuf après avoir passé plusieurs mois à faire ses expériences avec la fuchsine, a cru remarquer qu'il voyait mieux le rouge. Un tableau de coquelicot lui parut plus brillant ; il reconnut les lanternes rouges du chemin de fer, et ces rubans bruns et rouges qu'il confondait autrefois, lui apparurent très-différents.

L'essentiel pour l'éducation des rétines daltoniques serait donc de s'exercer avec des couleurs parfaitement pures : la fuchsine ou le chlorure de nickel, suivant les cas.

XI. La cautérisation ignée de la cornée a été présentée à la Société de chirurgie, par le professeur Gayet, de Lyon, auquel les objections n'ont point manqué pour cette méthode de traitement de kératite ; la plus grave est celle de la cicatrice ultérieure. Mais le travail de M. Passerat est intéressant sous d'autres rapports. Après l'historique des moyens employés pour cautériser les tissus, après examen de l'action du cautère actuel sur la cornée, l'auteur consigne la limitation parfaite de l'effet produit par le stylet rougi et l'absence de réaction inflammatoire.

Les ulcères de la cornée ont été bien étudiés par M. Passerat qui décrit les ulcères rapides, les ulcères atoniques ou torpides, les ulcères serpigineux de Sœmisch reproduits par l'inoculation des bactéries. La physiologie pathologique de cette dernière variété constitue dans ce travail une partie remarquable, exposé fidèle des travaux étrangers récents. C'est à cette dernière variété d'ulcères que M. Gayet a eu l'idée d'opposer la cautérisation au fer rouge avec un stylet rougi. Sept observations, bien prises, d'ulcérations soumises à ce traitement paraissent avoir fourni des résultats satisfaisants.

Une seule observation du kératocone, avec résultat incomplet dans l'affaissement de la cornée, termine cette thèse, qui continue la série des travaux originaux de la nouvelle école lyonnaise.

XII. L'auteur a passé en revue la plus grande partie des observations de ruptures de la choroïde, publiées soit en France, soit dans les recueils étrangers : il a pu en relever quarante-huit depuis 1854. Cet accident étant assez fréquent dans la vie militaire, l'hôpital du Val-de-Grâce figure pour six cas dans cette statistique, et nous pouvons assurer que beaucoup de ces observations intéressantes ont été négligées ou perdues.

Le mécanisme n'a pas attiré beaucoup l'attention de l'auteur, qui avait cependant à passer en revue les travaux de Berlin, de Sœmis et de Stelwaz, de Zander et Geissler. Il s'est contenté d'admettre la distension de la choroïde à la zone équatoriale, et, par suite, sa rupture à son attache postérieure, près du nerf optique; mais il est incontestable que d'autres déchirures s'observent aussi dans la région équatoriale, soit du côté opposé au traumatisme, soit du même côté (Arlt). En somme, ce travail contient un bon résumé des observations connues, sans nous donner, toutefois, une critique originale du mécanisme, des symptômes ou de l'anatomie pathologique des ruptures choroïdiennes.

XIII. La description sommaire de l'amblyopie congénitale, c'est-à-dire l'examen de l'acuité visuelle diminuée, du champ visuel rétréci, la dyschromatopsie forment le premier chapitre. Huit observations établissent le fait même de cette amblyopie congénitale; malheureusement, nous ne trouvons pas, dans la plupart des procès-verbaux, l'état bien indiqué de la réfraction oculaire des malades, et c'est, on l'avouera, un point important dans le débat. Les autres chapitres ne présentent rien de nouveau à signaler.

XIV. Cet agent thérapeutique, que Hinsly fit connaître au commencement de notre siècle, et qui rend de si grands services, n'est pas exempt de certains inconvénients, tenant soit à l'idiosyncrasie, soit à un usage prolongé, soit à des complications dans l'organe malade lui-même. La blépharite érythémateuse et l'eczéma, la conjonctivite avec léger ectropion, sont les accidents les plus ordinaires, mais Galezowski attribue quelquefois à l'atropine les ulcères cornéens, et même l'inflammation consécutive de l'iris et de la choroïde. L'inflammation du sac, la chromopsie, terminent cette longue et malheureusement très-réelle série des lésions localisées. Les accidents généraux d'empoisonnement se manifestent même chez quelques personnes après les plus faibles instillations, le plus souvent après un usage prolongé du collyre. En suivant, au contraire, la méthode de Potain et Giquel, qui traitent les névralgies par des *vaccinations* à l'atropine, les accidents précités sont évités. Ce mode d'absorption de l'atropine ne doit donc pas être oublié toutes les fois que le collyre appliqué directement sur la conjonctive, amènera une simple rougeur. C'est surtout, pensons-nous, après l'opération de la cataracte, que ce mode d'emploi pourra rendre des services précieux chez les sujets qui ne tolèrent pas l'alcaloïde.

XV. Après avoir exposé rapidement l'anatomie normale de la papille et du nerf optique, l'auteur divise les atrophies en deux groupes : l'atrophie blanche, l'atrophie grise. L'atrophie blanche peut donner une papille à bords nets ou à bords irréguliers. Dans le premier cas, on constate cet aspect froid, terne du nerf optique, avec diminution de calibre dans les vaisseaux et l'excavation atrophique plus ou moins prononcée, avec anneau sclérotical. Dans le second cas, les veines sont très-souvent congestionnées. L'atrophie grise est remarquable par la conservation des vaisseaux.

Quant à l'étiologie, l'auteur, élève de Desmarres, admet, comme causes de l'atrophie papillaire : l'inertie, la compression, la congestion, l'inflammation.

C'est dans l'atrophie primitive spontanée que Raoult range les lésions de la papille rencontrées chez les aliénés et les paralytiques. L'atrophie par inertie serait, par exemple, celle du glaucome. Graves erreurs, disons-nous, et qui dénotent une idée peu exacte de l'état de la rétine ou du nerf optique dans ces affections. L'atrophie, par compression, se rattache à toutes les tumeurs cérébrales. Les atrophies par congestion et par inflammation sont à peine étudiées.

Ce sujet, qui touche aux questions les plus difficiles de la physiologie du nerf optique a donc été traité très-incomplétement par l'auteur. F. PONCET (Cluny).

VARIA

Eloge de Nélaton, par J. BÉCLARD. (*Suite*) (1).

L'année suivante, un événement imprévu donnait tout à coup au nom de M. Nélaton un retentissement sans égal.

Le 29 août 1862, à Aspromonte, Garibaldi, qui combattait en irrégulier pour l'indépendance et l'unité de sa patrie, parcourait le front de ses volontaires, lorsqu'il reçut en même temps trois balles des premiers coups de feu tirés par les troupes régulières italiennes. L'une contusionnait le genou gauche, l'autre effleurait la hanche droite, la troisième causait une plaie plus sérieuse et pénétrait dans le cou-de-pied droit un peu au-dessus et en avant de la malléole interne. Garibaldi avança encore de quelques pas, puis la douleur le contraignit de s'asseoir, et il ne fit plus désormais aucune tentative pour marcher. Sur le champ de bataille même, et peu d'instants après, le docteur Albanese, ayant remarqué sur le côté opposé du pied, et au même niveau, une légère tuméfaction, crut devoir pratiquer une incision en ce point. N'ayant pas rencontré le projectile, il jugea prudent d'attendre. Transporté sur la frégate à vapeur le *Duc de Gênes*, le blessé débarquait à la Spezzia et entrait au fort de Varignano, le 2 septembre au soir. Deux jours après, et en présence de MM. Rizzoli (de Bologne), Zannetti (de Florence), Prandina (de Chiavari), Negri (de Gênes), Riboli (de Turin), et de MM. Albanese, Ripari et Bazile, méde-

(1) Voir les nos 24 et 25.

© BIU Santé

cins et amis du général, le professeur Porta, de Pavie explorait la blessure. Les consultants conclurent de cet examen que la balle n'était plus dans la plaie et qu'elle avait été repoussée au dehors [1]. M. Bazile, toutefois, conservait des doutes; il les exprima à plusieurs reprises à Garibaldi, et aussi au professeur Porta, ainsi qu'en témoigne la lettre qu'il lui écrivait le 22 septembre.

M. Nélaton arrivait à la Spezzia le mardi 28 octobre ; le général était alité depuis deux mois. L'exploration est à peine commencée que sa conviction est faite. Un stylet ordinaire, introduit dans la plaie, a donné à sa main et à son oreille également exercées une double sensation qui ne laisse aucun doute dans son esprit : la balle est encore dans la plaie. Tel fut aussi l'avis de MM. Partridje et Pirogoff qui vinrent trois jours après.

De retour à Paris, M. Nélaton réfléchissait au moyen de lever les derniers doutes de ses confrères italiens ; et il raconte, avec sa modestie accoutumée, comment il fut mis sur la voie : « M. Emmanuel Rousseau, dit-il, me donna un moyen simple et pratique : il consistait à introduire dans la plaie un corps de petite dimension, capable de rapporter une empreinte métallique reconnaissable à tous ses caractères. »

Quelques jours plus tard, M. Nélaton adressait aux médecins du général un stylet terminé par une petite olive en porcelaine blanche et non vernie, sur laquelle, par un mouvement de rotation, le projectile devait révéler sa présence. M. le professeur Zannetti, qui avait tenté, sans y réussir, de fermer le courant d'une pile par le contact de la balle et de déterminer ainsi le mouvement de l'aiguille d'un galvanomètre compris dans le circuit, obtint, à l'aide du stylet reçu de Paris, la certitude qu'il cherchait. Le 22 novembre, un fragment d'éponge préparée fut introduit dans la blessure pour dilater le trajet de la balle, et le lendemain M. Zannetti procédait avec la plus grande facilité à son extraction. Le jour même, M. Nélaton recevait de Pise le télégramme suivant :

« Balle extraite de la blessure de Garibaldi, d'après l'assurance de votre diagnostic, garanti par le résultat de votre stylet. Honneur à vous.

« Le préfet de Pise, TORELLI. »

Aux premiers jours de décembre, le général écrivait à M. Nélaton :

« Mon bien cher ami,

« Je vous dois une parole d'amour et de gratitude. Votre apparition à la Spezzia a été un bonheur pour moi. Si jamais quelque doute avait pu traverser mon esprit, votre entrevue si éminemment sympathique, votre parole dont les encouragements étaient si éloquents ne m'ont plus permis de douter de ma guérison. Je suis beaucoup mieux depuis l'extraction de la balle opérée avec tant d'habileté par notre illustre compatriote, le professeur Zannetti, à l'aide des instruments que vous aviez eu la bienveillance de m'envoyer. Que Dieu vous bénisse.

« GARIBALDI. »

Le nom du blessé, la gravité des événements dont l'Italie était le théâtre, la valeur des hommes qui s'étaient prononcés en sens contraire, la curiosité et l'attente publique, tout concourut à populariser le chirurgien français. Jeté pendant deux mois, par toutes les voix de la publicité, aux échos du monde entier, le nom de M. Nélaton prit rang désormais au nombre des grandes illustrations contemporaines.

De nos jours où le talent abonde, les grandes renommées sont rares. Les noms nouveaux ont de la peine à monter à la surface ; pour les mettre en lumière il faut l'occasion propice, et les admirations les plus sincères ne vont pas sans une part d'engouement. Mais si la fortune est trop souvent aveugle, si la notoriété passagère n'est parfois qu'une surprise de l'opinion, on retrouve aisément les titres des réputations légitimes et durables.

A l'époque où il était appelé en Italie, M. Nélaton jouissait déjà d'une autorité incontestée. Désormais, le succès du praticien alla sans cesse grandissant, et bientôt sa clientèle fut immense. Sa prudence éprouvée, sa douceur, sa confiance communicative, son affectueuse sollicitude pour les malades, eussent suffi, en dehors même de la valeur du chirurgien, à expliquer cette vogue croissante dans laquelle il ne mit du sien que son mérite.

Son visage ouvert et souriant dissipait toutes les appréhensions. Comme avec lui les entreprises téméraires n'étaient pas à redouter, la confiance qu'il inspirait était entière, absolue. Le meilleur témoignage qu'on puisse invoquer ici, et ce témoignage a bien sa valeur, c'est qu'il n'est peut-être pas un seul d'entre nous qui n'eût consenti à passer par ses mains.

Plein de bienveillance, d'ailleurs, pour ses confrères, il était toujours prêt à s'effacer devant les plus modestes ; aussi n'y avait-il guère dans le corps médical de maître plus aimé ni plus recherché. Durant les dix dernières années de sa pratique chirurgicale, il est peu de cas difficiles où il n'ait été appelé comme arbitre.

Vers le milieu de l'année 1867, M. Jobert étant mort, M. Nélaton fut appelé au poste plus envié qu'enviable de chirurgien de l'empereur.

On raconte qu'après le siége de Troie, Podalire, jeté par la tempête sur les côtes de l'Asie mineure, reçut du roi Damète, avec la main de sa fille qu'il avait guérie, la moitié du royaume de Carie. Les Cariens, il est vrai, passaient pour des barbares, et Podalire, fils d'Esculape, n'était rien moins qu'un demi-dieu. Ce n'est plus aux temps fabuleux que le vainqueur des Perses, Séleucus, comblait Érasistrate des marques de sa munificence. Généreux et magnifique, le père reconnaissant envoyait au sauveur d'Antiochus cent talents, presque un million de notre monnaie; et l'époux héroïque, deux fois digne du surnom de Nicator qu'il avait reçu de la reconnaissance de son peuple, donnait, sur les conseils de son médecin, Stratonice qu'il aimait à son fils qui mourait pour elle. On n'a pas oublié le ravissant tableau, chef-d'œuvre de style et de grâce, dans lequel le grand peintre de nos jours, M. Ingres, a retracé cette émouvante histoire.

Tandis qu'à la cour des souverains de l'Asie nos confrères de l'antiquité faisaient assez bonne figure, il n'en allait pas tout à fait de même en occident. A Rome, où l'esclave n'était rien et l'affranchi peu de chose, le médecin ne comptait guère. Il est vrai, que dans notre propre pays, toute une partie de la nation, qui a longtemps passé pour la plus éclairée, a vécu dans cette illusion puérile qu'on déroge par le travail et qu'il est plus noble de ne rien faire. Les mains royales, plus recherchées que celles des médecins les plus habiles, jouissaient alors de vertus particulières, et je ne sais plus quelle grande dame du temps de Louis XIV léguait en mourant une pension viagère au chirurgien qui l'avait opérée, parce que, disait-elle, il ne sera plus appelé que pour soigner les pauvres.

Aujourd'hui que l'idée d'égalité s'est dégagée comme une loi de justice, le médecin n'est l'inférieur de personne. Par la grandeur de son objet qui est l'homme même, la médecine est de toutes les sciences la plus mêlée à toutes les autres, et le médecin digne de ce nom un des types les plus élevés de culture intellectuelle et morale. La mission sociale qu'il est appelé à remplir, l'étendue et la variété des connaissances qu'elle exige, le nombre et l'importance des applications qui en découlent, lui assignent dans notre société un rang qui ne le cède à aucun autre. Il a le droit de se faire partout sa place, et il lui appartient de garder fièrement dans le commerce des puissants du jour ce que d'autres y perdent, la sincérité et l'indépendance.

Dans cette situation, qu'il n'avait pas recherchée, M. Nélaton sut faire respecter en sa personne le corps auquel il appartenait. Presque à la veille de nos désastres, le prince, en témoignage de sa reconnaissance, lui donnait un siége dans cette chambre haute qui allait disparaître avec les institutions impériales.

L'année précédente, M. Nélaton était volontairement descendu de sa chaire de professeur. En même temps qu'il quittait

[1] Il n'est pas sans intérêt de remarquer que la lettre du préfet de Pavie qui, sur l'ordre du ministre de l'intérieur, invitait la commission médicale présidée par M. le professeur Porta, à se rendre à la Spezzia, portait ces mots textuels : « *Per estrarre la palla del piede del general Garibaldi.* »

© BIU Santé

la Faculté, il cherchait aussi à se retirer, non pas aussi rapidement qu'il l'eût désiré, de cette agitation dévorante à laquelle il avait si longtemps résisté. Il n'avait que soixante ans, mais sa vue faiblissait et sa santé commençait à s'altérer. Le sang-froid nécessaire, la complète possession de lui-même sans lesquels il ne peut rien, le chirurgien les acquiert à force de volonté, mais dans ces nobles efforts qui font honneur à l'homme, la vie se consume et s'écoule par des blessures qui se rouvrent chaque jour.

Cependant les événements se précipitaient: les jours du siége arrivèrent. Comme nous tous, M. Nélaton voulut faire son devoir dans les ambulances; ce dernier effort acheva de briser ses forces. La maladie du cœur dont il était atteint faisait de rapides progrès. Sa démarche était devenue plus pesante; une expression de fatigue et de tristesse avait remplacé sur son bienveillant visage le sourire qui l'éclairait naguère. Les troubles circulatoires devenaient plus fréquents. Chaque jour l'éloignait de nous davantage. Il n'y restait plus guère attaché que par une œuvre d'assistance et de dévouement. Par un vote unanime, chaque année renouvelé, les médecins de la Seine l'avaient placé à la tête de leur association; même brisé par le mal, M. Nélaton ne cessa de donner à cette œuvre fraternelle un concours sans réserve, et ce fut l'une de ses dernières pensées.

Cédant aux sollicitations de ses proches et de ses amis il avait consenti à quitter Paris. Mais ni l'Italie, ni la mer, ni l'air des champs ne purent triompher d'un mal sans remède, et il revint parmi nous pour y mourir. Le dimanche matin, 21 septembre 1873, il expirait au milieu des siens. Il avait 66 ans.

Ses obsèques eurent lieu sans pompe; aucun discours ne fut prononcé sur sa tombe. Il avait voulu le silence; sa volonté fut pieusement respectée. Sur le char funèbre autour duquel se pressait une foule recueillie, rien qui rappelât le grand dignitaire de l'État, l'Académicien ou le professeur. Tandis que nous suivions ce modeste cercueil enseveli sous les fleurs, le souvenir de l'éminent chirurgien s'associait involontairement dans notre pensée à celui de l'un des plus grands naturalistes dont s'honore la France. Ce n'était point au milieu des jouissances de la fortune, mais dans une chambre nue et d'une main glacée par la misère que Michel Adanson demandait qu'une guirlande de fleurs prises dans chacune des familles végétales qu'il avait établies, fût la seule décoration de ses funérailles, passagère image du monument plus durable qu'il s'est érigé lui-même.

M. Nélaton appartient à cette laborieuse génération, en grande partie disparue, digne héritière des grands chirurgiens du commencement du siècle, savante élite qui a rendu à l'enseignement tant de services, et dont le plus grand peut-être est d'avoir ouvert à la chirurgie les voies nouvelles qu'elle parcourt aujourd'hui.

Ce n'est qu'au prix de longs efforts que s'acquiert l'expérience. La médecine, qu'Hippocrate appelait déjà de son temps *ars longa*, ne demande pas aujourd'hui un moindre labeur, et c'est au moment de disparaître que le médecin jette tout son éclat. Dans l'espérance de goûter enfin un repos chèrement acheté, il se hâte d'un pas fiévreux; mais cet espoir, longuement caressé, n'est trop souvent qu'un rêve, et cette étape qui doit être la dernière presque, jamais il ne l'atteint.

Etranger à toute ambition vulgaire, ne songeant à éclipser personne, cherchant plutôt à s'effacer, M. Nélaton avait conquis l'estime et l'affection de tous, et il eut ce rare privilége que, parvenu au premier rang, il fut épargné par l'envie.

Dans ce monde où le charlatanisme audacieux l'emporte trop souvent sur le savoir modeste, c'est un consolant spectacle de voir le vrai mérite, n'ayant pour se défendre que des armes loyales, sortir vainqueur de ces luttes inégales.

Aux qualités qui donnent de la considération, M. Nélaton joignait celles qui inspirent de l'attachement. Il est une droiture recouverte d'une sorte de rudesse qu'il faut soulever pour pénétrer jusqu'au fond de délicatesse et de bonté qui se cache au dessous. Chez M. Nélaton tout était à découvert, et sa droiture était aimable. Tout en admirant le chirurgien on était attiré par la personne.

Il était déjà célèbre quand un événement fortuit vint mettre le comble à sa réputation et attacher pour jamais son nom à celui du héros de l'indépendance italienne. « *Homines semper postrema meminere* » a dit Tacite avec son inimitable concision: « Dans la succession des événements qui marquent le cours de la vie, ce sont les derniers qui se gravent le plus profondément dans la mémoire des hommes. »

Il en est dont les œuvres écrites gravent à jamais les noms dans la mémoire des générations; il en est d'autres, parmi les meilleurs, supérieurs moins par ce qu'ils font que par ce qu'ils sont, qui, plus occupés à répandre la vérité par la parole que par la plume, semblent avoir plus travaillé pour leurs contemporains que pour la postérité. Mais, quand ces hommes représentent et résument le mieux l'époque où ils ont vécu, leur souvenir se confond avec elle, et les services qu'ils ont rendus n'en sont pas moins impérissables. Sous le voile de la mort qui les couvre, ces brillantes figures rayonnent encore comme ces foyers de lumière dont on adoucit l'éclat sans rien leur enlever de leur puissance.

Que de connaissances acquises, que de découvertes, dont la trace est depuis longtemps effacée, précieux héritage dont l'origine se perd dans un passé lointain et que nous dépensons sans reconnaissance, semblables à ces monnaies dont l'usage a fait disparaître la marque et qui circulent encore sans avoir rien perdu de leur valeur. N'oublions pas que tout progrès accompli en prépare un nouveau. La science, c'est la fugitive enchanteresse dont parle le poète (1). Personne ne peut la saisir, et toujours elle nous guide, parce que toujours elle nous devance.

Faculté mixte de Bordeaux.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, vu la loi du 8 décembre 1874 portant création d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie à Bordeaux, vu la délibération du conseil municipal de Bordeaux, en date du 26 février 1872, portant confirmation des offres précédemment faites par la ville et acceptées par la loi précitée, vu les délibérations de la commission administrative des hospices civils de Bordeaux, en date des 31 janvier et 5 mars 1877, déterminant les services hospitaliers attribués à la Faculté pour les cliniques des chaires et des cours complémentaires; décrète :

Article premier. — L'enseignement de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est constitué comme il suit :

Clinique interne	2 chaires
Clinique externe	2 —
Pathologie interne	1 —
Pathologie externe	1 —
Pathologie et thérapeutique générales	1 —
Thérapeutique	1 —
Médecine opératoire	1 —
Clinique d'accouchements	1 —
Anatomie pathologique	1 —
Anatomie	1 —
Anatomie générale et histologie	1 —
Physiologie	1 —
Hygiène	1 —
Médecine légale	1 —
Physique	1 —
Chimie	1 —
Histoire naturelle	1 —
Pharmacie	1 —
Matière médicale	1 —

Art. 2. — Le nombre des agrégés attachés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est fixé par le ministre suivant les besoins du service et sans pouvoir jamais dépasser le nombre des professeurs.

En outre des chaires magistrales et des cliniques complémentaires mentionnées à l'article premier, il peut être institué des cours annexes ou des conférences. Ces enseignements seront confiés soit à des agrégés soit à des docteurs.

Art. 3. — Le chiffre des traitements des professeurs et agrégés, et le chiffre des allocations spéciales qui pourront être attribuées à ces fonctionnaires, en leur qualité de directeurs ou chefs de laboratoire, seront déterminés par le ministre dans les limites prévues par les conventions passées entre le ministre de l'instruction publique et la ville de Bordeaux. Le ministre de l'instruction publique fixera, dans ces mêmes limites, suivant les besoins du service, le nombre et le traitement des agents auxiliaires de l'enseignement ou de l'ordre administratif.

---

(1) Alfred de Musset.

© BIU Santé

Art. 4. — Les dispositions financières édictées à l'article 4 du décret du 24 août 1877, concernant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, seront appliquées à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES.

Art. 5. — Les professeurs et agrégés n'entreront en possession de leur traitement et notamment des indemnités spéciales qui pourront être attribuées ultérieurement à la fonction de directeur ou de chef de laboratoire, qu'après installation complète de ces services constatée par procès-verbal approuvé par le ministre.

Art. 6. — Les ministres des finances et de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 16 juin 1878.

Mal DE MAC MAHON, duc DE MAGENTA.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

A. BARDOUX.

Par décret en date du 16 juin 1878 sont nommés professeurs titulaires à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour les chaires ci-après désignées, savoir :

Clinique interne. — M. Gintrac, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux. M. Mabit, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmrcie de Bordeaux.

Clinique externe. — M. Denucé, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux. M. Lannelongue, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Pathologie interne. — M. Paul Dupuy, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Pathologie externe. — M. Azam, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Picot, professeur suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Thérapeutique. — M. de Fleury, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Clinique d'accouchements. — M. Labat, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux (1).

Anatomie pathologique. — M. Coyne, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

Anatomie. — M. Bouchard, agrégé de la Faculté de médecine de Nancy, médecin-major des armées.

Physiologie. — M. Oré, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Hygiène. — M. Laget, agrégé, à l'école de médecine navale de Rochefort.

Médecine légale. — M. Morache, agrégé, à l'école de médecine et de pharmacie militaire du Val-de-Grâce.

Chimie. — M. Micé, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Par arrêté en date du 16 juin 1878, du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, ont été chargés des fonctions d'agrégés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux :

Section de médecine. — MM. Vergely, suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux ; Laude, suppléant à la même école ; Négrié, médecin des hôpitaux de Bordeaux ; Rousseau Saint-Philippe, médecin des hôpitaux de Bordeaux ; Solles, médecin des hôpitaux de Bordeaux ; Armaingaud, professeur du cours municipal d'hygiène, à Bordeaux.

Section de chirurgie et accouchements. — MM. Dudon, suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux ; Demons, suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux ; Baudrimont, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux ; Gervais-Koysiewicz, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux ; Poinsot, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Section d'anatomie, physiologie et sciences naturelles. — MM. Testut, lauréat de la Faculté de médecine de Paris et des hôpitaux de Bordeaux ; Léon Périer, pharmacien de 1re classe.

Section des sciences physiques et chimiques. — MM. Carles, lauréat de l'école supérieure de pharmacie de Paris, chef des travaux cliniques et pharmaceutiques de l'école de médecine de Bordeaux ; Figuier, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Bordeaux, ancien répétiteur de l'école du service de santé militaire.

La durée des fonctions confiées à MM. Vergely, Laude, Dudon et Demons est fixée à neuf ans. En ce qui concerne les autres fonctionnaires dénommés ci-dessus, la moitié d'entre eux, désignée par le sort, devra être remplacée après deux ans, et la seconde moitié après cinq ans d'exercice.

Par arrêté en date du 16 juin 1878, du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, sont chargés des cours ci-après désignés, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, savoir :

Médecine opératoire. — M. Masse, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

(1) M. Labat vient de mourir subitement.

Anatomie générale et histologie. — M. Pitres, agrégé des Facultés de médecine.

Physique. — M. Jolyet, directeur-adjoint à l'école pratique des hautes études.

Histoire naturelle. — M. Guillaud, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

Pharmacie. — M. Métadier, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Matière médicale. — M. Perrens, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 16 juin 1878, M. Gintrac, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, a été nommé doyen à ladite Faculté. (*Journal officiel.*)

Congrès des sciences ethnographiques.

Le ministre de l'agriculture et du commerce, vu notre arrêté en date du 10 mars 1878, instituant huit groupes de conférences et congrès pendant la durée de l'Exposition universelle internationale de 1878 ; vu le règlement général des conférences et congrès ; vu l'avis du comité central des conférences et congrès ; arrête :

Article premier. — Un congrès international des sciences ethnographiques est autorisé à se tenir au palais du Trocadéro, du 15 au 17 juillet 1878.

Art. 2. — M. le sénateur, commissaire général, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 20 juin 1878.

TEISSERENC DE BORT.

PROGRAMME DU CONGRÈS DES SCIENCES ETHNOGRAPHIQUES

Les travaux sont répartis entre sept sections.

Section I. — Ethnogénie : Origine et migration des peuples.

Section II. — Ethnologie : Du développement des nations sous l'influence des milieux ; situation géographique, climat, alimentation.

Section III. — Ethnographie théorique : Des différences qui existent entre la race, la nation et l'Etat. Des nationalités normales et des nationalités factices.

Section IV. — Ethnographie descriptive : Distribution et classification des peuples sur la surface du globe.

Section V. — Esthétique : Mœurs et coutumes des nations.

Section VI. — Ethnographie politique : Sur quelles bases repose l'existence des nations. Motifs qui les sollicitent à se grouper entre elles de manière à former de grands Etats, ou à se subdiviser afin d'obtenir les avantages de la décentralisation.

Section VII. — Ethnodicée : Droit international ; de l'étude comparée des législations au point de vue de l'ethnographie.

Congrès international de démographie.

Le ministre de l'agriculture et du commerce, vu notre arrêté en date du 10 mars 1878, instituant huit groupes de conférences et congrès pendant la durée de l'Exposition universelle internationale de 1878 ; vu le règlement général des conférences et congrès ; vu l'avis du comité central des conférences et congrès, arrête :

Article premier. — Un congrès international de démographie est autorisé à se tenir au palais du Trocadéro du 5 au 9 juillet 1878.

Art. 2. — M. le sénateur, commissaire général, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 20 juin 1878. TEISSERENC DE BORT.

PROGRAMME DU CONGRÈS INTERNATIONAL DE DÉMOGRAPHIE.

Recensement de la population. — Registres de population. — Enregistrement des actes de l'état civil et constatations médicales des naissances et des décès — Mort-nés. — Méthodes de calcul de la mortalité. — Statistique militaire et topographie médicale. — Fixation du jour qui commence la semaine. — Organisation des bureaux de statistique. — Bulletin périodique de démographie dans les grandes villes. — Projet d'une publication démographique récapitulative dans chaque pays. — Emigration. — Programme d'enseignement de la démographie.

Établissements thermaux.

Décrète :

Article premier. — Sont déclarées d'intérêt public les sources d'eaux minérales qui alimentent les établissements thermaux de Brides et de Salins (Savoie), qui appartenaient à la ville de Moutiers, aux droits de laquelle se trouve substituée la Société générale de la Tarentaise.

Art. 2. — Le présent décret sera publié et affiché à la diligence du préfet, dans les communes de Brides et de Salins, ainsi que dans les chefs-lieux d'arrondissement du département de la Savoie.

Art. 3. — Le ministre de l'agriculture et du commerce et le ministre des travaux publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel*.

Fait à Versailles, le 21 juin 1878.

Maréchal DE MAC MAHON, duc DE MAGENTA.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'agriculture et du commerce,

TEISSERENC DE BORT.

© BIU Santé

A propos d'autopsies.

Francisque Sarcey raconte, dans le journal le *XIXe Siècle*, une scène à peine croyable qui s'est passée, il y a quelques mois, à Paris, à l'hôpital du Gros-Caillou. Il y avait alors une épidémie de fièvre typhoïde et de nombreux malades succombaient. Un jour à l'amphithéâtre, le d^r Lieberman, médecin en chef, entouré d'un grand nombre d'élèves, démontrait à ceux-ci les altérations pathologiques que leur révélaient les cadavres. Soudain l'aumônier de l'établissement entra solennellement et se posant en apôtre, développa devant son auditoire ébahi la thèse qu'en défigurant ce qui avait renfermé l'âme, image de la divinité, on faisait injure à celle-ci et l'on posait même un acte contraire à la morale humaine. Le d^r Lieberman, devant cette sortie aussi stupide qu'inconvenante, ne se donna pas la peine d'exposer le côté scientifique et humanitaire de l'autopsie, mais il se borna à répondre à l'illuminé qu'il eût à se mêler de ses affaires et non de celles qui ne le concernaient pas, puis il continua son cours. (*Presse médicale belge*)

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Du 24 au 29 juin. — 326. M. Colmettes : De la suture medio-frontale ou métopique. — 327. M. Folliet : De la fièvre intermittente chez les enfants en bas âge. — 328. M. Pellier : De la luxation extra-coracoïdienne de l'épaule, luxation en haut des artères sus-coracoïdiennes de Malgaigne. — 329. M. Porak : Contribution sur l'ictère des nouveau-nés. — 330. M. Lefèvre : De l'influence des flueurs blanches sur la santé de la femme. — 332. M. Dulac : Etude sur la vérole contractée tardivement. — 333. M. Angell : Contribution à l'étude des névralgies. — 334. M. Brivois : Des paralysies traumatiques du membre inférieur, consécutives à l'accouchement laborieux. — 335. M. Georges Leroux : Contribution à l'étude des kystes de la glande vulvo-vaginale. — 336. M. Collen : De l'hypertrophie du cœur dans l'emphysème pulmonaire. — 337. M. Pemet : Contribution à l'étude du pneumo-thorax. — 338. M. Madrangé : De la désarticulation scapulo-humérale. — 339. M. Rodet : Etude sur les ruptures de la zone de Zinn et la subluxation traumatique du cristallin.

Enseignement médical libre.

Maladies des voies urinaires. — M. le d^r H. Picard commencera le lundi 24 juin, à 4 heures, amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, une série de quatre leçons qu'il continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants à la même heure. Il décrira les *rétrécissements de l'urèthre et leur traitement*.

Souscription pour élever un monument à Claude Bernard.

Total des sept premières listes..... 625 fr.

HUITIÈME LISTE

M. le d^r Mignen, de Montaigu (Vendée).....	2
M. le d^r Sabarthez, de Rivesaltes (P. O.).....	5
M. le d^r Poigné de Laghouat (Algérie).....	5
M. le d^r E. Girard de Laghouat (Algérie).....	5
Total général.....	632 fr.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 ; 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 20 juin 1878 on a déclaré 830 décès, savoir : fièvre typhoïde, 8 ; rougeole, 7 ; scarlatine, » ; variole, » ; croup, 12 ; angine couenneuse, 20 ; bronchite, 26 ; pneumonie, 31 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 18 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 1 ; affections puerpérales, 3 ; érysipèle, 4 ; autres affections aiguës, 253 ; affections chroniques, 366 dont 162 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 47 ; causes accidentelles, 32. — Les 830 décès ci-dessus donnent une proportion de 21,7 par 1,000 habitants et pour l'année.

Concours d'agrégation (*Sciences accessoires*). — Ordre des leçons orales (petit amphithéâtre). Mercredi 26 juin, à une heure, MM. Bleicher, Magnin ; — Jeudi 27, à 3 heures, MM. Amagat, Bimar ; — Vendredi 28, à 1 heure, MM. Lannegrâce, Remy ; — Samedi 29, à 3 heures, MM. Couty, Richet ; — Lundi 1er juillet, à 1 heure, M. Cazeneuve ; — Mardi 2, à midi, MM. Henwinger, Charpentier.

Nécrologie. — M. le d^r Charles-Henri Ehrman, doyen honoraire de l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg, correspondant de l'Institut de France, officier de la Légion d'honneur, est décédé à Strasbourg, le 19 juin 1878, dans sa 86e année. (*L'Union médicale.*)

En vente aux Bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à 5 heures.

Gombault. Etude sur la sclérose latérale amyotrophique. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 35.

Hayem (G.) Leçons cliniques sur les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde, recueillies par Boudet de Paris. In-8 de 88 pages avec 5 fig. 2 fr. 50. — Pour les abonnés, 1 fr. 70.

Kelsch (A.). Note pour servir à l'histoire de l'endocardite ulcéreuse. In-8e — Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés, 35 cent.

Landolt (E.). Leçons sur le diagnostic des maladies des yeux, faites à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris pendant le semestre d'été de 1875, recueillies par Charpentier. Paris, 1877. In-8 de 204 pages. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

Landouzy (L.). Trois observations de rage humaine ; réflexions. In-8e de 16 pages, 50 cent. — Pour les abonnés, 35 cent.

Laveran (A.) Un cas de myélite aiguë. Paris, 1876. In-8 de 13 pages, 30 cent.

Laveran. Tuberculose aiguë des synoviales, 50 c. — Pour nos abonnés, 35 cent.

Liouville (H.) Contribution à l'étude de la paralysie générale progressive des aliénés. In-8e, 50 cent. — Pour nos abonnés, 35 cent.

Liouville (H.). Nouveaux exemples de lésions tuberculeuses dans la moelle épinière. In-8, 50 cent. — Pour nos abonnés, 35 cent.

Liouville et Debove. Note sur un cas de mutisme hystérique, suivi de guérison. Paris, 1876. In-8. 30 cent.

Liouville (*Voir* Béhier).

Longuet (F.-E.-M.). De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes. In-8 de 124 pages, 4 fr. — Prix pour nos abonnés : 2 fr. 75.

Marcano (G.) Des ulcères des jambes entretenus par une affection du cœur. In-8. 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. 85 cent.

Marcano (G.). De l'étranglement herniaire par les anneaux de l'épiploon. Paris, 1872. In-8 de 8 pages. — Prix : 30 cent.

Marcano. De la psoïte traumatique, in-8e de 160 pages. — Prix : 3 fr. — Pour les abonnés, 2 fr.

Marcano. Notes pour servir à l'histoire des kystes de la rate. — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés, 40 cent.

Marsat (A.). Des usages thérapeutiques du *nitrite d'amyle*. In-8 de 48 pages. 1 fr. 25. — Pour nos abonnés, 85 cent.

Maunoury (G.). Les hôpitaux-baraques et les pansements antiseptiques en Allemagne. Paris 1877, in-8 de 20 pages. — Prix : 1 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, 70 cent.

Miot. De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan. In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50 — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 2 fr. 50.

Miot (C.). De la Ténotomie du muscle tenseur du tympan. Volume in-8e de 56 pages orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 18 . Prix : 1 fr. 50 ; pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr.

Onimus. Des applications chirurgicales de l'électricité. Leçons recueillies par Bonnefoy. In-8 de 16 pages, avec 4 figures, 60 c. — Pour nos abonnés. 40 cent.

Ory (E.). Maladies de la peau. Notes de thérapeutique, recueillies aux cliniques dermatologiques de M. le professeur Hardy, à l'hôpital St-Louis. Paris, 1877. In-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés, 70 cent.

Oulmont (P.). Etude clinique sur l'athétose. Paris, 1878. In-8 de 116 pages avec figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

Parrot. Cours d'histoire de la médecine. Leçon d'ouverture du 21 novembre 1876. Paris, 1877. In-8 de 20 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés, 40 cent.

Pasturaud (D.). Etude sur les cals douloureux. In-8 de 64 pages. 2 fr. — Pour nos abonnés. 1 fr. 35.

Pathault (L.). Des propriétés physiologiques du Bromure de Camphre et de ses *usages thérapeutiques*. In-8 de 48 pages, 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr.

Peltier (G.). De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. In-8 compacte de 34 pages, 60 cent. — Pour nos abonnés, 40 cent.

Peltier (G.). Etude sur la cécité congénitale. Paris, 1869. In-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés, 70 cent.

Peltier (G.). L'ambulance n° 5. Paris, 1871. In-8 de 110 pages. 1 fr.

Pitres (A.). Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux, étudiées au point de vue des localisations cérébrales. Paris, 1877. In-8 de 148 pages, avec deux planches chromo-lithographiques. — Prix : 4 fr. — Pour les abonnés du *Progrès Médical*, 2 fr. 70.

Librairie J.-B. BAILLIERE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Labat. — Ems et Royat, parallèle. Paris, 1878, une brochure in-8 de 39 pages.

Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 3.

Du Castel. — Physiologie pathologie de la fièvre. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 155 pages avec une planche lithographiée et tableau dans le texte. — Prix : 4 fr.

Cosnard (T.-E.). — Etude sur quelques manifestations articulaires de la phlegmatia alba dolens. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 50 pages. — Prix : 2 fr.

Deloulme. — De l'opération de la cataracte. Paris, 1878, 1 brochure in-8 de 15 pages. — Prix : 1 fr.

Dupérié (A.). — Globules du sang ; variations physiologiques dans l'état anatomique des globules du sang. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 89 pages et un tableau.

Goubert (E.). — Des vers chez les enfants et des maladies vermineuses. Paris, 1878, 1 vol. in-18 cartonné diamant de 163 pages et avec 60 figures dans le texte. — Prix : 4 fr.

Joannet (H.). — Le poil humain, ses variétés d'aspect, leur significa-

© BIU Santé

tion en médecine judiciaire. Paris, 1878, 1 vol. in-8, de 117 pages. — Prix : 3 fr.

Landolt (E.). — Manuel d'ophthalmoscopie. Paris, 1878, 1 vol. in-18, cartonné diamant, avec figures dans le texte de 107 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Landolt (E.). — L'œil artificiel, Paris, 1878, brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 1 fr.

Masson (A.). — De la castro-élytrotomie. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 61 pages. — Prix : 2 fr.

d'Orticos (E.). — Essai sur le diagnostic des phlegmasies péri-utérines et leur pronostic. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 116 pages. — Prix : 3 fr.

Raymond (F.). — Des dyspepsies. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 280 pages. — Prix : 6 fr.

Schmit (C.). — Etudes sur les conditions de présence ou d'absence de la déformation caractéristique dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 74 pages avec 4 planches en lithographie. — Prix : 4 fr.

Publications étrangères

Putzeys F. et Romiée (H.). — Mémoire sur l'action physiologique de la gelsémine. Bruxelles 1878, un vol. in-8 de 80 pages et 7 planches.

Axel Sigfrid Urich. — XXI Jahres-Bericht des Schwedischen heilgymnastischen Institutes in Bremen. Bremen, 1878, brochure in-8 de 19 pages.

Baumann. — Ueber die synthetischen Processe im Thierkœrper, Oeffentlicher Vortrag zur Habilitation bei der philosophischen Facultät der Friedrich-Wilhelms, Universität Berlin. Berlin, 1878, brochure in-8 de 31 pages.

Tschirjew (S.). — Ursprung und Bedeutung des Kniephänomens und verwandter Erscheinungen. Berlin, 1878. Brochure de 24 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan continue tous les mercredis à 9 heures 1/2, l'étude pratique du diagnostic de la folie.

Hospice de la Salpêtrière. — Pathologie mentale : M. Luys, le dimanche, à 9 heures 1/2. — Maladies mentales et nerveuses : M. A. Voisin, le jeudi à 9 heures 1/2.

Hospice des Enfants assistés. — Clinique infantile : M. Parrot, dimanche, à 9 heures 1/2.

Hôpital des Enfants-Malades. — Clinique infantile : M. Archambault, vendredi, à 8 heures. — M. Bouchut continuera ses démonstrations de *cérébroscopie et d'ophthalmologie médicale*, les mardis 15 juillet et 7 août, à 9 heures du matin.

Hôpital de la Charité. — M. Laboulbène, le jeudi à 9 heures. Amphithéâtre de M. le professeur Hardy.

Hôpital de la Charité. — Chirurgie. — Service de M. le professeur Gosselin. — Salle Sainte-Vierge : 4, otite moyenne avec phlegmon de la région temporale et mastoïdienne ; 12 bis, fracture du fémur du tiers inférieur ; 13, fracture du bassin, fracture de l'extrémité inférieure du radius, plaie du coude avec dénudation de l'olécrâne ; 25, épididymite tuberculeuse ; rétrécissement de l'urèthre, abcès tuberculeux de la prostate, fistule recto-uréthrale ; 59, fistule à l'anus.

Service de M. le professeur Trélat, suppléé par M. P. Berger. Salle Saint-Jean : 1, fracture du calcanéum ; 3, hygroma du genou droit ; 4, fracture du premier métatarsien gauche ; 5, fracture des deux os de la jambe droite ; 5, kyste synovial de la face dorsale de la main droite ; 11, phlegmon diffus de la main et de l'avant-bras droit ; 13, luxation du cartilage semi-lunaire du genou droit ; 15, ophthalmie sympathique ; 16, collection hémorrhagique de la région fessière droite. — Salle Sainte-Rose : 1, kératite interstitielle ; 3, polyarthrite de la région dorsale ; abcès par congestion situés au niveau de l'aine et de la région trochantérienne du côté droit ; 4, engorgement laiteux du sein droit ; 11, lymphangite de la jambe droite ; 21, ostéite du pubis.

Médecine. — Service de M. le professeur Hardy. Salle Saint-Charles : 2, ataxie locomotrice ; 5, tabes dorsalis ; 9, bronchite chronique ; 11, paralysie des extenseurs ; 13, phthisie ; 16, maladie mitrale et aortique ; 20, carcinôme de l'estomac ; 23, rhumatisme polyarticulaire aigu ; 24, sclérose en plaques. — Salle Sainte-Anne : 1, tuberculose pulmonaire ; 2, maladie mitrale ; 5, tumeur organique de l'épiploon ; 6, 8, pelvi-péritonite ; 9, 13, 14, périencéphalite ; 20, lésion mitrale ; 26, tabes dorsalis.

Service de M. Empis. — Salle Saint-Michel : 3, péritonite tuberculeuse ; 6, cirrhose du foie ; 21, pneumonie gauche ; 22, pleurésie gauche ; 25, paraplégie, albuminerie. Salle Sainte-Marthe : 1, insuffisance mitrale ; 2, urticaire ; 7, dysenterie ; 9, insuffisance mitrale, asystolie ; 12, albuminurie, rein sénile ; 18, fièvre continue.

Service de M. le professeur Vulpian, suppléé par M. Dieulafoy ; Salle Sainte-Madeleine : 1, mal de Pott cervical ; 2, rhumatisme blennorrhagique, atrophie du deltoïde ; 4, fièvre typhoïde, rechute ; 13, hystérie ; 16, phlegmon du ligament large. — Salle Saint-Jean-de-Dieu : 3, fièvre intermittente ; 7, purpura hémorrhagica ; 9, fièvre typhoïde chez un tuberculeux. Abcès dans les muscles droits ; 19, pneumothorax ; 16, pneumonie ; 30, ulcère de l'estomac.

Service de M. Bourdon. — *Salle Saint-Basile.* — 1 Insuffisance mitrale ; — 4 phlegmatia alba dolens, insuffisance mitrale ; — 14 Hystérie, tuberculose.

Salle Saint-Louis. — 2 Fièvre typhoïde ; — 4 Cancer du foie ; 13 Tumeur cérébrale ; — 28 Sclérose en plaques.

Service de M. Laboulbène. — Leçons cliniques le jeudi à 9 h. Spéculum le mercredi, interrogatoire des malades par les clercs les lundi et mardi.

Salle Saint-Félix. — 1 Stomatite par ammoniaque ; — 2 Emphysème pulmonaire, dilatation cardiaque ; — Gangrène des bronches ; — 7 Pneumonie, mal de Bright ; — 9 Pleurésie sèche ; — 12 bis Intoxication saturnine ; — 13 Cancer de l'estomac ; — 19 Pachyméningite cervicale ; — 25 Paralysie générale.

Salle Saint-Vincent. — 2 Albuminurie ; — 3 Rhumatisme chronique ; — 7 Cancer de l'utérus et de l'estomac ; — 12 Syphilis ; — 20 Erysipèle de la face ; 23 — Néoplasme utérin.

Hospice des Enfants trouvés. — Maladies chroniques. (Garçons). Service de M. Molland. Consultations à 9 h. Lundis, maladies chroniques, Jeudis, maladies aiguës. Salle Saint-Ferdinand : 2, tumeur blanche du coude ; 3, 39, rachitis ; 4, adénite cervicale ; 5, 12, 22, 40, paralysie infantile ; 11, périostite phlegmoneuse diffuse de la cuisse ; 13, spina ventosa ; 21, mal de Pott dorsal et coxalgie suppurée ; 37, ostéites multiples ; 10, maux de Pott avec gibbosité ; 18 coxalgique à diverses périodes. — *Teigneux.* Salle Saint-Michel : 1, favus ; 4, pelades ; 6, impetigo du cuir chevelu ; 17, teignes tondantes.

(Filles). Service de M. Jules Simon. Leçons cliniques le mercredi, à 10 h. Consultation à 9 h. Jeudis, maladies chroniques ; Samedis, maladies aiguës. — Salle Sainte-Marie : 14 coxalgiques. — *Teigneuses.* Salles Sainte-Mar-

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** au **Bromure de Camphre**, sont employées avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système circulatoire et surtout sur le système nerveux cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et un *hypnotique* des plus efficaces. »
(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** ont servi à toutes les expérimentations faites dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du Dr **Clin** renferme 0,20 Bromure de Camphre pur.
Chaque **Dragée** du Dr **Clin** renferme 0,10 Camphre pur.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence de Santal**, associée au Copahu et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

Nota. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

Gros : chez **Clin et Cie, 14, rue Racine, Paris.** — Détail : **10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.**

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du Dr **Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du Dr **Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr **Rabuteau** destiné aux enfants.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du Dr **Clin.**

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

© BIU Santé

the et Sainte-Elisabeth.

Service de M. Archambault. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mardi. Conférences cliniques le vendredi, à 9 h. Salle Saint-Louis : 5, rougeole; 8, paralysie diphthéritique du voile du palais; 11, mal de Pott sous-occipital; 13, purpura, hématurie; 17, fièvre intermittente tierce; 23, dothiénentérie; 30, angine diphthéritique; 32, rachitis, bronchite capillaire. — Salle Sainte-Geneviève : 3, péritonite; 7, 10, 11, coqueluche; 12, scarlatine; 17, cachexie paludéenne; 19, 25, croup opéré; 15, 29, chorée.

Service de M. de Saint-Germain. Visite à 8 h. 1/4. Consultation tous les jours à 9 h. — Opérations le jeudi. Salle Saint-Côme (Garçons). — Salle Sainte-Pauline (Filles).

Service de M. Labric. Visite à 8 h. 1/4. Consultation tous les vendredis à 9 h. Salle Saint-Jean : 1, hystérie (garçon); 3, tumeur cérébrale; 5, pleurésie double; 7, croup opéré, guérison; 8, croup; 13, fièvre typhoïde; 17, péritonite tuberculeuse; 26, coqueluche; 32, pneumonie; 34, endo-péricardite; 37, mal de Bright; 39, croup opéré; 40, 41, 42, chorée; 46, intoxication palustre; 53, paralysie diphthéritique.

Service de M. Bouchut. Salle Sainte-Catherine Visite à 8 h. 1/2. Consultation le lundi. Leçon clinique mardi à 8 h. 1/2 : 1, 15, scarlatine, angine diphthéritique; 3, croup primitif; 4, néphrite parenchymateuse; 5, 18, endocardite; 17, purpura hemorrhagica; 21, fièvre typhoïde; 24, érythème noueux; 35, 36, coqueluche; 29, 30, 53, chorée.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

BROMURE de ZINC

SIROP — 50 centigr. par cuillerée à soupe.
PILULES — contenant 20 centigrammes.
PILULES ARSENICALES — contenant 5 centigr. Br. de Zinc et 1 mill. Br. d'arsen.

« Très-utile dans les cas de *Saturation* ou d'*Anémie bromurique*, le Br. de Zinc est beaucoup plus actif que le Br. de Potassium. — Doses de 0,20 à 4 gr par jour. — FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — PARIS.

Enfants Arriérés ou Idiots

Maison spéciale d'Éducation et de Traitement, fondé en 1847. Rue Benserade, 7, à Gentilly (Seine.)

KOUMYS-EDWARD Marque déposée

EXTRAIT DE KOUMYS-EDWARD

Seul adopté dans les Hôpitaux de Paris. — Méd. d'Or, Paris 1875

Chaque flacon d'Extrait contient 3 ou 6 doses transformant trois ou six bouteilles de Lait en Koumys.

BIÈRE DE LAIT Marque P.E.K déposée

Brevetée s. g. d. g.

Obtenue par la fermentation alcoolique du Lait et du Malt avec du Houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou entre les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

Dépôt Central : à l'Établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, Rue de Provence, Paris.

CROISIC (Loire-Inférieure)

ÉTABLISSEMENT DES BAINS DE MER

de vapeurs térébenthinées, etc.; Hydrothérapie marine. Traitement spécial et héroïque, des affections des os et des engorgements chroniques de la matrice, des maladies nerveuses et rhumatismales. — Guérison de la scrofule à tous ses degrés par les Eaux-mères.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)
Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.
LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, PARIS.

PILULES DELAUNAY au Phosphate de Fer et de Manganèse. — Assimilation complète; pas de Constipation.

ÉLIXIR DELAUNAY au Quinquina. Une cuillerée à bouche, soit 20 g. de cet Elixir, représente 0,20 extr. de quinquina jaune calisaya.

Pour la vente en gros : A la Pharmacie, 3, rue de la Madeleine, à Troyes.
Dépôt à Paris : Société française, 11, rue de la Perle.



VIN TANNIQUE

DE BAGNOLS - SAINT - JEAN

NATUREL

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinaire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Clientèle à céder aux environs de Paris. Bonnes conditions. — S'adresser aux Bureaux du *Progrès médical*.

A vendre ou à louer de suite une maison occupée actuellement par un médecin qui désire en même temps céder sa clientèle. Facilités de paiement. S'adresser à M. Nicoleau, médecin à Nieul-le-Dolent (Vendée).

Un docteur demande un suppléant pour une durée d'un mois. — Bonnes conditions. — S'adresser aux bureaux du *Progrès Médical*.

Sirop gastrothénique anti-nerveux, d'écorces d'oranges amères au vin de Madère, de Blottière, pharm., rue de Sèvres, 56. Employé avec succès contre les *gastrites, gastralgies, coliques d'estomac et d'intestin, constipations, affections du cœur, hypocondrie, hystérie, scrofules, lymphatismes*. 5 fr.

Élixir toni-radical au Colombo, de Blottière, pharm., 56, rue de Sèvres, Paris, contre les dyspepsies, gravides, chlorotiques, syncopales, flatulentes, cardialgiques, symptomatiques du cancer, diarrhées, dysenteries, fièvres pernicieuses, convalescences, 5 fr.

Iconographie Photographique de la Salpêtrière, par Bourneville et Regnard, paraissant tous les mois par livraison de 8 ou 16 pages de texte et 4 photographies. — 12 livraisons sont en vente et forment le premier volume. — Prix : 3 fr. la livraison, 32 fr. le volume complet. — Pour *les abonnés* du *Progrès médical*, 2 fr. la livraison; le volume 20 fr. — La 1re et la 2e livraisons du 2e volume viennent de paraître.

Recherches anatomiques sur les aponévroses abdominales, par le Dr F. Poncet. Paris, 1877. In-8 de 16 pages, avec figures. — Aux bureaux du *Progrès Médical*.

Louise Lateau ou la **Stigmatisée belge**, nouvelle édition, revue, corrigée et augmentée, par Bourneville. In-8 de 88 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau-forte, dessinées par P. Richer. 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 50.

Étude clinique sur l'athétose, par P. Oulmont. Paris, 1878, in-8 de 116 pages avec figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux, par H. Duret, un volume in-8 de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878, premier volume, prix 15 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 10 fr.

EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE

RAKOCZY DE BUDE

La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.

25 gram. de Sulfate de Magnésie } par litre.
20 gram. de Sulfate de Sodium }

EXIGER RIGOUREUSEMENT L'ÉTIQUETTE BLEUE

EN VENTE AU DÉPÔT GÉNÉRAL :

8, Rue de la Chaussée d'Antin, Paris

ou chez tous les Marchands d'Eaux minérales et Pharmaciens de Paris et de Province.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 27. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 6 JUILLET 1878

Le Progrès Médical

ANATOMIE NORMALE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. FOLET.

Leçons sur l'encéphale et l'appareil auditif (1)

Faites pendant le semestre d'hiver 1877-1878.

II. — ISTHME DE L'ENCÉPHALE.

Suivons, selon le plan que nous nous sommes tracé, le système nerveux central de bas en haut. Au-dessus du bulbe, nous trouvons ce segment dans lequel, à ne regarder l'encéphale que par sa face inférieure, le bulbe semble s'enfoncer et qui porte le nom d'*isthme de l'encéphale*.

L'isthme est le trait-d'union entre les diverses portions de l'encéphale. Le bulbe et lui sont unis au cervelet par une série de prolongements que l'on nomme les pédoncules cérébelleux ; et c'est par les deux prolongements antéro-supérieurs de l'isthme, appelés pédoncules cérébraux, que bulbe et cervelet vont communiquer avec le cerveau.

Vu par sa face inférieure, l'isthme de l'encéphale présente une configuration dont une comparaison classique donne une idée grossière mais exacte : Que l'on se figure un insecte ou un crustacé sans tête et pourvu de deux paires de pattes. Le corps du crustacé repose, par son ventre, sur la gouttière basilaire; et son dos s'appuie sur la face antéro-inférieure du cervelet. Ce corps porte les noms variés de *protubérance annulaire*, de *pont de Varolles*, de *mésocéphale*. Voilà un exemple frappant de cette synonymie qui contribue à embrouiller les descriptions névrologiques déjà suffisamment complexes par elles-mêmes. Nous emploierons exclusivement la dénomination de *protubérance annulaire* ou, par abréviation, de *protubérance*. Les deux pattes de devant du crustacé se portent en haut et en avant, en s'écartant à droite et à gauche, et vont se plonger dans les deux hémisphères cérébraux ; ce sont les deux *pédoncules cérébraux*. Les deux pattes de derrière, nées des parties latérales du corps, s'enfoncent dans les deux hémisphères du cervelet; ce sont les *pédoncules cérébelleux moyens*. La queue de l'animal enfin est représentée par le bulbe et la moelle qui lui font suite en bas.

Tel est l'aspect de l'isthme vu par en bas et en connexion avec les autres portions de l'encéphale. Isolons-le maintenant de ces autres portions afin de l'examiner par en haut. Pour cela, sectionnons d'abord les deux pédoncules cérébraux et séparons ainsi du cerveau l'isthme et le bulbe tenant au cervelet. La séparation de l'isthme et du bulbe d'avec le cervelet exige des sections plus compliquées. Il nous faut couper d'abord les deux pédoncules cérébelleux moyens ; puis les deux corps restiformes qui, je vous l'ai dit en parlant du bulbe, vont se perdre dans le cervelet en prenant le nom de pédoncules cérébelleux inférieurs. Enfin, cela fait, écartez avec précaution l'isthme de la face antérieure du cervelet ; et vous vous apercevrez qu'il tient à cette face par un petit pont de substance blanche, que vous sectionnerez le plus près possible du cervelet.

Cette coupe est assez délicate à effectuer; cependant, avec un peu d'attention, et en opérant sur un encéphale convenablement densifié, vous arriverez à l'exécuter sans trop de peine. Vous aurez alors sous les yeux l'isthme isolé de toutes les parties voisines, et vous pourrez l'examiner par sa face supérieure et ses faces latérales (2).

(1) Voir le n° 26.

(2) Voyez aussi les belles planches de Sappey : T. III, p. 126, *fig.* 491, 492 ; — p. 131, *fig.* 493 ; — p. 92, *fig.* 477.

Les pattes du crustacé, pédoncules cérébraux et pédoncules cérébelleux moyens, vous apparaîtront toujours comme de grosses colonnes blanches allant au cerveau ou au cervelet ; mais le corps prendra un aspect tout nouveau. Au lieu d'être tout simplement formé par une sorte de renflement, d'anneau saillant à fibres transversales, d'où le nom de *protubérance annulaire*, il vous présentera deux étages ou plans : l'un supérieur, l'autre inférieur ; (pour être tout à fait exact, il faudrait dire : supéro-postérieur et inféro-antérieur). Ces deux plans ou étages, fusionnés ensemble en avant au niveau de l'endroit d'où partent les pédoncules cérébraux, s'écartent et laissent entre eux un espace vide en arrière ; ils constituent, par conséquent, un angle dièdre aigu à sinus postérieur. Mais cet espace angulaire n'existe que sur la ligne médiane. En effet, ce plan supérieur, qui forme le dos d'âne, s'incurve légèrement en bas à droite et à gauche, comme la voûte d'un tunnel, de telle façon que ses bords latéraux reposent sur la face supérieure du plan inférieur. Cette contiguité donne lieu, sur les faces latérales du corps de l'isthme, à un sillon dit *sillon latéral de l'isthme*, qui accuse la division en deux étages.

Le plan supérieur, le plus étroit, le plus court, le plus mince, se confond en arrière avec la face antérieure du cervelet auquel l'isthme et le bulbe sont adossés. A proprement parler, on devrait décrire ce plan comme un processus émané du cervelet et allant se fusionner angulairement avec la partie antéro-supérieure du corps de l'isthme, puis se prolongeant même beaucoup plus loin, dans les pédoncules cérébraux et jusque dans le cerveau. On devrait, par conséquent, ne considérer à l'isthme qu'un seul étage : l'étage inférieur ; l'étage supérieur, étant une annexe du cervelet, serait décrit avec lui. Tel est le programme adopté dans la récente édition de Cruveilhier ; et c'est assurément là le programme le plus logique. Pourtant, cette division de l'isthme en deux étages reliés entre eux en avant et sur les côtés, est tellement classique qu'il y a quelque inconvénient à la supprimer. Nous la maintiendrons donc ; mais, tout en conservant à l'isthme son étage supérieur, nous nous rappellerons, — et ceci éclairera notre description, — que, malgré l'apparence, cet étage vient plutôt du cervelet qu'il n'y va. Nous retrouverons d'ailleurs ce point lorsque nous étudierons le cervelet.

Le plan inférieur, appelé *protubérance annulaire*, beaucoup plus épais et plus large, se continue en arrière et en bas par la totalité de sa masse avec le bulbe qui semble pénétrer de bas en haut dans la protubérance.

La petite cavité en forme de tunnel, comprise entre les deux étages du corps de l'isthme, forme la partie la plus élevée d'une cavité dite : quatrième ventricule. Cette cavité est prolongée en bas, comme nous le verrons plus loin, par l'espace existant entre la face antérieure du cervelet (faisant suite à l'étage supérieur de l'isthme) en arrière, et le bulbe (faisant suite à l'étage inférieur) en avant.

Les parties latérales des deux plans ou étages de l'isthme sont reliées entre elles, à droite et à gauche, par un faisceau triangulaire de fibres qui montent obliquement de l'étage inférieur vers le supérieur, et que l'on nomme : *faisceau latéral oblique de l'isthme* (1).

Maintenant que vous avez compris, je l'espère, la disposition générale de l'isthme de l'encéphale, étudions en détail les divers éléments que nous venons d'esquisser à grands traits. Nous examinerons successivement :

1° L'étage supérieur de l'isthme.

2° L'étage inférieur. C'est à cet étage que s'applique la

(1) Ou *faisceau triangulaire de l'isthme*, ou *ruban de Reil*.

© BIU Santé

comparaison pittoresque du crustacé. Nous lui décrirons plusieurs parties : A, partie centrale, ou corps, désignée sous le nom de *protubérance annulaire ;* B, prolongements antérieurs ou *pédoncules cérébraux* ; C, prolongements latéro-postérieurs ou *pédoncules cérébelleux moyens* (1).

3° Le faisceau d'union entre les deux étages, ou *faisceau latéral oblique de l'isthme* ;

4° La texture de l'isthme.

1° Etage supérieur de l'isthme

Il est constitué par un plan rectangulaire, obliquement dirigé en bas et en arrière, long de quatre centimètres, large de deux, épais de cinq millimètres. — Sa face supérieure, libre, regarde en haut et en arrière ; elle est recouverte par des parties que nous ne connaissons pas encore : en avant, par la glande pinéale, la toile choroïdienne et le bourrelet du corps calleux que nous décrirons avec le cerveau ; en arrière, par l'extrémité saillante de cette portion de la face antéro-inférieure du cervelet que l'on appelle le vermis superior. — Sa face inférieure répond, en avant, aux pédoncules cérébraux avec l'origine desquels elle se confond ; en arrière, elle forme la partie la plus élevée de la paroi postéro-supérieure du quatrième ventricule. — Ses bords, un peu arrondis, s'inclinent vers l'étage inférieur de l'isthme auquel ils s'unissent. — Son extrémité antérieure se fusionne avec l'origine des pédoncules cérébraux ; — Son extrémité postérieure avec le centre médullaire du cervelet.

L'étage supérieur de l'isthme est essentiellement constitué par deux faisceaux parallèles étendus d'avant en arrière du cerveau au cervelet et appelés *pédoncules cérébelleux supérieurs,* entre lesquels s'étend, à la façon de la membrane qui unit entre eux deux doigts d'un palmipède, une lamelle mince nommée *valvule de Vieussens*. Les pédoncules cérébelleux supérieurs ont la forme de deux cordons, un peu aplatis de haut en bas.—Leur face supérieure, libre en arrière, est recouverte en avant par le faisceau triangulaire de l'isthme qui monte sur elle ; plus en avant encore, cette face semble s'enfoncer sous les tubercules quadrijumeaux dont nous reparlerons dans un instant. — Leur face inférieure, en avant, se fusionne avec l'origine des pédoncules cérébraux ; dans le reste de son étendue, elle contribue à former la paroi supérieure du quatrième ventricule. — Leur bord externe repose sur l'étage inférieur et répond au sillon latéral de l'isthme. — Leur bord interne donne insertion dans presque toute sa longueur à la lamelle interpédonculaire dite valvule de Vieussens. Par les fibres les plus antérieures, les deux bords internes s'entrecroisent. — Leur extrémité postérieure se perd dans le centre médullaire du cervelet. — Leur extrémité antérieure, enfin, se confond avec l'origine des pédoncules cérébraux dans les couches supérieures desquels elle se perd. Les pédoncules cérébelleux supérieurs cessent d'exister à l'état de faisceaux distincts ; mais leurs fibres constitutives, après s'être entre croisées partiellement ou en totalité, (la question n'est pas encore résolue), sur la ligne médiane, continuent leur marche en avant dans l'intérieur des pédoncules cérébraux, pour se porter jusque dans le cerveau, jusque dans les couches optiques qui sont, comme nous le verrons plus loin, une dépendance des pédoncules cérébraux.

Les pédoncules cérébelleux supérieurs, en se superposant par leur extrémité antérieure aux pédoncules cérébraux, s'identifient avec ceux-ci si intimement en apparence, qu'il résulte de cette fusion une surface commune que l'on peut, pour ainsi dire, attribuer à volonté à l'un ou à l'autre des deux ordres de pédoncules. Cette surface quadrilatère, située à la partie la plus élevée de la face supérieure de l'isthme, en avant de la ligne où les deux étages viennent se souder à angle dièdre aigu, est remarquable par la présence de quatre éminences que l'on appelle les *tubercules quadrijumeaux*. Les tubercules antérieurs, les plus gros, ovoïdes, à grand axe oblique en dedans et en arrière, portent le nom de *nates* ; les postérieurs, arrondis, moins volumineux, sont les *testes*. Les uns et les autres sont d'un blanc terne, formés qu'ils sont d'un mélange de substance grise et de substance blanche. Un sillon antéro-postérieur médian et rectiligne sépare les tubercules du côté droit de celui du côté gauche ; un sillon transversal et curviligne sépare les *nates* des *testes*.

Au-dessous du plancher quadrilatère qui supporte les tubercules quadrijumeaux, chemine un canal médian et antéro-postérieur, creusé au milieu des fibres fusionnées des pédoncules cérébelleux supérieurs et des pédoncules cérébraux. C'est l'*aqueduc de Sylvius*. Ce canal prismatique de deux millimètres de diamètre, de trois centimètres de longueur, a deux orifices. L'un, postérieur, s'ouvre sur l'arête de l'angle dièdre rentrant que forment les deux étages de l'isthme en se réunissant en avant ; cet orifice s'ouvre donc dans la cavité du quatrième ventricule. L'orifice antérieur de l'aqueduc porte le nom singulier d'*anus* ; il s'ouvre dans l'angle d'écartement des deux pédoncules cérébraux, au-dessus de la lame blanche qui réunit les faces internes de ces pédoncules. Or, nous verrons bientôt que l'espace interpédonculaire situé au-dessus de la lame interpédonculaire fait partie d'une cavité dite : troisième ventricule ou ventricule moyen. L'aqueduc de Sylvius met donc en communication le troisième et le quatrième ventricules.

La valvule de Vieussens est une lamelle mince, rectangulaire, située en arrière des tubercules quadrijumeaux, entre les deux pédoncules cérébelleux supérieurs que nous venons de décrire. Elle est longue de douze à quinze millimètres, large de six à huit, épaisse de un millimètre.— La face supérieure répond au vermis superior du cervelet. Dans son tiers antérieur, cette face est uniquement formée de substance blanche. Mais, dans les deux tiers postérieurs, la substance blanche est recouverte par une couche grise plissée transversalement ; la substance blanche envoie dans ces plis de petits prolongements, à la façon de ce qui se passe dans le cervelet. — La face inférieure contribue à former la paroi supérieure du quatrième ventricule. — Les deux bords, antéro-postérieurs et parallèles, s'unissent aux bords internes des pédoncules cérébelleux supérieurs. — L'extrémité postérieure se continue par la couche blanche ou profonde avec le centre médullaire du lobe médian du cervelet ; par la couche grise superficielle avec la substance périphérique du cervelet. — L'extrémité antérieure se continue avec la substance blanche des *testes*. Au niveau de cette continuité se voit un petit faisceau arrondi et court, antéro-postérieur, qui se perd sur la valvule ; c'est le *frein* de la valvule de Vieussens. De chaque côté de ce frein part un sillon qui limite en arrière les tubercules quadrijumeaux postérieurs, et d'où émergent les nerfs pathétiques.

2° Etage inférieur de l'isthme

A. Partie centrale ou *protubérance annulaire*, située sur la gouttière basilaire. — La face antéro-inférieure, convexe, présente sur la ligne médiane un sillon longitudinal où se loge le tronc basilaire ; de chaque côté de ce sillon se voit une légère saillie longitudinale formée par le relief des faisceaux pyramidaux du bulbe qui passent à travers la protubérance, de bas en haut, pour aller former la majeure partie des pédoncules cérébraux. En dehors de cette saillie, l'on rencontre l'origine apparente du nerf trijumeau. Toute cette face est sillonnée de stries transversales. — Les faces latérales de la protubérance sont fictives : elles correspondent à l'origine des pédoncules cérébelleux moyens. — La face supérieure, fictive également, se confond avec l'origine des pédoncules cérébraux dont aucune ligne de démarcation ne la sépare en arrière ; en avant, elle en est séparée par un sillon transversal fortement déprimé sur la ligne médiane au niveau de l'espace interpédonculaire. — La face inférieure, fictive encore, se

(1) L'étude d'ensemble des trois paires de pédoncules cérébelleux (supérieurs, moyens, inférieurs), sera faite à propos du cervelet.

© BIU Santé

continue avec le bulbe dont aucune ligre de démarcation ne la distingue en arrière, dont la sépare en avant et sur les côtés un sillon demi-circulaire aux extrémités duquel se voient les fossettes latérales du bulbe, lieu d'émergence du nerf facial et de la racine antérieure de l'acoustique. — La face postéro-supérieure fait partie de la paroi inférieure ou plancher du quatrième ventricule. Le plan de cette face se continue en bas avec la face postérieure du bulbe, sans qu'il soit possible d'établir entre ces deux faces de limite naturelle. On leur assigne pour frontière artificielle, ainsi que nous l'avons vu, une ligne transversale réunissant les angles latéraux du quatrième ventricule, lesquels angles correspondent, comme nous l'apprendrons bientôt, au point de réunion des trois pédoncules cérébelleux. La face postéro-supérieure de la protubérance présente sur sa partie médiane un sillon antéro-postérieur qui prolonge en haut la tige du calamus. De chaque côté de ce sillon, deux saillies dont l'inférieure répond au coude du facial, c'est l'*eminentia teres*; la supérieure répond au noyau d'origine du moteur oculaire externe. Par ses parties latérales la face que nous décrivons s'unit aux bords externes des pédoncules cérébelleux supérieurs, et est recouverte par le faisceau latéral de l'isthme.

B. Prolongements antérieurs ou *pédoncules cérébraux*. Ce sont deux grosses colonnes blanches, cylindriques, qui, dès l'origine, s'écartent angulairement pour se porter en haut, en avant et en dehors. Elles sont étendues de la protubérance aux lobes cérébraux dans lesquels elles s'enfoncent en s'aplatissant et se renflant pour constituer les couches optiques et en perdant alors leur personnalité de pédoncules. La longueur des pédoncules cérébraux est de un centimètre et demi à deux centimètres.—Leur face antéro-inférieure est convexe, striée longitudinalement. — Leur face interne offre un sillon où se voit une ligne noirâtre correspondant à une petite masse de substance grise interposée entre les faisceaux blancs pédonculaires et que l'on nomme le *locus niger*. Les faces internes des deux pédoncules sont réunies l'une à l'autre par une lamelle blanche criblée de pertuis vasculaires *substance perforée postérieure*, creusée en gouttière sur ses deux faces. Nous retrouverons plus tard la face supérieure de cette lame interpédonculaire, et nous la verrons contribuer à former le bord postérieur du ventricule moyen du cerveau. — La face externe des pédoncules cérébraux, croisée obliquement par la bandelette des nerfs optiques, forme la lèvre interne d'une grande fente, dite fente cérébrale de Bichat. La face postéro-supérieure est recouverte en arrière, à son origine, par les tubercules quadrijumeaux et le faisceau triangulaire de l'isthme.

C. Prolongements latéraux ou *pédoncules cérébelleux moyens*. Ces prolongements ne sont autre chose que la condensation des fibres transversales ou superficielles inférieures de la protubérance. Nés des faces latérales de cette protubérance, les pédoncules cérébelleux moyens, plus volumineux que les pédoncules cérébelleux supérieurs, moins volumineux que les pédoncules cérébraux, se dirigent en arrière et en dehors pour se perdre dans la partie antérieure des hémisphères cérébelleux. — Leur face antéro-inférieure répond au rocher. — Leur face postéro-supérieure, plus courte, se confond presque dès son origine avec le centre médullaire du cervelet. Ces deux pédoncules forment, avec les fibres transversales de la protubérance, une large commissure étendue d'un des lobes du cervelet à l'autre.

3° Faisceau latéral oblique de l'isthme.

Triangle de substance nerveuse blanche dont la base répond au sillon latéral de l'isthme et qui monte sur le bord externe, puis sur la face supérieure du pédoncule cérébelleux supérieur, immédiatement en arrière des *nates*. Le sommet de ce faisceau triangulaire s'insinue entre le tubercule quadrijumeau postérieur et le pédoncule cérébelleux postérieur, pour aller se confondre partie avec ce pédoncule, partie avec la lame blanche de la valvule de Vieussens. Les sommets de ces deux faisceaux s'entrecroisent sur la ligne médiane.

4° Texture de l'isthme de l'encéphale.

Texture de la protubérance. La protubérance est constuée par des faisceaux blancs transversaux ou longitudinaux, et par de la substance grise interposée entre les faisceaux blancs. Sur une coupe de la partie moyenne de la protubérance se rencontrent, d'avant en arrière, les éléments blancs suivants : 1° une couche de fibres transversales se continuant à droite et à gauche en se fasciculisant avec les pédoncules cérébelleux moyens; 2° deux faisceaux longitudinaux, l'un droit l'autre gauche ; ce sont les prolongements à travers l'isthme des pyramides antérieures du bulbe, lesquelles sont elles-mêmes pour la plupart des anatomistes la continuation des cordons médullaires antérieurs, et pour M. Sappey la continuation des cordons latéraux; 3° deux faisceaux plus larges, mal fasciculisés qui, selon M. Sappey, représentent la portion sensitive des pyramides antérieures du bulbe située sur le prolongement des cordons postérieurs de la moelle; 4° des groupes de fibres nerveuses, perpendiculairement coupées par des fibres transversales, et formant aussi la continuation de faisceaux médullaires antérieurs d'après Sappey, intermédiaires pour d'autres; 5° des fibres constituant les racines ascendantes ou sensitives du nerf de la cinquième paire.

Dans les interstices de ces faisceaux, existent des amas de substance grise de formes diverses. Une couche grise limite aussi les faisceaux blancs n arrière, vers le quatrième ventricule avec le plancher duquel cette couche se continue.

La protubérance est donc constituée, en résumé : par le prolongement de trois cordons qui, venant du bulbe et de la moelle, traversent l'isthme pour se porter dans les pédoncules cérébraux qu'ils forment en très-grande partie ; par le prolongement de la grosse racine de la cinquième paire; par des fibres commissurantes se continuant à gauche et à droite avec les pédoncules cérébelleux moyens ; par des couches de substance grise remplissant les vides laissés entre eux par les cordons blancs.

Texture des pédoncules cérébraux. Les trois faisceaux médullaires que nous avons suivis dans la protubérance, se continuent dans les pédoncules cérébraux ; la portion motrice étant séparée de la portion sensitive par une épaisse couche de substance grise appelée le *locus niger*. Arrivés à l'extrémité supérieure des pédoncules, ils se terminent différemment; les cordons latéraux se perdent dans les corps striés, lesquels sont des dépendances des pédoncules tout aussi bien que les couches optiques dans lesquelles vont se plonger les cordons antérieurs et postérieurs de la moelle. Les pédoncules cérébraux contiennent encore les fibres des pédoncules cérébelleux supérieurs que nous avons décrits avec l'étage supérieur de l'isthme et qui, venant du cervelet, se portent vers le cerveau par les pédoncules cérébraux, après s'être partiellement entrecroisés sous les tubercules quadrijumeaux. La valvule de Vieussens n'est autre chose qu'une lamelle de la surface du cervelet qui s'avance et s'étale entre les deux pédoncules cérébelleux supérieurs.

Les fibres blanches du faisceau triangulaire de l'isthme que nous avons vues émerger du sillon latéral, après être nées d'un point assez mal déterminé encore de l'épaisseur de la protubérance, se dirigent en haut et en dedans sous les *testes*, et se confondent avec les pédoncules cérébelleux supérieurs dont ils partagent le trajet et la terminaison.

Texture des pédoncules cérébelleux moyens. Leur disposition est fort simple. Ce sont des fibres blanches étendues d'un hémisphère du cervelet à l'autre en passant tangentiellement sur la face antéro-inférieure de la protubérance dont ils constituent la couche la plus superficielle; ils remplissent, pour les deux lobes cérébelleux, le rôle de commissure que nous verrons le corps calleux remplir pour les hémisphères cérébraux.

© BIU Santé

MALADIES DU PREMIER AGE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — **M. PARROT.**

CINQUIÈME LEÇON (1).

Affections du squelette. — Complications.

Messieurs,

La pseudo-paralysie m'a conduit à vous parler des affections osseuses que produit la syphilis héréditaire. Méconnues jusqu'à ces dernières années, même au point de vue de l'anatomie pathologique, elles n'ont pas encore été étudiées cliniquement ; pourtant vous verrez que leur rôle, dans le diagnostic, peut être considérable. Bien souvent, en effet, on les rencontre sur des sujets qui ne présentent pas d'autres indices de la maladie, et, je vous l'affirme, il n'est aucune marque plus certaine, aucune preuve plus incontestable, de son existence. C'est au crâne surtout, que l'on trouve ces produits de la syphilis, et leur forme, leur siége, sont également constants et caractéristiques. Toujours appréciables au toucher, ils le sont souvent à la vue.

En promenant la main sur la tête de l'enfant, l'on y sent des inégalités, dont un examen plus attentif, permet de reconnaître la configuration et la place. Ce sont des mamelons aplatis, comme étalés, d'une saillie et d'une étendue variables, peu larges au début, et d'un contour parfaitement circulaire, pouvant s'accroître sans changer de forme, mais qui, le plus souvent, s'allongent dans une ou deux directions, presque toujours les mêmes. Ils sont durs, et n'était leur saillie, l'on croirait toucher les parties saines du crâne. Ce n'est que dans quelques cas rares, lorsque la pression que l'on exerce à leur niveau, est considérable, qu'ils paraissent doués d'une certaine élasticité.

Ils ont quatre siéges de prédilection, les seuls qui nous intéressent au point de vue de la clinique ; à savoir : les deux frontaux et les deux pariétaux, au voisinage du bregma. D'ordinaire, ils sont symétriquement disposés par rapport aux sutures métopique et sagittale, mais parfois ils n'existent qu'en avant ou en arrière de la suture coronale, et sont très-inégalement développés à droite et à gauche.

Ces différences, d'ailleurs, n'enlèvent pas leur importance aux mamelons ; il suffit que l'on en constate un, avec les caractères que je viens de vous faire connaître, pour que l'on puisse affirmer son origine syphilitique. L'altération peut atteindre tous les os péri-bregmatiques, ou seulement quelques-uns d'entre eux.

Dans le premier cas, les quatre mamelons sont séparés les uns des autres, par des rigoles, d'autant plus profondes, qu'ils sont plus saillants. Elles correspondent aux sutures sagittale et médio-frontale et à la suture coronale. Habituellement, quand le sujet est suffisamment âgé, la place de la membrane bregmatique complètement ossifiée, est marquée par une cinquième saillie dure et losangique; pour ainsi dire enchassée, entre les quatre autres, et circonscrite par des sillons qui semblent résulter du dédoublement en ce point, des deux rigoles inter-fronto-pariétales.

Je vous expliquerai plus tard la formation de cette saillie bregmatique. Elle n'est pas due, comme celles qui l'entourent, à une production nouvelle, surajoutée à la paroi crânienne ; mais bien au soulèvement de cette paroi, qui a conservé son épaisseur normale. Dans quelques cas, les mamelons postérieurs sont très-étendus, très-saillants, séparés par une rigole profonde, et donnent à la région qu'ils occupent, une certaine ressemblance, avec les organes qualifiés de *nates* par les Latins, c'est pour cela, que j'ai appelé *natiformes* les crânes altérés de la sorte.

Pour peu que les lésions que je viens de vous faire connaître, soient accentuées, il suffit d'appliquer la main à la surface du crâne, pour les reconnaître; et souvent elles frappent la vue, même à distance.

Il n'en est pas de même de celles qu'il me reste à vous indiquer ; toujours il vous faudra recourir à une investigation attentive pour les découvrir ; et tous les sujets ne se prêteront pas également à cette exploration. Elle ne pourra être faite avec efficacité, que chez ceux dont l'embonpoint n'enfouira pas trop profondément les leviers osseux.

La vue dans ces cas n'est d'aucun secours ; seul le toucher peut renseigner. Il permet de constater, que chez un certain nombre d'enfants, atteints de syphilis héréditaire, l'extrémité inférieure de l'humérus, sur une hauteur d'un centimètre environ, est épaissie, parfois d'une manière très-notable ; et que la face interne du tibia, au lieu d'être plate, est manifestement bombée.

Chez quelques sujets, on sent à travers les parties molles, à la région moyenne d'un ou de plusieurs membres, des nodosités dures de forme olivaire. Elles correspondent à des fractures, ou simplement à la brisure de quelques lamelles diaphysaires, qui ont provoqué immédiatement, la formation d'un cal. Elles ne causent d'ordinaire aucun trouble fonctionnel, rien n'est modifié dans les allures de l'enfant, et ne peut faire soupçonner qu'il est atteint de la sorte.

D'autres fois, les fractures sont beaucoup plus complètes et s'accompagnent de modifications importantes, non-seulement dans la continuité mais dans la contiguïté des fragments. Il en résulte des déformations considérables des membres, qui sont fléchis, courbés, tordus et toujours raccourcis.

Constamment alors, il existe un certain trouble dans les fonctions de la partie atteinte; mais, en aucun cas, l'impotence n'est aussi considérable, que du fait de la pseudo-paralysie. C'est que, dans cette dernière, le siége de la brisure est très-différent et que la formation du cal y est tout à fait exceptionnelle et certainement très-tardive.

Ces torsions et ces fractures des os longs, de même que quelques autres modifications osseuses, qu'il me reste à vous signaler, ont été mises jusqu'ici, sur le compte du rachitis ; mais bien que dans les cas où on les constate, les os soient atteints des lésions dites rachitiques, elles n'en doivent pas moins être considérées comme dues à la syphilis ; car, en réalité, le rachitis, dans l'immense majorité des cas, n'est qu'une des étapes ultimes de la syphilis héréditaire ; et, dans quelques autres, beaucoup moins nombreux, il représente simplement, une transformation de cette dernière, par atavisme. Mais ce n'est pas ici le lieu de vous montrer comment le rachitis se confond avec la syphilis ou comment il en dérive ; il me suffit de vous avoir signalé le fait et de vous avoir dit pourquoi je qualifie de syphilitiques, des altérations attribuées jusqu'ici au rachitis.

Pour terminer ce chapitre, auquel j'aurais pu donner un développement beaucoup plus considérable, je dois vous faire connaître quelques autres particularités se rapportant au système osseux et que l'examen clinique vous fera découvrir. Elles consistent en des déformations des membres et du tronc.

Les premières, sont des flexions et des incurvations, surtout fréquentes, aux extrémités pelviennes et aux avant-bras.

Les cuisses au lieu d'être droites, sont convexes en avant. Les jambes présentent des déformations très-diverses, mais je dois vous signaler parmi les plus fréquentes, leur incurvation à concavité interne.

Du côté du tronc, je ne fais que mentionner des déviations en général peu marquées du rachis ; pour fixer tout votre intérêt sur l'état du thorax. Les modifications qu'il subit sont nombreuses et très-variables, à cause de la nature des lésions osseuses, de leur degré.

La côte tout entière peut être atteinte, mais il est deux points où semble se concentrer le mal, ce sont : en avant, l'articulation chondro-costale; et en arrière, l'angle costal. Dans le premier siége, il se produit une tuméfaction parfois considérable et souvent une semi-luxation, toujours appréciables au toucher et même à la vue. L'ensemble de ces lésions costales forme, d'une part, ce que l'on appelle le chapelet costal; et de l'autre, une gouttière plus ou moins profonde, située immédiatement en dehors du chapelet et ayant la même direction que lui. — Dans la région posté-

(1) Voir les nos 44 et 47 de 1877 et les nos 1, 4, 18, 20, 22 et 25 de 1878.

© BIU Santé

rieure, il se fait des fractures, mais en général incomplètes, inégalement distribuées, et n'ayant jamais la régularité des lésions antérieures.

Comme je viens de vous le dire, il résulte de ces fractures, de ces luxations, et aussi de la flexibilité générale des côtes, des déformations thoraciques. Elles sont d'autant plus accentuées, que leurs causes sont plus nombreuses et plus complètes; et toujours l'inspiration les rend plus apparentes.

Lorsqu'il n'y a pas de fractures, la cage thoracique est à peine modifiée en arrière ; mais à sa partie antérieure, elle fait une saillie caréniforme, marquée surtout en haut. De plus, chez un certain nombre de sujets, quand le mal a débuté de bonne heure, on constate, de chaque côté, un aplatissement assez notable ou même une dépression infundibuliforme, dont la partie la plus profonde, est située un peu au-dessous et en arrière du mamelon. Il est bien rare que dans ces cas, quelques côtes ne soient par fracturées. Lorsqu'elles le sont en grand nombre, et que de ce fait, leur angle est devenu très-aigu, le thorax, aplati d'avant en arrière, peut être très-irrégulier.

Quand ces déformations du thorax existent, quel qu'en soit le degré, il en résulte toujours une diminution dans la capacité de sa portion supérieure : sa base subit un élargissement compensateur; et les viscères logés dans la région sous-diaphragmatique, sont refoulés vers le bas, ce qui augmente, d'une manière notable, le volume de l'abdomen, en lui donnant une forme globuleuse.

Je me borne à ces considérations, que je reconnais être très-incomplètes, mais, en vous les présentant, j'ai voulu simplement revendiquer les droits de la syphilis héréditaire à ces lésions du système osseux et aux déformations qui en résultent.

Je réserve pour une époque ultérieure et pour une autre publication, ce qui a trait au rachitis et à la morphologie pathologique des enfants du premier âge.

Ici, mon but est d'étudier les manifestations précoces de la syphilis, reçue directement des générateurs, et non ses conséquences ultérieures, telles que nous les voyons se développer plus tard, dans la vie de l'individu ou dans sa descendance. — La description de ces dernières, c'est-à-dire l'histoire du rachitis et de toutes les déformations qu'il entraîne, ne serait pas mieux justifiée en cette place que, dans un traité des maladies du centre circulatoire, ne le serait, au chapitre de l'endocardite aiguë, l'étude des lésions organiques du cœur avec toutes leurs conséquences.

Les fractures et les déformations du squelette qui en résultent, peuvent être considérées comme de véritables complications de la syphilis. Parmi les affections que l'on doit qualifier de la sorte, elles méritent la première place, étant les seules que l'on puisse constater cliniquement; et parce qu'elles sont d'une grande utilité pour le diagnostic.

Les autres, bien que nombreuses et parfois très-graves, ne sont presque jamais reconnues qu'à l'autopsie. Leur rôle est considérable dans l'évolution de la maladie et souvent elles entraînent la mort des enfants; mais, je le répète, comme durant la vie, elles ne donnent souvent que des signes incertains de leur existence; elles sont plutôt du domaine de l'anatomie pathologique que de celui de la clinique. Toutefois, il en est une qui doit vous être signalée, c'est la péritonite. — On peut dire, sans exagération, que presque tous les nouveau-nés syphilitiques en sont atteints; mais son étendue et son intensité, sont excessivement variables. Dans l'immense majorité des cas, elle est partielle et latente, étant limitée à certaines régions de la surface hépatique ou à la rate. Ce n'est que par exception, qu'elle se généralise et qu'elle est reconnue pendant la vie. Alors le ventre est tendu, douloureux, dur, luisant, rouge ou même un peu violacé, parcouru par des veines très-apparentes. La face des enfants exprime la souffrance, et ils vomissent fréquemment des matières bilieuses, jaunes, qui, chassées de l'estomac, presque sans effort et par une sorte de régurgitation, s'échappent des narines aussi bien que de la bouche.

Des maladies ou affections intercurrentes, je n'ai que peu de chose à vous dire, car elles sont peu nombreuses et ne présentent rien de spécial. Les plus fréquentes sont : la rougeole, dont l'éruption masque souvent les macules ou les plaques de la syphilis ; — l'érysipèle, la diphthérie, la broncho-pneumonie, qui emporte un très-grande nombre de malades ; enfin l'athrepsie. Il ne saurait être ici question de la modalité de cette maladie, dont je vous ai déjà parlé, et qui, véritable complication de la syphilis, prend sa source dans une altération des glandes digestives. L'athrepsie que je mets au nombre des maladies intercurrentes, est celle qui frappe indifféremment tous les nouveau-nés, qu'ils soient ou non atteints d'un autre état morbide, lorsque leur alimentation est de mauvaise qualité ou insuffisante ; celle qui les décime dans les maternités, les crèches et dans les hospices d'enfants assistés. Les syphilitiques que l'on est obligé d'arracher au sein et d'allaiter au biberon, y sont particulièrement exposés ; et l'on peut dire qu'avec la pneumonie lobulaire, elle est une des causes les plus fréquentes de leur mort.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le forceps de M. Tarnier

Après avoir fait connaître à nos lecteurs le nouveau forceps de M. Tarnier (*Progrès médical* du 24 février 1877, p. 146), nous devons appeler leur attention sur les perfectionnements que M. Tarnier a récemment apportés dans la construction de son instrument.

Quelques accoucheurs avaient reproché à ce forceps de glisser quelquefois sur la tête fœtale et d'être plus difficile à appliquer que l'instrument classique, à cause de l'obligation où l'on était, pendant l'introduction des cuillers, de tenir en même temps dans la main une tige de traction et une branche de préhension; d'avoir ensuite à décroiser l'une des tiges de traction. Ces reproches ne peuvent plus être formulés actuellement, car une meilleure courbure céphalique des cuillers prévient le glissement de l'instrument, et le décroisement de la tige de traction est évité. Aujourd'hui le forceps de M. Tarnier est en réalité aussi simple à appliquer et à articuler que le forceps ordinaire. Il se compose de deux branches croisées (*Fig. 35*) et d'une pièce indépendante dont la poignée transversale (P, *Fig. 36*) est mobile dans tous les sens.

Chacune des moitiés du forceps proprement dit (*Fig. 35*) se compose d'une branche de préhension (B, *Fig. 37* et *38*) et d'une tige de traction (T, *Fig. 37* et *38*), articulées entre elles au point A (*Fig. 37* et *38*). Chaque tige de traction, faisant ressort latéralement et venant buter contre une petite goupille (*g*, *Fig. 38*), est maintenue accolée à la branche de préhension correspondante (*Fig. 37*) et ne s'en séparera (*Fig. 38*) qu'au moment où l'opérateur le voudra.

Avant de procéder à l'opération, les tiges de traction sont accolées aux branches de préhension et font corps avec elles, ainsi que cela est représenté dans la *figure 37*. L'introduction des cuillers et l'articulation se font ensuite comme si l'opérateur avait un forceps ordinaire entre les mains. On peut même pratiquer l'extraction de la tête en se servant du nouveau forceps comme du forceps classique, avec cette différence, cependant, qu'ici les tractions seront mieux dirigées, à cause de la courbure particulière de l'instrument. Toutefois, en pratiquant l'extraction de cette manière, on se priverait de la plus grande partie des avantages que présente le forceps de M. Tarnier.

En résumé, les deux premiers temps de l'opération (introduction des cuillers et articulation) sont identiques, que

© BIU Santé

l'on se serve de l'ancien ou du nouveau forceps; le troisième temps (extraction) seul diffère, si l'on veut bénéficier de tous les avantages du nouvel instrument.

Voici la description de ce troisième temps : On rapproche d'abord avec la main les deux manches (M) du forceps et l'on fait sur eux quelques tractions d'essai, afin de s'assurer que la tête est bien saisie ; après cela on serre *lentement* la vis de pression (V) (*Fig. 35*); ensuite, par un simple

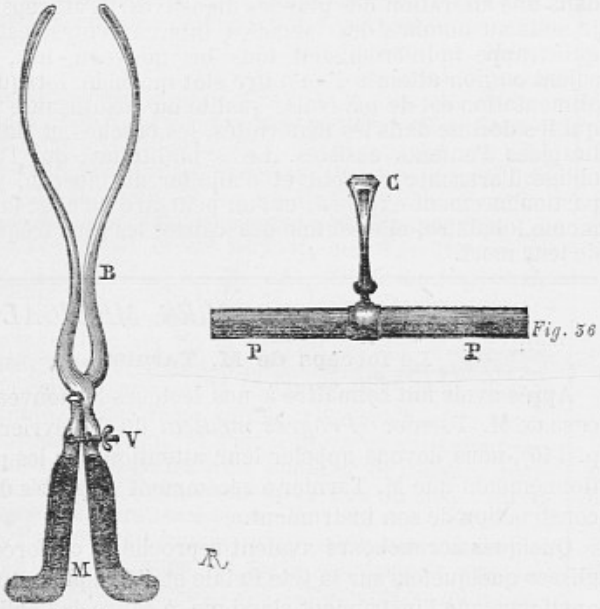


Fig. 35. *Fig. 36*

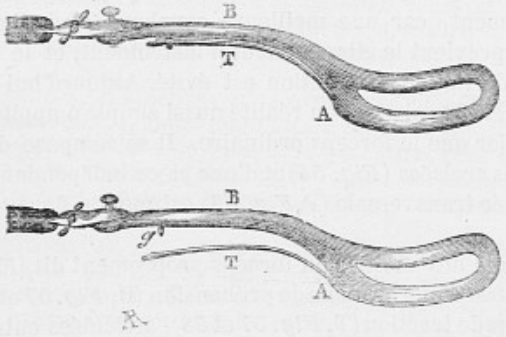


Fig. 37

Fig. 38.

mouvement des doigts, on sépare les tiges de traction des branches de préhension, ainsi que cela est indiqué dans la *figure 38*; puis, on saisit les deux tiges de traction avec la main gauche, et on introduit leurs extrémités dans le carré (C), *Fig. 36* et *39*) supporté par la poignée (P) que l'on tiendra dans la main droite. Ce carré est alors fixé aux tiges de traction au moyen d'une petite vis (*p*, *Fig. 39*) et l'instrument se trouve monté (*Fig. 39*).

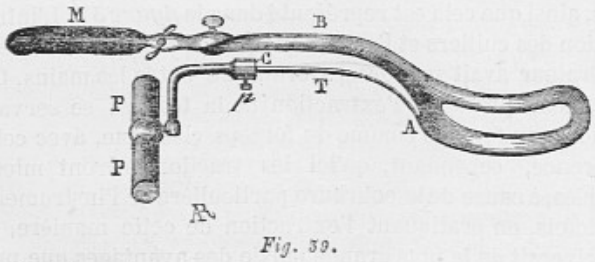


Fig. 39.

Ces préliminaires paraissent compliqués quand on en lit la description point par point, mais en réalité ils sont très-simples, aussi rapides que faciles à exécuter, et lorsqu'ils sont terminés il ne reste plus qu'à extraire le fœtus en exerçant des tractions à l'aide des mains placées sur la poignée, en P (*Fig. 39*) : souvent même une seule main suffit. Quand la tête s'abaisse, les branches de préhension, dont la mobilité sur les tiges de traction est assurée par l'articulation A (*Fig. 38* et *39*), se déplacent, et l'extrémité de leurs manches décrit une courbe de plus en plus marquée à mesure que la tête progresse davantage. Les branches de préhension, en se déplaçant ainsi, constituent une véritable aiguille indicatrice du mouvement exécuté par la tête. Quand le forceps a été régulièrement appliqué, il suffit, pour être sûr de tirer suivant l'axe du bassin, de suivre le déplacement de ces branches de préhension et de faire en sorte qu'entre elles et les tiges de traction, il existe toujours un écartement d'un centimètre environ; si cet écartement augmente ou diminue, on tire mal.

M. Tarnier, qui a déjà pratiqué un grand nombre d'opérations avec son forceps, lui attribue les six avantages suivants :

1° Possibilité de toujours faire des tractions directes suivant l'axe du bassin, même au détroit supérieur, ce qui est impossible avec le forceps ordinaire ;

2° En admettant que l'opérateur ne tire pas suivant l'axe du bassin, et qu'il dirige ses efforts tantôt trop haut, tantôt trop bas, la pression exercée par la tête de l'enfant ou par les cuillers de l'instrument sur les parties molles qui tapissent les parois du petit bassin, est relativement inoffensive, car la traction agit avec un bras de levier très-court, par conséquent très-faible; tandis qu'avec le forceps ordinaire, on agit avec un bras de levier considérable, dont l'action est dangereuse pour l'intégrité des parties molles ;

3° De ce qui précède, il résulte encore qu'avec le nouveau forceps, la tête de l'enfant suit la courbure antéro-postérieure du bassin avec une liberté qu'elle n'a pas lorsqu'on se sert du forceps ordinaire (Voir le mémoire de M. Tarnier : *Description de deux nouveaux forceps*) (1) ;

4° Réalisation d'une aiguille indicatrice de la direction à donner aux tractions pour qu'elles soient irréprochables, cette aiguille étant constituée par les manches (M) du forceps proprement dit ;

5° Pression constante de la tête fœtale au moyen d'une vis, cette pression étant moins nuisible que celle que l'on produit avec le forceps ordinaire (Voir le *Progrès médical* du 16 mars 1878, p. 198);

6° Liberté pour la tête fœtale de pivoter autour de l'axe fictif de l'excavation, grâce à la mobilité de la poignée P, qui tourne dans tous les sens.

Dans les applications de forceps au détroit supérieur, M. Tarnier conseille un expédient très-simple auquel il a eu recours plusieurs fois et dont il a retiré de grands avantages. Voici en quoi consiste cet expédient qui est d'une exécution très-facile quelle que soit la hauteur du lit : on introduit les cuillers et on articule les branches du forceps comme on le fait habituellement en France, c'est-à-dire la patiente étant couchée sur le dos et en travers du lit ; puis le forceps étant appliqué, articulé, les tractions d'essai étant

(1) Paris, Lauwereyns, éditeur.

© BIU Santé

faites et la vis de pression étant serrée, on place la femme sur le côté gauche, dans la posture adoptée en Angleterre ; après quoi on ajuste la poignée (*Fig. 56*) sur les tiges de traction (*Fig. 59*). Pendant que la femme est dans cette position latérale, l'axe du détroit supérieur se trouve dans un plan horizontal ; c'est donc horizontalement qu'il faut diriger les tractions, et celles-ci sont beaucoup plus commodes pour l'opérateur, par conséquent plus efficaces que les tractions auxquelles les accoucheurs français sont habitués, car, dans notre pays, au début de l'opération, on est obligé de tirer d'arrière en avant et de haut en bas, ce qui est très-gênant, surtout quand le lit de misère est très-bas, et l'on perd ainsi beaucoup de force. Il est donc préférable de procéder à l'extraction, en faisant placer la femme sur le côté gauche et en l'y maintenant tant que la tête fœtale reste élevée dans l'excavation. Mais lorsque la tête est descendue sur le plancher périnéal et appuie sur lui, on fait de nouveau coucher la femme sur le dos pour terminer l'accouchement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 juin 1878. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. TARCHANOFF fait une communication sur le développement des centres psycho-moteurs chez divers animaux. De recherches sur les chiens et les lapins Solkmann a conclu que ces centres n'apparaissent que vers le dixième jour, alors que les sens se sont développés : l'action des agents extérieurs est donc indispensable à la formation de ces centres psychomoteurs. Du reste, aux points de vue anatomique et chimique, le cerveau présente de grandes différences suivant qu'on l'étudie chez le nouveau-né ou chez l'adulte.

Chez les animaux qui, dès la naissance, jouissent de l'exercice de leurs sens et d'une locomotion parfaite (cabiai, hérisson), M. Tarchanoff a constaté que le cerveau était plus développé, les os du crâne plus résistants ; l'action modératrice des réflexes que possèdent les centres psychomoteurs existe peu après la naissance chez ces animaux, tandis qu'elle fait défaut chez le lapin. De même chez le cobaye, l'excitation du pneumogastrique arrête les mouvements du cœur, tandis que chez le lapin, elle est sans effet sur les contractions cardiaques.

Anatomiquement, les différences sont aussi tranchées ; ainsi, chez le premier la circulation des couches grises est plus développée ; celles-ci présentent des cellules géantes et pyramidales. Le cerveau du lapin, moins vascularisé, renferme peu de cellules géantes et pas de cellules pyramidales ; de plus, les fibres nerveuses sont généralement amyéliniques. M. Tarchanoff explique ces différences, moins par la durée de la gestation que par l'intensité de la nutrition pendant la vie intra-utérine. Il a constaté que l'administration du phosphore à des lapins nouveau-nés, a pour résultat d'accélérer le développement des fonctions du centre psychomoteur. Même effet quand on met l'animal la tête en bas, manœuvre qui a pour conséquence l'hypérémie cérébrale.

M. DUVAL dit qu'on ne peut comparer d'une manière absolue des animaux appartenant à des races différentes ; il croit que la durée de la gestation a une influence plus grande que ne le pense M. Tarchanoff.

M. DE SINÉTY fait remarquer qu'il faut aussi tenir compte du mode d'insertion du placenta.

M. ROBIN a eu récemment l'occasion d'analyser les urines d'un rabique. Elles présentaient les particularités suivantes : diminution de quantité, densité hypernormale, acidité très-prononcée, abondance de l'acide urique, diminution de l'urée et des chlorures. Dans le sédiment de l'évaporation, M. Robin a trouvé des cristaux d'hippurate de chaux, de l'acide margarique, de la leucine, une énorme quantité d'acide urique. Enfin, ces urines renfermaient des amas pigmentaires et des bactéries d'une nature toute spéciale.

M. JOLYET donne le résultat d'expériences qui prouvent l'existence de filets vaso-dilatateurs pour la muqueuse pituitaire dans le nerf maxillaire supérieur. L. D. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juillet 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. A. GUÉRIN, à propos du procès-verbal de la dernière séance, lit une réponse au discours prononcé par M. L. Le Fort. Il tient à déclarer que les cas d'infection purulente, relevés dans son service, ne sauraient, en raison de l'état général des amputés et de la marche antérieure de la maladie, être imputés à sa doctrine, au pansement ouaté.

M. DEPAUL fait observer que l'idée de secourir à domicile les accouchées, toutes les fois que la chose est possible, émane de lui, ainsi que peuvent le prouver les bulletins de 1858. M. L. Le Fort n'est donc venu qu'en second lieu, puisque sa campagne date de 1865.

M. MAREY reproche à M. Colin les termes dont il se sert pour critiquer ses expériences. Un savant ne met jamais de la complaisance pour annoncer ses résultats. Il n'a pas à défendre la méthode graphique, car elle a fait ses preuves ; ce que les appareils inscripteurs révèlent diffère totalement de ce que les sens seuls sont capables de fournir.

Suite et fin de la discussion sur la désarticulation de la hanche et sur les pansements des plaies.

M. VERNEUIL fait la lecture d'un long travail où il défend, avec le talent que tout le monde lui connaît, le terrain sur lequel il s'est placé dès le premier jour. Après avoir rappelé le problème qu'il avait posé, il passe successivement en revue les arguments que ses adversaires ont cru devoir lui opposer. Avant de condamner un procédé, d'attaquer une méthode, il faut avoir des raisons fondées sur des insuccès. Or ces insuccès ne peuvent exister, puisqu'on n'a eu ni le temps, ni l'occasion d'expérimenter ou de contrôler ses affirmations. M. Verneuil insiste sur les avantages qu'on peut retirer du pansement antiseptique ouvert, malgré les opinions de MM. Rochard et Richet. Ce pansement, si le blessé est d'une bonne et saine constitution, ne donnera jamais lieu à des fusées purulentes et permettra d'avoir un bon moignon.

M. Verneuil termine la lecture de son travail en montrant les bienfaits des idées nouvelles sur la septicémie et sur la méthode antiseptique. « La doctrine septicémique, ayant pour corollaire la méthode antiseptique, fait en ce moment le tour du monde, répandant partout où elle passe d'incalculables bienfaits ; elle domine de haut la pathologie chirurgicale tout entière, en modifiant profondément la doctrine, en révolutionnant la thérapeutique et la médecine opératoire. Rien de tout cela n'était soupçonné il y a trente ans. Lorsque la théorie des intoxications chirurgicales fut portée devant vous en 1869-1870, vous l'avez accueillie avec réserve, sinon froideur. A la vérité, elle était encore entourée de quelques ombres qui, aujourd'hui même, ne sont pas encore complétement dissipées, de plus, elle n'avait pas encore démontré sa puissante bienfaisance. Aujourd'hui, elle trouve vos esprits mieux disposés et vos oreilles plus ouvertes ; aussi, je crois que plus d'un incrédule d'autrefois, passera avec armes et bagages dans notre camp : et si, dans quelques années, le problème vous est à nouveau posé, ce sera, sans nul doute, pour recevoir une solution définitive ; peut-être ne serons-nous plus là, pour célébrer le triomphe, mais, au moins, on nous rendra la justice de dire que nous nous sommes efforcés de le rendre prochain, possible et complet. » A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 5 avril. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Occlusion intestinale produite par un cancer de la partie supérieure du rectum ; par M. GUINARD.

François C..., âgé de 61 ans, colporteur, entré à la Pitié,

© BIU Santé

le 1er avril, salle Saint-Raphaël, n° 21, service de M. Dumontpallier. Il accuse deux bronchites antérieures, mais il se portait bien quand, au mois de janvier dernier, il fut pris d'une diarrhée qu'il garda pendant deux mois. Plus tard il devient constipé pendant huit jours, puis il eut de nouveau, pendant cinq jours, des selles diarrhéiques; enfin, quelques jours après, il y eut un arrêt à peu près complet des garde-robes, et il commença à éprouver des coliques et du ballonnement.

A son entrée à l'hôpital, il nous raconte qu'il n'a pas eu de garde-robes depuis six jours. L'abdomen est très-volumineux et présente une forme pyramidale à base tournée vers le diaphragme. La paroi abdominale est très-tendue, sonorité tympanique sur toute la surface du ventre, bosselures légèrement saillantes dans les hypochondres droit et gauche. Douleur à la pression surtout marquée vers la fosse iliaque gauche. Les coliques et les douleurs spontanées qu'il éprouve lui semblent toujours partir de ce point. Pas de vomissements, nausées fréquentes. Température normale. L'aspect général de ce vieillard est tout à fait cachectique; ses membres sont amaigris et décharnés; sa face, aux pommettes saillantes et rouges, est un peu grippée, mais surtout très-émaciée. Souvent, dit-il, alors qu'il avait bon appétit, il aurait souffert de privations.

Le 31, on administre un lavement purgatif qui ne produit aucun effet.

Le 2, œdème du membre inférieur droit; il paraît avoir débuté par la racine du membre. Cet œdème est dur, on a de la peine à produire une dépression avec le doigt.

Le 3, le malade a eu une petite garde-robe qui contenait des lambeaux longs de 2 à 3 centimètres.

Le 4, pas de vomissements. A 9 heures émission de gaz qui a amené une certaine détente, bien que le ventre n'ait pas diminué de volume.

Le 5, pas de vomissements, pas de selle ni de gaz, pas de douleurs vives à la pression. Il se nourrit avec du vin chaud. L'œdème de la jambe a un peu augmenté.

Dans la nuit du 6 au 7, il a rendu un petit fragment de matière fécale. Cependant, les douleurs ont augmenté; insomnie, nausées, pas de vomissements, toujours ventre très-tendu et très-tuméfié.

Le soir du 7, il a été pris subitement de douleurs vives au creux épigastrique, qui se sont irradiées dans tout le ventre; il a ensuite évacué des matières semi-liquides. Puis il a vomi une certaine quantité de matières brunâtres et très-amères.

Affaissement progressif, état comateux, mort dans la nuit.

Autopsie. — Le ventre a conservé sa forme pyramidale. Le ballonnement est aussi intense qu'il était pendant la vie. Dès qu'on ouvre la cavité péritonéale, il s'échappe une notable quantité de gaz très-fétide et le volume du ventre se réduit de moitié. Une fois la paroi abdominale relevée, on est frappé par la distension énorme du gros intestin tout entier qui tranche sur l'affaissement complet et même un certain degré de rétraction de l'intestin grêle. Il est curieux de voir la dilatation gazeuse et fécale du gros intestin absolument limitée à la valvule de Bauhin.

Toute la surface péritonéale est revêtue d'une couche plus ou moins visqueuse verdâtre d'un liquide fécaloïde qu'on retrouve en plus grande abondance dans les culs-de-sac formés par les replis intestinaux. L'odeur qui s'exhale et la vue de ce liquide ne permet plus de douter qu'il y a eu quelque part une perforation intestinale. En effet, en décollant une adhérence qui unissait la portion moyenne du colon transverse à une anse d'intestin grêle, on découvre une large ulcération à bords déchiquetés et entourés d'un liséré rouge, ecchymotique. En suivant le colon descendant, on voit la distension s'arrêter au niveau de l'angle sacro-vertébral, à l'extrémité supérieure du rectum. On reconnaît en ce point une tumeur du volume d'un œuf, irrégulière, bombée et d'un aspect gris noirâtre.

On a alors retiré tout le rectum et on s'est assuré que la tumeur siégeait à environ 20 cent. de l'anus, ce qui explique que le toucher rectal pratiqué par le chef de service et l'interne n'a pu donner aucun renseignement précis. La portion supérieure et intra-intestinale de cette tumeur forme tout à fait un cul-de-poule caractéristique. La sonde cannelée n'a pu traverser cette tumeur qu'à l'aide d'une certaine pression. Elle paraît enserrer uniformément tout le pourtour de l'intestin. Une coupe pratiquée sur cette tumeur donne un aspect blanc lardacé interrompu par des tissus gris noirâtres. La muqueuse au niveau de l'étranglement était nettement ulcérée. En incisant longitudinalement le gros intestin, on ne trouve pas d'autre ulcération que celle qui siége en bas au-dessous de la perforation. En ce point, on distingue une large plaque ulcérée contiguë à l'ulcération, qui a probablement été le point de départ de la perforation large comme une pièce de deux francs que nous avons mentionnée plus haut.

Les reins, qui sont adhérents aux côlons distendus et enflammés, sont intacts, c'est à peine si on trouve la substance corticale anémiée et peut-être légèrement infiltrée de tissus granulo-graisseux. La rate n'est pas ulcérée, mais le foie, un peu ratatiné, présente, à la partie inférieure de son lobe droit, une tumeur irrégulière, du volume d'un œuf, qui donne à la coupe le même aspect blanc grisâtre qu'a fourni la coupe de la tumeur rectale.

Cœur sain; tubercules crétacés au sommet gauche du poumon; dans le sommet droit, on a trouvé une infiltration lobulaire qui, au premier aspect, ressemble assez au tissu de la tumeur quoique elle ait aussi une ressemblance très-grande avec les granulations grises. Pas d'épanchement dans les plèvres ni dans le péricarde. Enfin, nous devons insister sur ce fait que, malgré cette perforation très large du gros intestin et de l'écoulement assez notable d'un liquide fécaloïde dans le péritoine, malgré dis-je, ces causes si puissantes de péritonite, il n'y avait qu'une péritonite viscérale légère, avec épaississement des mésentères, mais sans aucune fausse membrane.

On n'a pu retrouver le caillot fibrineux en forme de tête de serpent qui aurait été le point de départ de l'œdème du membre inférieur droit. Les veines iliaques seules étaient remplies de caillots noirs récents.

Fracture simple verticale du bassin, avec disjonction des symphyses, et fracture en V sous-trochantérienne du fémur; par J.-B. Gaugué, interne des hôpitaux.

Le nommé Charles B...., âgé de 20 ans, plombier, tombe dans la rue en travaillant sur la toiture d'une maison de cinq étages, et meurt une heure après son transport à l'Hôtel-Dieu, sans qu'on ait pu constater d'autre symptôme qu'une ecchymose ischio-trochantérienne considérable du côté gauche et un épanchement sanguin dans la fosse iliaque du même côté, siége présumé du point où a porté directement tout l'effort de la chute. Quant à la déformation de la cuisse, elle est caractérisée par une saillie anguleuse externe vers la partie supérieure de la diaphyse.

L'Autopsie permet de constater des fractures en deux régions : bassin et cuisse gauche. — *Fracture du fémur.* Elle présente une direction oblique en V, mesure 5 centimètres et siége à la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen (sommet). La base n'est autre que le *col chirurgical* de l'épiphyse supérieure. Au fragment inférieur appartient l'angle saillant et antérieur du V; au fragment supérieur, l'angle rentrant et en même temps postérieur. En résumé, c'est une fracture sous-trochantérienne, occupant toute l'étendue de la région homonyme (Hennequin, *Des fractures du fémur*, pages 387, 449 et 590).

Fracture du bassin. — La fracture est simple du côté gauche, sa direction verticale, fait observé depuis longtemps (Malgaigne), et sur lequel Demarquay a rappelé l'attention de la Société de chirurgie (Séance du 16 mars 1870).

Siége : elle divise le pourtour du trou obturateur, en séparant les deux branches du pubis (horizontale et descendante, des portions correspondantes de l'os iliaque et de l'ischion; la fracture du pubis peut donc être indiquée par un trait de ligne vertical, traversant le trou obturateur. Ce n'est pas tout : il y a en même temps disjonction des deux symphyses sacro-iliaques (plus prononcé à gauche) et de la symphyse pubienne, complication qui, d'après M. Larrey, ne surviendrait que dans les fractures pubiennes par écrasement (passage des roues d'une lourde voiture.)

© BIU Santé

M. Féré. Ce fait confirme les règles auxquelles m'a conduit une série d'observations et de recherches sur les fractures du bassin (Communication à la Société anatomique, 11 février 1876 et décembre 1877) : 1° la fracture pubienne porte du côté qui a subi le choc; — 2° le chevauchement se fait ainsi : issue du fragment externe en arrière et en dedans, saillie de l'interne en avant; — 3° ce sont les chutes ou chocs sur le plan latéral qui produisent les fractures du bassin à direction verticale.

M. Gauché. C'est, en effet, sur le côté gauche que le blessé paraît être tombé, à en juger par le siége de l'ecchymose.

Ulcérations tuberculeuses de la trachée ; par Alfred Bulteau, interne des hôpitaux.

Le nommé Or..., âgé de 37 ans, est entré le 8 novembre 1876, à l'hôpital Beaujon, au n° 8 de la salle Saint-Jean, dans le service de M. le Dr Guyot. A l'entrée du malade, on reconnut aux deux sommets la présence de tubercules pulmonaires déjà en voie de ramollissement. On constata de plus une anasarque généralisée dont rendait suffisamment compte une quantité assez considérable d'albumine dans les urines.

La mort survint le 27 janvier 1877, sous l'influence d'un état cachectique des plus prononcés.

Autopsie. — Infiltrations tuberculeuses des deux poumons ; cavernes aux sommets. La muqueuse du larynx est saine dans la plus grande partie de son étendue; on ne trouve qu'une très-petite ulcération sur la corde vocale inférieure gauche et une seule granulation jaunâtre sur la muqueuse qui revêt la face interne de l'anneau cricoïdien. La *trachée* est manifestement dilatée uniformément dans toute son étendue; sa muqueuse est très-injectée. Elle présente à sa partie inférieure, un peu au-dessus de sa bifurcation une grande ulcération elliptique, à grand axe dirigé verticalement, et d'une longueur de 0,04 centimètres environ. Cette ulcération siége à la partie postérieure de la trachée, et s'est produite aux dépens de sa portion membraneuse. Sa surface est grisâtre, et les éléments ulcérés qui en forment le fond, offrent un aspect déchiqueté. La face antérieure de l'œsophage qui, à l'état normal est unie à la trachée par un tissu cellulaire lâche, adhère à la face postérieure de cet organe au point correspondant à l'ulcération. A droite et à gauche de l'éperon au niveau de la bifurcation de la trachée se voient également deux petites ulcérations grisâtres, peu profondes et tout à fait analogues à celle que nous venons de décrire. Rien dans les bronches.

L'examen des reins n'a pu nous faire reconnaître qu'une néphrite parenchymateuse; pas de tubercules, pas de dégénérescence amyloïde de cet organe.

Réflexions. — Les ulcérations tuberculeuses de la trachée sont rarement signalées, soit parce qu'on ne les recherche pas toujours dans les autopsies de tuberculeux, soit plutôt parce qu'elles sont réellement une lésion anatomique rare; il est incontestable que les ulcérations tuberculeuses de la muqueuse laryngée sont infiniment plus fréquentes. — Hâtons-nous de dire enfin que rien pendant la vie n'a pu faire soupçonner la présence d'ulcérations dans la trachée.

Fracture double verticale du bassin avec perforation de la vessie. — Pas de lésions de l'urèthre ; par P. Savard, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un homme, âgé de 36 ans, d'une bonne constitution, apporté à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, dans la nuit du 31 mars au 1er avril, par des agents de police qui l'ont trouvé sur la voie publique. Le lendemain matin, en l'interrogeant, on apprend que la veille, en état d'ivresse, il a été renversé par un omnibus. La voiture l'aurait pris en travers, et lui aurait passé en arrière sur le bassin.

Cet homme paraît souffrir beaucoup, il est pâle, a les traits tirés, et se tient couché sur le côté sain, les cuisses à moitié fléchies. Il ne se retourne dans son lit qu'à grand'peine, et en éprouvant de violentes douleurs, dont il n'indique pas cependant le siége exact. Lorsqu'il est dans le décubitus dorsal, on peut lui allonger les jambes et les lui fléchir, sans qu'il accuse trop de souffrance ; mais il se plaint beaucoup et se tord dans son lit lorsqu'on porte dans l'abduction le membre du côté fracturé, c'est-à-dire, le gauche. En faisant coucher le malade sur le ventre, on constate au niveau de la région sacro-iliaque gauche une ecchymose large comme la moitié de la main, recouvrant une tuméfaction assez considérable, et dure comme si le sacrum faisait saillie. La pression est douloureuse à ce niveau ; d'autres ecchymoses moins prononcées et des écorchures situées plus en dehors et plus bas paraissent également déterminées par le passage de la roue.

Du côté droit pas de contusion, pas de douleur. En replaçant le malade sur le dos, on constate que les deux épines iliaques sont à peu près situées sur le même plan sans élévation ou abaissement de l'une d'elles. Mais lorsqu'on presse de dehors en dedans sur ces deux points, on les rapproche l'un de l'autre; le bassin se ferme comme les deux valves d'une charnière. Tout le mouvement se passe du côté gauche ; cette manœuvre est relativement peu douloureuse. Ce signe ne permet donc plus de douter de la nature et de l'existence de la fracture, bien qu'il n'y ait pas de crépitation.

On ne peut pas constater de déformation du côté de la branche du pubis. Le scrotum est vide, les testicules appliqués à l'origine du canal inguinal. Le malade se plaint de n'avoir pas uriné depuis l'accident. On introduit facilement une sonde dans la vessie, mais il ne sort que quelques gouttes de sang noir.

On pouvait être dans une fausse route produite par une déchirure de la région prostatique de l'urèthre qu'aurait déterminée un fragment osseux. Mais la palpation et la percussion démontrent que la vessie est vide. Le toucher rectal ne donne aucune indication spéciale.

Température du 1er au matin, 38°,2. Pouls petit. On met le malade dans une gouttière de Bonnet.

Le *soir*, le malade est toujours dans le même état; (température 38,5, pouls faible). Il n'a toujours pas uriné, et cependant il n'y a pas d'urine dans la vessie, ce qui rend probable l'existence d'une déchirure de la vessie. Déjà, à la partie supérieure de la cuisse gauche, il y a une tuméfaction œdémateuse ressemblant à un commencement d'infiltration d'urine.

2 *avril*.—L'état du malade s'est aggravé, la langue est sèche, le pouls encore plus faible, la température reste à 38°, les mains et les pieds sont froids. Le malade a eu quelques hoquets la nuit; il n'a pas uriné ; l'infiltration ne s'accuse pas, mais le ventre est ballonné.

Soir. La température reste la même ; le malade a eu des vomissements qui l'ont tourmenté toute la journée, le pouls est petit, la figure grippée, le ventre tendu, la vessie vide ; les extrémités se refroidissent.

3 *avril*. — La mort survient dans la matinée.

Autopsie. — En ouvrant l'abdomen, on voit le péritoine qui tapisse le bassin, soulevé par l'infiltration qui remplit presque toute l'excavation du petit bassin, remonte le long de l'insertion du mésentère sur l'intestin à une grande hauteur, si bien que les deux feuillets du péritoine, à ce niveau, sont comme décollés.

Les incisions pratiquées sur les parties molles du bassin montrent les muscles obturateurs fessiers et tous ceux qui entourent l'os iliaque infiltrés de sang et d'urine. La vessie est vide, la face interne présente deux solutions de continuité placées à un centimètre de distance l'une de l'autre, et siégeant à la partie antérieure et inférieure du réservoir urinaire. Un stylet, introduit par une de ces déchirures, se dirige en avant et en bas sous le péritoine à travers les tissus infiltrés et va gagner le fragment antérieur de la fracture. L'urèthre ne présente pas de lésion. Le bassin, dépouillé des parties molles, offre bien un exemple de cette variété de fracture décrite sous le nom de fracture double verticale du bassin. En arrière c'est près de la symphyse sacro-iliaque que siége la solution de continuité. Elle suit presque la direction de cette articulation, des fragments osseux encore adhérents rendent irrégulier le trajet de la fracture. Il n'y a pas de déplacement notable des surfaces fracturées.

En avant, la fracture intéresse la branche horizontale du pubis, à 4 ou 5 cent. de la symphyse, et en bas la partie infé-

© BIU Santé

rieure de la branche descendante du pubis. Entre les deux fragments antérieurs, il y a un écartement de 2 cent. ; le fragment interne est porté en arrière et en dedans, et de plus il est luxé au niveau de la symphyse; les ligaments sont déchirés.

Cette luxation a sans doute été produite par la pression exercée sur le fragment interne par l'externe, la violence ne cessant pas aussitôt après la production de la fracture. En effet, on peut admettre que le bassin pressé latéralement par le poids de la voiture, se brise d'abord en avant à quelques centimètres de la symphyse, puis en arrière. Alors le fragment postérieur devenu mobile, la pression continuant à s'exercer, vient appuyer sur le fragment interne et le luxe.

Hématomes du péritoine dans un cas de cirrhose commune ; par J. DEJERINE, interne des hôpitaux.

Le nommé L.., 47 ans, tailleur de pierres, entre le 2 mars 1878 à l'Hôtel-Dieu, service de M. GUÉNEAU DE MUSSY. Habitudes alcooliques manifestes. Huit enfants dont sept vivants. Habitude de masturbation invétérées, durant depuis douze ans et ayant lieu en moyenne une fois par jour. Pas de syphilis. Depuis quatre ans jusqu'au début de l'affection actuelle, c'est-à-dire jusqu'à il y a deux mois cet homme a eu des accès épileptiformes quelquefois assez rapprochés, jusqu'à deux dans un mois, d'autrefois espacés de plusieurs mois, les accès étant plus fréquents pendant la saison chaude. Dans l'intervalle de ces accidents, la santé du malade a toujours été très-bonne ; pas de maux de tête, pas de faiblesse motrice, pas de troubles de la sensibilité ; rien également du côté des organes des sens.

Il y a environ deux mois, il a vu son ventre augmenter assez rapidement de volume ; en même temps il éprouva de l'oppression qui augmenta avec l'épanchement. En outre survint de la rétention d'urine ou plutôt une diminution de la sécrétion urinaire ; en effet, le malade urine, mais des quantités excessivement faibles. Depuis quinze jours seulement, les jambes ont commencé à s'œdématier. Il y a eu quelques épistaxis, mais ces épistaxis ont été très-peu abondantes.

A l'entrée du malade à l'hôpital, nous trouvons le ventre très-volumineux, mais non globuleux ; en effet, la région ombilicale est déprimée et les flancs débordent de chaque côté. Le liquide est libre et se déplace selon les différentes positions que l'on fait prendre au malade. La cicatrice ombilicale est effacée et on la voit même faire une légère saillie. La matité est absolue sur les flancs, tandis que la région ombilicale donne une sonorité exagérée, qui s'étend jusqu'à l'épigastre. Le flot est très-manifeste et se constate au moindre ébranlement. Les veines sous-cutanées abdominales sont fortement dilatées. La rate est difficile à délimiter, tout au moins inférieurement ; elle paraît notablement augmentée de volume. Le foie est diminué et n'est plus décelé à la percussion que sur une longueur de quatre à cinq centimètres au niveau de la ligne mamelonnaire. Dyspnée intense. Rien du côté des poumons, quoique le malade tousse un peu. Rien d'appréciable également au cœur. L'appétit est nul ; les garde-robes rares. De temps en temps quelques vomissements. L'urine est extrêmement peu abondante ; elle est rougeâtre et laisse déposer une grande quantité d'urates. Le cathétérisme ne donne issue qu'à quelques grammes de liquide. Pas d'albumine, pas de sucre ; les jambes présentent un œdème assez considérable. Etat de maigreur très-prononcée. La face présente une couleur jaunâtre ; les capillaires des pommettes sont dilatés. Diagnostic : Cirrhose commune. Iodure de potassium, 1 gramme.

4 *mars*. — Une ponction donne issue à 14 litres d'un liquide transparent, jaune citrin, dans lequel l'acide azotique précipite une grande quantité d'albumine. Un instant avant qu'on retire la canule, il s'écoule quelques gouttes de sang. On exerce une compression sur tout l'abdomen au moyen d'une couche assez épaisse de collodion.

5 *mars*. — Le malade accuse une amélioration très-grande : il respire avec facilité. La quantité d'urine émise dans les 24 heures a été plus que triplée. Cependant l'abdomen est beaucoup moins affaissé que la veille après la ponction ; on constate une légère reproduction de liquide et surtout un assez fort degré de tympanisme.

9 *mars*. — Le collodion, ayant déterminé des éraillures de la peau, a dû être enlevé. L'œdème des jambes qui avait considérablement diminué a repris une marche ascendante, mais est cependant moins prononcé que primitivement. Le liquide a également considérablement augmenté.

17 *mars*. — Le ventre est moins volumineux que lors de l'entrée. L'appétit est un peu revenu. L'urine est un peu moins rare : un demi-litre, mais émise en cinq ou six fois. Une seconde ponction donne issue à 14 litres de liquide. Il y a une amélioration presque immédiate du côté des phénomènes respiratoires.

20 *mars*. — Le mieux est de plus en plus temporaire, et le liquide se reproduit rapidement, quoique le ventre ne reprenne jamais son volume primitif. La dyspnée a de nouveau réapparu.

25 *mars*. — 3e ponction donnant issue à 8 litres de liquide.

27 *mars*. — La dyspnée augmente, la teinte jaune terreux de la face est plus marquée. L'appétit a disparu complétement. Vomissements après l'ingestion du moindre aliment.

28 *mars*. — Délire depuis la veille au soir.

29 *mars*. — Mort à 6 heures du matin.

AUTOPSIE faite le 30 mars.— Taches sanguines sur les parties latérales de l'abdomen. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule plusieurs litres de sérosité ascitique, d'un jaune citrin, absolument semblable au liquide obtenu par les ponctions pendant la vie. Ce liquide ne présente aucune trace appréciable de sang dans son intérieur. Toutes les parties antérieures et latérales de l'abdomen présentent des signes évidents de péritonite subaiguë. Le péritoine est fortement injecté, couvert de fines arborisations vasculaires; il est revêtu de néo-membranes minces, stratifiées sur certains points, très-vasculaires, tomenteuses. De chaque côté de la ligne blanche, sur la limite de l'épigastre et des hypochondres, on trouve des kystes sanguins, au nombre de trois de chaque côté, dont le plus volumineux atteint presque les dimensions d'un œuf de poule, et le plus petit celles d'une noisette. Ces kystes ont leurs parois propres formées par les néo-membranes, épaisses à ce niveau d'un millimètre environ, et formées elles-mêmes de plusieurs couches plus minces que l'on peut détacher avec des pinces, on arrive ainsi sur le contenu du kyste formé de sang coagulé noirâtre, ayant une consistance ferme et homogène, et ressemblant à une sorte de gelée noire et dure. Sur une coupe médiane, l'apparence du contenu de ces kystes est la même, nulle part on ne voit de couches concentriques, l'hémorrhagie qui les a produits paraît s'être faite rapidement et en une seule fois. Par leur base, ces hématomes reposent sur le péritoine, avec lequel ils n'ont contracté aucune adhérence, et qui est simplement dépoli à leur niveau. Les néo-membranes, qui forment la paroi de ces kystes, et aux dépens desquelles ils se sont évidemment développés, sont très-vasculaires, elles sont couvertes de vaisseaux très-fins formant des arborisations très-serrées.

Sur deux de ces kystes, la limitation exacte du processus hémorrhagique au niveau de la base fait défaut, et l'on peut suivre sous les néo-membranes, à une distance de 2 à 4 centimètres, l'hémorrhagie qui se continue sous forme d'une lame très-mince.

Nulle part ailleurs nous n'avons retrouvé de productions semblables sur le péritoine pariétal; quant au péritoine viscéral il ne présentait pas de traces d'inflammation.

Le *foie* est petit, atrophié, il pèse 1,075 grammes, sa surface est lisse absolument, pas la moindre dépression cicatricielle si petite qu'elle soit. Il est très-résistant à la coupe, la surface de section ne présente pas de saillies granuleuses, le tissu conjonctif est très-abondant, d'une teinte gris-rosée, il infiltre le parenchyme hépathique dans toute son étendue, les lobules hépatiques très-atrophiés, disparus par place, semblent un semis de grains de semoule répandus au sein du tissu conjonctif de nouvelle formation. Pas d'amyloïde.

Pas de brides cicatricielles à la face inférieure de l'organe. La vésicule biliaire fortement dilatée, contient une bile verdâtre. Pas de calculs.

© BIU Santé

L'examen microscopique nous a montré que nous avions affaire à une cirrhose commune, ordinaire, périlobulaire. Le tissu conjonctif très-abondant constitue à lui seul plus du tiers de la masse de l'organe, il est organisé et ne présente que très-peu de noyaux, les lobules hépatiques sont très-diminués de volume, et un certain nombre de cellules infiltrées de graisse. Pas de cirrhose intra-lobulaire. Rien à noter de particulier du côté des canalicules biliaires, dont les branches périlobulaires sont cependant un peu plus apparentes qu'à l'état normal. La *rate* est hypertrophiée. Poids 300 grammes. Périsplénite très-marquée de la face convexe. Consistance normale. Rien de particulier à la coupe. Pas d'amyloïde. Les *reins* sont lobulés. Pas d'épaississement ni d'adhérence de la capsule. A la coupe rien de particulier. Pas de néphrite interstitielle. Pas d'amyloïde. Les *poumons* sont fortement congestionnés et splénisés aux bases. Pas de granulations tuberculeuses. Le *cœur* a son volume normal. Pas d'insuffisance ni de rétrécissement aortiques, les sigmoïdes sont un peu scléreuses, ainsi que l'aorte ascendante. Pas de lésions mitrales ni tricuspides. Le myocarde est mou, flasque, de couleur jaune pâle à la coupe.

RÉFLEXIONS.— L'intérêt de cette observation nous paraît résider dans la présence des hématômes du péritoine que nous avons constatés à l'autopsie. Ces hématômes ne sont que la conséquence d'une péritonite hémorrhagique localisée, et ils se sont produits d'après un mécanisme semblable à celui de la pachyméningite avec hématômes, et de certaines variétés d'hématocèles rétro-utérines. Ce qui nous engage à publier ce cas, c'est son extrême rareté, et nous n'avons pas trouvé jusqu'ici d'exemples analogues dans les quelques recherches bibliographiques que nous avons faites à cet égard. Mais il y a, dans cette observation, un autre fait qui doit également attirer l'attention, c'est la symétrie curieuse qu'affectaient ces hématômes dans leur disposition, au nombre de trois, de chaque côté de la ligne médiane, à 8 ou 10 centimètres en dehors de la ligne blanche, entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure, ces tumeurs pouvaient être intéressées dans les ponctions du péritoine, et il est probable qu'il en a été ainsi lors de la dernière ponction, car une de ces tumeurs présentait une suffusion hémorrhagique irrégulière dans le point correspondant à l'ouverture du péritoine, et nous croyons cependant qu'elles ont dû se produire dans les derniers jours qui ont précédé la mort, et nous nous basons, pour appuyer cette opinion, sur les caractères que présentaient ces hématômes. En effet, comme nous l'avons décrit plus haut, le sang paraissait épanché depuis peu de temps, sa couleur noirâtre, sa consistance ferme, montraient qu'il s'était épanché récemment dans les néo-membranes.

Quant à la pathogénie de cette péritonite hémorrhagique, nous ne voyons guère comment on peut l'expliquer. Evidemment dans ce cas on n'a pas affaire à une cirrhose compliquée de péritonite comme il en a été publié des exemples, car, dans ces cas-là, la péritonite est chronique et s'accompagne d'un épaississement du péritoine plus ou moins généralisé, et affectant également le péritoine viscéral et le péritoine pariétal. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de ce genre pendant notre internat à Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Hardy. Dans le cas actuel, la péritonite était localisée à la partie antérieure de l'abdomen surtout, et un peu aux parties latérales. En outre, la péritonite était de date récente, le degré peu élevé d'organisation des néo-membranes en est la preuve. Les ponctions répétées du péritoine ont-elles été le point de départ de cette péritonite qui, partie du flanc droit, se serait irradiée autour de l'ombilic? La chose est possible, toutefois, la tolérance du péritoine dans les cas d'ascite étant connue, on comprendra facilement que nous ne formulions cette hypothèse que sous toutes réserves.

Un dessin de ces tumeurs, que nous devons à l'obligeance de M. Capitan, externe des hôpitaux, a été déposé dans l'album de la Société.

Angine de poitrine. — Mort subite. — Athérome artériel. — Compression du pneumogastrique droit ; par Charles Lenoux, interne des hôpitaux.

Parigot, François, âgé de 53 ans, sellier, entre le 15 janvier 1878 dans le service de M. Raynaud, pour une douleur violente, siégeant vers le milieu du sternum, et qui acquiert sous l'influence de la marche, de la fatigue une acuité extrême, avec irradiation dans le bras gauche.

Cet homme de taille moyenne, assez bien musclé, affirme avoir toujours eu une vie régulière. Toujours bien portant, il n'a jamais fait d'autres excès que des excès de coït et cela depuis sa jeunesse. On ne trouve chez lui aucune trace antérieure ou actuelle de syphilis, pas plus que des autres diathèses, scrofule ou arthritis. En 1871, il fit des pertes d'argent assez importantes, mais il n'en fut ni chagrin ni découragé.

P... fait remonter le début de sa maladie à trois ans et demi, époque où continuellement il était sous le coup d'une lassitude profonde et avait perdu toute son énergie, sans pouvoir toutefois savoir d'où il souffrait. Un an après, au milieu d'une promenade, il éprouve subitement, deux heures après le repos et sans en connaître la cause, une douleur poignante, rétrosternale, qui le suffoque et l'oblige à s'arrêter. Cette douleur diminue rapidement, mais ne disparaît totalement qu'au bout de deux heures. A dater de cette époque, des attaques semblables reviennent irrégulièrement, mais, d'après sa remarque, toujours après le repos. Il entre dans ces conditions à l'hôpital où il reste six semaines, traité par des douches froides, des bains alcalins et du vin de pepsine.

A partir de ce moment, il parcourt divers services sans trouver d'amélioration sensible dans son état. Depuis 18 mois cependant ces attaques étant devenues beaucoup moins violentes, il avait pu travailler, mais depuis novembre 1877, il est de nouveau pris avec violence et ses attaques deviennent de plus en plus nombreuses. Il entre dans ces conditions dans le service de M. Raynaud.

Etat actuel. Cet homme, d'apparence assez vigoureuse, a l'air souffrant, ses yeux sont enfoncés et fortement cerclés de noir. Sous l'influence de la marche, d'un effort, surtout au moment de la miction ou de la défécation, le malade est souvent pris d'un accès douloureux. L'attaque débute par une sensation vague dans la poitrine ; puis survient rapidement une douleur vive, angoissante qui occupe le milieu du sternum au niveau du 3e cartilage costal ; cette douleur fixe, s'irradie dans le dos à la même hauteur ainsi que dans le bras gauche et jusque dans les doigts ; quelquefois aussi, il ressent en même temps des douleurs vives dans les gencives inférieures et c'est là que, dans certaines crises, la douleur est le plus aiguë ; l'irradiation se fait aussi vers l'épaule droite ; sans descendre le long du bras. Le début est quelquefois inverse ; des sensations vagues dans le bras gauche précèdent la douleur rétro-sternale, il en est de même pour la douleur des gencives. Pendant l'accès, la physionomie du malade ne change pas, il est immobile, anxieux, le pouls et la respiration ne sont pas modifiés. (Ces notes m'ont été remises par M. Goix, externe du service.)

Ces crises se renouvellent fréquemment dans la journée, 5 à 6 fois et durent quelques minutes. Dans l'intervalle des accès, il se sent bien, mais fatigué. L'auscultation faite avec le plus grand soin ne permet d'affirmer aucune lésion d'orifices. Il semble qu'à certains moments, il y ait un peu de ronflement presystolique de la pointe ; à d'autres un bruit léger semblable à un froissement de chiffon, siégeant à la pointe et systolique, mais insuffisant pour permettre un diagnostic précis.

Le foyer aortique n'est le siége d'aucun bruit pathologique. Les artères sont athéromateuses, aussi les battements du cœur sont-ils assez forts et la pointe un peu abaissée facilement perceptible. Rien ailleurs, pas de battements anormaux. En présence de cet ensemble symptomatique, M. Raynaud diagnostique une angine de poitrine dont la cause reste indéterminée.

Le 21 *janvier*, on prend son tracé sphygmographique lequel rappelle celui de l'insuffisance aortique, en ce sens qu'il offre un petit crochet, mais ce qui domine c'est le plateau de l'athérome ; le pouls, bien que fort et régulier, ne présente que fort incomplètement les caractères du pouls aortique. Il n'y a pas de souffle crural. A l'auscultation, M. Raynaud trouve le se-

© BIU Santé

cond bruit du cœur sourd, mal claqué, un peu prolongé; il n'y a pas de souffle véritable. Un signe qui tout d'abord avait échappé est l'inégalité pupillaire observé chez ce malade; la pupille gauche était fortement rétrécie et d'une façon permanente, même pendant ces accès douloureux. Ces signes avaient de nouveau attiré l'attention vers les gros vaisseaux artériels, mais aucun symptôme de dilatation anévrysmale ne put être découvert.

Pendant tout son séjour à l'hôpital, son état reste le même; les crises sont cependant plus fréquentes dans les derniers temps, survenant 8 à 10 fois par jour; une fois, il en aurait eu au moins 30 (!). Un traitement varié n'amène aucune amélioration; les injections de morphine seules le calment. Un jour il a l'idée de s'électriser avec un de ses voisins et croyant avoir trouvé dans ce nouveau moyen un remède efficace, il continue pendant 15 jours, puis l'abandonne, n'ayant eu qu'une amélioration passagère.

10 *mars*.—L'examen ophthalmoscopique démontre l'absence de lésion au fond de l'œil. Quelques jours après il est pris d'une conjonctivite purulente double qui guérit au bout de 20 jours.

Le 7 avril, au matin le malade meurt subitement sans pouvoir dire autre chose que ces mots: « j'étouffe ». La nuit précédente avait été mauvaise, il s'était plaint de vives douleurs qui n'avaient cédé qu'à une injection de morphine.

Autopsie. — *Cœur*. Les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées et présentent à la coupe une légère teinte feuille-morte. La valvule mitrale est saine, ainsi que l'orifice aortique; l'expérience de l'eau ne révèle aucune trace d'insuffisance aortique. Rien au cœur droit. L'aorte est dilatée dans toute la région de la crosse; l'endartère est injectée, ulcérée çà et là et constellée de plaques d'athéromes jaunâtres, peu consistantes. La dégénérescence athéromateuse infiltre l'aorte dans toute son étendue; mais les lésions sont à leur maximum au niveau de la crosse; les tuniques sont épaissies surtout dans la première portion de la crosse. Le tissu cellulaire périphérique est épaissi et, en particulier au point, où l'aorte et l'artère pulmonaire se croisent. L'artère pulmonaire et son orifice sont sains. Le péricarde est intact même au niveau de sa réflexion sur l'aorte et les gros vaisseaux. Les artères coronaires ouvertes dans toute leur étendue sont à peu près normales; il y a ni obstruction ni rétrécissement; on ne voit qu'une petite plaque jaunâtre sur l'une d'elles, début probable d'endartérite chronique. Les nerfs sont disséqués avec soin, mais il est impossible de reconnaître au milieu du tissu cellulaire induré périaortique le filet du plexus cardiaque. Les deux nerfs phréniques sont absolument sains et passent sur les côtés du péricarde sain lui-même; il n'y a ni injection ni épaississement du tissu cellulaire ambiant.

Le *pneumo-gastrique gauche* passe en arrière de la bronche correspondante au milieu de tissu cellulaire sain et se laisse facilement isoler. Le *pneumo-gastrique droit* est facilement isolable dans tout son trajet jusqu'au niveau de la bronche correspondante; là il se trouve en rapport avec l'origine de la bronche et complétement accolé et adhérent à un gros ganglion péri-trachéen sur lequel il est fixé d'une façon intime. On ne peut sans l'entamer l'isoler par la dissection. Ce ganglion lymphatique, entouré du tissu cellulaire induré, est noirâtre à sa périphérie et absolument transformé à son centre en une masse calcaire.

Le pneumogastrique adhère en ce point dans une étendue de 2 centimètres; immédiatement au-dessous naissent les rameaux pulmonaires; plus bas, le pneumogastrique se reconstitue et va se joindre au pneumogastrique gauche sur l'œsophage. Les grands sympathiques ne paraissent pas altérés; les autres viscères sont sains.

Examen histologique. — Le pneumogastrique droit (côte comprimée), examiné immédiatement au-dessus du point où il adhère au ganglion lymphatique ne présente aucune altération. Après séjour dans l'acide osmique et coloration par le picro-carminate d'ammoniaque, on peut dissocier facilement les fibres nerveuses. La gaîne de Schwann n'est pas épaissie, ses noyaux peu nombreux sont très-nets; la myéline est intacte et les cylindraxes sont sains; il en est de même des fibres de Remak.

L'examen d'un fragment de ce même pneumogastrique, pris au niveau du point adhérent, ne permet de reconnaître qu'un épaississement de la gaîne de ce nerf; les tubes nerveux sont sains.

Le pneumogastrique gauche est intact.

Les filets des grands sympathiques, pris immédiatement au-dessus du plexus cardiaque, se laissent facilement dissocier; les fibres de Remak sant saines.

Remarques.— Cette observation renferme plusieurs particularités intéressantes. Nous ferons remarquer :

1° Les violentes douleurs ressenties pendant les crises au niveau des gencives, sans toutefois en expliquer ni la cause ni le mécanisme;

2° L'absence de lésions du péricarde au niveau de la base des gros vaisseaux; l'intégrité des deux nerfs phréniques et des artères coronaires, à l'altération desquelles on a voulu attribuer une grande part dans les symptômes;

3° L'intégrité des tubes nerveux des pneumogastriques et des sympathiques. Quelle a été la part dans les symptômes et dans la mort subite de cette adhérence du pneumo-gastrique à un ganglion altéré? Nous ne saurions le dire; toujours est-il qu'on n'a observé ni troubles respiratoires, ni désordres de circulation, ni toux coqueluchoïde;

4° Les seules lésions constatées ont été : athérome aortique très-accentué, avec périartérite. Y a-t-il eu altération des filets propres du plexus cardiaque? Nous n'avons pu le démontrer.

Peut-on, d'après ces lésions, faire la physiologie pathologique de ce cas particulier? Faut-il considérer l'athérome aortique comme point de départ des troubles nerveux et regarder l'angine de poitrine comme symptômatique de l'athérôme aortique, telle est, nous le croyons, la seule explication possible. Y a-t-il eu névralgie ou névrite du plexus cardiaque? Nous n'avons pu le prouver.

Carcinose miliaire aiguë généralisée du péritoine ; par M. Oudin, interne des hôpitaux.

La nommée X.., âgée de 42 ans, entre le 18 mars 1878 à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 57, service de M. le docteur Guibout. Cette femme fut d'abord conduite dans le service de M. Duplay, où elle resta sept jours, puis elle passa le 25 mars dans le service de M. Guibout.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires. Cette malade avait toujours, sauf quelques indispositions passagères, joui d'une bonne santé. Elle eut deux couches heureuses, la dernière il y a dix ans. Ce n'est que depuis trois mois que cette femme est malade. Elle commença d'abord par ressentir des douleurs vives et passagères dans l'abdomen, en même temps que son ventre devenait plus volumineux. Elle s'amaigrissait, ses digestions se faisaient mal. Depuis cette époque, la malade n'a plus revu ses règles. Dans les derniers jours de février seulement, elle fut forcée de s'aliter; et c'est depuis trois semaines environ qu'elle éprouve de grandes difficultés à respirer. C'est une femme présentant un aspect cachectique et une teinte jaune paille prononcée; sa maigreur n'est pas bien considérable, mais elle nous dit avoir eu beaucoup d'embonpoint. Les jambes et la paroi abdominale sont très-œdématiées. Le ventre présente un volume énorme; il est distendu par une grande quantité de liquide. Sur le front et à la racine du nez, se remarquent cinq ou six petites éminences de la peau, analogues à celles du cancer généralisé.

A la palpation de l'abdomen, on constate de la fluctuation, et en déprimant brusquement la paroi, on sent environ à dix centimètres au-dessus de la symphise, des tumeurs dont on ne peut apprécier ni la forme, ni le volume. La percussion indique une matité complète dans toutes les parties déclives, de la sonorité au-dessus de l'ombilic. La matité se déplace suivant les mouvements qu'on fait exécuter à la malade. Cet examen est légèrement douloureux; du reste, la malade, d'une faiblesse extrême, ne se déplace qu'avec beaucoup de difficultés.

A l'examen des organes thoraciques, on constate à droite un vaste épanchement de liquide remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate. La pointe du cœur, refoulée, est bien en dehors

© BIU Santé

du mamelon. A gauche, quelques râles de congestion à la base. Les bruits du cœur sont sains. La dyspnée étant très-considérable, l'épanchement thoracique est ponctionné le 27 mars, et on retire environ un litre d'un liquide trouble, fortement coloré en rouge. Examiné au microscope, il contenait des cellules épithéliales, des cellules de pus et de nombreux globules rouges.

28. — La malade a été beaucoup soulagée par la ponction. Elle respire plus facilement. Le niveau du liquide s'est abaissé jusqu'à l'angle de l'omoplate.

1er *avril*. — L'épanchement s'est reformé aussi abondant qu'auparavant. La dyspnée est redevenue considérable. La malade qui jusqu'alors avait eu des alternatives de constipation et de diarrhée, est prise d'une diarrhée continuelle. Elle va en s'affaiblissant de jour en jour et meurt le 8 avril sans avoir présenté de nouveaux symptômes.

Autopsie 36 heures après la mort. Pas de putréfaction. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une quantité considérable, environ cinq litres, d'un liquide trouble, d'une coloration jaune rougeâtre. On aperçoit alors une masse volumineuse occupant les trois-quarts supérieurs de la cavité abdominale formée par le grand épiploon épaissi, sur lequel on remarque de nombreux nodules graisseux et un semis très-abondant de petites granulations arrondies, saillantes, blanches, variant de la dimension d'un grain de millet à celle d'une lentille. Ces granulations offrent sous le doigt une résistance qui donne la sensation d'une peau de chagrin à grains volumineux. A sa partie inférieure, l'épiploon adhère par des brides celluleuses lâches à la paroi antérieure de l'abdomen. Au-dessus de lui, se voit l'estomac fortement dilaté, recouvert en partie par le foie volumineux, d'une couleur jaune paille.

Le quart inférieur de la cavité abdominale est occupé par deux poches kystiques chacune du volume d'une tête de fœtus à terme. Leur paroi mince, rougeâtre, sillonnée de nombreux vaisseaux, ne présente pas de nodules cancéreux à sa surface. Par une éraillure faite à l'une d'elles s'échappe un liquide jaune citrin. En enlevant l'épiploon on voit le paquet intestinal dont les circonvolutions fortement injectées, sont agglutinées par de nombreuses adhérences celluleuses. Sur la surface de l'intestin et sur le mésentère se remarquent aussi de nombreuses granulations cancéreuses, analogues à celles de l'épiploon. Sur le mésentère c'est surtout au niveau de la dernière portion de l'iléon qu'elles sont abondantes, disposées sous forme d'arborisations vasculaires. Elles affectent la même disposition sur le mésocôlon transverse jusqu'au niveau du diaphragme.

Les kystes, une fois la masse intestinale enlevée, apparaissent développés aux dépens de l'aileron postérieur des ligaments larges, le corps de l'utérus étant accolé immédiatement à leur face antérieure. Latéralement ils adhéraient légèrement à la paroi abdominale.

Les organes intra-pelviens étant enlevés en masse, la paroi abdominale interne bien mise à nu, on constate que ses faces antérieure et latérale présentent surtout dans leur moitié inférieure un semis de nodules, les uns disséminés sans ordre et cela surtout pour la moitié gauche; les autres sont disposés plutôt suivant des séries linéaires, par places confluentes, dirigés ainsi de bas en haut, dessinant en quelques points des troncs vasculaires, avec leurs anastomoses et leurs branches de bifurcation. D'autres enfin forment des plaques à contours irréguliers ; ils remontent ainsi jusqu'au diaphragme sur la face inférieure duquel ils sont très-abondants, se touchant par leurs bords, le constellant d'innombrables saillies. Si maintenant nous examinons les organes intra-pelviens, nous constatons que l'utérus a perdu sa forme, qu'il est allongé, cylindroïde, son tissu est ferme, résistant, comparable à celui d'un corps fibreux.

De chaque côté de l'utérus se trouvent les deux parties kystiques dont nous avons parlé. L'une plus volumineuse à droite, en arrière et en haut adhère en une certaine étendue au corps de l'utérus; l'autre lui est moins intimement unie, elle est en rapport avec son bord gauche. Comme nous l'avons dit, elles contiennent un liquide jaune citrin. En unissant leurs parois on voit que leur cavité est subdivisée par des loges secondaires, les unes complètes, les autres formant seulement des alvéoles sur leur face interne. Dans l'épaisseur des parois postérieures de ces deux kystes se trouvent logés les deux ovaires de volume normal. En les incisant on voit que leur tronc est dégénéré. L'ovaire gauche est transformé en une bouillie blanche caséeuse. Le droit, plus résistant, ayant encore conservé sa forme, présente une masse d'un blanc grisâtre sur laquelle se distinguent encore les deux couches de l'organe, La vessie est saine, sauf quelques nodules sous-séreux. L'*intestin* présente aussi une muqueuse parfaitement saine, tous les nodules cancéreux étaient aussi sous la séreuse. *Foie volumineux*, dégénérescence graisseuse avancée par des noyaux cancéreux dans son épaisseur, mais quelques granulations sur la vésicule biliaire et sur l'épiploon gastro-hépatique. *Rate* petite, ferme. *Reins* jaunâtres, anémiés, légère dégénérescence graisseuse. Ces organes, pas plus que l'estomac, ne présentent trop de noyaux cancéreux.

Cavité thoracique. — Le *poumon* droit est réduit environ au tiers de son volume et refoulé par un liquide troublé séro-sanguinolent le long de la gouttière vertébrale, et dans le cul-de-sac supérieur de la plèvre. Quelques adhérences celluleuses au sommet; le tissu du poumon est carnifié, ne crépite plus qu'un peu au sommet, partout ailleurs il va rapidement au fond de l'eau. Le poumon gauche est sain, un peu d'emphysème au sommet et de congestion à la base. Pas de liquide dans la plèvre de ce côté, pas non plus dans le péricarde. Le cœur est volumineux. Pas de lésion d'orifice. La face inférieure du diaphragme, le péricarde et la plèvre pariétale gauche ne présentent rien à signaler. Le tiers inférieur de la plèvre pariétale droite, surtout contre la gouttière vertébrale, présente quelques plaques analogues à celles du péritoine et des nodules cancéreux, les uns confluents, d'autres disséminés. Tout autour, sur une surface de cinq centimètres carrés environ, fausses membranes vascularisées donnant une coloration rouge à la plèvre et s'enlevant par le grattage.

Cerveau et moelle, rien à signaler. La bouillie caséeuse de l'ovaire gauche portée sous le microscope, s'est montrée composée de grandes cellules à parois irrégulières, les unes arrondies, d'autres en croissant, d'autres ramifiées, toutes renfermant de nombreuses granulations, des noyaux multiples et des gouttelettes de graisse. Un fragment de l'épiploon à un point où il était resté mince, nous a montré une prolifération active de son tissu, renfermant beaucoup de jeunes éléments et sur un petit point de la taille d'une tête d'épingle arrondi, bien régulier, de grandes cellules tassées les unes contre les autres; le peu de transparence de la préparation ne permettant pas de saisir les détails de leur agencement.

L'examen histologique de l'ovaire droit et des noyaux péritonéaux, nous a permis de constater qu'il s'agissait d'un carcinôme, la tumeur était formée essentiellement par des alvéoles remplies de grandes cellules.

En résumé, cette observation nous semble intéressante par la généralisation rapide d'un cancer très-peu avancé des ovaires, par la localisation des noyaux cancéreux aux séreuses, et enfin par ce fait que l'épanchement pleural était hématique, bien que les noyaux cancéreux de la plèvre aient été très-petits et non ulcérés, mais grâce à la présence de minces fausses membranes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 juin. — Présidence de M. Tarnier.

M. Panas entretient de nouveau la Société de la malade atteinte d'hydarthrose intermittente périodique, qui lui avait fourni, il y a quelques semaines, le sujet d'une intéressante communication. Pendant la dernière partie de son séjour à l'hôpital Lariboisière, cette femme a pris chaque jour dix à douze gouttes de liqueur de Fowler. Depuis qu'elle a quitté le service de M. Panas, elle n'a pas eu de nouvelles attaques.

En compulsant les recueils, M. Panas a encore trouvé quelques observations analogues dans les journaux allemands et anglais. Un médecin allemand, Hueter, a même combattu avec succès l'hydarthrose intermittente par des injections intra-articulaires d'acide phénique, faites à l'aide de la seringue de Pravaz.

© BIU Santé

Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter. — M. Farabeuf expose, avec sa lucidité habituelle, quelques considérations très-importantes sur la ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter. L'habile opérateur a depuis longtemps été frappé du fait suivant : quand, après avoir placé brusquement la cuisse dans l'abduction, on fait une incision sur la ligne menée du milieu de l'arcade crurale au tubercule du grand adducteur, on s'expose à ne pas rencontrer le muscle couturier qui doit servir de guide. C'est que le couturier a changé de position et s'est porté en arrière. Le déplacement est réel sur le vivant comme sur le cadavre. L'abduction brusque de la cuisse présente encore un autre inconvénient : dans cette position, on ne sent que la partie postérieure et supérieure du tubercule du grand adducteur, c'est-à-dire un point situé à deux centimètres au-dessus de celui que l'on veut trouver. Aussi, M. Farabeuf conseille-t-il de faire d'abord l'incision dans l'adduction, et puis de fléchir la cuisse et de la porter dans l'abduction pour terminer la ligature. Il est un point de repère sur lequel insistent tous les auteurs, et auquel M. Farabeuf accorde une importance relativement moindre. Il ne lui paraît pas très-utile d'introduire la sonde cannelée par l'orifice de sortie du nerf saphène interne, parce que l'opérateur est gêné par la saillie du genou. Mieux vaut, d'après M. Farabeuf, passer la sonde cannelée de haut en bas, très-près, en dehors et le long de la corde tendue, formée non par le tendon du troisième adducteur, mais par une expansion aponévrotique du deuxième.

Séance du 26 juin. — Présidence de M. Tarnier.

Pansement antiseptique de M. le professeur Lister. — L'événement de la séance a été la communication de M. Lister sur son pansement antiseptique. Un public nombreux et sympathique écoutait avec une remarquable attention les explications du célèbre chirurgien anglais, qui s'exprime assez facilement en français. Le discours de M. Lister a duré plus d'une heure, et l'auditoire semblait heureux d'apprendre, de la bouche même de son inventeur, les détails de la méthode antiseptique.

Dans toute plaie, d'après M. Lister, il y a deux choses à combattre : 1° *l'inflammation ordinaire;* 2° *la suppuration causée par la putréfaction.* Tout le monde sait qu'une plaie récente ne suppure pas dans les premières vingt quatre heures. Les bourgeons charnus ou granulations précèdent toujours la suppuration ; c'est là un point d'une grande importance. Dans certains cas de greffe, pratiquée d'après la méthode de M. Reverdin, on voit s'effectuer la réunion primitive, malgré la présence de granulations. Cela prouve que les granulations des plaies n'ont pas tendance à faire du pus.

Aussitôt qu'une surface granulante est soustraite à toute cause d'irritation, elle cesse de faire du pus. Une plaie récente, pansée à l'huile phéniquée, donne du pus en plus ou moins grande abondance. Mais, si entre le liquide antiseptique et la plaie, on place une substance isolante qui protége la plaie contre l'irritation de l'antiseptique, en règle générale, la plaie ne suppure pas, et il ne se forme pas de granulations. Au bout de quelques semaines, il s'est produit une cicatrice sans écoulement de pus.

Le corps protecteur ou *protective* dont se sert M. Lister est, comme on sait, une sorte de taffetas au vernis copal; il n'est pas encore assez parfait pour empêcher absolument la suppuration de la surface granulante. Cependant, il diminue beaucoup la suppuration.

M. Lister professe qu'il y a souvent danger de se servir d'un morceau trop grand de protective. La lame isolante exclut l'action irritante de l'antiseptique, mais il faut qu'elle soit dépassée de tous côtés par la gaze.

L'eau dissout au maximum 1/15e de son volume d'acide phénique; cette solution est très-caustique à la langue. La solution d'huile phéniquée à 1/10e est moins irritante que la solution aqueuse d'acide phénique à 1/20e. Enfin, l'acide phénique, combiné à la résine dans la proportion de 1 sur 5, est encore mieux supporté.

Pour un pansement permanent, on doit, d'après M. Lister, employer une substance qui ait une grande affinité pour l'acide phénique. Or, la résine n'étant pas soluble dans l'eau ne se mélange pas aux écoulements qui viennent de la plaie, ce qui constitue un grand avantage.

L'objet du *macintosh*, ou tissu imperméable placé entre les deux derniers doubles de la gaze, est d'empêcher l'écoulement de traverser la gaze complètement et de le conduire sur les bords.

L'acide phénique n'est pas le seul antiseptique employé par M. Lister. L'acide borique, dont l'action est moins forte que celle de l'acide phénique, produit de bons effets pour les plaies superficielles et pour les vieux ulcères. Mais, dans les pansements à l'acide borique, le protective a un désavantage : celui d'enlever le nouvel épiderme qui se forme sur la plaie.

Une solution de chlorure de zinc à 1/12e sert avantageusement à M. Lister dans les plaies de la bouche. Une seule application de cette solution empêche la putréfaction de se faire à la surface de la plaie, bien que les causes de putréfaction soient nombreuses, à la suite de l'extirpation de la langue, par exemple. M. Lister termine en remerciant ses collègues de la bienveillante attention qu'ils ont bien voulu lui témoigner.

M. Després prend la parole pour répondre à M. Lister : Nous n'avons pas, dit-il, l'habitude d'argumenter les étrangers qui nous font l'honneur de venir dans notre Société, mais la question est tellement importante que je crois nécessaire d'ajouter quelques mots. » M. Després a, d'ailleurs, combattu les idées de M. Lister avec une parfaite courtoisie, et il y a lieu de s'étonner que M. Giraud-Teulon ait laissé échapper ce mot, qui serait solennel, s'il n'était singulièrement naïf : « *Respect aux étrangers!* » Personne ne songe, et M. Després moins que personne, à manquer de respect à nos illustres hôtes des pays amis.

M. Després a donc déclaré que l'air n'exerçait pas d'action fâcheuse sur les plaies. Les travaux de M. Bouisson, sur la ventilation, ont bien mis ce fait en lumière. Quant aux plaies de la bouche, abandonnées à elles-mêmes, elles guérissent presque toujours sans complications. M. Després reproche encore à M. Lister de ne pas tenir assez de compte de l'immobilisation dans les plaies; il n'admet pas davantage que l'ouverture des abcès par congestion, même avec le pansement antiseptique, constitue une bonne pratique.

M. Lister essaye de réfuter en quelques mots les critiques qui viennent d'être formulées par son adversaire. Si les plaies de la bouche guérissent sans traitement, c'est que la salive constitue un antiseptique naturel et n'exerce pas d'action irritante sur la plaie. Mais, lorsqu'on fait une cautérisation avec une solution de chlorure de zinc, la guérison se fait avec plus de rapidité. D'un autre côté, il est certain que les abcès par congestion amènent parfois de la fièvre et un état général grave; l'ouverture de ces abcès avec pansement antiseptique est suivie d'un grand soulagement. Mais M. Lister ne prétend pas guérir tous ses malades atteints d'abcès ossifluents.

Ch. Avezou.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 26 juin. — Présidence de M. Gubler.

M. Danyau présente quelques observations au sujet de la communication faite par M. Coudereau, sur l'hygiène de la première enfance. En thèse générale, on peut dire que les enfants bien portants ne crient pas; ceux chez lesquels l'allaitement se fait mal crient très-souvent. Cependant il est des cas où les enfants se laissent mourir sans se plaindre. A l'appui des assertions de M. Coudereau, M. Giraldès avait remarqué que certaines femmes de Bourgogne avaient le sein hémisphérique. Les races du Nord ont le sein conique. Dans son travail sur la carie dentaire, M. Magitot note que la carie dentaire est surtout normande. Dans son traité (*Officina gentium*), Gernandy parlant de la Suède, dit des races du Nord qu'elles sont très-fécondes et d'une longévité remarquable. Or, nous savons que la Normandie a été peuplée par ces races : nous pourrions donc trouver là l'explication de la bonne nourrice normande.

© BIU Santé

M. COUDEREAU. Le fait des enfants qui ne crient pas s'observe surtout chez les enfants très-jeunes, très-paresseux pour téter. Cela est dû à une congestion cérébrale qui tient le petit être dans une sommolence à peu près continuelle, d'où on est obligé de le tirer, si du moins il est soumis à une bonne hygiène. Quant aux remarques ethnologiques, il n'a pas traité cette question à ce point de vue. Ses statistiques sont rigoureuses : du reste elles concordent parfaitement avec celles de Devergie relativement aux observations de dents cariées, avec celles de Bouchot sur l'âge des nourrices. Becquerel et Vernay indiquent que certains malades faibles, que les femmes menstruées ont un lait plus riche que les autres. On devrait donc dire que les meilleures nourrices sont les femmes qui ont une tendance au dépérissement.

M. GUBLER reprenant les caractères des bonnes nourrices, les applique à chacune d'elles : c'est ainsi que les nourrices Bourguignonnes ont des seins hémisphériques ; les Picardes et les Normandes des seins allongés, parfois ellipsoïdes, à base rétrécie ; mais surtout ont un mamelon très-allongé et des glandes de Montgomery énormes. A ce propos, il a remarqué que les glandes sébacées sont de véritables glandes accessoires de la mamelle. On peut en pressant sur ces petites glandes mammaires supplémentaires provoquer la projection du lait assez loin, jusqu'à 1 mètre.

Les produits de ces glandes présentent chimiquement et histologiquement tous les caractères de ceux des glandes mammaires... Les glandes mammaires sont à la fois organes de sécrétion et réservoirs du lait. Il est des femmes chez lesquelles les glandes mammaires ne servent jamais de réservoirs ; de sorte que certaines femmes à petits seins peuvent être d'excellentes nourrices, et sont même les meilleures. Car le lait est absorbé en même temps qu'il est sécrété, il n'a donc pas le temps de perdre une seule de ses propriétés. — L'âge a aussi son importance : la primiparité est une source de maladies graves, que n'offre pas la biparité. Quant aux dents, la plupart des hygiénistes et des accoucheurs se sont montrés trop sévères pour les nourrices à dents cariées. — Les analyses de MM. Becquerel et Vernay sont vraies chimiquement, mais il ne faut pas perdre de vue, qu'un seul réactif peut nous dire si tel lait est bon ou mauvais, c'est le réactif vivant.

M. JAVAL au sujet d'un prospectus envoyé sous bande à peu près à tous les médecins, et annonçant un moyen de guérison de l'astigmatisme par un appareil *ad hoc*, demande à la Société s'il n'y aurait pas lieu de nommer une Commission qui étudierait les moyens de réprimer des actes semblables.

Après une discussion assez longue, à laquelle prennent part MM. Gubler, Laborde, Reliquet, Perrin, Dalcourt, Lacassagne, une Commission composée de MM. Javal, Laborde, Reliquet, Riant, Decaisne, est nommée pour étudier la question ; les membres qui désireraient en faire partie sont invités à vouloir bien se joindre à leurs collègues et les aider de leur lumière.

M. GELLÉ commence la lecture d'un travail sur les : « considérations générales de l'hygiène de l'oreille. » Le nombre des maladies de l'oreille en France, est beaucoup plus grand qu'on ne pourrait le supposer. C'est ainsi que dans un espsce de 12 ans il y a eu 9418 réformés pour maladies de l'oreille.

D'une manière générale on peut dire que les surdités acquises sont plus nombreuses que les surdités de naissance.

A 21 ans le nombre est très-considérable : plus tard il le devient davantage puisque dans son traité des maladies de l'oreille M. de Troeltsch, va jusqu'à dire : Sur 5 personnes il y a au moins 1 sourd. L'air, le froid et surtout le froid humide, dans certaines contrées, en particulier les pays de goîtreux, ont une très-grande influence. (Traité de M. MORACHE). La porte d'entrée de la surdité est encore le pharynx : aussi toutes les maladies de la gorge impressionnent-elles plus ou moins vivement l'organe de l'ouïe... Le grand bruit, celui des grandes villes par exemple, émousse la sensibilité. Signalons encore les influences météorologiques, cosmiques, telluriques, la syphilis, la tuberculose, la faiblesse congéniale, l'hérédité, la consanguinité.

La lecture du mémoire sera continuée à la prochaine séance.

M. GUBLER annonce que le chiffre des adhérents au Congrès International d'hygiène est à l'heure présente de 610 ; parmi lesquels, 250 étrangers, 360 nationaux. Il invite les membres de la Société à se faire inscrire le plus tôt possible.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation (médecine).

II. De la médication diurétique ; par le Dr Paul LAURE, médecin des hôpitaux de Paris.

Ainsi que le déclare lui-même M. Laure, ce sujet de thèse comportait des recherches trop multipliées et un temps moins restreint, pour être présenté d'une façon complète. Néanmoins, tenant compte de quelques expériences récentes et de statistiques personnelles que l'auteur a entreprises et établies pour donner à son travail un cachet d'originalité, nous ne saurions méconnaître le côté réellement pratique que M. Laure a tenu à mettre en évidence dans sa thèse d'agrégation. Ce travail comprend trois chapitres. Le premier est consacré à quelques observations sur l'excrétion urinaire, c'est-à-dire à l'anatomie et à la physiologie du rein. Dans un deuxième chapitre, l'auteur aborde la médication diurétique ; après avoir rappelé les classifications adoptées par les thérapeutistes et après avoir tenté d'en établir une qui soit fondée sur les divers modes d'action physiologique des médicaments dits diurétiques, M. Laure n'hésite pas à déclarer son impuissance. Pour lui, tous les diurétiques, quelle que soit leur nature, doivent leurs propriétés à une action élective ; et jusqu'à présent inexpliquée sur les éléments sécréteurs du rein. Passant successivement en revue les diurétiques vaso-moteurs et aqueux, les sels neutres, les carbonates alcalins, les médicaments cyaniques, les diurétiques acides, les balsamiques, les excitants, le Jaborandi et le protoxyde d'azote, il rappelle succinctement leur action physiologique et leur action thérapeutique. Le troisième et dernier chapitre comprend les indications et les contre-indications de la médication diurétique. Ces indications sont subordonnées aux préceptes suivants : 1° Maintenir l'action du rein ; 2° Evacuer les liquides épanchés ; 3° Adoucir et diminuer l'irritation des organes génito-urinaires ; 4° Modifier l'excrétion urinaire, en s'opposant à la production exagérée d'acide urique ou de phosphates, prévenir ainsi la formation des graviers et des calculs ; 5° Etablir une dérivation par les voies rénales : 6° Concourir à l'élimination de principes toxiques propres ou étrangers à l'organisme.

A. J.

Manuel pour les infirmières ; par Miss Florence LEES.

(Troisième et dernier article.) (1).

Ce qui est tout particulièrement intéressant dans le livre de Miss Florence Lees et ce qui lui donne une autorité dont peu de livres approchent, c'est que, grâce aux nombreuses campagnes qu'elle a faites, comme infirmière, à l'étranger, et à l'immense expérience qu'elle a ainsi pu acquérir, elle appuie constamment ses préceptes sur des exemples aussi nombreux que variés et fournit aux partisans des écoles d'infirmerie une mine précieuse d'arguments bien difficiles à réfuter, car ils ont pour eux les lumières de la théorie et la pratique des nations les plus éclairées. Tel de nos obscurantistes médicaux ne veut pas d'infirmières diplômées ; Miss Lees ignore probablement l'existence de cet obscurantiste, et, ne l'ignorât-elle point, elle n'a pas besoin de lui répondre. Elle lui a répondu d'avance, à lui et à tous ses pareils, en traitant la question de haut dans son livre et appuyant son opinion à elle sur ce qui se fait à King's College Hospital, à Londres, à Sir Patrick Dun's Hospital, à Dublin, à l'Augusta Hospital, à Berlin, à l'école établie par la Grande-Duchesse de Bade, à Carlsruhe, et à celle que la princesse Louise de Hesse a fondée à Darmstadt. Dans tous ces établissements on veut des infirmières diplômées, médaillées ; et soyez sûrs que des examens

(1) Voir les nos 20 et 25.

© BIU Santé

dont les programmes ont été rédigés par des médecins comme le docteur Acland et des infirmières comme Miss Lees, sont des examens qui, joints au service d'internat qu'infirmiers et infirmières ont dû faire dans les meilleurs hôpitaux, offrent les garanties les plus sérieuses.

Nous avons vu Miss Lees appuyer les instructions qu'elle donne pour l'instruction des infirmières chargées de soigner les soldats sur ce qui se fait au Val-de-Grâce de Paris et citer jusqu'aux *cahiers de visite* de nos infirmiers militaires ; mais Miss Lees n'a pas vu de soldats malades qu'en temps de paix; elle a servi dans les ambulances pendant la guerre, et notamment dans l'ambulance du 10e corps de l'armée allemande devant Metz, ambulance qui avait pour chef un docteur dont elle cite ce mot caractéristique : « Rappelez-vous, Madame, que la vie de ces hommes dépend beaucoup plus des soins qu'ils recevront de vous que de tout ce que je puis faire pour eux. Je ne puis que vous donner des instructions sur le traitement à suivre quand la fièvre est violente ou quand elle est suivie d'un profond abattement ; mais ce sont les soins que les infirmières donnent aux malades en ces moments-là qui font toute la différence entre leurs chances de vie ou de mort. » C'est au chapitre XVII, consacré au traitement des diverses espèces de fièvre, que se trouve, dans une note, au bas de la page, cette opinion du docteur allemand, qui, à elle seule, suffirait pour réfuter tout ce que peuvent dire les adversaires du système d'écoles que nous voulons voir s'établir en France. Mais, à côté de l'opinion du docteur allemand, voici celle du docteur anglais sur les infirmières chargées de soigner les fiévreux. Après avoir dit que le traitement adopté à l'ambulance du 10e corps de l'armée allemande fut tel qu'on ne perdit pas trois pour cent des blessés, Miss Lees ajoute : « Je me rappelle qu'à Saint-Thomas's Hospital, où j'étais élève, l'infirmière de la salle Elizabeth me dit un jour : « Le docteur un tel a très-mauvaise opinion d'une infirmière dans le service de laquelle meurt un fiévreux. » — Voilà qui en dit long en peu de mots. — « C'est à cette infirmière, continue Miss Lees, que je dois de savoir soigner la fièvre typhoïde. J'ai cependant acquis depuis lors des connaissances précieuses dans les *salles des fiévreux* des hôpitaux français. » C'est ainsi, du commencement jusqu'à la fin du livre, que procède Miss Lees. Tantôt elle invoque l'expérience des Anglais, tantôt celle des Français, tantôt celle des Allemands, mais toujours l'expérience des membres les plus éclairés de ce qu'on pourrait appeler aujourd'hui que toutes les sciences, tous les arts, tous les métiers tendent fortement à l'internationalisme, l'Internationale des médecins et des infirmières.

Souvent elle discute. Faut-il, par exemple, que les planchers des hôpitaux soient lavés ou vaut-il mieux qu'ils soient cirés et frottés ? et elle se prononce pour la cire et le frottage, parce que le lavage laisse après lui une humidité qu'il est bon d'éviter. Où les planchers cirés sont inconnus, elle recommande de ne pas mouiller le plancher plus d'une fois par jour, parce que le bois poreux retient l'humidité, laquelle, se dégageant ensuite par l'évaporation, vicie l'atmosphère respirée par les malades.

Nul ne sait mieux qu'elle qu'il n'y a point, lorsqu'il s'agit de la vie et de la mort, de petites questions ; elle appartient à cette école admirable de tendresse et d'humanité dont M. Béclard a exprimé en termes on ne peut plus justes les touchantes préoccupations, lorsqu'il a dit, en parlant de M. Nélaton : « Il était de ceux qui pensent qu'il n'y a pas de petits détails dans l'art de guérir et que tout y a une importance égale, puisque la vie du malade peut dépendre d'une lotion mal faite ou de la malpropreté d'une pièce de pansement ; » et elle le prouve par une foule de conseils et d'exemples qui, aux yeux des personnes dont l'esprit ne saisit pas bien l'importance de ces détails, peuvent paraître minutieux, mais n'en sont pas moins souvent des solutions fort ingénieuses de problèmes assez difficiles à résoudre. Comment, par exemple, appliquer de la glace sur la tête d'un malade sans que l'eau fondue lui coule sur la figure ou dans le cou ? Voici la solution de ce problème, insignifiant en apparence, sérieux au fond comme tout ce qui se rattache à l'art de guérir : Vous mettez dans le creux d'une éponge fine bien sèche un morceau de glace de deux ou trois pouces de long sur un pouce et demi de large, et vous le promenez doucement sur la tête du malade. A mesure que la chaleur fait fondre la glace l'éponge sèche l'absorbe, et quand celle-ci est imbibée, vous la pressez pour en faire sortir l'eau, et puis vous recommencez.

Nous n'en finirions pas si nous voulions citer tous les exemples d'observations fines et de pratiques ingénieuses qui fourmillent dans ce livre. Disons, à l'honneur de nos hôpitaux, que Miss Lees a trouvé beaucoup d'excellentes choses à prendre chez nous, et qu'elle a, entre autres, jugé digne d'une monographie complète *la lingerie et les chambres de linge à pansement de notre ancien Hôtel-Dieu*.

Le livre, qui s'ouvre, comme on l'a vu, par une préface du docteur Acland, se termine par un appendice en quatre parties, dû aussi à la plume du docteur Acland et à celle du docteur Whitfield, de Saint-Thomas's Hospital. La première de ces parties est une instruction sur la méthode d'observation des divers cas sur lesquels les infirmières ont à rédiger des rapports ; la seconde est un programme sommaire d'études cliniques ; la troisième comprend des directions générales sur la manière d'enseigner aux élèves infirmières à rédiger les notes qu'elles doivent prendre soit dans les salles de médecine, soit dans les salles de chirurgie ; la quatrième enfin est une liste assez variée de recettes appropriées à la diète et à l'alimentation des malades. Rien, on le voit, n'a été oublié, de ce qui peut amener l'art du médecin et celui de l'infirmière au plus haut point de sûreté et d'efficacité ; et, chose digne d'attention, tel est le progrès rapide des sciences médicales, que l'on comprend très-bien que ce livre, tout complet qu'il est pour le moment, n'est qu'une étape destinée à être prochainement dépassée. A. T.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de l'anémie et des cachexies par des médicaments assimilables diastasés du Dr V. Baud.

(FER. — IODE. — ARSENIC.)

L'usage du fer et de l'arsenic est entré depuis longtemps dans la pratique pour le traitement de l'anémie; ce sont des médicaments reconstituants, de même que l'action altérante de l'iode s'exerce avec avantage quand on se trouve aux prises avec la diathèse scrofuleuse, ou forcé de combattre la marche envahissante d'une tumeur.

Ces agents thérapeutiques, d'un usage journalier, n'offrent aucun danger, s'ils s'emploient sous une forme convenable, s'ils sont exactement dosés, si surtout leur action est incessamment contrôlée par le médecin, mais tous ne sont pas également bien supportés par le malade, il est difficile d'arriver à la forme pharmaceutique désirable, car il faut répondre à beaucoup d'indications, et conserver le principe actif dans un état d'inaltérabilité absolue.

L'aliment complet, celui qui contient à la fois les éléments de la nutrition, par son azote, son carbone, par ses matières amylacées, son eau d'hydratation, est celui qui suffit aux besoins de l'organisme sain ; il en répare incessamment les pertes, et contient assez de substances minérales, combinées avec la matière organique pour subvenir à la désassimilation moléculaire, à la vie de chaque organe.

Dans l'état de maladie, il n'en est plus de même, peu ou pas digéré l'aliment ne cède guère ses principes minéraux, et cependant les pertes organiques s'accroissent ; de là, l'indication de rendre, par voie indirecte, au corps les éléments nécessaires à sa nutrition ; mais, c'est alors qu'une difficulté nouvelle se présente, les produits purement minéraux, ne sont pas suffisamment assimilés, ils ne sont guère absorbés, concourent à troubler encore les fonctions digestives, déjà si profondément ébranlées. Ce qu'il fallait chercher c'était un moyen de combiner une substance organique à des quantités dosées, d'un principe minéral actif, et c'est ce difficile problème qui a été résolu par l'emploi des *médicaments diastasés*.

Le principe général de cette méthode consiste à combiner intimement, dans une graine, une substance minérale, et après de patientes recherches, on en est arrivé à choisir une graine

© BIU Santé

de crucifère, celle du cresson, parce qu'elle possédait des aptitudes germinatrices plus grandes, parce qu'elle jouissait elle-même de propriétés spéciales, qui rendaient plus précieuse encore l'association de la matière organique et du sel minéral employé.

C'est à la *Diastase*, contenue dans les graines qu'elles doivent de germer, et à ce moment, il se passe dans le germe un acte physico-chimique, bien comparable à la digestion animale; tout se trouve réduit dans la semence à l'état pulpeux, et le ferment développé se maintient, grâce à des précautions convenables, dans un état d'inertie tel que ses propriétés ne sont qu'endormies et prêtes à renaître dès que le milieu se trouve favorable à la germination.

Voici du reste, en peu de mots, comment on procède : on prend de la graine de cresson, riche en soufre et en phosphore, comme on sait ; on la fait germer, tout en l'arrosant de solutions titrées de citrate de fer ou d'iodure de potassium ou d'arseniate de soude : loin de s'opposer à la végétation, l'emploi de ces solutions l'active. et en procédant avec beaucoup de soins, on parvient à imprégner le germe d'un des sels minéraux que nous citions : la graine est ensuite séchée à l'étuve, à une basse température, elle contient alors des principes amylacés et sucrés, de la diastase; elle n'a perdu ni son soufre, ni son phosphore, mais elle a acquis des propriétés nouvelles, par l'adjonction du sel de fer ou d'arsenic employé, et dont la combinaison, avec la matière protéique, est complètement assurée.

Il ne reste plus qu'à enrober cette graine, dont la forme se prête à cette petite manipulation, et l'on possède, dans une enveloppe inaltérable, un médicament à l'état de puissance, et dont l'activité se révèle dès que le contact des liquides de l'estomac a détruit le vernis sucré dont la graine était recouverte.

Par l'emploi de tels médicaments, on arrive, en quelque sorte, à faire d'avance la digestion artificielle des substances minérales; on ne fournit à l'organisme qu'un médicament à l'état d'aliment, aussi est-il plus directement assimilable. Il s'en suit que ces produits ont une activité plus grande qui permet de les prescrire à des doses moins élevées et néanmoins fort actives.

Le citrate de fer diastasé se prescrit à la dose de 0 gr. 50 à 0 gr. 75 par jour. Souvent son emploi s'accompagne de palpitations qui prouvent avec quelle activité le fer agit sous cette forme facile.

L'iodure de potassium diastisé, employé à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme, remplace avantageusement l'huile de foie de morue, car, après l'action germinatrice, il s'est enrichi de soufre et de phosphore, c'est-à-dire les éléments de l'huile de poisson dont on évite le goût nauséabond.

L'arsenic diastasé s'emploie à la dose de 0 gr. 002 à 0 gr. 004 milligrammes. C'est un puissant modificateur, *sans action toxique*, et dont l'usage se généralise de plus en plus, malgré les préventions et les craintes chimériques dont quelques-uns se font encore l'écho. Sous forme de médicament diastasé, l'arsenic ne corrode pas la muqueuse digestive et son élimination rapide empêche l'emmagasinement dans l'organisme.

VARIA

Comment l'enfant faillit mourir et la sœur manquer ses vêpres.

Un dimanche du mois d'octobre 1876, on achevait de déjeuner à la salle de garde des internes en médecine d'un hôpital d'enfants, quand un coup de sonnette avertit l'interne de garde qu'on réclamait sa présence pour un entrant. X... se rendit à l'appel, reconnut un *croup à la période asphyxique* et reçut l'enfant pour l'opérer immédiatement, — dernière chance à tenter ! — En conséquence, il pria les parents de conduire leur enfant à la salle Sainte-M..., pendant que lui-même irait à la salle de garde réclamer l'aide de ses collègues pour une opération qui pouvait être difficile.

La salle de garde est séparée des bâtiments de l'hôpital par un grand jardin. Quel ne fut pas l'étonnement de l'interne qui revenait avec les aides requis quand il rencontra, au milieu de l'allée principale, les parents qui partaient, remportant leur enfant.

Il interroge ; on lui répond en pleurant que l'on s'est bien rendu à la salle désignée, mais que la sœur du service a jugé l'enfant tout à fait désespéré et qu'elle a vivement engagé les parents à remporter leur petit malade s'ils ne voulaient point le voir mourir à l'hôpital sous la main du chirurgien.

L'interne hésite à croire à la réalité d'un tel langage ; puis, il tire sa montre et sourit ; — il était deux heures, *l'heure des vêpres !* — D'ailleurs on pouvait apercevoir à l'autre bout de l'allée la bonne sœur se rendant à la chapelle, son paroissien sous le bras.

X... court après elle, la rattrape et s'informe de l'exactitude d'un récit que la sœur confirme tout en cherchant à déguiser la noirceur du fait sous un flot d'explications confuses, de paroles mielleuses. Puis, par un revirement habile : « Mais, puisque vous y tenez, Monsieur, je vais remonter tout préparer, enfin.... c'est bien inutile.... pauvre petit.... mais.... »

« Assez, ma sœur, nous n'avons guère de chance de sauver cet enfant (le petit malade avait quinze mois), mais nous avons encore moins le droit de négliger cette dernière ressource, si faible qu'elle soit. Quant à votre concours, merci, je n'en veux pas, allez à votre office ; je m'occuperai de cet enfant, je vous défends d'y toucher ; vous l'avez abandonné et renvoyé, je le prends, il est à moi. »

On remonta dans la salle où l'opération fut faite au milieu d'un silence général ; cette petite scène avait ému. La canule une fois mise en place, on recoucha l'enfant qui respirait plus facilement.

Les jours suivants, ce fut l'histoire de toutes les trachéotomies, alternatives d'espérance et de crainte; l'interne soignait son malade et gardait rancune à la sœur qui, tout au contraire, tournait autour de lui et se montrait aimable jusqu'à l'obséquiosité. Un mois après, l'enfant sortait guéri.

Pour ceux qui aimeraient à voir là le doigt de Dieu, nous répéterons que l'enfant avait quinze mois, et nous ajouterons qu'à ce moment nos statistiques accusaient un succès sur dix opérés.

Congrès international d'Hygiène.

Le *Congrès international d'Hygiène de Paris* tiendra ses séances du 1er au 10 du mois d'août, au palais du Trocadéro.

Des adhésions en grand nombre sont déjà parvenues de tous les pays étrangers. Le Sanitary Institute de la Grande-Bretagne, la Société royale de médecine publique de Belgique, le Conseil communal de la ville de Bruxelles, les ministères, les administrations, etc., etc., ont nommé des délégués pour s'y faire représenter, et l'on sait que le Conseil municipal de la ville de Paris a témoigné de l'intérêt qu'il prend aux travaux du Congrès en lui votant une subvention de 5.000 fr.

Nous rappelons à nos lecteurs que tous ceux qui se préoccupent des questions de l'hygiène, médecins, pharmaciens, ingénieurs, architectes, vétérinaires, manufacturiers, membres des Conseils d'hygiène et des municipalités, etc., doivent envoyer leurs adhésions au plus tôt, afin de recevoir la série des rapports préparés sur les questions du programme, rapports qui sont à l'impression et qui vont être adressés d'ici à quelques jours à tous les membres adhérents.

L'agence du Congrès a ses bureaux ouverts, de 2 à 4 heures, au Palais des Tuileries, pavillon de Flore.

Congrès de démographie.

Notre excellent et savant ami, M. Vauthier a fait au Conseil municipal la proposition suivante :

Les soussignés.

Considérant qu'il va être tenu à Paris, du 5 au 9 juillet, avec l'autorisation du gouvernement, un congrès démographique international ; Que les questions démographiques sont d'une extrême importance pour tout ce qui touche à la vie des sociétés, au mouvement de la population, aux lois qui président à son développement ou le ralentissent, et à d'autres sujets de haute utilité générale, considérant que les documents qui servent de base aux recherches démographiques sont des statistiques officielles ; Que les gouvernements sont hautement intéressés à ces recherches et qu'au congrès qui va être tenu

© BIU Santé

à Paris figureront des savants éminents qui viendront y représenter officiellement les divers pays de l'Europe ; Que, dans ces conditions, il importe à la ville de Paris que la publication des actes dudit congrès ne soit pas laissée à la charge seule des initiateurs dévoués de cette utile réunion.

Ont l'honneur de proposer au conseil d'allouer aux organisateurs du congrès international démographique de Paris une somme de 3,000 francs pour subvenir à la publication des actes du congrès.

Congrès homéopathique.

Le ministre de l'agriculture et du commerce,

Vu notre arrêté en date du 10 mars 1878, instituant huit groupes de conférences et congrès pendant la durée de l'Exposition universelle internationale de 1878; Vu le règlement général des conférences et congrès; Vu l'avis du comité central des conférences et congrès.

Arrête : Article premier. Un congrès international d'homéopathie est autorisé à se tenir au palais du Trocadéro du 12 au 14 août 1878. — Art. 2. M. le sénateur, commissaire général, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 1er juillet 1878. *Signé :* Teisserenc de Bort.

Programme du congrès international d'homéopathie.

1° La loi de similitude. Ses fondements. Son étendue. — 2° Matière médicale et clinique homéopathique. — 3° Organisation de la médecine homéopathique. Les institutions (société, écoles, hôpitaux). Réformes légales à étudier. (*Journal officiel.*)

On ne saurait se montrer plus libéral ! !

Association française pour l'avancement des sciences.

Programme du Congrès de Paris.

L'Association française pour l'avancement des sciences dont l'un des buts principaux est de provoquer par ses sessions annuelles dans les principales villes de France, un mouvement scientifique salutaire, a pensé que le congrès devait avoir lieu cette année à Paris. La solennité de l'Exposition universelle qui attire dans la capitale de notre pays un grand nombre de savants français et étrangers, explique cette dérogation à nos habitudes. Les conditions spéciales dans lesquelles nous nous trouvons exigent des modifications sur un assez grand nombre de points du programme des congrès, tel qu'il a été adopté jusqu'à présent. Voici d'après les délibérations de la commission spéciale d'organisation du congrès de Paris quel serait le programme de la session de 1878. Le congrès de Paris comprendra : I. Des séances de section. — II. Des visites industrielles ou scientifiques. — III. Des conférences. — IV. Une grande fête scientifique. — V. Un banquet.

I. *Séances de section.* — Les séances de section auront lieu tous les matins aux heures déterminées par les ordres du jour ; elles se tiendront dans des locaux qui ne sont pas encore désignés, mais qui pourront être, nous l'espérons du moins, les salles de commission du palais du Corps législatif, dans le cas où l'autorisation que nous avons sollicitée nous serait refusée, les séances de section se tiendraient dans les bâtiments de l'Ecole de médecine. Il n'est pas possible de faire connaître actuellement le programme, même sommaire, des sections ; beaucoup de travaux ne seront annoncés que dans le mois de juillet et même au dernier moment seulement. Mais nous pouvons dire cependant que par les promesses qui ont déjà été faites aux présidents des sections, d'importants mémoires seront présentés et que le congrès de Paris sera une manifestation scientifique imposante.

II. *Visites industrielles.* — Chaque jour, pendant l'après-midi, les membres du congrès visiteront soit les établissements de l'Etat ou municipaux qui pourraient les intéresser, soit les établissements industriels les plus importants. Parmi les premiers nous pouvons citer : les Gobelins, la Manufacture de Sèvres, la Monnaie, la Manufacture des Tabacs,..... les égouts, les catacombes, la presqu'île de Gennevilliers. Nous ne pouvons encore donner la liste même incomplète des établissements industriels que l'on pourra visiter ; les demandes ont été adressées à ce sujet et nous devons attendre les réponses. Nous espérons pouvoir faire précéder chaque visite d'une sorte de conférence préparatoire, dans laquelle seront expliquées d'une manière sommaire les opérations qui sont exécutées dans les usines. Nous demanderons, en outre, que pendant la durée du congrès, les membres de l'association, sur la présentation de leur carte, puissent entrer dans les divers musées, collections, laboratoires, etc.

III. *Conférences.* — Trois conférences auront lieu le soir pendant la durée du congrès; le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine sera probablement la salle choisie pour ces réunions. Comme les distractions que Paris offre le soir sont nombreuses, il importe que les conférences soient particulièrement attrayantes : que les noms des professeurs soient par eux-mêmes une attraction et que les sujets choisis présentent un intérêt général, afin que ces conférences se trouvent à la hauteur de celles que l'association a déjà faites en province, il faut que les démonstrations théoriques soient accompagnées de nombreuses expériences, de projections, de dessins divers préparés à l'avance. Nous ne doutons pas que nous ne puissions facilement réunir à Paris toutes ces conditions et que les conférences confiées à des savants éminents ne soient un élément de succès de notre congrès.

IV. *Fête scientifique.* — La fête scientifique que nous offrirons aux membres de l'association et à un certain nombre d'invités donnera à la section de Paris un cachet spécial; cette fête aura lieu dans un local qui sera probablement le Conservatoire des Arts et Métiers; son but sera de montrer à nos invités les appareils, les expériences, en un mot toutes les inventions scientifiques faites dans ces dernières années et qui présentent un si grand intérêt. Les inventeurs, les constructeurs donneraient à chacun les explications qui seraient nécessaires. Les salles de réunion, les cours, les jardins, les galeries du Conservatoire seront éclairés à l'aide des divers systèmes de lumière électrique ; dans une salle on réunirait les plus beaux microscopes permettant d'examiner les préparations les plus fines ; dans une autre le phonographe se ferait entendre ; des téléphones nombreux mettraient en communication des salles éloignées. Dans une chambre obscure auraient lieu les expériences de projection qui constituent maintenant un ensemble très-intéressant de démonstration, puisque l'on est parvenu à projeter la plupart des phénomènes physiques et des expériences qui s'y rapportent. Dans une autre salle on réunirait les petits moteurs, les machines d'induction, etc. Pour cette solennité scientifique, les salles devront être décorées avec un certain luxe : un buffet et un orchestre seront placés dans les jardins du Conservatoire. Tout en conservant à cette fête sa physionomie sérieuse et scientifique, il ne faut pas oublier qu'elle sera en quelque sorte la caractéristique du congrès de Paris, elle complètera dignement la série de fêtes que le Gouvernement offre aux étrangers, elle fera, le plus grand honneur à la ville de Paris et laissera dans l'esprit des savants un souvenir durable. Le Conseil municipal de Paris nous a témoigné une telle bienveillance et dans toutes les circonstances, il a montré à un si haut degré l'intérêt qu'il portait aux sciences que nous attendons avec une pleine confiance ses décisions à notre égard. Seulement nous nous permettrons de lui rappeler que notre programme, quoique très-modeste, nous entraînera ici à des dépenses qui épuiseront rapidement nos ressources. L'impression de notre volume qui, nous le savons déjà, présentera une richesse scientifique exceptionnelle, dépassera la somme que nous lui consacrons d'habitude. La fête scientifique du Conservatoire et l'organisation des conférences seront également dispendieuses.

Nous serions donc heureux que le Conseil municipal de Paris voulût bien venir à notre aide. Il sait avec quelle générosité nous avons été soutenus dans toutes les villes où nos congrès ont eu lieu, à Bordeaux, à Lyon, à Lille, à Nantes, à Clermont-Ferrand, au Havre. Nous sommes donc persuadés qu'il en sera de même à Paris et que son Conseil municipal accordera son puissant patronage à notre œuvre de décentralisation scientifique dont la devise est : *Par la science pour la patrie.*

Exposition universelle.

Jury des récompenses.

Voici la liste des membres du jury international des récompenses pour l'Exposition universelle en ce qui nous intéresse :

Classe XIX, *Médecine, hygiène* et *assistance publique.*

Angleterre et ses colonies : Professeur Lister. — *Etats-Unis* : Le docteur Thomas W. Evans. — *Italie* : Le docteur Bertani, député. — *Suisse* : Le docteur Albert Vogt, professeur à Berne. — *Belgique* : Hairon, président de l'Académie royale de médecine et professeur à l'Université de Louvain. — *France :* Docteur Béclard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre du conseil général de la Seine, membre des comités d'admission et d'installation à l'Exposition universelle de 1878. Docteur Le Fort, chirurgien de l'hôpital Beaujon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre des comités d'admission et d'installation à l'Exposition universelle de 1878. Docteur Trélat, fils, chirurgien à l'hôpital de la Charité, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine. Docteur Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre du comité d'admission à l'Exposition universelle de 1878.

Suppléants : M. Richet, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, vice-président de l'Académie de médecine. Roussel (Th.), député, membre du comité d'admission à l'Exposition universelle de 1878.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Du 1er au 6 juillet. — 340. M. Bellat : Du phlegmon spontané de la parotide. — 341. M. Lambert : De quelques conséquences de l'atrophie testiculaire chez les adultes. — 342. M. Henrique : Du rhumatisme dit blennorragique. — 343. M. Elie Decrosas : Cas de fractures doubles de la mâchoire inférieure. Etude clinique et physiologique. — 344. M. Bruneau : Du traitement des fistules recto-vulvaires par un double plan de suture. — 345. M. Choukry : De la trachéotomie et de la laryngotomie inter-crico-shyroïdienne au moyen des instruments incandescents. — 346. M. Paris : Des synovites tendineuses chroniques et des kystes synoviaux des gaines digitales isolées. — 347. M. Ricardo L. Flores : Des tumeurs stercorales. 348. M. Chevalier ; Quelques considérations sur les affections cutanées dans les maladies du système nerveux. — 349. M. Guyot (Ludovic) : Considérations générales sur l'hygiène et la protection des enfants du premier âge. — 350. M. Fauverteix : Contribution à l'étude des formes bénignes de l'angine scrofuleuse. — 351. M. Barrabé : Etude des altérations cardiaques dans la phthisie pulmonaire.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. Pendant la semaine finissant le 27 juin 1878, on a dé-

© BIU Santé

clarré 890 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 11 ; rougeole, 11 ; scarlatine, 1 ; variole, 1 ; croup, 10 ; angine couenneuse, 29 ; bronchite, 27 ; pneumonie, 42 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 21 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 1 ; affections puerpérales, 1 ; érysipèle, 3 ; autres affections aiguës, 254 ; affections chroniques, 406 dont 168 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 47 ; causes accidentelles, 25.

Pendant la semaine finissant le 15 juillet 1878, on a déclaré 881 décès, savoir : fièvre typhoïde, 20 ; rougeole, 11 ; scarlatine, 2 ; variole, » ; croup, 12 ; angine couenneuse, 27 ; bronchite, 28 ; pneumonie, 38 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 39 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 2 ; affections puerpérales, » ; érysipèle, 4 ; autres affections aiguës, 228 ; affections chroniques, 395 dont 146 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 22 ; causes accidentelles, 33.

Assistance publique. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, est autorisé à accepter : 1° Un legs d'une somme de 2,000 fr. fait au bureau de bienfaisance du X° arrondissement par le sieur Colliard (Décret du 25 mars 1878) ; — 2° Le legs fait aux pauvres des I°r, VIII°, IX° et XII° arrondissements de Paris (anciens) par le sieur Laflurie et consistant, pour chacun de ces arrondissements, en une somme de 1,000 fr. (Décret du 3 avril 1878).

Concours du Bureau central. (*Médecins*, trois places.) Mardi dernier s'est terminée l'épreuve de pathologie à laquelle avaient été admis 19 candidats. Questions traitées : variole hémorrhagique ; hydatide du foie : pathogénie et traitement ; gangrènes pulmonaires ; diarrhées chroniques.

Jeudi, a commencé la consultation : à cette épreuve sont admis 12 candidats : MM. Tenesson, du Castel, Labadie-Lagrave, Homolle, Landouzy, Joffroy, Landrieux, Raymond, Hanot, Lacombe, Chouppe et Muzelier.

Hôtel-Dieu. — La *Gazette des hôpitaux* nous apprend que M. le professeur Richet suspend, à partir de ce jour, ses leçons de clinique chirurgicale.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide naturaliste, fera sa prochaine excursion géologique le dimanche 7 juillet à Grignon, Tiverval et Beynes. On se réunira à la gare Montparnasse (cour d'en haut) pour prendre à 7 h. du matin le train pour Grignon.

Herborisation. — M. Bureau, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 7 juillet, dans la forêt de Sénard. Rendez-vous à la station de Ris-Orangis à l'arrivée du train partant de Paris (Gare de Lyon) à 9 h. 25.

La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 10 juillet, à 8 heures précises du soir, à la mairie du Louvre. — *Ordre du jour* : 1° Constitution médicale du mois de mai. Policlinique. — 2° Rapport sur l'usurpation des titres médicaux, discussion des votes sur la conclusion de ce rapport, par M. Paul Richard. — 3° Des accouchements qui se font à Paris chez les femmes indigentes patronnées ou non par l'assistance publique, et des réformes à apporter dans l'enseignement comme dans l'exercice général de l'obstétrique, par M. Mattei. — 4° Morceau de fer extrait de la vessie, par M. Delefosse.

Société de médecine legale. Séance du lundi 8 juillet 1878, à 3 h. précises, au Palais de Justice (Salle d'audience de la 5e chambre du tribunal civil). — *Ordre du jour* : I. Etude médico-légale sur la combustion, par M. le d° Brouardel. — II. Discussion du rapport de M. Penard, sur la nécessité d'une révision du tarif des expertises judiciaires. — III. Communications diverses. — *Nota*. Les membres du bureau sont invités à se trouver le même jour, à 2 h., dans la salle des séances, pour arrêter le programme de la session qui doit avoir lieu les 12, 13 et 14 août. Ceux des membres de la Société qui ont fait partie de la commission d'organisation, et ceux qui ont des communications à faire sont également invités à assister à cette réunion préparatoire.

Souscription pour élever un monument à Claude Bernard.

Total des huit premières listes.....	632 fr.
NEUVIÈME LISTE	
Salle de garde de la Pitié de 1876, prélèvement sur un reliquat disponible, remis par M. Reclus.....	30
Total général.....	662 fr.

En vente aux Bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à 5 heures.

Poncet (F.). Recherches anatomiques sur les aponévroses abdominales. Paris, 1877. In-8 de 16 pages avec figures. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés, 70 cent.

Pozzi (S.). Quelques observations à propos du pansement de Lister appliqué aux plaies d'amputation et d'ablation de tumeurs. Paris, 1877. In-8 de 50 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr.

X... Questionnaire pour le 1er examen de doctorat. Recueil de séries d'examens subis récemment (en 1876) à la Faculté de médecine de Paris, indiquant : 1° La composition du jury pour chaque série ; 2° La préparation anatomique de chaque candidat ; 3° Les questions orales auxquelles le candidat a dû répondre ensuite ; 4° Enfin le résultat de l'examen dans chaque série ; suivi de questions sur les accouchements, recueillies au cinquième examen de doctorat et aux examens de sage-femme. Paris, 1876. In-16 de 91 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés, 70 cent.

Ranvier (L.). Leçon d'ouverture du cours d'anatomie générale au Collége de France. Paris, 1876. In-8 de 16 pages. — Prix, 60 c. — Pour nos abonnés, 40 cent.

Raymond (F.). Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques. In-8 de 140 pages avec figure dans le texte et 3 planches. 3 fr. 50. — Pour les abonnés, 2 fr. 50.

Reclus (P.). Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse. In-8 de 212 pages avec 5 planches en chromo-lithographie, 5 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

Reclus (P.). De l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur. Paris 1876. In-8 de 4 pages. — Prix : 20 cent.

Richer (R.). Feuilles d'autopsie pour l'étude des localisations cérébrales, *quinze dessins*. — Prix : 75 c. ; pour les abonnés du *Progrès*, 60 c.

Roque (F.). Des dégénérescences héréditaires produites par l'intoxication saturnine lente. Paris, 1872. In-12 de 15 pages. — Prix : 30 cent.

Schémas pour relever à l'autopsie les lésions cérébro-spinales. Feuille carrée contenant 13 figures. — Prix : 20 cent.

Seguin (E.-C). Registre memento d'observations, pour conserver toutes les observations faites au lit du malade. Paris, 1878. — Prix : 60 cent.

Librairie et imprimerie A. CHAIX et C°, 20, rue Bergère.

Vauthier (L.-L.). — Exposition universelle (Paris, 1878), cartes statistiques à reliefs, notice explicative. Paris 1878, brochure in-8 de 24 pages. — Prix : 1 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan continue tous les mercredis à 9 heures 1/2, l'étude pratique du diagnostic de la folie.

Hospice de la Salpêtrière. — Pathologie mentale : M. Luys, le dimanche, à 9 heures 1/2. — Maladies mentales et nerveuses : M. A. Voisin, le jeudi à 9 heures 1/2.

Hospice des Enfants assistés. — Clinique infantile : M. Parrot, dimanche, à 9 heures 1/2.

Hôpital des Enfants-Malades. — Clinique infantile : M. Archambault, vendredi, à 8 heures. — M. Bouchut continuera ses démonstrations de *cérébroscopie et d'ophthalmologie médicale*, les mardis 15 juillet et 7 août, à 9 heures du matin.

Hôpital de la Charité. — M. Laboulbène, le jeudi à 9 heures. Amphithéâtre de M. le professeur Hardy.

Hôpital Lariboisière. — *Médecine*. Service de M. Jaccoud. Visite à 8 heures 1/4. Consultation le mercredi. Spéculum le vendredi. — Salle Saint-Jérôme : 3, cancer du foie ; 9, scrofulose cervicale, abcès du larynx ; 11, insuffisance aortique, épanchement pleurétique sanguinolent ; 18, néphrite interstitielle ; 19, entérite tuberculeuse (?) ; 34, pseudo-leucémie. — Salle Sainte-Claire : 3, adénie ; 11, péritonite tuberculeuse ; 17, ectasie de l'aorte abdominale ; 19, pachyméningite hypertrophique ; 31, scarlatine ; 33, métropéritonite.

Service de M. Siredy. — Consultation le lundi, traitement externe des affections utérines le mercredi à 9 heures. Spéculum le samedi, visite à 8 heures. — Salle Sainte-Anne : Accouchements. — Salle Sainte-Geneviève : 1, 16 *bis*, 24, 34 ; pelvi-péritonite ; 15, 22, 31, phlegmon du ligament large ; 18, ictère grave ; 20, rétrécissement mitral, cirrhose du foie. — Salle Sainte-

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans constipation et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, anémie, chlorose, diabète*, etc.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de migraine venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vrais du hêtre par cuillerée.

La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre de diluer la créosote, ce qui est une condition essentielle de ses succès dans la phthisie. Grâce à sa solubilité le titre de cette préparation a pu être élevé à 0 gr. 20 par cuillerée. Cette dose, délayée dans un verre d'eau rougie, lui donne la saveur d'un vin coupé d'eau de goudron un peu forte et se prend sans plus de difficulté.

Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

Marthe *bis* (crèche) : 2, phlegmon inguinal post-puerpéral ; 7, fièvre typhoïde. — Salle Saint-Augustin *bis* : 14, pellagre ; 15, cirrhose du foie ; 18, chorée ; 19, cancer du pylore ; 22, fièvre typhoïde ; 20, rhumatisme articulaire aigu, endocardite ; 29, rhumatisme articulaire-aigu, péricardite.

Service de M. Féréol. — Visite à 8 heure 1/2. Consultation le vendredi, spéculum le mardi ; 2, pleurésie droite ; 15, rhumatisme blennorrhagique, iritis ; 15 *bis*, névralgie faciale ; 16, colique de plomb ; 18, ictère catarrhal ; 19, cachexie saturnine, paralysie des extenseurs ; 19 *bis*, syphilis cérébrale ; 33 *bis*, ataxie viscérale ; 34, rhumatisme du deltoïde. — Salle Sainte-Joséphine : 2, pneumonie caséeuse ; 3, pelvi-péritonite ; 13, myome utérin chez une femme enceinte ; 15 *bis*, hémichorée post-hémorrhagique ; 33 *bis*, vaginisme ; 34, épilepsie.

Service de M. Proust. — Consultation le jeudi. Visite à 9 heures. — Salle Saint-Charles : 4, cirrhose du foie ; 15, ataxie locomotrice ; 18, 23, pleurésie ; 29, névrite chronique, troubles vaso-moteurs ; 35 *bis*, sclérose en plaques ; 34, coliques de plomb. — Salle Sainte-Marie : 5, pleurésie aiguë ; 10, carcinome utérin, corps fibreux dégénéré ; 19 *bis*, ulcère de l'estomac ; 25, paraplégie syphilitique ; 20, œdème scléreux ; 33 *bis*, épilepsie ; 34, gastralgie.

Service de M. Ollivier. — Consultation le jeudi. Visite à 9 heures. — Salle Saint-Henri : 2 myélite chronique ; 4, pleurésie diaphragmatique ; 12, tubercules de la langue ; 14 *bis*, gomme du sternum ; 18, éruption sudorale ; 30, névrome. — Salle Sainte-Elisabeth : 1 *bis*, chlorose ; 5, méningite tuberculeuse ; 16, ataxie locomotrice syphilitique ; 19, angine syphilitique ; 30, péritonite tuberculeuse.

Service de M. Raynaud. — Consultation le mardi. Visite à 9 heures. — Salle Saint-Landry : 1 *bis*, colique de plomb ; 3, pleurésie enkystée, vomique ; 4, myélite transverse ; 15 *bis*, sclérose en plaques ; 18, cancer de l'estomac ; 20, leucocythémie ; 28, phthisie laryngée ; 33 *bis*, rétrécissement de l'œsophage. — Salle Sainte-Mathilde : 1 *bis*, aphonie nerveuse ; 2, paralysie générale ; 3 eczema impétigineux ; 5, phlegmon iliaque ; 19, cancer de l'ovaire ; 13, anémie pernicieuse progressive ; 15 *bis*, chorée.

Chirurgie. Service de M. Panas. — Salle Saint-Honoré : 2, fistules urinaires ; 6, résection totale du calcanéum ; 14, abcès par congestion ; 19, fistule urinaire ; 28, lipôme de l'aisselle ; 31, fracture compliquée des deux jambes ; 32, arthite blennorrhagique du genou. — Salle Sainte-Marthe : 1, tumeurs ganglionnaires de l'aisselle ; 3, carcinôme du sein ; ablation ; 16, fracture de l'olécrane ; 20, abcès peri-rectal ; 22, hydarthrose traitée par l'extension parallèle. — Consultation lundi, mercredi, vendredi. Opérations le samedi. Leçon et opérations des yeux le lundi.

Service de M. Labbé. — Consultation le mardi, jeudi, samedi. Opérations le mardi. — Salle Sainte-Jeanne : 7, squirrhe du sein ; 8, squirrhe en masse compliquée de cancer de la colonne vertébrale ; 20, rétrécissement syphilitique du rectum ; 23, adénome du sein ; 24, résection du coude ; 31, epulis du maxillaire supérieur. — Salle Saint-Louis : 4, fracture du bassin ; 6, sarcocèle syphilitique ; 15, tumeur blanche du poignet ; 21, fracture du crâne ; 24, fracture compliquée de la jambre droite. — Salle Saint Augustin : 1 *bis*, tumeur blanche du genou ; 19, hypospadias, rétrécissement de l'urèthre, abcès urineux, hydrocèle vaginale double ; 28, coxalgie, abcès par congestion de la fosse iliaque ; 34, fracture de la clavicule.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE — ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. PILULES 20 cent. p. pilule.

FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — Paris.

Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

VIN PACOTTE

Au QUINQUINA, au CAFÉ

Et à l'écorce d'oranges amères

Médaille de bronze. Paris 1875

Ce vin doit à sa composition d'être essentiellement digestible et agréable à prendre. Préparé au malaga, il contient la dose de quinquina exigée par le *Codex*, il se recommande donc à l'attention des médecins.

Vente en gros : pharmacie centrale, 7, rue de Jouy, et chez l'inventeur, H. PACOTTE fils, pharmacien à Pont-de-Vaux (Ain).

CROISIC (Loire-Inférieure)

ÉTABLISSEMENT DES BAINS DE MER

de vapeurs térébenthinées, etc. ; Hydrothérapie marine. Traitement spécial et héroïque, des affections des os et des engorgements chroniques de la matrice, des maladies nerveuses et rhumatismales. — Guérison de la scrofule à tous ses degrés par les Eaux-mères.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)

Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.

LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE

RAKOCZY DE BUDE

La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.

25 gram. de Sulfate de Magnésie } par litre.
20 gram. de Sulfate de Sodium }

EXIGER RIGOUREUSEMENT L'ÉTIQUETTE BLEUE

EN VENTE AU DÉPÔT GÉNÉRAL :

8, Rue de la Chaussée d'Antin, Paris

ou chez tous les Marchands d'Eaux minérales et Pharmaciens de Paris et de Province.

QUINOIDINE D'EMILE DURIEZ

Mémoire a l'Académie de Médecine. — Séance du 21 mai 1878.

Remplace les préparations de Quinquina et le Sulfate de quinine. Même efficacité. — Economie de 80 pour 100.

10 gr. en 100 dragées : 4 fr. PARIS, 20, place des Vosges. 2 gr. en 20 dragées : 1 fr.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DE DUCRO

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, Anémie, Convalescence.

Gros : Paris, 20, place des Vosges. — Détail : Toutes les Pharmacies.

Le rédacteur-gérant : Bournéville.

Versailles. Imp. Cerf et fils, 59, rue Duplessis.

Clientèle à céder aux environs de Paris. Bonnes conditions. — S'adresser aux Bureaux du *Progrès médical*.

A vendre ou à louer de suite une maison occupée actuellement par un médecin qui désire en même temps céder sa clientèle. Facilités de paiement. S'adresser à M. Nicoleau, médecin à Nieul-le-Dolent (Vendée).

Un docteur demande un suppléant pour une durée d'un mois. — Bonnes conditions. — S'adresser aux bureaux du *Progrès Médical*.

Étude clinique sur l'athétose, par P. Oulmont. Paris, 1878, in-8 de 116 pages avec figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES



A LA **CRÉOSOTE VRAIE**

ET A L'HUILE DE FOIE DE MORUE

FORMULE DES Drs BOUCHARD ET GIMBERT

Les seules employées dans les hôpitaux de Paris

BOURGEAUD, pharm., fournis. des hôp.

20, rue de Rambuteau, à Paris

Ces capsules, à enveloppe très-soluble d'odeur agréable, à saveur sucrée, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de créosote vraie du goudron de hêtre et 50 centigr. d'h. de f. de morue. Les grosses, 5 centigr. de créosote vraie et 2 grammes d'h. de f. de morue.

Doses : 5 à 10 petites capsules et 2 à 4 grosses capsules matin et soir, d'après l'avis du médecin. La boîte, 4 francs.

DRAGÉES BLOT au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opial*, Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à Toulouse : toniques, dépuratives, anti-blennorragiques, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires*, catarrhe vessie. Bte 4f, fco 4.20.

Pour éviter imitation exiger : Ed. Blot pharm. chim.

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

M. GALLEPIE, pharmacien, 50, *rue Monge*, fera une remise spéciale à MM. les Etudiants, sur les **Dragées Blot** et sur tous les médicaments en général.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 28. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 13 JUILLET 1878

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Contribution à l'histoire clinique des tumeurs du testicule ;

Par le Dr G. POINSOT, Chirurgien-adjoint des hôpitaux, Agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Les faits qui ont donné l'occasion de publier ce travail sont susceptibles de jeter quelque jour sur un point important de l'histoire des tumeurs; ils peuvent servir à montrer quelle part doit être réservée aux résultats de l'examen microscopique dans la considération de l'avenir de telle ou telle production néoplasique. On y verra, d'une part, une tumeur à développement extrêmement rapide présenter, sous le microscope, les caractères bien tranchés d'une variété regardée comme le plus souvent bénigne; cependant, l'événement vient confirmer les appréhensions que le clinicien avait conçues dès la première vue, et le sujet succombe à la généralisation du mal. Chez le second malade, au contraire, caractères cliniques, constitution histologique, tout se réunit pour faire de la tumeur une de ces néoplasies malignes, dont la récidive est, pour ainsi dire, fatale. Qu'arrive-t-il? L'opération est suivie du meilleur résultat, et, aujourd'hui, plus de trois ans après, le malade continue à jouir d'une santé parfaite. Le détail de ces deux observations va permettre de rendre plus frappante la singularité de chaque fait.

Observation I. — *Enchondrome développé en quinze jours chez un enfant de quatre ans. — Castration. — Absence de toute récidive locale. — Mort par généralisation.*

Le 20 mars 1875, M. Lat..., demeurant aux environs de Bordeaux, m'amena dans mon cabinet son jeune fils, âgé de quatre ans, sur l'état duquel il désirait avoir mon avis.

Dans les premiers jours du mois, la mère s'était aperçue que l'enfant portait souvent la main aux parties génitales, et, après quelques remontrances, elle voulut s'assurer s'il n'existait rien qui justifiât cette manière de faire inaccoutumée. Elle s'aperçut alors que la bourse gauche avait légèrement augmenté de volume. Un peu effrayée, bien que l'enfant n'accusât aucune douleur, et croyant au développement d'une hernie, elle fit appeler aussitôt (4 mars) le médecin ordinaire de la famille, M. Cozic-Pénanguer, qui, après avoir examiné le petit malade, la rassura et conseilla simplement des applications de compresses trempées dans une solution résolutive. Cependant, la bourse augmenta de volume, et, à une deuxième visite, qui eut lieu cinq jours après, M. Pénanguer annonça qu'il y avait de l'eau dans l'intérieur de la bourse, et fit pressentir la nécessité d'une ponction. Celle-ci fut acceptée, en principe, mais remise, d'un commun accord, à une époque prochaine. Grande fut la surprise de la famille quand, dans une troisième visite, faite au bout de huit jours, M. Pénanguer déclara inutile toute ponction et ordonna d'appliquer sur la tumeur, devenue dure et grosse comme un œuf, un emplâtre de ciguë, qui devait demeurer en place un certain nombre de jours.

C'est sous l'influence de l'émotion produite par cette déclaration inopinée que M. Lat... s'est décidé à venir demander mes conseils.

Dès le début de l'examen, il devint évident pour moi que j'avais affaire à une production solide. La tumeur, du volume d'un gros œuf de poule, limitée à la bourse gauche, était absolument ovoïde, régulière, lisse, un peu aplatie dans le sens transversal; sa consistance était uniformément dure, résistante; en avant, seulement, on pouvait constater une sorte de fluctuation obscure. En aucun point la pression ne réveillait de douleur. La forme, la délimitation exacte de cette tumeur ne permettaient point de la confondre avec une hydrocèle, dont l'aspect est piriforme ou même cylindrique, et qui envoie, d'ordinaire, un prolongement plus ou moins notable vers l'anneau externe du canal inguinal. D'ailleurs, examinée par transparence, la tumeur ne se laissait nullement traverser par les rayons lumineux. La résistance, au toucher, fournissait un autre signe diagnostique, car elle n'eût été explicable, dans l'hypothèse d'une hydrocèle, que par une grande épaisseur des parois, absolument incompatible avec le rapide développement du mal. Cette incompatibilité n'existait plus pour l'hématocèle, mais il était impossible de retrouver, dans les antécédents, aucune violence traumatique exercée sur les bourses; les objections tirées de la forme et de la délimitation conservaient ici toute leur valeur; enfin, si l'hématocèle, par suite des dépôts fibrineux et des fausses membranes dont est tapissée la vaginale, peut bien acquérir une résistance notable, elle n'a jamais une dureté absolue, et, en tout cas, cette dureté est superficielle en avant comme en arrière, tandis que, chez notre malade, elle n'était perçue, en avant, qu'à travers une mince couche de liquide.

Mais, parmi les néoplasmes dont le testicule peut devenir le siége, auquel fallait-il s'arrêter? Ce diagnostic, si important au point de vue du traitement à instituer, et que l'examen isolé de la tumeur ne suffisait pas à établir, n'était guère rendu plus facile par la réunion des autres signes locaux et même par la considération de l'état général.

Voici les détails que je retrouve, à cet égard, sur mon cahier de notes :

« La peau qui recouvre la tumeur est saine et glisse aisément sur les parties sous-jacentes; elle est cependant distendue et sillonnée, à sa surface, de quelques vaisseaux volumineux. Les ganglions de l'aine ne sont point engorgés; des deux côtés, ils présentent le même aspect et le même volume. Le cordon est absolument distinct de la tumeur; il est facile de le saisir entre les doigts pour constater l'intégrité de ses éléments. Le testicule droit est normal; il est seulement remonté vers l'anneau, par suite du développement de l'organe congénère.

« La santé générale de l'enfant ne laisse rien à désirer; il est grand, bien développé, robuste. L'embonpoint est satisfaisant, et toutes les fonctions s'accomplissent avec une parfaite régularité. Il n'existe, dans la famille, aucun antécédent cancéreux; un oncle est mort de tuberculose pulmonaire. »

L'idée d'une hématocèle mise de côté pour les raisons déjà exposées, l'âge du malade, la marche de l'affection ne laissaient guère de place à une autre idée que celle de tumeur maligne. Il est vrai que cette hypothèse s'accordait mal avec l'excellence de la santé générale, mais le développement si rapide de la tumeur laissait le droit d'admettre que la néoplasie, bien que maligne, était jusqu'alors demeurée locale et n'avait pas eu le temps d'infecter l'économie. Je portai donc le diagnostic clinique de *cancer*, sans aller plus loin dans la détermination histologique de la production morbide, que je supposais cependant être de nature sarcomateuse.

Je fis part de mes craintes à M. Lat..., sans toutefois prononcer le mot redoutable qui répondait à ma pensée, et je ne lui dissimulai pas l'urgence absolue d'une intervention immédiate. Appréciant en même temps l'émotion légitime que devait lui causer cette annonce inattendue venant le surprendre au milieu de sa quiétude, je l'engageai à prendre le conseil de quelques confrères. Ceux-ci, au nombre de trois, émirent des avis un peu différents sur la nature du mal qui était soumis à leur examen : deux conclurent, comme je l'avais fait, à l'existence d'un cancer; un troisième, se basant sur la considération de l'état général et la rapidité même du

© BIU Santé

développement de la tumeur, sur la préexistence d'un épanchement séreux, pencha pour une hématocèle. Tous trois, d'ailleurs, furent unanimes à reconnaître la nécessité d'une opération.

Le 24 mars, je fus, sur ma demande, réuni en consultation avec M. le docteur Cozic-Pénanguer. J'eus alors la confirmation des renseignements qui m'avaient été fournis par la famille. Mon honorable confrère avait bien réellement constaté, au début, une tumeur élastique, rétinente, *parfaitement transparente*, et, dans l'espace d'une douzaine de jours, il avait vu la consistance de cette tumeur se modifier sans cause appréciable, sa dureté devenir extrême, la transparence disparaître. Bien que porté d'abord à croire à une hématocèle, les mêmes motifs qui avaient déterminé mon opinion, l'avaient empêché de s'arrêter à cette idée, et, dès ce moment, il était demeuré convaincu de la nature cancéreuse du mal.

Dans ces conditions, il ne pouvait y avoir entre mon confrère et moi aucune divergence sur le mode d'intervention à choisir. La castration fut décidée et proposée aux parents, qui l'acceptèrent aussitôt, tout en étant avertis de la possibilité d'une récidive.

L'opération eut lieu en présence de MM. Cozic-Pénanguer et Oré, le 26 mars, c'est-à-dire six jours après mon premier examen. Dans ce court espace de temps, la tumeur, sans doute sous l'influence des manipulations auxquelles avaient donné lieu des examens répétés, la tumeur avait notablement augmenté de volume, tant en largeur qu'en hauteur; dans ce dernier sens, l'accroissement avait été assez marqué pour qu'elle arrivât jusqu'au voisinage de l'anneau inguinal externe. Les ganglions demeuraient, toutefois, indemnes.

Je commençai l'opération, suivant le conseil si pratique de M. Gosselin, en faisant une ponction exploratrice avec un trocart de trousse. Cette ponction donna issue à quelques gouttes de sang, ce qui, joint à l'impossibilité de faire mouvoir la pointe de l'instrument, donnait une confirmation nouvelle du diagnostic qui avait été porté vers le début.

La castration s'imposait, et j'y procédai aussitôt de la façon suivante : Une incision en raquette fut pratiquée sur la partie antérieure de la tumeur. Simple dans sa portion supérieure, elle se bifurquait en bas, de manière à circonscrire une certaine étendue de téguments que je me proposais de réséquer. J'eus soin de prolonger cette incision un peu en arrière, pour éviter la formation d'une poche, où pourraient stagner les produits de la suppuration. La peau ainsi divisée, j'isolai la tumeur des téguments, puis de la cloison du dartos, en ayant bien soin, alors, suivant le conseil de Chassaignac, de raser de près la tumeur, pour m'éloigner de cette cloison, qui peut renfermer des vaisseaux considérables.

L'hémorrhagie fut peu abondante; quelques artérioles de la peau, qui avaient été comprises dans l'incision, fournissant un peu de sang, j'y appliquai des pinces à pression continue. Je terminai l'opération par la ligature du cordon qui fut sectionné au-dessous. Je liai également les vaisseaux qui continuaient à donner après l'ablation des pinces.

Deux points de suture entortillée furent placés à l'extrémité supérieure de l'incision; je bourrai la plaie de charpie, après avoir eu soin de ramener vers la partie déclive les fils à ligature. De la charpie et des compresses imbibées d'eau froide complétèrent le pansement, que je maintins à l'aide d'une sorte de spica, dans la crainte que l'enfant, avec l'indocilité de son âge, ne dérangeât les pièces d'appareil et n'irritât la plaie.

Examinée deux heures après l'opération, la tumeur pesait 150 grammes. Elle offrait la forme d'un ovoïde régulier à grosse extrémité, dirigée vers le bas. Sa consistance était également dure, sa surface lisse, sans bosselures. A la partie supérieure et antérieure, il existe une petite tumeur, surajoutée à la principale; cette tumeur est plus molle, comme transparente, et l'incision en fait écouler une certaine quantité de liquide séreux; l'examen fait reconnaître que cet épanchement siége dans la vaginale; celle-ci est à peu près saine. Quant à l'épididyme, il a disparu dans l'ensemble de la masse morbide. Le cordon est sain et peut être suivi, dans une certaine étendue, à la partie supérieure et postérieure de la tumeur.

Sur une coupe, le tissu constitutif de la tumeur offre un aspect lisse, luisant, avec reflet blanc-bleuâtre. Cet aspect n'est pas absolument uniforme : les parties, brillantes, nacrées, se montrent sous forme de plaques arrondies, de dimensions variables, isolées les unes des autres par des faisceaux d'apparence fibrillaire. Le grattage ne fait point écouler de suc.

La pièce fut remise à M. le docteur Vergely, professeur-adjoint de l'Ecole de médecine, qui voulut bien se charger de l'examen microscopique et m'en adressa les résultats. Je copie textuellement la note qui me fut remise : « En résumé, la masse de la tumeur est formée par du tissu cartilagineux. Les cellules cartilagineuses, dont quelques-unes seulement possèdent une capsule et qui, pour la plupart, sont larges, irrégulières, munies de prolongements, avec un ou plusieurs noyaux, sont réunies par groupes répondant aux lobules de la surface de section. Entre ces masses et les isolant, on rencontre du tissu fibreux abondant; même, sur un point de la tumeur, ce tissu est presque seul, et c'est à peine si on aperçoit, dans l'interstice des fibres, quelques rares cellules. La disposition que je viens de décrire permet de porter le diagnostic anatomique de *fibro-chondrome*. »

Les suites de l'opération furent des plus simples. La réunion immédiate fut obtenue dans la partie supérieure de l'incision, où j'avais mis les points de suture; une suppuration abondante et de bonne nature s'établit, dès le deuxième jour, dans le reste de la plaie. Celle-ci ne tarda pas à bourgeonner rapidement; du huitième au douzième jour, toutes les ligatures tombèrent, et, en trois semaines, il ne restait plus qu'une plaie linéaire dont j'eus plusieurs fois à réprimer le bourgeonnement. Un mois après l'opération, la guérison était complète.

Il n'y avait pas eu la moindre menace de récidive locale, et la santé générale s'était maintenue parfaite.

La famille, tout entière à la joie d'un résultat que nos restrictions ne lui permettaient guère d'espérer, ne songea plus qu'à jouir sans réserve de cet enfant qui lui était rendu, et je perdis mon petit malade de vue.

Au mois de septembre suivant, Madame Lat... me ramenait son fils : depuis quelques jours, elle trouvait que le ventre augmentait de volume et qu'en un certain point il offrait une dureté extrême. La santé générale était toujours fort bonne. Cependant Madame Lat... s'était rappelé les craintes que nous avions exprimées au sujet de l'avenir, et elle venait en toute hâte me demander si vraiment elles s'étaient réalisées.

Voici ce que me révèla l'examen de l'enfant :

Embonpoint normal; coloration rosée des téguments. Au niveau de la cicatrice et du cordon, aucune tuméfaction ne peut être constatée. Les ganglions de l'aine sont normaux. Le ventre présente dans l'hypochondre gauche une voussure manifeste qui s'étend, d'une part, depuis la ligne médiane jusqu'au bord externe du carré des lombes, et, d'autre part, du rebord des fausses côtes, avec lequel elle paraît se continuer, jusqu'à la ligne ombilicale. Au niveau de la fosse iliaque, en enfonçant profondément les doigts dans la cavité pelvienne, on sent quelques nodosités qui doivent être des ganglions dégénérés. La respiration est normale; le malade ne tousse pas.

Je ne cachai pas à Madame Lat..., que je regardais comme au-dessus des ressources de l'art l'état de son enfant. En présence de ce pronostic, la famille décida de recourir à l'homœopathie et une seconde fois je cessai de voir mon malade Trois semaines après, j'étais appelé de nouveau. Les promesses de l'homœopathe avaient été démenties par l'événement, et le malheureux enfant pâle, amaigri, exténué, était arrivé aux derniers moments de son existence. Le ventre s'était encore développé et contenait évidemment du liquide; la respiration était anxieuse, fréquente, entrecoupée par des quintes de toux petite et sèche. L'appétit était nul et il y avait de la fièvre vers le soir. La cicatrice continuait à être dans les meilleures conditions. La mort arriva dans les premiers jours d'octobre.

J'obtins à grand peine l'autorisation de faire l'ouverture

© BIU Santé

du corps. J'y arrivai cependant et pus ainsi constater les lésions suivantes :

Le cordon était sain à partir de la cicatrice, dans une étendue de 4 centimètres ; en ce point commençait une sorte de cordon fibreux, dur, résistant, formé bien évidemment par un ou plusieurs lymphatiques remplis de matière cancéreuse. Ce cordon aboutissait à une tumeur demi-molle, élastique, qui n'était autre qu'un ganglion lombaire hypertrophié. Tous les ganglions de la région avaient subi une altération analogue. La tumeur principale du ventre était constituée par la rate très-développée et présentant plusieurs nodules dont l'un avait le volume du poing. Les deux poumons étaient aussi parsemés de petites nodosités variant du volume d'un grain de maïs à celui d'une noisette. A l'examen microscopique, ces tumeurs secondaires furent reconnues comme étant de nature enchondromateuse : cette fois l'enchondrome avait revêtu la forme dite à *cellules ramifiées ou stellaires (myxo-chondrome)*.

OPHTHALMOLOGIE

De quelques troubles oculaires nerveux, de nature hystérique, et de leur traitement par la métallothérapie ;

Par le docteur **Ch. ABADIE.**

Malgré le haut degré de précision qu'atteint aujourd'hui le diagnostic des maladies oculaires, nous rencontrons encore assez souvent, dans la pratique, des cas dont l'interprétation exacte nous laisse dans un grand embarras. C'est ainsi que nous appliquons fréquemment l'épithète d'*amblyopie congénitale*, dénomination évidemment bien vague, à un trouble fonctionnel caractérisé par une diminution considérable de l'acuité visuelle, sans lésion appréciable du fond de l'œil. Cliniquement, nous pouvons résumer ainsi tout ce que nous savons de précis sur cette forme d'amblyopie : 1° Elle n'entraîne jamais une abolition complète de la vision; 2° C'est surtout la vision centrale qui est affaiblie ; 3° L'affection toujours très-ancienne, sinon congénitale, se maintient telle quelle indéfiniment.

Jadis avant l'étude approfondie des anomalies de la réfraction, ces cas d'amblyopie congénitale étaient plus fréquents qu'aujourd'hui. Une hypermétropie manifeste considérable, un astigmatisme porté à un haut degré pouvaient, en réduisant considérablement l'acuité visuelle, jeter souvent de la confusion dans le diagnostic; mais actuellement, l'examen minutieux de l'état dioptrique de l'œil, la restitution de la vision au moyen de verres correcteurs appropriés, nous permettent d'éviter ces causes d'erreur.

Dans un travail antérieur (1), je crois avoir démontré que parfois l'amblyopie congénitale a pour origine une véritable malformation du nerf optique.

A leur entrée dans le globe oculaire, les fibres de ce tronc nerveux, au lieu de s'étaler en haut et en bas en deux gros faisceaux, décrivant des courbes qui suivent le trajet des vaisseaux et respectent la macula, ces fibres, dis-je, s'épanouissent dans toutes les directions, et un certain nombre d'entre elles, avant de se rendre à la périphérie, passent devant la tache jaune, et affaiblissent ainsi l'exquise sensibilité de cette région.

Anomalies de la réfraction, malformations du nerf optique et de la rétine, nous donnent donc déjà les raisons d'être d'un certain nombre de ces amblyopies, mais néanmoins, il en est encore d'autres qui échappent à ces explications, et dont la cause reste obscure, énigmatique. Or, je suis convaincu que, parmi celles-ci, quelques-unes ne sont autre chose que des amblyopies hystériques.

Tout le monde connaît les importants travaux de M. Charcot (2) sur ce sujet, mais on croit encore trop généralement que ces amblyopies unilatérales hystériques sont constamment associées à *une hémi-anesthésie complète*, et qu'elles n'existent que chez des malades présentant tous les signes cliniques de l'hystérie confirmée (grandes attaques, spasmes, convulsions, etc.), et confinées en raison de leur état grave, dans les établissements hospitaliers.

Eh bien ! il n'en est rien, ou plutôt, il en est de ces faits comme de tous les autres en pathologie, qui deviennent plus nombreux à mesure qu'on les connaît mieux, tout simplement parce qu'ils n'échappent plus à l'observation.

L'amblyopie et l'hémi-anesthésie hystériques existent fréquemment chez des malades qui n'ont pas conscience de leur état, et dont la santé est en apparence parfaite.

Déjà Fieuzal (1), Coursserant (2) ont observé à leur clinique des hystériques hémi-anesthésiques qui venaient les consulter uniquement pour des troubles visuels.

Je viens moi-même, dans l'espace de deux mois environ, et depuis que mon attention est dirigée de ce côté, de trouver chez trois malades de l'amblyopie hystérique que j'avais tout d'abord prise pour de l'amblyopie congénitale.

Point important à noter, chez une de ces malades, l'hémi-anesthésie du côté de l'œil amblyope *était très-incomplète*, les piqûres d'épingle étaient nettement senties, mais moins vivement que du côté opposé. Une kératite survenue sur l'œil sain, m'obligea à faire un examen minutieux de l'autre, et c'est ainsi que je découvris qu'il s'agissait d'une amblyopie hystérique.

Chez deux des malades, dont nous parlons, l'application de quelques pièces d'or à la région temporale du côté de l'œil amblyope, fit remonter assez rapidement l'acuité visuelle de $\frac{1}{10}$ et $\frac{1}{5}$ à $\frac{2}{3}$, chez la troisième pourtant, l'acuité, extrêmement mauvaise (elle ne pouvait compter les doigts qu'à la distance de 1 mètre), ne s'éleva qu'à 1/5. A mesure que l'acuité visuelle remontait, la sensibilité cutanée reparaissait dans la région occupée par les pièces, et *le phénomène de transfert* signalé par M. Charcot, se produisait ; c'est-à-dire que l'acuité visuelle baissait du côté opposé. Il en était de même pour la perception des couleurs qui, défectueuse auparavant, devenait normale du côté amblyope, pour disparaître, au contraire, du côté sain. En présence d'une amblyopie unilatérale, on ne devra donc jamais, à l'avenir, négliger d'interroger la sensibilité cutanée du même côté, et de rechercher l'état de la perception des couleurs.

La sensibilité est-elle *émoussée*, les couleurs sont-elles mal perçues, on appliquera des métaux à la tempe et on sera souvent surpris de voir la vision s'améliorer rapidement. Je crois inutile, du reste, d'insister plus longtemps sur ces faits, que les publications de MM. Burcq, Charcot(3), Dumontpallier (4), etc., ont rendus aujourd'hui presque vulgaires.

Les troubles oculaires nerveux de nature hystérique, ne revêtent pas toujours la forme d'une amblyopie unilatérale, avec hémi-anesthésie. Il en est d'autres, et c'est sur ceux-là que je désire appeler l'attention, qui se présentent comme des perturbations fonctionnelles bizarres, inexplicables, remarquables par leur résistance à tous les traitements, sauf peut-être à la métallo-thérapie.

Il n'est pas de praticien qui n'ait eu à soigner des femmes se plaignant de ne pouvoir fixer un instant sans éprouver de violentes douleurs de tête, accusant une photophobie des plus pénibles, des douleurs frontales et péri-orbitaires, presque constantes, s'exaspérant à la moindre lecture. Ces malades sont, en outre, tourmentées par des sensations pénibles de brulûre, de piqûre, de corps étrangers dans la conjonctive et les paupières, et néanmoins, elles ne présentent aucune altération du fond de l'œil, *aucune anomalie de la réfraction*.

Jusque dans ces derniers temps, on confondait ces troubles fonctionnels avec ceux de l'asthénopie accommodative, et quand l'emploi de verres convexes n'avait procuré aucun soulagement, on parlait d'*hyperesthésie rétinienne*, et c'était tout.

Dans un travail fort intéressant paru récemment (5),

(1) *Gaz. heb.*, n° 22, 1874.
(2) *Progrès médical*, n°s 29, 34, 1875.

(1) *Gaz. des hôp.*, n° 30, 1878.
(2) *Ibid*, n° 42, 1878,
(3) *Gaz. des hôpit.*, 1878, n°s 28, 30, 31.
(4) *Comptes-rendus* de la Société de biologie, 1878.
(5) *Handbuch für Gesammten Augenheilkunde*, tome 7, 1re partie, p. 88.

© BIU Santé

Fœrster, de Breslau, analyse minutieusement les troubles oculaires dont nous parlons, les rapproche les uns des autres, et en forme un ensemble, auquel il donne le nom de *kopiopie hystérique*. Cet ophthalmologiste distingué cherche, en outre, à démontrer que ces phénomènes nerveux réflexes ont leur point de départ dans une affection utérine ou péri-utérine, et qu'ils sont habituellement précédés et accompagnés de douleurs abdominales, de troubles de la menstruation, etc.

Quiconque y fera attention, pourra s'assurer de l'exactitude des faits observés par Fœrster, et aujourd'hui, la kopiopie hystérique a sa place marquée dans la nosologie oculaire.

Toutefois, d'après nos observations personnelles, ce n'est pas dans les affections utérines graves, accompagnées de désordres considérables, qui obligent les malades à garder le lit, qu'on rencontre de préférence la kopiopie hystérique. On l'observe, au contraire, presque exclusivement, dans les variétés que j'appellerai volontiers hystériformes, des affections de l'utérus et de ses annexes, chez des malades qui semblent peu incommodées par les lésions locales, mais chez lesquelles néanmoins, les troubles nerveux réflexes les plus variés dominent au point d'en imposer pour de l'hystérie vraie.

A notre avis, la kopiopie que Fœrster désigne sous le nom de kopiopie hystérique, serait mieux appelée kopiopie d'*origine utérine* ou simplement *utérine*, pour rappeler son point de départ. Il s'agit alors de troubles nerveux réflexes, placés sous la dépendance de *lésions acquises et parfaitement déterminées de l'utérus ou de ses annexes*. Tandis que la kopiopie, qui mérite réellement l'épithète d'hystérique, est celle dont la symptomatologie présente, il est vrai, une analogie complète avec la précédente, tout en étant néanmoins une manifestation de l'*hystérie vraie*.

Les médecins sont souvent disposés à traiter à la légère ces troubles fonctionnels qui ne sont accompagnés d'aucune lésion appréciable à l'ophthalmoscope, et dont le pronostic est en somme peu grave, car l'acuité visuelle se maintient intacte ; et pourtant, pour nombre de jeunes femmes, l'impossibilité absolue de se livrer à un travail quelconque de lecture, d'écriture ou d'aiguille, est une situation fort pénible, fort critique même, pour celles qui sont peu fortunées.

En dehors du traitement spécial qui convient à l'affection utérine, je n'ai jusqu'ici, dans la *kopiopie utérine*, obtenu d'amélioration que par l'hydrothérapie et le bromure de potassium, à la dose de 1 à 2 grammes par jour, et encore ces moyens ne procurent-ils que des soulagements passagers, jamais une guérison durable. Dans ces derniers temps, j'ai songé à appliquer à ces cas rebelles, la métallo-thérapie, mais je n'ai pu encore enregistrer aucun succès probant. Il n'en est plus de même dans la kopiopie réellement hystérique et chez plusieurs malades atteintes des troubles oculaires en question, cette méthode de traitement m'a donné des résultats fort encourageants. Tantôt il s'agissait de maux de tête continus, tantôt de véritables douleurs névralgiques s'exaspérant au moindre travail et rebelles à la quinine, à l'aconitine, etc., qui ont disparu rapidement sous l'influence d'applications métalliques.

D'ordinaire, conformément aux indications de M. Burcq et de M. Charcot, je commence par employer l'or. Trois pièces de 20 fr. sont appliquées sur le front, et maintenues par une bande pendant toute la nuit, on les enlève le lendemain au réveil.

Si l'or réussit, je le donne à l'intérieur, sous forme de chlorure, selon les prescriptions de M. Charcot à la dose de un centigramme environ, mais, c'est un médicament généralement mal supporté, et qui ne tarde pas à provoquer des troubles gastriques. Si l'or échoue, on le remplace par le cuivre, le zinc, appliqués extérieurement de la même manière. Enfin, et j'appelle surtout l'attention sur ce point, il est quelque fois indispensable, pour réussir, de réunir deux métaux l'un sur l'autre, comme l'a récemment conseillé M. Burcq, le créateur de la méthode.

L'observation suivante, montrera combien peuvent être complexes les troubles nerveux oculaires qui relèvent de la métallo-thérapie, et combien il faut se tenir prêt à varier les applications que comporte cette méthode générale de traitement.

Mlle Loison, demeurant à Maintenon (Eure-et-Loir), m'est adressée par le docteur Perret, médecin de cette localité.

Cette jeune personne, âgée de vingt-cinq ans, se plaint d'éprouver depuis près d'un an une fatigue particulière de la vue, comparable à celle de l'asthénopie accommodative. Impossibilité de fixer les objets rapprochés; douleurs de tête violentes dès qu'elle veut s'obstiner à travailler; photophobie des plus pénibles, qui l'oblige à cligner continuellement des paupières. En outre, il se produit chez elle un phénomène bizarre, dont j'ai eu l'occasion de vérifier moi-même l'exactitude. Le matin, au réveil, ses paupières sont gonflées, comme œdématiées. Ce gonflement, surtout marqué aux paupières supérieures, s'étend peu à peu au pourtour de l'orbite, puis, progressivement, dans la journée, ce gonflement diminue pour disparaître complétement vers le soir; le lendemain matin, le même phénomène se reproduit. Examinés à l'ophthalmoscope, les yeux ne présentent rien d'anormal; l'acuité visuelle est intacte et égale à 1; la structure du globe oculaire est emmétrope.

Les préparations ferrugineuses, l'hydrothérapie avaient déjà été employées sans succès. D'accord avec M. Perret, nous prescrivîmes le bromure de potassium à la dose de un, puis deux grammes par jour, et le sulfate de quinine 0 gr. 50 tous les deux jours. Ce traitement, suivi pendant deux mois environ, ne procura aucune amélioration.

La malade revint me voir. En l'interrogeant avec plus de soin encore que la première fois, j'appris que, bien que la santé générale ne laissât, en apparence, rien à désirer, la menstruation était fort douloureuse. Les règles venaient régulièrement, le flux était assez abondant, mais, à ces moments, elle éprouvait constamment de vives douleurs dans le bas-ventre, et, pendant les trois ou quatre jours que durait l'écoulement menstruel, les troubles oculaires étaient encore bien plus marqués.

En explorant la sensibilité de la face et du corps tout entier, je ne trouvai aucune zone anesthésique; il n'y avait pas non plus d'amblyopie; les deux yeux possédaient une acuité parfaite. Néanmoins, en raison de l'insuccès des diverses médications employées jusqu'alors, je résolus d'essayer la métallo-thérapie. Je fis appliquer, pendant la nuit, sur le front, trois pièces d'or de vingt francs maintenues par une bande, et j'administrai le chlorure d'or à l'intérieur à la dose d'un centigramme par jour. Comme il arrive assez souvent, ce médicament ne fut pas bien supporté, et détermina des crises gastriques. Son usage fut pourtant continué pendant près d'un mois. Au bout de ce temps, la malade n'éprouvant aucun soulagement, je conseillai d'appliquer sur le front non plus de l'or qui n'avait pas réussi, mais du cuivre. Trois pièces d'un sou furent maintenues sur le front pendant toute la nuit.

Dès le lendemain, la photophobie avait disparu, et le gonflement des paupières ne s'était pas reproduit. Sous l'influence de ce traitement, continué dans les mêmes conditions, les yeux revinrent progressivement et rapidement à l'état normal. Vers le onzième jour, la malade commença à pouvoir lire, coudre et travailler pendant plus d'une heure sans éprouver la moindre fatigue. Au bout d'un mois, se croyant définitivement guérie, elle suspendit le traitement; mais, huit jours s'étaient à peine écoulés, que les accidents reparaissaient sous la même forme et avec le même caractère que par le passé : douleurs de tête, photophobie, gonflement des paupières. Alors, d'elle-même, elle reprit les applications de cuivre, mais, cette fois, sans le moindre succès. Désolée de cette rechute, elle vint encore me demander conseil. Je venais précisément de lire une observation du docteur Burcq, dans laquelle l'or, qui avait réussi tout d'abord ayant échoué à la longue, une plaque de melchior, surajoutée à la plaque d'or, avait ramené la guérison. Je fus d'avis de mettre une plaque de zinc sur la plaque de cuivre, ce qui fut fait. Le lendemain même, douleurs, photophobie, gonflement, tout avait disparu comme par enchantement. Depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie (1).

(1) Il y aurait eu lieu de faire quelques remarques sur certains points de l'intéressante note de notre distingué collaborateur, M. Abadie; nous y reviendrons prochainement.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Une visite médicale à l'Exposition universelle.

Née sous les plus sombres auspices, mais encouragée et soutenue par tous les bons citoyens, l'Exposition universelle de 1878 s'est peu à peu élevée au-dessus des brumes malfaisantes, et est enfin apparue toute rayonnante de forces, resplendissante de richesses, émerveillant le monde, domptant ses ennemis, et symbolisant la paix et le travail, auxquels elle convie tous les peuples par l'exaltation et la glorification de leurs bienfaits.

L'immense palais offre aux regards et à l'étude non-seulement les merveilles de l'industrie, les richesses du commerce et les produits de l'agriculture, mais on y peut contempler encore (à un degré qu'il est rarement permis d'atteindre), les dernières œuvres de la science et de l'art de toutes les nations. La vaste plaine du Champ de Mars n'a pu tout contenir, et, au loin, sur les deux rives de la Seine s'étendent des constructions accessoires qu'il sera intéressant de visiter. Dans le magnifique Palais du Trocadéro sont réunies les productions artistiques du passé, prêtées pour la circonstance par leurs heureux possesseurs. Enfin là, une vaste salle permet les grandes réunions de l'industrie et du commerce, des artistes et des savants ; et, chaque jour, des flots d'auditeurs s'y pressent pour entendre les orateurs qui conférencient sur les choses qui les intéressent. Car les heureux et habiles organisateurs de cette grande œuvre de concentration des travaux des peuples ont voulu à la fois encourager, plaire et instruire.

Après avoir admiré toutes ces merveilles, chacun pensera sans aucun doute à étudier ce qui intéresse plus particulièrement sa profession et son art. C'est pourquoi nous avons cru d'abord utile, dans un article général, d'indiquer à nos confrères la disposition des choses qui regardent les sciences médicales.

Bien qu'un groupe spécial soit consacré dans la section française à la médecine, à l'hygiène et à la chirurgie, beaucoup d'objets intéressants à voir pour les médecins sont dispersés dans différentes régions de l'Exposition, dans les sections étrangères, dans les jardins du Champ de Mars, sur les bords de la Seine ou près du Palais du Trocadéro.

Dans le Palais du Champ de Mars, lorsqu'on se trouve dans le grand vestibule d'honneur où sont exposés les joyaux indiens du prince de Galles et les diamants de la couronne de France, du côté gauche, se voit une longue galerie dont le frontispice porte cette inscription : *Arts libéraux*. Il suffit de la parcourir dans toute sa longueur pour rencontrer, sur son chemin, les régions médicales.

Dès qu'on a traversé la salle où sont exposés les objets des missions scientifiques, on entre dans un vestibule et dans une autre salle vaste et bien éclairée, destinée à l'exposition de l'enseignement supérieur.

Dans le vestibule : de beaux échantillons des préparations chimiques les plus rares et les plus difficiles du laboratoire de M. Wurtz, les appareils de M. Sainte-Claire Deville pour la fusion des métaux; des tableaux représentant les appareils de M. Bert pour l'étude de la pression barométrique ; les appareils de M. Caillet et pour la liquéfaction des gaz; puis, dans la salle, on remarque les instruments astronomiques de M. Janssen, les appareils de laboratoire de M. Marey, les microscopes et les appareils histologiques de M. Ranvier, quelques échantillons du Muséum d'histoire naturelle, les moulages de Stahl etc... ; à droite, se voit la vitrine où sont disposées avec art les belles préparations de M. Sappey sur les lymphatiques, de M. Duval sur la moelle épinière et le bulbe, etc. Les murs de la salle sont garnis de rayons de bibliothèque où reposent les ouvrages des maîtres de l'enseignement supérieur, publiés depuis la dernière Exposition, en particulier les livres des professeurs de la Faculté de médecine, du Collége de France, du Muséum, et de la Faculté des sciences : ils sont mis à la disposition du public de 10 heures à midi.

Parcourons maintenant, rapidement, les salles destinées à l'enseignement secondaire et primaire, nous traversons bientôt une grande galerie transversale : nous pénétrons aussitôt dans le groupe des *instruments de précision* : là, nous aurons plus tard l'occasion d'appeler l'attention sur les instruments de physiologie, d'histologie ou de physique exposés par les maisons Nachet, Verick, Alvergniat, Hartnack, Dubosq, Rhumkorff, etc...

La salle suivante est de beaucoup la plus intéressante pour les médecins; elle porte les inscriptions : *Médecine*, *Hygiène*, et sur les côtés, *Chirurgie* (gr. II, cl. XIV). Nous étudierons, dans plusieurs autres articles, les objets qui remplissent les vitrines de cette salle : là, en effet, se rencontrent les belles expositions des instruments de chirurgie des maisons Charrière et Collin, de Mathieu, de Favre, d'Aubry, de Galante, de Mariaud et Guéride, etc; les appareils d'électricité médicale de Gaiffe, de Trouvé; les instruments en gomme et en caoutchouc; les instruments de l'art vétérinaire, les appareils d'orthopédie et les expositions très-nombreuses de l'art dentaire. Dans un des angles, dissimulées aux regards d'un public trop impressionnable par des rideaux légèrement indiscrets, on pourra voir les préparations anatomiques de Vasseur et Tramond, de Laskowski, les modelages de Talrich et Baretta, les admirables dessins anatomiques de Perret, et les pièces d'anatomie, clastique du Dr Auzoux.

Le visiteur fera bien de profiter de son séjour dans cette salle pour se diriger vers le pavillon de la ville de Paris, situé en face, où il pourra jeter un coup d'œil sur l'exposition de l'Assistance publique, et des Asiles d'aliénés de la Seine, sur les plans de la nouvelle Faculté de médecine ; il constatera aussi les grands progrès accomplis dans l'hygiène et l'assainissement de la Capitale, par les constants efforts du Conseil municipal et de l'Administration.

Il reviendra alors dans la galerie qu'il a abandonnée pour un instant ; en la suivant, il ne rencontrera plus sur son chemin que les expositions relatives à l'imprimerie et les instruments de musique. Parvenu dans la galerie du travail, il la suivra de droite à gauche et pénètrera dans la galerie des machines. A quelques centaines de pas, c'est dans une petite galerie parallèle à celle-ci qu'il pourra voir les expositions des grandes pharmacies, des spécialités, des produits chimiques, etc. (Cl. 47.)

Traversons maintenant la galerie des machines et sortons du palais ; en descendant vers le Trocadéro, nous ne tarderons pas à rencontrer, non loin de la porte Rapp, vers le milieu, le *Pavillon des eaux minérales* : là, sont exposés les produits des principales sources minérales de France. On y rencontrera généralement dans l'après-midi, un certain nombre de confrères, des curieux et quelques

© BIU Santé

personnes qui, se souvenant des délicatesses de leur santé, viennent déguster les eaux.

Nous sortons et nous descendons d'un trait jusqu'aux bords de la Seine. Si l'on veut bien se diriger à gauche du pont d'Iéna, à peu de distance, dans le jardin, on pourra visiter les voitures, les tentes-abris, les hôpitaux-baraques et les wagons de la Société de secours aux blessés. On descendra ensuite par un escalier qui se trouve à gauche du pont, sur le quai ; dans un petit bâtiment spécial sont exposés tous les appareils de l'*Hydrothérapie*. On les fait fonctionner devant vous ; en voyant les eaux s'écouler de toutes parts en pluie fine, en jet, en cercle, on éprouve le regret, par ces chaleurs tropicales, de ne pouvoir en utiliser la bienfaisante fraîcheur : d'autant plus qu'il faut maintenant traverser le pont d'Iéna, où les rayons d'un soleil ardent vous menacent d'un assèchement complet. C'est vers l'extrême gauche du jardin du Trocadéro, derrière le pavillon chinois, qu'il faut se diriger pour trouver l'exposition d'*Anthropologie*. On franchit une longue passerelle et, sur le quai, se voit un vaste bâtiment annexe. Il renferme, au point de vue de l'histoire de l'homme et de celle des peuples, les documents les plus intéressants. Il est regrettable que le grand public ne puisse découvrir qu'avec difficulté le pavillon d'anthropologie : il serait à désirer que, sur la gauche du pont d'Iéna, on plaçât une grande inscription indicatrice. Nous ne voulons pas aujourd'hui insister sur les éléments d'études réunis en ce lieu surtout par l'école française, et les écoles russes et anglaises. Nous consacrerons un article spécial au pavillon de l'anthropologie.

Nous conseillons au visiteur, qui a bien voulu nous suivre dans notre marche rapide à travers l'Exposition, de consacrer le temps qui lui reste à visiter les magnifiques galeries de l'art rétrospectif du Trocadéro, et d'aller entendre, vers deux heures, une conférence ou un concert musical, dans la grande salle du même palais. Il remettra à un second jour la visite médicale des sections étrangères. Remontant l'allée des Nations, le visiteur reconnaîtra successivement, à sa droite, les façades pittoresques de l'Angleterre, des Etats-Unis, de l'Italie, du Japon, de la Chine, de l'Espagne, de l'Autriche-Hongrie, etc.

Dans la section anglaise, près de la façade, nous signalerons l'exposition des microscopes de la maison Ross (de Londres) ; les cornets acoustiques si variés de forme et d'aspect de la maison Rein et Soss, les instruments de chirurgie de Joseph Gray, les instruments pour l'art dentaire de Samiesson et Cie. Près de la galerie des machines, à l'extrémité opposée, on verra une très-belle exposition de produits chimiques et pharmaceutiques de plusieurs grandes maisons de Londres et Manchester.

En Amérique, admirons la très-belle exhibition des instruments et fauteuils pour dentistes de Samuel S. White (de Philadelphie) ; les dents minérales de H.-D. Pastie (de Chicago) et quelques belles vitrines de pharmaciens et de chimistes.

Dans la Suède et la Norwège, nous ne rencontrons guère, au point de vue médical, que des vitrines, en grand nombre, d'expositions d'huile de foie de morue, de squale, d'huile d'os pour instruments d'horlogerie et de chirurgie, et des produits résineux.

Si l'on veut bien ne pas se laisser trop longtemps distraire, dans la section Italienne, par les objets d'art et par les gracieuses statues disposées dans la galerie, on remarquera, non loin du vestibule d'entrée, l'exposition de l'Institut pour les enfants rachitiques de Florence, des appareils d'orthopédie, des instruments d'accoucheurs, de dentistes, les préparations à la gélatine médicinale du docteur Léonardi (de Milan) et enfin les très-belles préparations anatomiques avec conservation de la couleur naturelle des téguments par le Dr Effisio Marini, et les belles injections des vertébrés inférieurs, d'un professeur de l'Institut de Venise.

Après avoir admiré les cristaux de Bohême, en Autriche, on jettera un coup d'œil sur les vitrines des microscopes et instruments de précision de Rosenthal (de Vienne), les bandages d'Odelga, les forceps et les instruments d'accouchement du Dr Ignace Seczia. On pourra ainsi regarder par transparence les grandes et belles coupes de la moelle, du bulbe et de l'encéphale, du Dr A. Köller (de Vienne) que, seul, a pu surpasser, croyons-nous, notre excellent ami le Dr Pierret, professeur à l'Ecole de Lyon. — En Hongrie : exposition des eaux minérales et des produits des sources purgatives d'Hunyadi Janös, de Rakoczy et de François-Joseph.

La Russie est une nation qui fait des progrès incessants dans les sciences biologiques, et bientôt, nous l'espérons, elle n'aura plus à emprunter à l'Allemagne les savants professeurs de ses universités. Déjà nous avons signalé sa belle exposition anthropologique. Près de la façade de l'avenue des Nations, dans un petit cabinet très discret, on pourra admirer les beaux moulages en plâtre du docteur Levitoux (de Varsovie). Ils représentent, avec une rare perfection, les formes d'une femme vigoureuse et belle, obtenus d'un seul jet. Les vitrines adjacentes contiennent les instruments d'obstétrique du docteur Lazarevitch (de Saint-Pétersbourg), des appareils d'inhalation pour l'air des forêts, du docteur Maly (de Pologne), un pulvérisateur de Poëhl, et quelques autres instruments de chirurgie.

En Suisse, signalons seulement les vitrines pharmaceutiques de Hüber (de Bâle) où sont exposées des substances médicales comprimées et réduites à un petit volume, les sous-vêtements à nœuds et les crêpes de santé des fabriques d'Interlaken.

Tels sont les résultats principaux de notre rapide excursion au palais de l'Exposition universelle et dans ses dépendances. Nous n'avons voulu, pour cette fois, qu'indiquer les lieux où sont dispersées les choses qui peuvent intéresser plus particulièrement les médecins. Nous n'ignorons pas que l'élévation de leur goût, leur haute éducation artistique, aimeront d'autres sujets d'étude, et que souvent leur admiration se dirigera vers les richesses de l'art, mais, chemin faisant, ils pourront examiner les choses utiles qui regardent leur profession, et ils nous sauront gré de leur avoir épargné des recherches difficiles.

Nous reviendrons en détail sur les expositions d'instruments de chirurgie, d'histologie, de physique et physiologie médicales, d'hygiène, de santé publique, de chimie, de pharmacie, et un article spécial sera consacré à la description du pavillon des sciences anthropologiques. H. D.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 juin 1878. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. CHARCOT fait avec M. REGNARD une communication sur l'action de l'aimant et des solénoïdes dans l'hémianesthésie hystérique; nous reviendrons sur cette communication dans le prochain numéro.

M. DUVAL, en étudiant la gouttière primitive de l'embryon, après quelques heures d'incubation, a pu s'assurer qu'elle est indépendante de la gouttière médullaire et ne sert pas au développement du système nerveux.

M. LABORDE apporte à la société des tracés graphiques qui permettent de préciser l'action de l'aconitine sur le cœur. Les animaux soumis à l'action de cette substance, ne meurent pas de syncope. Qu'on injecte à une grenouille une petite dose d'aconitine (0 gr. 0002), on note sur le tracé une période d'excitation cardiaque : si la dose est plus forte, on obtient une véritable ataxie du cœur. Les contractions peuvent se suspendre, mais alors même la contractilité du muscle existe toujours. Lorsque l'on administre préalablement du curare ou de l'atropine, substances qui paralysent les extrémités du pneumo-gastrique, cette action de l'aconitine sur le cœur ne s'observe plus. L'animal meurt par le poumon au milieu de phénomènes de strangulation, à l'autopsie on trouve des ecchymoses sous-pleurales; la respiration artificielle empêche la mort. — M. RABUTEAU fait ressortir les analogies de l'aconitine et du curare.

Comité secret à 5 heures. L. D. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. COLIN fait une critique amère et violente sur la méthode graphique de M. Marey, auquel il conteste les résultats de ses expériences. Pour M. Colin, les appareils graphiques ne sauraient remplacer l'expérimentation directe avec les sens, ni les vivisections.

Dans la prochaine séance, M. MAREY répondra à M. Colin et lui montrera les avantages incontestés qui résultent de ces procédés.

M. PASTEUR lit un travail intitulé : *Sur le charbon des poules*, par MM. Pasteur, Joubert et Chamberland. Dans une des séances précédentes, M. Pasteur annonçait qu'il était possible de provoquer le charbon chez les poules en les refroidissant; ce résultat serait facile à obtenir, si l'on fait plonger la partie inférieure du corps dans de l'eau plus froide que le corps de l'animal. La contre-partie de ces recherches vint naturellement à l'esprit de M. Pasteur. S'il est possible de donner le charbon aux poules par un simple refroidissement, ne serait-il pas en notre pouvoir, se demanda-t-il, de les guérir en les réchauffant à temps. Lorsque, après avoir inoculé une poule et provoqué le charbon, déjà à un degré avancé par le refroidissement, on vient à la réchauffer, sa guérison a lieu dans les meilleures conditions. On peut donc considérer, d'après l'habile expérimentateur, comme définitivement établi : 1° Que les poules sont réfractaires au charbon; 2° que les poules refroidies contractent facilement le charbon; 3° que les poules, chez lesquelles on a déjà développé le charbon largement par un abaissement de la température, peuvent se guérir complétement, si on vient à les réchauffer. — La bactéridie se résorbe alors, comme cela a lieu dans le cas visé par la première proposition. La guérison n'a pas réussi seulement lorsque le sang était déjà fort envahi par la bactéridie charbonneuse et dans les dernières heures de la vie.

M. PASTEUR présente également quelques observations au sujet d'une note présentée par M. Colin dans la séance du 14 mai dernier. Pour M. Pasteur, si des résultats annoncés à l'Académie n'ont pas été confirmés par les expériences que M. Colin vient d'entreprendre dans le but de les vérifier, c'est que M. Colin a mal expérimenté.

M. RICHE fait une communication *sur la recherche du sous-nitrate de bismuth*. Cette communication comprend quatre parties. Dans la première, il traite du plomb et de son dosage; dans la deuxième, il donne un moyen pratique d'obtenir le sous-nitrate pur en respectant les prescriptions du codex; dans la troisième, il examine la composition des sous-nitrates de bismuth du commerce, comparativement avec celle du sous-nitrate préparé par la méthode du codex et il l'étudie au point de vue thérapeutique. Il indique, dans une dernière partie, le moyen facile de déterminer si un sous-nitrate de bismuth a été convenablement préparé.

L'Académie se constitue en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 26 avril. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

10. Hernies multiples chez un enfant à la mamelle;

par Ch. FÉRÉ.

Tr., Léon, né le 16 janvier 1878, reçu à l'hospice des Enfants-Assistés le 2 février, entre dans le service de M. GUÉNIOT avec une conjonctivite purulente bi-oculaire. L'ombilic est cicatrisé et présente une conformation normale, dépression en croissant à concavité supérieure; l'enfant est maigre, mais tète bien.

10 *février*. La dépression ombilicale s'est effacée et il existe une tumeur du volume d'une petite noisette recouverte par une peau lisse et sur le sommet de laquelle on reconnaît la trace de la cicatrice ombilicale. Les parties contenues dans la hernie se réduisent facilement sans bruit, et après la réduction on sent au niveau de la cicatrice profonde une ouverture qui, au toucher, paraît à peu près régulièrement circulaire, et laisserait passer une sonde ordinaire. La réduction se maintient tant que l'enfant est au repos, mais la hernie se reproduit au premier mouvement ou s'il crie.

12 *février*. M. Guéniot applique un bandage en diachylon constitué: 1° d'une pelote carrée, formée de deux plaques d'amadou recouvertes par des bandelettes de diachylon enroulées, de telle sorte que la surface emplastique soit tournée en dehors pour adhérer à la fois à la peau et au bandage; 2° d'une bande de diachylon de 4 à 5 centimètres de large dont le milieu est appliqué sur la pelote, et dont les deux chefs vont obliquement se croiser en arrière en suivant la direction des côtes.

15 *février*. On voit apparaître dans l'aine droite une tumeur allongée suivant la direction du pli, mais faisant à peine saillie à l'orifice externe du canal inguinal, dont l'ouverture n'admettrait pas la pulpe du petit doigt; elle est réductible, mais sort au cri. Les deux testicules sont au fond du scrotum. Comme le bandage ne fut appliqué qu'au bout de huit jours, la hernie eut le temps de descendre dans le fond du scrotum, l'anneau s'est élargi, laisse pénétrer le petit doigt. Le testicule est situé en arrière, en bas et en dedans; quand on a réduit l'intestin, il conserve sa position. La hernie est facilement maintenue réduite par le bandage.

10 *avril*. On enlève le bandage ombilical qui s'est maintenu à peu près intact et sans altérer la peau. Les cris ne provoquent plus de saillie au niveau de l'ombilic et on sent à peine l'anneau. Le bandage inguinal contient bien la hernie, mais elle descend sitôt qu'on l'enlève, l'orifice externe du canal reste dans le même état. La conjonctivite est guérie, mais l'enfant est pâle et toujours chétif.

15 *avril*. Diarrhée verte, amaigrissement rapide, fièvre. On trouve dans l'aine gauche, à la partie externe, une légère saillie qui n'arrive pas jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal.

20 *avril*. L'enfant continue à dépérir sans toux, sans convulsions, etc, sans aucun signe physique appréciable du côté des organes splanchniques, seule la diarrhée persiste avec la fièvre.

AUTOPSIE. Tuberculose miliaire généralisée (poumon, foie, rein, capsules surrénales, rate, intestins, péritoine; rien dans les méninges). Du côté du péritoine la cicatrice ombilicale ne présente plus qu'un infundibulum dans lequel pénètre l'extrémité d'une sonde cannelée.

**

© BIU Santé

A gauche, l'orifice interne du canal inguinal est dilaté, il a 6 millimètres de large; le cul-de-sac péritonéal se rétrécit bientôt brusquement, et dans sa moitié interne il laisse tout juste passer un stylet; il se termine au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. La partie dilatée qui formait le sac herniaire était vide, l'intestin se sera sans doute dégagé au moment de l'ouverture du ventre. Le cordon fait saillie et apparaît nettement par transparence sur la paroi interne de l'infundibulum péritonéal.

A droite, on trouve le cœcum avec 2 centimètres d'intestin grêle engagé dans le sac, au fond duquel l'extrémité de l'appendice a contracté des adhérences solides déjà anciennes, de sorte que quand on réduit par traction l'intestin, on retourne le sac complètement. Si, au contraire, on fait la réduction par des pressions externes sur le sac, on réduit le cœcum, mais l'appendice ne rentre qu'en partie; il est probable qu'il en était de même pendant la vie, et que le bandage comprimait l'appendice, c'est ce qui explique la rougeur de cette partie de l'intestin et du fond du sac; les adhérences de l'appendice reconnaissent peut-être aussi cette origine. Le sac est complétement distinct de la vaginale, comme à gauche le cordon dans la portion intra-inguinale est très-apparent sous le péritoine, tout autant que dans la portion pelvienne. A partir de l'orifice externe du canal, on n'aperçoit plus le cordon à travers les parois du sac. Cet aspect du cordon rapproché de la disposition du diverticule péritonéal du côté opposé suffit-il pour décider si on a affaire non pas à une hernie inguinale externe ordinaire, mais à une hernie funiculaire congénitale?

11. Hémorrhagie du centre ovale (faisceaux fronto-pariétaux supérieurs); par E. Quenu, interne des hôpitaux.

X..., âgé de 78 ans, service de M. Desnos, hôpital de la Pitié, a été frappé d'une attaque d'apoplexie, hier, en descendant un escalier. — Le jour de son entrée, 3 avril, X... a, repris connaissance, il comprend ce qu'on lui dit, mais l'intelligence est restée obtuse; il paraît comme endormi, et il faut insister beaucoup, pour lui faire balbutier une réponse. Le membre supérieur gauche est complétement paralysé; quand on le soulève, il retombe sur le lit comme une masse. Le membre inférieur gauche est flasque également, mais à un degré moindre; la sensibilité est conservée intacte dans tous ses modes. La face n'est pas atteinte: il n'y a ni déviation des commissures labiales, ni asymétrie du reste de la face. Les doigts, la main et l'avant-bras gauches présentent un peu de contracture, les artères radiales sont flexueuses et indurées. En outre, le malade a de la fièvre et tousse, les pommettes sont rouges, animées, la langue est sèche, la respiration fréquente Quelques râles sous-crépitants à la base du poumon gauche.

Ni la vessie ni le rectum ne sont paralysés; le 5 la contracture a en grande partie disparu: il reste seulement un peu de raideur des doigts qui sont fléchis dans la paume de la main et qui reviennent à la flexion quand on les en écarte.

Les jours suivants, aucun changement dans l'état des membres; l'abattement devient plus considérable, et la mort survient le 9 avril, probablement causée par la pneumonie.

Autopsie (1). La *dure-mère* adhère aux os du crâne; cette membrane n'est pas épaissie, et sa surface interne est lisse en tous ses points.

Les *artères* de la base sont athéromateuses. Le *lobe gauche* du cerveau est sain. Rien à noter dans la protubérance, les pédoncules cérébraux, le cervelet, ni le bulbe.

Avant de procéder aux coupes, nous notons sur la face externe de l'hémisphère droit, une surface qui semble moins ferme que le reste de l'encéphale, au niveau de l'extrémité supérieure de la circonvolution pariétale ascendante: le foyer est tellement superficiel en un point, qu'une partie de son contenu, un caillot noir, récent, s'échappe par une petite déchirure qui se fait sous nos yeux, au fond du sillon vertical séparant le lobule paracentral du lobe carré.

Nous avons pratiqué les coupes verticales et parallèles au sillon de Rolando, préconisées par M. Pitres (th. inaug. 1877).

1° C. pédiculo-frontale. Rien d'anormal.

2° C. frontale. La substance blanche du faisceau frontal supérieur a dans l'étendue d'un demi-centimètre carré, une coloration rosée, et une consistance plus molle nous indiquant que nous ne sommes pas loin du foyer. (V. Pl. 1. A.). En effet, une coupe passant par le sillon de Rolando, nous montre l'extrémité antérieure de ce foyer, qui ne mesure encore que 13 millim. de long sur 3 millim. de large, et ne s'enfonce en avant dans le faisceau frontal supérieur que de 4 millimètres environ. (V. Pl. 1; B). Le faisceau frontal supérieur n'est donc intéressé que dans une très-petite étendue et seulement dans son quart postérieur.

3° C. pariétale, V. Pl. 2. Le faisceau pariétal supérieur est en partie détruit par un foyer hémorrhagique limité en dedans par la substance grise du lobule paracentral. Le sang a refoulé l'écorce grise qui lui forme paroi principalement en haut, où le sang arrive presque sous la pie-mère La paroi externe est irrégulière et constituée par la substance cérébrale déchiquetée et fortement colorée par l'imbibition.

Dimensions du foyer sur cette coupe : { hauteur 4 cent. / largeur 4 milli.

4° C. pédiculo-pariétale (V. Pl. 3). Le foyer mesure à peu près la même hauteur (3 c. 8) mais il est beaucoup plus large (11 milli.) et une grande partie du faisceau pédiculo-pariétal supérieur (un peu plus de la moitié supérieure) est détruite.

Plus en arrière encore, une coupe verticale passant par la scissure perpendiculaire externe nous montre un tissu cérébral sain. L'extrémité postérieure du foyer répond à peu près à un plan vertical divisant le lobe carré en 2 parties égales et il semble là que les faisceaux blancs aient été refoulés et tassés plutôt que détruits.

En *résumé*, la lésion occupe une très-petite partie du faisceau frontal supérieur, la plus grande partie du faisceau pariétal supérieur et la moitié supérieure du faisceau pédiculo-pariétal supérieur qu'elle dépasse même en arrière, le foyer était rempli, nous l'avons dit, par un caillot cruorique. Le corps strié et la couche optique ne présentent pas d'altérations.

Cœur, endocardite chronique: deux des valvules sigmoïdes de l'aorte sont incrustées de matières calcaires. Plaques blanchâtres et dures sur les piliers de la valvule mitrale. La crosse de l'aorte est dilatée et sa face interne recouverte de plaques d'athéromes.

Les *poumons*, surtout le gauche, sont fortement congestionnés: le gauche offre à sa base des îlôts de pneumonie lobulaire allant au fond de l'eau. Il existe quelques petits noyaux d'apoplexie sous la plèvre.

La *muqueuse gastrique* n'est pas ecchymosée, les *reins* sont petits, lobulés, la substance corticale est atrophiée et le siége de plusieurs petits kystes, quelques dépôts uratiques dans les tubes droits.

12. Mal de Pott dorsal avec abcès par congestion et paraplégie. — Déformation sans compression de la moelle; par M. Pasteau, externe des hôpitaux.

La nommée B. F..., née à Biéla (Italie), âgée de 58 ans, femme de ménage; tempérament lymphatique, constitution faible. Entrée le 8 avril 1878, salle Sainte-Agnès, lit n° 4. (Service de M. Cusco.)

Restée en médecine depuis onze mois dans l'ancien et le nouvel Hôtel-Dieu, elle a été transférée en chirurgie le 8 avril dernier. Elle présentait, à ce moment, une faiblesse musculaire généralisée et un abcès froid saillant à l'extérieur de la région dorso-lombaire, ainsi que des traces d'un cautère au même niveau. L'apophyse épineuse de la neuvième vertèbre dorsale proémine au dehors, les deux autres un peu moins, puis le reste rentre dans l'ordre. Il y a *paraplégie, sans incontinence*, mais avec persistance de mouvements réflexes très-accusés. L'abcès fut drainé deux jours après, mais la malade ne tarda pas à succomber le 24 avril.

L'autopsie, faite trente-six heures après la mort, nous a permis de constater les lésions suivantes:

1° *Cerveau.* — Normal; 2° *Cavité abdominale.* — Rate ramollie et diffluente. — Foie ictérique, cirrhose au début. — Bile, couleur sépia; 3° *Cavité thoracique.* — Poumons: quelques

(1) Trois dessins ont été déposés dans l'Album de la Société.

© BIU Santé

légères adhérences; quelques noyaux de tubercules disséminées. — Cœur : surcharge graisseuse.

Le long de la colonne dorsale et à gauche, on trouve un vaste foyer ancien, circonscrit par une membrane très-épaisse. Les parois sont en rapport avec la face postérieure de l'aorte thoracique et la face latérale gauche de la colonne dorsale. La levée du corps à heure fixe ne nous a pas permis de rechercher la communication possible entre ce foyer d'abcès froid et celui qui a été drainé sur le vivant. Le corps de la vertèbre proéminente est à peu près complètement détruit, ainsi que les disques intervertébraux correspondants; il est réduit à une mince lamelle irrégulière de tissu spongieux qui ne mesure qu'un millimètre d'épaisseur. Cette destruction d'un corps vertébral rend compte de l'affaissement de la colonne et de l'angle saillant à l'extérieur. Les corps de quelques autres vertèbres contiguës sont aussi érodés, surtout en avant dans toute leur hauteur, mais sont atteints peu profondément. Quoique la première vertèbre altérée baigne entièrement dans le liquide purulent, il est facile de constater en soulevant la néo-membrane qui recouvre la méninge à ce niveau que la moelle n'est nullement endommagée.

Réflexions. — Il nous a paru intéressant de rapprocher cette observation de celles qui sont consignées dans la thèse de M. le Dr Michaud, sur la méningite et la myélite dans le mal vertébral, produisant ces affections par compression lente de la moelle.

Nous insisterons sur ce point particulier qu'il n'y avait point trace de compression de la moelle, seulement incurvée dans le canal vertébral. En effet, comme la moelle est bien loin d'occuper la totalité du calibre de ce conduit, Bouvier (*Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*, p. 16) fait remarquer qu'il suffit simplement que la moelle cesse d'être concentrique à son enveloppe osseuse pour être par là soustraite à la compression. « Aussi comprend-on, dit-il, que le degré de flexion le plus considérable de l'os peut ne pas léser les fonctions de la moelle.

Nous ne pouvons affirmer, en présence de la paraplégie, qu'il y ait eu myélite par propagation, l'examen histologique n'ayant pu être fait.

13. Leucémie ganglionnaire. — Insuffisance mitrale par myocardite; par J. Dejerine, interne des hôpitaux.

Le nommé D..., 23 ans, ajusteur mécanicien, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 5, le 30 mars 1878, service de M. Guéneau de Mussy.

Aucun antécédent de famille. — Pas de syphilis. — Aucune maladie antérieure. — Pas d'habitudes alcooliques. — Travail assez pénible, mais éprouvant peu cet homme qui était très-robuste.

Bonnes conditions hygiéniques. Il y a environ quatre mois (commencement de décembre 1877), sans cause bien appréciable (quoique le malade croit y voir les suites de coups reçus un mois auparavant), parut sur l'angle du maxillaire inférieur une tumeur dont le malade ne s'aperçut d'abord pas lui-même, tellement elle était indolente, et qu'on lui signala lorsqu'elle atteignit la grosseur d'une noisette. Cette tumeur, en trois semaines au plus atteignit la grosseur à laquelle nous la trouvons aujourd'hui. Un mois plus tard (janvier) apparurent simultanément des tumeurs semblables dans les aines et dans les aisselles; elles atteignirent le degré de développement qu'elles présentent aujourd'hui, dans un laps de temps de deux mois. Depuis ce moment (mars), elles sont restées complètement stationnaires. Vers le milieu de janvier, était apparue une tumeur semblable vers l'angle droit du maxillaire, laquelle a cessé de se développer depuis quelque temps, au dire du malade.

Toutes ces productions n'ont apporté aucun trouble dans les fonctions. La déglutition s'accomplit avec autant de facilité que précédemment. La respiration également. Elles sont absolument indolentes. L'appétit est resté bon. Pas de vomissements. Le malade ne signale que de l'amaigrissement et une teinte blanche de la peau, néanmoins, lorsqu'on l'interroge il se rend bien compte d'un certain degré de faiblesse générale qu'il éprouve depuis quelque temps et qui augmente de jour en jour.

30 *mars*. — *Etat actuel*. Le malade paraît affaibli, présente une teinte blanc jaunâtre très-prononcée (anémie cachectique). Hypertrophie ganglionnaire généralisée ; les ganglions antérieurs et postérieurs forment le long du sterno-mastoïdien, une chaîne de ganglions dont les plus volumineux atteignent la grosseur d'un marron. A chaque aisselle, amas ganglionnaire, conglomeré, formant une tumeur du volume du poing.

Dans les aines, au niveau de l'arcade crurale et disposées suivant une ligne verticale, se trouvent des masses formées de ganglions hypertrophiés et réunis entre eux.

Sur toutes ces productions ganglionnaires, au cou, aux aisselles et aux aines, la peau ne présente aucune adhérence et le tissu cellulaire périganglionnaire paraît normal.

Viscères Les poumons ne présentent rien de particulier, si ce n'est à droite au niveau de la bronche en arrière où il y a de la tendance à l'expiration prolongée; à ce niveau, la tonalité est un peu plus élevée et la résistance au doigt plus marquée.

Pas de signes de compression bronchique, ni œsophagienne.

Cœur. Souffle systolique de la pointe, ce souffle est fort rude et a son maximum au-dessus du mamelon. Rien à la base. Insuffisance mitrale sans hypertrophie apparente, pas de frémissement. La *rate* dépasse les fausses côtes de 3 travers de doigt. La région n'est pas douloureuse. Le *foie* ne paraît pas avoir changé de volume. Depuis 15 jours la diarrhée n'a pas diminué, le malade va à la selle 7 ou 8 fois par jour, pas de mélœna. Rien du côté de l'appareil urinaire. Nuage d'albumine. L'exploration abdominale est rendue difficile par un certain degré de tympanite. Œdème très-léger du membre inférieur. Traitement par l'iodure de potassium et les toniques.

Etat actuel. La diarrhée persiste toujours avec la même intensité.

16 *avril*. La diminution des masses ganglionnaires s'accentue de plus en plus. L'urine contient un nuage d'albumine. Prostration de plus en plus marquée.

17 *avril*. Le malade se plaint d'une très-forte oppression. Plus d'albumine. Etat général de plus en plus mauvais, le souffle du cœur a un peu diminué d'intensité : d'ailleurs, la respiration est tellement bruyante que l'auscultation du cœur est assez difficile.

Mort 17 avril au soir. L'examen du sang a été pratiqué tous les jours, à partir de l'entrée. Voici le procédé que nous avons employé et qui, bien qu'il ne donne pas de résultats aussi exacts que les procédés de Hayem et de Malassez, est cependant suffisant dans le cas actuel, pour la numération des leucocytes. On sait que, lorsque l'on examine une préparation de sang avec l'objectif 3 et l'oculaire 1 de Nachet, on voit en moyenne 3 leucocytes par champ microscopique (Cornil et Ranvier) ; or, dans tous nos examens le nombre des leucocytes s'est trouvé beaucoup plus élevés, au début, on en trouvait en moyenne 25 ou 30, chiffre qui tomba à 12 ou 15 dans la dernière semaine de la vie du malade. Ces globules blancs se montraient avec leurs caractères habituels et ne nous ont paru rien présenter de particulier. Le nombre des globules rouges paraissait diminué, mais à cet égard nous ne pouvons rien dire de précis, car nous n'avons pas pratiqué la mensuration ; une chose toutefois, nous a frappé, c'était la pâleur du sang, et, bien qu'elle puisse tenir en partie à l'augmentation des leucocytes, elle nous a paru surtout dépendre dans le cas actuel de la faible quantité d'hémoglobine contenue dans les globules rouges, dont la coloration était beaucoup plus pâle qu'à l'état normal.

Pendant toute la durée de son séjour à l'Hôtel-Dieu, le malade a présenté un état fébrile très-accusé. Chaque soir, le thermomètre montait à 40°, 40° 5; avec une rémission matinale qui oscillait entre 0° 5 et 1°,5.

Autopsie 29 heures après la mort. Pas de rigidité cadavérique. En disséquant les régions inguinales, on constate dans chacun des triangles de Scarpa, des masses ganglionnaires (lymphômes) d'un volume variant de celui

© BIU Santé

d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon et même davantage ; leur nombre est de 6 à 8. Les tumeurs de l'aine gauche pèsent 70 grammes; du côté droit, elles sont un peu plus volumineuses. Dans chaque aisselle, on trouve des masses ganglionnaires analogues, mais d'un volume supérieur à celles des aines ; celles de l'aisselle droite pèsent 70 grammes. Le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien et dans le triangle sus-claviculaire, on trouve des masses analogues, mais plus petites.

Cavité thoracique. Chaque plèvre contient environ 200 grammes de sérosité jaunâtre. Le long de la trachée et de l'œsophage on trouve un chapelet de gros ganglions se continuant en haut avec ceux du triangle sus-claviculaire et avec ceux du sterno-mastoïdien, en bas avec une masse semblable, du volume du poing, englobant la bifurcation de la trachée et de l'artère pulmonaire et la crosse de l'aorte ; cette masse est recouverte en partie, à sa partie antérieure par le thymus considérablement hypertrophié.

Cette masse est,comme celles des aisselles et des aînes, formée par des ganglions hypertrophiés, mais ici, ils sont d'une couleur gris de fer et fortement pigmentés en noir par places; la bronche droite est entourée dans la moitié inférieure de sa circonférence, par un de ses ganglions du volume d'un œuf de pigeon. Tous ces lymphômes ont une consistance ferme. A la coupe, ils ne présentent aucune trace de foyers caséeux. Ceux du tissu cellulaire sous-cutané sont gris-rosé et un peu friables. Les poumons sont le siége de congestion œdémateuse. Pas de granulations tuberculeuses. Pas de lymphômes dans leur parenchyme.

Cœur. Quelques grammes de sérosité dans le péricarde. Pas de péricardite, pas de plaques laiteuses sur les feuillets de la séreuse. Pas de graisse sous le péricarde viscéral. Pas d'insuffisance aortique, pas de rétrécissement, ni d'insuffisance mitrale, pas d'altérations de l'orifice tricuspide. Le myocarde est très-altéré, il présente au plus haut degré la teinte jaunâtre, feuille morte. Il est mou, flasque, s'affaisse sur la table de l'amphithéâtre. Les piliers de la valvule mitrale présentent la même teinte feuille morte et sont, comme le reste du cœur, atteints de dégénérescence graisseuse très-avancée.

Foie, très-volumineux, poids 2,145 gr., très-mou, aspect légèrement graisseux ; en regardant obliquement la surface de coupe on voit, suivant le trajet des vaisseaux, surtout à la périphérie des lobules, des points blancs, du volume d'une tête d'épingle, parfois davantage (stase leucocythique ou lymphômes.) Pas de dégénérescence amyloïde.

Reins. Volume normal, pas d'adhérences de la capsule. Congestion manifeste des étoiles de Verheyen. Anémie de la substance tubulaire. Stries vasculaires très-marquées de la substance corticale, alternant avec d'autres stries d'un blanc jaunâtre (tuméfaction trouble des épithéliums). Pas de dégénérescence amyloïde.

Intestin. Hypertrophie des follicules clos du gros intestin. Dans l'intestin grêle, les plaques de Peyer ne présentent aucune espèce d'altération; une seule cependant est altérée, c'est la dernière, au niveau de la valvule iléo-cœcale, elle présente une ulcération à bords taillés à pic,ayant détruit une partie de la couche musculaire.

Rate volumineuse, débordant de 4 travers de doigt les fausses côtes. Poids 635 gr. Pas de lymphômes. Les corpuscules de Malpighi ne sont pas plus apparents que d'habitude. Pas de dégénérescence amyloïde.

Estomac. Congestion intense de la muqueuse, avec infiltration noirâtre (hémorrhagie). Le pancréas ne présente, à l'œil nu, rien de particulier.

Encéphale. Anémie cérébrale. Rien à noter sur les différentes coupes du cerveau et du cervelet. Pas d'amas de globules blancs dans les veines de la pie-mère. La moelle osseuse du tibia et des vertèbres lombaire ne présente, à l'œil nu, aucune espèce d'altérations.

L'examen microscopique des différents viscères, pratiqué au laboratoire de M. le Dr Vulpian, nous a révélé les altérations suivantes.

Masses ganglionnaires.Les lésions sont celles du lymphôme, et sont des hypertrophies ganglionnaires, des coupes minces, traitées par le pinceau, y montrent le réticulum caractéristique du tissu adénoïde, dans les mailles duquel sont d'innombrables cellules lymphatiques.

Dans le foie, ces lésions présentaient des particularités intéressantes. A l'œil nu, on voyait, à la périphérie des lobules, des petits points banchâtres, de forme irrégulière, et suivant la disposition des vaisseaux. Sur des coupes minces du foie, préalablement durci par la gomme et l'alcool, les lésions se délimitaient de la façon suivante. A un grossissement de 60 d., on voyait sur chaque coupe de petits amas de globules blancs, siégeant de préférence au niveau des espaces portes et ne se montrant qu'exceptionnellement au centre du lobule. A un plus fort grossissement, 300 d., et après avoir traité la préparation avec le pinceau, on voyait très nettement qu'il s'agissait non pas de dépôts, de thromboses de globules blancs, mais bien de petits lymphômes, avec leur tissu adénoïde, en tous points semblables à celui des ganglions hypertrophiés et circonscrivant des mailles remplies par des globules blancs. Ces petites tumeurs siégeaient presque exclusivement, comme nous l'avons dit, dans les espaces interlobulaires, et étaient parfois développées autour des branches de la veine-porte, dont les parois étaient alors réduites à leur tunique endothéliale.

Dans l'intérieur des lobules, nous n'avons jamais constaté la présence de globules blancs, soit en masse, soit isolés. Toutes les fois que, sur nos préparations, nous avons vu des globules blancs réunis en amas, nous avons toujours constaté qu'ils étaient au milieu d'un tissu adénoïde.

Dans les reins nous n'avons pas constaté la présence des lymphômes, ni d'amas de globules blancs dans l'intérieur des vaisseaux.

Cœur. Des fragments du ventricule gauche et des piliers de la valvule mitrale ont été dissociés, à l'état frais, dans l'eau distillée, et plongés ensuite pendant 24 heures dans l'acide osmique à 1 p. 0/0, d'autres fragments ont été placés dans l'alcool au tiers. Les fragments traités par l'acide osmique, puis dissociés et montés dans la glycérine, nous ont montré les altérations suivantes :

Au premier abord, on est frappé de voir combien l'acide osmique a agi sur eux, à un faible grossissement les faisceaux musculaires paraissent absolument noirs. A un grossissement de 300 d., on constate qu'ils sont atteints de dégénérescence graisseuse portée à un point extrême. Les faisceaux primitifs sont remplis de granulations fortement colorées en noir, d'un volume atteignant quelquefois 1 μ, mais généralement plus petites, sur un très-grand nombre de fibres ces granulations graisseuses se touchent toutes et la substance musculaire a pour ainsi dire disparu, sur d'autres l'altération est moins avancée. Cette dégénérescence graisseuse est aussi intense que celle que l'on observe sur certains muscles dans la stéatose phosphorée. Sur les préparations des fragments du muscle cardiaque, ayant séjourné dans l'alcool au tiers, pour en faciliter la dissociation, et traitées par le picro-carmin, nous n'avons pas observé de multiplication bien évidente des noyaux musculaires.

Réflexions. — Cette observation nous paraît être un exemple très-net de l'adénie purement ganglionnaire et, à ce titre, ne fait que rentrer dans la catégorie des faits analogues publiés jusqu'à ce jour. Un seul point dans cette observation nous paraît devoir être relevé, c'est celui qui a trait à la myocardite. Pendant la vie, l'existence d'un souffle rude, systolique, ayant son maximum à la pointe, souffle ayant en un mot les caractères attribués aux souffles dits organiques, nous avait fait admettre l'existence d'une insuffisance mitrale relevant d'une endocardite. A l'autopsie, la valvule mitrale et tout l'endocarde étaient dans un état absolument normal. Par contre, le myocarde et les piliers des valvules étaient fortement altérés à l'œil nu, et l'examen microscopique nous montra l'existence d'une myocardite graisseuse très-avancée, et ayant évolué très-rapidement, car, 8 jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade était encore à Saint-Louis dans le service de M. Guibout, et dans l'observation prise à ce moment-là, et que notre excellent collègue, M. Oudin, a bien voulu nous remettre, le cœur était noté comme parfaitement

© BIU Santé

normal. Cette myocardite avait donc dû évoluer dans un laps de temps relativement très-court, deux semaines tout au plus, car dès son entrée dans le service le malade présentait un souffle systolique de la pointe dont le caractère était très-accusé, et qui ne commença à diminuer un peu que quelques jours avant la mort. En présence des caractères que présentait ce bruit morbide, nous croyons qu'il eût été difficile de ne pas commettre l'erreur de diagnostic que nous avons commise, et d'attribuer l'insuffisance de la valvule mitrale, à une altération du myocarde et des piliers valvulaires, plutôt qu'à une endocardite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 juillet. — PRÉSIDENCE DE MM. TARNIER ET HOUEL.

Pathogénie des kystes folliculaires de la mâchoire. — A propos de deux observations de kyste de la mâchoire, envoyées par M. le Dr Herbet (d'Amiens) et sur lesquelles il a déposé un rapport dans la dernière séance, M. MAGITOT revient sur son sujet favori : la pathogénie des kystes de la mâchoire, et il essaye d'expliquer la formation de ces kystes si nombreux et si différents d'aspect, que l'on trouve sur les deux maxillaires. M. Magitot laisse de côté les kystes périostiques et les kystes produits par des tumeurs voisines, pour ne s'occuper que des kystes développés aux dépens des follicules dentaires. D'après lui, trois mécanismes différents peuvent présider à la transformation des kystes uniloculaires en kystes multiloculaires :

1° Deux follicules contigus sont affectés de transformation kystique. Si le développement de ces deux follicules est inégal, il n'y a rien d'étonnant que l'une des poches contienne une dent, lorsque l'autre en est dépourvue; 2° sous l'influence de causes inflammatoires accidentelles, un cloisonnement peut se faire dans une poche primitivement unique; 3° enfin, on observe quelquefois des bourgeons épithéliaux qui deviennent le point de départ des follicules surnuméraires. Ces follicules surnuméraires donnent naissance à une couronne de dents supplémentaires, ou bien ils produisent une tumeur polycystique.

A l'appui de ce dernier mode de développement, M. Magitot cite deux exemples de polygnatie qu'il a observés chez l'homme. La polygnatie est cette monstruosité qui consiste dans la production d'un maxillaire supplémentaire : elle se complique souvent de kystes multiloculaires.

Nous nous bornons à citer ces conclusions, laissant l'appréciation complète du travail de M. Magitot aux soins de notre excellent collaborateur et ami L. Cruet, à qui ses études spéciales sur la pathologie chirurgicale des dents et de la bouche donnent une grande autorité pour toutes ces questions.

Pannus guéri par l'inoculation blennorrhagique. — M. PANAS présente à la Société une malade qu'il a guérie d'un pannus double, par l'inoculation de virus blennorrhagique sur la conjonctive. Cette inoculation est une arme redoutable : les paupières inoculées deviennent rapidement des fontaines de pus. Le chirurgien n'est pas le maître de limiter l'inoculation à un seul œil : le second se prend toujours lorsque le premier a été inoculé. Aussi M. Panas conseille-t-il de ne recourir à ce moyen extrême que lorsqu'on a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique, et lorsque les deux yeux sont pris. L'ophthalmie se développe d'habitude 48 heures après l'inoculation.

Séance du 10 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

M. VERNEUIL présente à la Société un homme d'une soixantaine d'années, d'apparence assez robuste, qui est atteint d'une tumeur néoplasique, à marche rapide, du maxillaire supérieur. Comme le malade est diabétique, et qu'il rend dans ses urines 63 grammes de sucre par jour, M. Verneuil a saisi cette occasion pour provoquer au sein de la Société une discussion complète, dans le but de résoudre cette grave question des opérations chez les diabétiques. La discussion est mise à l'ordre du jour d'une prochaine séance.

M. DESPRÉS montre encore une femme de 81 ans, opérée d'un fibrome de la paroi abdominale, et guérie en 18 jours avec réunion de la plaie par première intention. Ce fait fournira à M. Despres l'occasion de faire une longue communication sur les opérations chez les vieillards.

Thrombose veineuse chirurgicale. — M. AZAM (de Bordeaux), membre correspondant, donne lecture d'un important mémoire sur les thromboses veineuses, mémoire dont nous reproduisons intégralement les conclusions:

1° La thrombose veineuse de cause chirurgicale est possible, après les fractures, les contusions, les phlébites, les varices, les inflammations chroniques avoisinant les grosses veines, et par la compression qu'exercent sur les veines les tumeurs voisines rapidement développées.

2° La thrombose veineuse, soupçonnée par l'œdème des parties situées au-dessous, est confirmée par l'exploration directe au moyen des doigts du trajet des veines efférentes.

3° Le départ des caillots migrateurs peut-être provoqué par les mouvements du malade, par l'exploration exagérée des veines thrombosées, par le massage des membres atteints ou par la suppression brusque de la compression d'une veine thrombosée.

4° les accidents que provoquent les caillots migrateurs sont d'ordres variés; suivant la dimension de ceux-ci, ce sont des malaises, des pleurésies avec épanchement limité, des pneumonies partielles, des crachements de sang, des syncopes, l'asphyxie et la mort subite.

5° Le chirurgien peut prévenir la formation des caillots veineux en évitant le plus possible les compressions de toutes les grosses veines, en ayant les plus grands égards pour leur membrane interne, et en se hâtant de guérir les inflammations chroniques ou profondes qui les avoisinent.

6° Si la thrombose est confirmée, il évitera le départ des caillots en s'opposant de son mieux aux mouvements locaux et généraux et en vidant par des ponctions successives les collections de liquide avoisinant les veines thrombosées.

M. VERNEUIL demande à M. Azam d'ajouter la pyohémie soudaine à son tableau des désastres de la thrombose veineuse. Il en a observé lui-même quelques exemples frappants.

M. TILLAUX fait remarquer que certaines embolies, suite de thrombose veineuse, s'arrêtent dans le cœur droit et causent la mort par syncope. Il a vu lui-même, dans un cas de thrombose de la veine fémorale, la mort subite produite par la migration d'un caillot qui s'était imbriqué dans les colonnes du ventricule droit.

Résection totale du poignet : conservation des mouvements des doigts et de la main. M. REVERDIN (de Genève), membre correspondant, lit une remarquable observation de résection totale du poignet, pratiquée chez un homme de 41 ans, dont le membre était compromis par une arthrite suppurée consécutive à une plaie contuse du pouce. L'opération fut faite d'après la méthode de Lister, le 12 avril 1877 : M. Reverdin attaqua l'articulation par une simple incision dorsale, située au voisinage du bord externe du poignet : les os du carpe nécrosés, l'extrémité inférieure du radius et celle du cubitus furent extraits sans trop de difficulté. M. Reverdin a d'ailleurs conservé ces pièces qu'il met sous les yeux de ses collègues.

L'opération ne fut suivie que d'un seul accident : une hémorrhagie secondaire se déclara sur la radiale au bout de huit jours, et M. Reverdin dut lier les deux bouts de l'artère divisée. En dehors de cette complication, la marche de la plaie fut très-simple.

Aujourd'hui, le malade a recouvré la liberté des mouvements dans le poignet : il n'y a pas de perte de force dans les muscles de l'avant-bras. Les trois derniers doigts seulement présentent une mobilité incomplète. Cependant le malade peut se servir de sa main pour écrire et pour faire de petits ouvrages de menuiserie. En somme, le résultat paraît bien significatif, et encourageant pour les chirurgiens.

M. Reverdin fait observer encore qu'il n'a pas été absolument satisfait du procédé opératoire. Pour ne pas sectionner les tendons extenseurs, il dut les tirailler fortement. Peut-être serait-il plus simple, ajoute M. Reverdin, de faire la sec-

© BIU Santé

tion d'un ou de plusieurs tendons extenseurs, parce que les tendons restent trop longs après l'opération, la régénération des os se faisant toujours d'une manière incomplète.

M. Després déclare repousser en principe toute opération de résection dans un cas d'arthrite suppurée ou fongueuse du poignet. La compression et l'immobilisation bien faites suffisent souvent pour guérir ces arthrites.

M. Lucas-Championnière et M. Le Dentu protestent tour à tour contre la doctrine de M. Després, qu'ils n'hésitent pas à qualifier d'hérésie.

M. Tillaux croit que, si la résection n'est pas applicable aux tumeurs blanches proprement dites du poignet, elle peut être tentée dans les cas d'arthrite suppurée traumatique, lorsqu'on a épuisé tous les révulsifs. Pour le procédé opératoire, M. Tillaux préfère à l'incision simple deux incisions latérales qui donnent toute facilité pour gratter le périoste, et pour soulever d'une part les tendons fléchisseurs, d'autre part les tendons extenseurs.

M. Farabeuf partage l'avis de M. Tillaux relativement à la nécessité d'intervenir dans les cas d'arthrite suppurée traumatique.

Ch. Avezou.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 mai 1878. — Présidence de M. Labric.

M. Duguet présente des pièces anatomiques relatives à un cas de *mort subite par une embolie pulmonaire*, chez une femme de 57 ans, atteinte de *kyste de l'ovaire*. A l'autopsie, on trouva un énorme kyste ayant son point de départ dans l'ovaire droit, et du côté gauche une série de petits kystes, sans dégénérescence cancéreuse. Le cœur était refoulé, et dans le ventricule droit on trouvait des caillots repliés sur eux-mêmes et se prolongeant dans l'artère pulmonaire. Le caillot déroulé présentait une longueur de 35 centimètres et venait évidemment d'une veine périphérique.

L'examen le plus minutieux ne démontre aucune coagulation veineuse dans le bassin ni dans le membre inférieur gauche. Mais, du côté droit, on trouva dans une veine honteuse un petit caillot cassé, et dans les veines du mollet, de grosses coagulations auxquelles on pouvait rattacher sans hésitation celles qui se trouvaient dans le cœur.

Plusieurs points sont à remarquer dans ce fait : 1° le développement de coagulations dans les veines du mollet sans œdème et sans douleurs; ces symptômes n'avaient jamais existé; car M. Dugué, ayant déjà observé deux fois des embolies pulmonaires chez des femmes atteintes de corps fibreux, avait ici recherché avec soin les signes d'une coagulation veineuse possible, et n'avait jamais rien constaté d'appréciable. Ainsi donc des veines mêmes volumineuses peuvent être oblitérées, sans qu'il y ait ni œdème ni douleur. Il est vrai que, dans ce cas, toutes les veines n'étaient pas oblitérées. — 2° Le développement de la thrombose doit être attribué ici surtout à la compression exercée par la tumeur sur la veine iliaque; en effet, l'inopexie qui devait exister chez cette malade, très-cachectique, ne peut à elle seule expliquer la production des caillots dans un point où ils ne se font pas ordinairement (côté droit). — 3° Le détachement du caillot et l'embolie se seront faits probablement par le fait de la décompression, au moment où la malade s'est levée. C'est, en effet, à ce moment que la mort survint, et elle fut absolument subite.

Les auteurs ne signalent pas de cas d'embolie dans les corps fibreux ou les kystes de l'ovaire. Cependant ces faits ne sont peut-être pas absolument rares: car M. Duguet en a déjà présenté un cas en 1876 et un autre en 1877.

Le fait actuel est encore intéressant à un autre point de vue; par la coexistence avec le kyste de l'ovaire d'une ascite, et la difficulté qui en résultait pour le diagnostic.

M. Laboulbène a eu l'occasion d'observer un fait analogue. Il s'agissait d'une tumeur développée sans troubles de la santé générale, et présentant tous les caractères d'un kyste de l'ovaire. Pourtant l'existence d'une matité dans les flancs fit penser à la possibilité d'une ascite. La ponction pratiquée en raison de la gêne de la respiration donne issue à un liquide foncé contenant des paillettes de cholestérine. Lorsque le liquide cessa de couler, on retira le trocart, et à ce moment il s'écoula un autre liquide franchement ascitique. Il y avait dans ce cas un kyste avec production sarcomateuse et en même temps une ascite chronique. Ces faits sont très-rares, d'après Kœberlé. — M. Legroux a aussi observé un fait du même genre.

M. Gouguenheim présente des pièces anatomiques dont voici le résumé : *Cancer probablement primitif du pancréas*, cancer du gros intestin et du bord antérieur du foie contigu à l'intestin; rétrécissement consécutif du colon transverse, dilatation énorme du colon ascendant, du cœcum et de tout l'intestin grêle, compression du canal cholédoque par le pancréas carcinomateux.

M. Gouguenheim pense que, dans ce cas, le début de la lésion a eu lieu dans le pancréas. En effet, chez une femme de 56 ans, toujours bien portante auparavant, l'ictère fut, après quelques jours de malaise, le premier symptôme bien net; ce n'est que quinze jours après que se montrèrent une constipation progressive, puis des symptômes d'obstruction intestinale qui arrivèrent rapidement à dominer la scène.

La chronologie des accidents semble donc en faveur d'une lésion primitive du pancréas, lésion probablement beaucoup moins rare qu'on ne le dit ordinairement.

Le diagnostic de lésion pancréatique avait fait rechercher la présence de matières grasses dans les selles, mais ces recherches furent vaines, bien que la malade fut, dans ce but, soumise à une alimentation spécialement grasse, les selles ne présentèrent jamais rien de particulier.

M. Dumontpallier reprend la suite de la discussion sur l'*anesthésie obstétricale*, et en raison de l'heure avancée, indique seulement le plan de sa communication qu'il complétera dans une prochaine séance. Il apporte aujourd'hui sept nouvelles observations recueillies dans son service et dans ceux de MM. Gombault et Lasègue. Deux femmes ont succombé l'une à une péritonite purulente, l'autre à une infection purulente, mais le chloroforme ne peut être incriminé. M. Dumontpallier, dans sa prochaine communication, étudiera la physiologie de l'anesthésie obstétricale, qui diffère entièrement de l'anesthésie chirurgicale.

A. S.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE (1).

XI. Recherches sur l'anatomie topographique du fœtus. — Applications à l'obstétrique, par le docteur A. Ribemont. = Un volume in-folio, avec 30 pl. lithogr., chez Doin, Paris 1878.

XI. M. le Dr Ribemont vient de publier, dans une thèse remarquable, le résultat de recherches faites pendant son internat à la Maternité de Paris, recherches intéressantes aussi bien au point de vue de l'anatomie qu'au point de vue de l'obstétrique. A l'aide d'un procédé déjà connu, la congélation, il a pu faire des coupes verticales antéro-postérieures et transversales, ainsi que des coupes horizontales sur des fœtus mort-nés et sur des enfants qui avaient succombé très-peu de temps après la naissance. Vingt-huit planches de grand format sont consacrées à la reproduction exacte de dessins obtenus à la surface de section des organes. Ces planches, non-seulement montrent les rapports des divers organes entre eux, mais quand on les compare, elles permettent de constater les changements que l'établissement de la respiration apporte dans leur situation réciproque.

Les lecteurs du *Progrès médical* ont déjà vu à quelles conclusions très-importantes au point de vue pratique, l'étude de l'anatomie de la cavité buccale et du pharynx avait conduit M. le docteur Ribemont (2) ; la connaissance exacte de la situation des organes thoraciques et abdominaux ne sera peut-être pas moins féconde en résultats.

L'examen des poumons et du cœur, par exemple, montre combien l'organe central de la circulation est éloigné de la colonne vertébrale et comment il est directement en contact

(1) Voir le n° 13.

(2) *Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés, et description d'un nouveau tube laryngien.* — *Le Progrès médical*, nos 16, 17, 19, 20 et 21 ; 1878.

© BIU Santé

avec la paroi thoracique antéro-latérale gauche sur une surface assez étendue, que l'on peut évaluer en moyenne à un carré ayant 28 ou 30 millimètres de côté. C'est donc surtout par cette région que seraient, pendant la vie intra-utérine, transmis les bruits du cœur du fœtus. Dès que l'enfant a respiré, au contraire, le cœur est refoulé par le poumon gauche vers la région médiane du thorax.

En comparant, en outre, sur une coupe verticale, la situation du cœur par rapport aux deux extrémités du fœtus fléchi sur lui-même dans la cavité utérine, M. Ribemont est arrivé à ce résultat inattendu : le centre du cœur est souvent un peu plus rapproché de l'extrémité pelvienne que de l'extrémité céphalique. De ces notions devront résulter un certain nombre de conséquences au point de vue de l'auscultation du fœtus, à la fin de la grossesse et au moment du travail de l'accouchement.

Les coupes verticales montrent encore le volume considérable que présente le foie chez le fœtus, il remplit à lui seul les deux tiers environ de la cavité abdominale : on comprend combien, dans l'extraction par les pieds, il est important d'éviter de placer les mains sur la paroi abdominale de l'enfant sous peine de s'exposer à produire, comme cela a été observé, des contusions du foie et des hémorrhagies.

M. Ribemont a également étudié les effets de la torsion du cou du fœtus, portée à 180°, sur le rachis et sur la moelle. Il est nécessaire de bien connaître ces effets, car s'ils sont nuisibles, on devra éviter dans les positions occipito-postérieures ou mento-postérieures de ramener avec le forceps l'occiput ou le menton sous la symphyse pubienne; si, au contraire, ces effets n'ont aucune influence nocive, il sera permis de faire exécuter à la tête le mouvement de rotation qui se produit généralement dans l'accouchement naturel. Jusqu'ici, un certain nombre de cas dans lesquels la rotation étendue faite avec le forceps n'avait déterminé aucune lésion chez le fœtus, des expériences rapportées par M. le docteur Tarnier, une observation publiée par nous (1), semblaient indiquer que cette rotation n'est nullement dangereuse. M. Ribemont a pu en donner la raison anatomique déjà indiquée, du reste, par M. Tarnier : ses coupes montrent que si on porte la face du fœtus en arrière, dans une attitude telle que le menton réponde au dos, la torsion du cou se répartit sur toute l'étendue de la colonne cervicale et les six ou sept premières vertèbres dorsales. Il n'en résulte aucune lésion des tissus et la moelle, qui subit une torsion sur son axe parallèle à celle que subissent les vertèbres, n'est exposée à aucune compression.

Un chapitre sur les modifications que subissent les articulations des membres soumis à des tractions énergiques termine ce remarquable travail. Ajoutons que toutes les planches ont été faites par M. le docteur Ribemont, qui est un médecin doublé d'un artiste habile. Les coupes sont de grandeur naturelle : il est inutile d'insister sur l'importance d'un semblable procédé qui permet au lecteur non-seulement de vérifier ce qui a été avancé, mais encore de faire lui même, à l'occasion, des recherches personnelles sur d'autres points que ceux qui ont été particulièrement mis en lumière par l'auteur. Aussi ce travail sera-t-il souvent consulté par les accoucheurs, par les anatomistes et, comme l'a justement dit M. le professeur Parrot, par tous les médecins qui s'occupent spécialement de la pathologie du nouveau-né. P. Budin.

BIBLIOGRAPHIE

Du temps d'arrêt dans la marche des polypes naso-pharyngiens ; par le Dr Louis Samondès. Th. de Paris, 1878.

Une discussion qui a eu lieu en 1863 à la Société de Chirurgie a attiré l'attention des chirurgiens sur une particularité importante de l'histoire des polypes naso-pharyngiens, à savoir : que ces tumeurs, qui constituent une maladie de l'adolescence, présentent souvent un arrêt dans leur accroissement lorsque les sujets qui en sont atteints approchent de l'âge adulte. C'est ce point intéressant que M. le Dr Samondès, sous l'inspiration de M. le professeur Verneuil, a pris pour sujet de sa thèse inaugurale. Il a rassemblé un certain nombre d'observations qui tendent à prouver :

1° Que si le malade approche de l'âge adulte, il y a lieu d'espérer un temps d'arrêt dans la marche de la tumeur ;

2° Qu'une opération pratiquée à cet âge a de grandes chances d'être suivie d'un succès définitif, soit que la tumeur, après ablation radicale, ne se reproduise plus, soit que, l'extirpation ayant été seulement partielle, les vestiges de la masse morbide persistent par la suite à l'état stationnaire et sans repullulation ;

3° Qu'à 18 ans, les chances de guérison sont déjà nombreuses et qu'elles s'accroissent avec l'âge.

L'auteur montre ensuite toute l'importance que présentent ces faits au point de vue de l'intervention opératoire. Lorsque le malade est adolescent et qu'aucun accident urgent ne force le chirurgien à une action immédiate, il y aura avantage à attendre le plus possible avant d'opérer : « Gagner du temps, c'est acquérir des conditions de succès pour une opération future. » D'autre part, lorsqu'il sera nécessaire d'agir, le chirurgien n'aura plus autant à se préoccuper de détruire le mal jusqu'à sa racine au prix de mutilations graves, et en attendant que les progrès de l'âge viennent enrayer le développement de la tumeur, il pourra, pour parer aux accidents immédiats, se contenter d'opérations palliatives, soit par les voies naturelles, soit par une voie artificielle ne nécessitant pas de trop grands délabrements (fenêtre nasale ou boutonnière palatine).

Des éruptions septicémiques ; par le Dr Claude Aulas. Th. de Paris, 1878.

Le travail de M. Aulas a pour objet l'étude des éruptions cutanées qui s'observent dans le cours des septicémies chirurgicales, puerpérales ou autres. Malgré ces différences dans leurs conditions d'origine, l'auteur considère ces éruptions comme devant être rapportées à la même cause pathogénique et réunies sous le titre d'éruptions septicémiques. Elles résultent d'une façon plus ou moins directe d'un empoisonnement du sang. Leur pronostic est ordinairement des plus fâcheux, comme l'a indiqué M. le professeur Verneuil ; cependant, d'après les remarques de M. Guéniot, que viennent confirmer quelques observations nouvelles recueillies par l'auteur, la variété érythème simple (exanthème scarlatiniforme) paraît comporter un pronostic relativement bénin. Dr Ch. H. Petit.

VARIA

Partez, muscade!

La veille, elle y était encore, elle avait son aspect habituel, son air de tous les jours ; tout le monde avait pu la voir ; aucun préparatif apparent, nul apprêt visible. Le lendemain, elle n'y était plus, on la cherchait en vain, on ne l'apercevait nulle part. Personne n'y comprenait rien, chacun avait son explication. Les gens simples prétendaient qu'elle devait être là, qu'on avait mal cherché ; les malins, d'un ton goguenard, soutenaient qu'un compère l'avait adroitement enlevée ; pour d'autres, il y avait quelque diablerie là-dessous, une berlue générale empêchait de la voir, ou bien des prestiges trompeurs en avaient imposé jusque-là sur la réalité de son existence, etc., etc. De ceux-là on se moquait fort, et pourtant ils devinaient presque, ils brûlaient. On le vit bien quand la vérité fut révélée. De loin, de l'autre bout de Paris, un homme, revêtu d'une longue robe noire, avait fait un signe, et aussitôt elle s'était envolée ; du bout effilé d'une mince et courte baguette, il avait décrit quelques hiéroglyphes, et soudain elle s'était éclipsée.

Etait-ce miracle ? Non. Magie ou sortilége ? Point. Tour de gibecière ? Peut-être. Mais le mystère une fois éclairci, loin d'admirer la prestesse de l'opération, on trouva le procédé d'une haute inconvenance. C'est qu'il s'agissait de tout autre chose que d'un jeu de passe-passe : obéissant en silence au chef de son ordre, la sœur supérieure de l'hôpital Sainte-

(1) *Progrès médical*, n° 3, 1877.

© BIU Santé

Eugénie avait décampé sans tambour ni trompette. Le Révérend Père et la Révérende Mère avaient jugé inutile d'annoncer ce départ à la Direction générale de l'Assistance publique, plus superflu encore d'en avertir le directeur de l'hôpital; quant aux chères sœurs elles-mêmes, elles n'en avaient évidemment rien su, car elles n'en avaient rien dit. Des laïques auraient prévenu de leurs intentions, une cuisinière eût donné ses huit jours; mais ce sont-là manières de petites gens et les têtes voilées ont d'autres allures. La guimpe dispense de savoir vivre et le chapelet exclut la politesse, vertu mondaine. L'Assistance publique en a, dit-on, paru grandement surprise; qualifier ce étonnement est ce qui étonne le plus. dans toute l'affaire. L'histoire est d'hier, elle se répétera demain, et l'administration, toujours surprise, restera l'humble servante des servantes de Dieu.

X.

Le Centenaire de Rousseau à Ermenonville.

Le 2 juillet M. Baillon, professeur de botanique à la Faculté de médecine et deux professeurs agrégés, MM. G. Bergeron et de Lanessan, accompagnés d'un groupe d'étudiants, étaient réunis auprès du tombeau de Jean-Jacques Rousseau, à Ermenonville. Partis de Paris dans un but d'étude, ils avaient voulu terminer leur journée en rendant hommage au grand philosophe qui, il y a un siècle, était mort à pareil jour. Après avoir herborisé à Mortefontaine, au marais de la Teste, au Désert, ils étaient venus déposer sur la tombe de Jean-Jacques une couronne de fleurs des champs, cueillie dans les lieux qu'il avait tant de fois parcourus et qui lui étaient si chers.

Ils se réunirent tous auprès du lac, en face de l'île des Peupliers pour payer leur tribut d'admiration à celui qui fut l'un des plus puissants promoteurs de la Révolution française. Là, trois discours, interrompus par de fréquents applaudissements, furent prononcés par MM. Baillon, Bergeron et de Lanessan.

M. de LANESSAN, dans une chaleureuse improvisation, a parlé de Jean-Jacques au point de vue politique. Nous ne citerons que la fin de son discours.

Rousseau! Je te salue parce que tu as été un des plus puissants promoteurs de notre Révolution; je te salue, parce que tu as enseigné aux hommes la Liberté, l'Egalité, la Fraternité; je te salue, parce que tu as enseigné à nos ancêtres à démolir les Bastilles et à renverser les trônes; je te salue, parce que tu as dit: « Renoncer à sa liberté, c'est renoncer à sa dignité d'homme? »

Puis, M. Georges BERGERON a raconté les dernières semaines de la vie de J.-J. Rousseau, son arrivée à Ermenonville, le bonheur qu'il éprouvait dans ce pays charmant. Voici la dernière partie de ce discours:

Pendant ce temps bien court, six semaines seulement, Jean-Jacques avait pu vivre heureux. Le matin, sa loupe à la main, son système à nature sous le bras, il herborisait dans la forêt. Au milieu du jour, assis sur un banc de pierre couvert de mousse, dans cette cabane d'où nous découvrions tout à l'heure et les eaux tranquilles du lac et l'horizon bleuâtre des bois voisins, il écrivait les dernières pages de « l'Emile, » il corrigeait le texte des « Confessions. » Et lorsqu'il laissait errer ses regards sur ce coin de terre où il se trouvait si calme et presque heureux, sur ce lac paisible où le silence des eaux dormantes n'est troublé que par le cri d'un râle où le lourd vol des cygnes, il revoyait par la pensée ce beau lac de Saint-Pierre où il vécut les deux mois les plus heureux de sa vie, si heureux « qu'il ne pouvait que souhaiter la durée d'un pareil état. » Ne croyez-vous point l'avoir sous les yeux, ainsi qu'il le décrit, ce superbe et ravissant coup d'œil du lac et de ses rivages, couronnés d'un côté par des montagnes prochaines, et de l'autre s'étalant en de riches et fertiles plaines dans lesquelles la vue s'étendait jusqu'aux montagnes bleuâtres qui les bordaient.

Quand le soir approchait, descendant des cimes du lac, il allait volontiers s'asseoir sur la grève. « Là, le bruit des vagues et l'agitation de l'eau, fixaient mes sens et chassaient de mon âme toute autre agitation. »

A Ermenonville, comme à l'île Saint-Pierre, Rousseau croyait pouvoir être heureux; mais « est-il dans nos plus vives jouissances, un instant où le cœur puisse véritablement dire: je voudrais que cet instant durât toujours. » — Elle est de Rousseau cette pensée si profonde d'amertume et de vérité. Le grand Gœthe la lui a empruntée sans scrupule, il en a fait la clef de sa trilogie de Faust. — N'est-ce point du reste le secret de la vie humaine, l'éternel mirage du bonheur?

On raconte que Luther fut trouvé un jour par ses disciples, rêvant seul dans l'ancien cimetière de Spire, et comme quelques-uns s'approchaient, il leur montra du doigt ces sépulcres blanchis: « Ah! dit-il, beati sunt illi quia quiescunt. » Ceux-là sont heureux parce qu'ils reposent. Jean-Jacques n'a même pas eu ce bonheur de reposer dans la tombe. L'odieux fanatisme a violé son dernier asile et profané ses ossements.

Pas de ce tombeau de marbre, où tu dormis ton dernier sommeil, si ta pauvre âme errante revient, comme revenaient autrefois, le long des rivages du Styx, les mânes privés de sépulture, nous t'offrons pour l'apaiser quelques fleurs de cette pervenche que tu ne pouvais cueillir sans transport, car elle te rappelait les douces joies des Charmettes, les beaux jours de ta jeunesse et quelques instants d'un bonheur trop court si cruellement expié par toute une vie d'agitation et de misère.

Grande ombre de Rousseau, reçois ce pieux hommage de ces jeunes gens que rassemblent aujourd'hui le culte ému de ta gloire, l'amour d'une science aimable et la reconnaissance que nous devons tous au plus éclatant précurseur de la Révolution française.

Enfin, M. le professeur BAILLON a, dans le discours suivant, exposé le rôle de J.-J. Rousseau, non plus comme penseur ou comme philosophe, mais comme botaniste. C'est à ce titre que nous reproduisons son discours in-extenso.

Vous vous rappelez, Messieurs, l'œuvre d'un autre grand génie (ils abondent dans cet inépuisable pays de France), où se voit un tombeau semblable à celui-ci. Le passant lit sur la pierre: « Et moi aussi je fus berger en Arcadie. » Sur la tombe où repose l'homme de la nature et de la vérité, on pourrait écrire: « Et moi aussi je fus botaniste ». Seulement, si l'Arcadien s'honore d'avoir été pasteur, ici c'est notre science qui se trouve honorée de compter parmi les siens un homme quatre fois plus grand d'ailleurs, comme penseur, comme écrivain, comme politique et comme philosophe.

Rousseau fut aussi un grand contemplateur. Il se révèle dès l'enfance comme un amant passionné des choses de la nature. Ses admirables paysages de la *Nouvelle Héloïse* auraient-ils cette vivante et saisissante vérité, si le crayon d'un grand artiste n'avait tracé les contours des bois, des eaux et des rochers où le poète se figure qu'il eût pu aimer, qu'il eût pu souffrir. Il y a déjà deux histoires d'arbres dans les premières années de Rousseau. Vous vous les rappellerez avec un sourire. L'une est celle de ce noyer et de ce saule de la terrasse de Bossey où Jean-Jacques enfant se « confirme dans l'idée très-naturelle qu'il était plus beau de planter un arbre sur une terrasse qu'un drapeau sur la brèche; » et l'autre qu'on oublie moins, a trait aux cerisiers de Fhoune et à leurs fruits lancés à ces jeunes filles dont Rousseau adolescent se dit: « Que mes lèvres ne sont-elles des cerises; comme je les leur jetterais d'aussi bon cœur! »

Il est une plante que Rousseau a rendue plus populaire: « Ah! voilà la pervenche, » s'écrie-t-il en ses dernières et tristes années, à la fois riant et pleurant. La pervenche qui le ramène au début de la route aride et épineuse, aux charmilles, à la jeunesse, aux illusions des jours de tendresse, aux épanchements de Madame de Warens! Après cent ans et alors que sur cette pierre vous versez à mains pleines les lis et les mille fleurs du désert, nous offrons pieusement aux mânes de Rousseau cette modeste couronne de pervenche, la fleur privilégiée, la fleur du souvenir.

Rousseau aima donc les plantes parce qu'il aimait la nature. Et quand il connut assez la botanique pour en goûter les douceurs, il entreprit de la faire connaître aux autres. Il avait alors près de 60 ans. Il se fit vulgarisateur d'une science qui l'avait tant charmé et qui l'avait partout suivi comme amie et comme consolatrice; il publia ses *Essais élémentaires sur la Botanique* et ses *Lettres sur la Botanique* avec les *Fragments d'un Dictionnaire*, dont pendant un demi-siècle se multiplièrent les éditions et les imitations, les contrefaçons aussi, et les traductions dans la plupart des langues de l'Europe, même en russe, et à quelle époque encore! où n'était alors qu'en 1810.

Rousseau se fit donc l'éducateur de notre pays; on a même été jusqu'à dire que c'est lui « en personne qui a donné à la France sa première leçon de botanique. » Cela n'est pas parfaitement exact. Un siècle plus tôt, Tournefort avait enseigné la botanique à la France, mais d'une autre façon. — Sous sa conduite, la Cour s'en allait aux portes même des Tuileries, chercher au Cours-la-Reine et aux Champs-Elysées quelques-unes des plantes que vous venez de récolter au pied du tombeau de Rousseau. La Cour donnait le ton à la ville, et toute la France suivait. Jean-Jacques ne pouvait pas courir la même voie. Il était mal vu des grands. On sentait instinctivement en lui un de ces précurseurs, inconscients peut-être, du renversement des trônes, qui, comme parle le grand Corneille:

.....Etale à son tour des revers équitables
Par qui les grands sont confondus;
Et les glaives qu'il tient pendus
Sur les plus fortunés coupables
Sont d'autant plus inévitables,
Que leurs coups sont moins attendus!

Les grands et beaucoup d'autres ennemis de Rousseau expliquèrent à leur façon ses efforts pour répandre le goût des plantes. Ce « sauvage » qui, dans un jour de paradoxe, avait foulé aux pieds la civilisation; ce coupable « passé maître dans l'art de brûler les âmes, » se repentait aujourd'hui et réparait le mal qu'il avait fait à la jeunesse en lui inspirant le goût des doux et purs trésors de la nature. Pris lui-même de vertige sur les hauteurs où il avait allumé l'incendie, il aspirait aux fraîches vallées où

© BIU Santé

règnent la paix et l'oubli. Il fut donc permis de lire et de laisser feuilleter par les plus innocentes mains les *Lettres sur la Botanique* où sont révélés les mystères de la vie végétale. Ce sont les liliacées d'abord, avec leur enveloppe colorée, leurs étamines et la colonne centrale qui est le pistil ; puis les crucifères, avec leur double rangée de quatre folioles, leurs six étamines dont deux sont plus courtes que les quatre autres ; Rousseau en donne la raison, et leur fruit qui est une silique ou une silicule ; les papilionacées, dont l'étendart et la nacelle ont une fonction toute particulière et dont les étamines et les pétales protégent le jeune fruit des injures du dehors ; les plantes dont la corolle imite le masque de certains animaux ou bien est partagée en deux lèvres inégales, les labiées ; les ombellifères, dont les fleurs sont réunies en une sorte de parasol à deux ordres pareils et successifs de rayons, et dont le fruit est double ; Rousseau n'en dénombre pas tous les éléments « pour ne pas trop faire le méchant ; » les composées, comme les marguerites, dont chaque prétendue fleur si petite et si mignonne est réellement formée de deux ou trois cents autres fleurs toutes parfaites et rapprochées dans une enceinte commune qui peut se fermer, se rouvrir et se renverser comme il arrive dans le progrès de la fructification, sans y causer de déchirures ; « les arbres fruitiers, que l'homme a dénaturés pour ses besoins, trop porté ensuite à croire que quand dans les œuvres de ses mains il croit étudier la nature il se trompe ; » les herbiers enfin, au sujet desquels Rousseau ne dédaigne pas de donner les plus humbles et les plus minutieux détails de préparation, de récolte et de conservation.

On voit que la botanique de Jean-Jacques n'est pas une grande dame orgueilleuse et fière, qui méprise la petite science, comme diraient de nos jours quelques-uns. — Elle est simple et claire ; exacte sans pédanterie, et pour tout dire en un mot, elle est vraiment française. Ses deux plus grands mérites sont la netteté et la sincérité. Rousseau veut que, sans croire aveuglément la parole de celui qui enseigne, on observe la nature et qu'on vérifie sur place chacune des descriptions qu'il donne. Il repousse hautement les reproches qu'adressent encore à la *Botanique* tant de gens qui ne la connaissent point et qui disent volontiers d'elle : « Sunt verba et voces. » Ecoutez sa réponse : « On prétend que la botanique n'est qu'une science de mots, qui n'exerce que la mémoire et n'apprend qu'à nommer les plantes. Pour moi, je ne connais point d'étude raisonnable qui ne soit qu'une science de mots ; et auquel des deux, je vous prie, accorderai-je le nom de botaniste, de celui qui sait cracher un nom ou une phrase à l'aspect d'une plante, sans rien connaître à sa structure, ou de celui qui, connaissant très-bien cette structure, ignore néanmoins le nom très-arbitraire qu'on donne à cette plante en tel ou tel pays ? Si nous ne donnons à nos enfants qu'une occupation amusante, nous manquons la meilleure moitié de notre but qui est, en les amusant, d'exercer leur intelligence et de les accoutumer à l'attention. Avant de leur apprendre à nommer ce qu'ils voient, commençons par leur apprendre à le voir. Cette science, oubliée dans toutes les éducations, doit faire la plus importante partie de la leur. Je ne le redirai jamais assez ; apprenez-leur à ne jamais se payer de mots, à croire ne rien savoir de ce qui n'est entré que dans leur mémoire. »

C'est surtout au point de vue de l'éducation que Rousseau envisage la botanique comme utilitaire. Il y revient maintes fois dans l'*Emile*. A la femme distinguée pour laquelle il composa les *Lettres sur la botanique*, il écrit : « Votre idée d'amuser un peu la vivacité de votre fille et de l'exercer à l'attention sur des objets agréables et variés comme les plantes, me paraît excellente, » et c'est de lui qu'est aussi cette maxime : « A tout âge l'étude émousse le goût des amusements frivoles, prévient le tumulte des passions et porte à l'âme une nourriture qui lui profite en la remplissant du plus digne objet de ses contemplations. » L'étude des plantes ne peut, par ses applications, que contribuer au bonheur de l'homme ; et c'est aussi là ce qui touche Rousseau, car il est certainement de la famille de cet humoriste qui a écrit que celui qui fait pousser deux brins d'herbe là où il n'en venait qu'un seul, a plus fait pour l'humanité que le conquérant qui a gagné vingt batailles. L'homme de la nature est ici, comme toujours, humain et très-humain. Rien des faiblesses de l'homme ne lui est étranger, et il eût pu être le père de la devise : *Nil humani a me alienum puto*.

Mais il est humain surtout dans le sens fraternel du mot. N'envisageant sans doute qu'à travers un lointain nuage les horreurs des révolutions, ce n'est pas lui qui, inscrivant sur un drapeau, le nom sublime de *Fraternité*, eût voulu que le lendemain il fût criblé de balles homicides. C'est au plus profond de vos âmes, messieurs, que Rousseau eût voulu graver ce mot, et c'est en vous soumettant à son inspiration que vous rendrez à sa mémoire le plus légitime et le plus sincère des hommages.

La botanique a rendu à Rousseau, et au centuple, ce qu'il avait fait pour elle. A Ermenonville, comme à l'île Saint-Pierre, il pouvait dire d'elle : « La botanique, telle que je l'ai toujours considérée, et telle qu'elle commençait à devenir passion pour moi, était précisément une étude propre à remplir tout le vide de mes loisirs, sans y laisser place au délire de l'imagination, ni à l'ennui du désœuvrement total. Errer nonchalamment dans les bois et dans la campagne, prendre machinalement, çà et là, tantôt une fleur, tantôt un rameau, brouter mon foin presque au hasard, observer mille et mille fois les mêmes choses et toujours avec le même intérêt, parce que je les oubliais toujours, était de quoi passer l'éternité sans pouvoir m'ennuyer un moment. Quelque élégante, quelque admirable, quelque diverse que soit la structure des végétaux, elle ne frappe pas assez un œil ignorant pour l'intéresser. Cette constante analogie, et pourtant cette variété prodigieuse qui règne dans leur organisation, ne transporte que ceux qui ont déjà quelque idée du système végétal. Les autres n'ont, à l'aspect de tous ces trésors de la nature qu'une admiration stupide et monotone.

Ils ne voient rien en détail parce qu'ils ne savent pas même ce qu'il faut regarder ; ils ne voient pas non plus l'ensemble ; parce qu'ils n'ont aucune idée de cette chaîne de rapports et de combinaisons qui accable de ses merveilles l'esprit de l'observateur. L'étude des plantes consola Jean-Jacques du commerce des hommes ; elle lui donna la paix et l'indépendance. Quand ce grand désillusionné vint ici, dans l'été de 1778, chercher l'oubli et la solitude, il put reporter sur les fleurs cet amour de l'humanité dont il se croyait si mal payé. Il fit sa promenade de chaque jour dans les sites enchantés que vous venez de parcourir, se reposant dans les ombrages du Désert et dans la grotte où vous étiez assis tout à l'heure, vivant avec les plantes qui avaient charmé ses bons et ses mauvais jours, murmurant peut-être les paroles qu'inspirèrent à un autre malheureux de son temps les mêmes souffrances et le même pressentiment d'une fin prochaine, faisant ses adieux aux champs qu'il aimait, au riant exil des bois et souhaitant que bientôt un ami lui fermât les yeux. Un jour même, le 2 juillet, celui de sa dernière promenade avec le jeune héritier de ce domaine où il avait reçu l'hospitalité, une légende, vivante encore dans ces campagnes, veut que les plantes lui aient fourni le moyen de sortir de ce monde, en discourant froidement et sans peur, comme fit Socrate, du vrai, du juste et de l'éternellement beau. Si c'est une herbe cueillie au Désert qui fit rentrer dans le grand tout auquel elle aspirait, cette âme payenne égarée dans le XVIIIe siècle, la science qui fut sa consolatice. lui fut donc aussi une libératrice en ce jour.

Ombre de Rousseau, qui doit planer sur ces rives, nous déposons sur la tombe vide, avec la couronne de pervenche, la promesse d'être comme toi, en toute humilité et dans la limite de nos forces, les hommes de la nature, de la vérité, de la science et de la fraternité.

Le soir, un dîner où régnait la plus franche et la plus aimable cordialité, réunissait les professeurs et les élèves, et, à dix heures, chacun regagnait Paris, emportant à la fois et le souvenir d'une fête charmante et la satisfaction du devoir accompli.

Décret relatif aux conditions à remplir pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine.

Le Président de la République française, sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts ; vu le titre II de la loi du 19 ventôse an XI et l'arrêté du gouvernement du 20 prairial de la même année ; vu la loi du 10 mai 1806 et le décret du 17 mars 1808 ; vu l'article 14 de la loi du 14 juin 1854 ; vu le décret du 22 août de la même année, portant réglement financier des établissements d'enseignement supérieur et, notamment, les articles 2, 12 et 13 ; vu le décret du 28 octobre 1854 ; vu le décret du 23 août 1858 ; vu l'avis du conseil supérieur de l'instruction publique ; le conseil d'Etat entendu, décrète :

Article premier. — Les études pour obtenir le diplôme de docteur en médecine durent quatre années ; elles peuvent être faites, pendant les trois premières années, soit dans les Facultés, soit dans les Ecoles de plein exercice, soit dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Les études de la quatrième année ne peuvent être faites que dans une Faculté où une École de plein exercice.

Art. 2. — Les aspirants doivent produire, au moment où ils prennent leur première inscription, le diplôme de bachelier ès-lettres et le diplôme de bachelier ès-sciences restreint pour la partie mathématique. Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse. Les deuxième, troisième et cinquième examens sont divisés en deux parties. Les examens de fin d'année sont supprimés.

Art. 3. — Les cinq examens portent sur les objets suivants :

Premier examen. — Physique, chimie, histoire naturelle médicale.

Deuxième examen. — 1re partie : Anatomie et histologie. — 2e partie : Physiologie. — 3e *examen.* — 1re partie : Pathologie externe, accouchements, médecine opératoire. — 2e partie : Pathologie interne, pathologie générale.

Quatrième examen. — Hygiène, médecine légale, thérapeutique, matière médicale et pharmacologie.

Cinquième examen. — 1re partie : Cliniques externe et obstétricale. — 2e partie : Clinique interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique. — *Thèse.* — Les candidats soutiennent cette épreuve sur un sujet de leur choix.

Art. 4. — Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième ; la première partie du deuxième examen, après la dixième inscription et avant la douzième et la seconde partie de cet examen, après la douzième et avant la quatorzième inscription.

Le troisième examen ne peut être passé qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études.

Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès le premier examen en novembre, au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

Art. 5. — Les aspirants au doctorat, élèves des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires, sont examinés devant les Facultés aux époques

© BIU Santé

fixées au précédent article ; ils peuvent toutefois, sans interrompre leurs cours d'études, ne passer le premier examen qu'après la douzième inscription. Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (première et deuxième parties) avant la treizième inscription, et sont soumis, chaque semestre, à partir de la seconde année d'études, à des interrogations dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat.

Art. 6. — Les inscriptions d'officier de santé ne seront, en aucun cas, converties en inscriptions de doctorat, pour les élèves en cours d'études; cette conversion pourra être autorisée en faveur des officiers de santé qui ont exercé la médecine pendant deux ans au moins.

Art. 7. — Les travaux pratiques de laboratoires, de dissection et le stage près des hôpitaux sont obligatoires.

Chaque période annuelle des travaux de laboratoire et de dissection comprend un semestre.

Le stage près des hôpitaux ne peut durer moins de deux ans.

Art. 8. — Les droits à percevoir des aspirants au doctorat en médecine sont fixés ainsi qu'il suit :

16 inscriptions à 32 fr. 50 chaque, y compris le droit de bibliothèque			520 fr.
8 examens en épreuves à 30 fr.			240
8 certificats d'aptitude à 25 fr.			200
Frais matériels de travaux pratiques.	1re année	60 fr.	160
	2e année	40	
	3e année	40	
	4e année	20	
Thèse			100
Certificat d'aptitude			40
Diplôme			100
Total			1.360 fr.

Art. 9. — Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom, le jour qui lui a été indiqué, est renvoyé à trois mois et perd le montant des droits d'examen qu'il a consignés.

Art. 10. — Les droits acquittés par les élèves des Facultés sont versés au Trésor public. Les droits d'inscriptions et de travaux pratiques acquittés par les élèves des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires sont versés dans les caisses municipales.

Art. 11. — Le présent décret recevra son exécution à partir du 1er novembre 1879.

Les aspirants inscrits avant cette époque pourront choisir entre le nouveau mode d'examens et le mode antérieur. S'ils optent pour le mode nouveau, ils devront, dans tous les cas, subir toutes les épreuves établies par l'article 3 ci-dessus.

Le présent décret restera seul en vigueur à partir du 1er novembre 1885.

Art. 12. — Toutes les dispositions contraires au présent règlement sont et demeurent abrogées.

Art. 13. — Le Ministre des Finances et le Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Bulletin des lois* et au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 20 juin 1878.

Maréchal de Mac-Mahon, duc de Magenta.

Le Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts.

A. Bardoux.

Congrès international de médecine mentale.

Le Ministre de l'Agriculture et du Commerce, vu notre arrêté en date du 10 mars 1878, instituant huit groupes de conférences et de congrès pendant la durée de l'Exposition universelle internationale de 1878 ; vu le règlement général des conférences et congrès ; vu l'avis du comité central de conférences et congrès ; Arrête : Art. 1er. — Un congrès international de médecine mentale est autorisé à se tenir dans une des salles du palais des Tuileries, du 5 au 10 août 1878. — Art. 2. — M. le Sénateur commissaire-général est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 6 juillet 1878. Teisserenc de Bort.

Programme du congrès international de médecine mentale. — A. — Administration des asiles, législation et statistique. — Question : — « Des mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels. » — B. — Pathologie mentale et nerveuse, — Question. — « Des variétés cliniques de la paralysie générale. » — C. — Médecine légale. — Question. — « Des délires instantanés, transitoires (délire par accès), au point de vue de la médecine légale des aliénés. » (*Journal officiel.*)

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Du 8 au 13 juillet 1878. — 352. M. Ficatier : Contribution à l'étude des traumatismes du genou. — 353. M. Morel : Complications cardiaques de la blennorrhagie. — 354. M. Clugnet : Etude sur la vaginalite aiguë. — 355. M. Michaut : De l'angine de poitrine. — 356. M. Desagnat : Quelques considérations sur la fièvre dans la paralysie générale des aliénés et dans les périodes d'accès. — 357. M. Dumas : Contribution à l'étude des hémorrhagies intestinales dans la tuberculose. — 358. M. Choisil : Les vices de conformation du bassin étudiés au point de vue du rétrécissement du diamètre transverse du détroit inférieur. — 359. M. Fournier (Prosper) : Influence du traumatisme sur les manifestations de la diathèse rhumatismale. — 360. M. Aubouin : De l'épilepsie et de l'hémiplégie pleurétiques. — 361. M. Delmas-Saint-Hilaire : Etude statistique et clinique du service hydrothérapique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, précédée de recherches nouvelles sur l'action du froid et de la chaleur sur l'organisme. — 362. M. Dousset : Contribution à l'étude clinique de la phthisie aiguë à forme typhoïde. — 363. M. Lafargue : Des arthropaties du genou, consécutives aux fractures de jambe et de cuisse. — 364. M. Crozard : Quelques considérations sur la lymphadénite péri-utérine dans ses rapports avec la néphrite aiguë et chronique. — 365. M. Le Hallais : Etiologie et traitement des abcès parenchymateux du sein chez les nouvelles accouchées. — 366. M. Jegun : De l'ostéite épiphysaire pendant la croissance.

Concours pour l'obtention des bourses dans les Facultés de de médecine, etc.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts; Vu le règlement du 5 novembre 1877, relatif aux bourses dans les établissements d'enseignement supérieur; Vu l'avis du comité consultatif de l'enseignement public ; Arrête :

Article premier. — Le concours pour l'obtention des bourses dans les Facultés de médecine et écoles supérieures de pharmacie aura lieu, dans ces établissements, le 15 octobre prochain. Les sujets des épreuves seront adressés par le ministre aux doyens et directeurs sous un pli cacheté, qui ne sera ouvert qu'à l'ouverture de la séance du concours.

Art. 2. — Un étudiant ne peut être admis à concourir s'il n'a obtenu la note *satisfait* au dernier examen de médecine ou de pharmacie, subi par lui à l'époque réglementaire.

Art. 3. — Sont et deviennent abrogées les dispositions du règlement susvisé, du 5 novembre 1877, qui sont contraires au présent arrêté.

Fait à Paris, le 29 juin 1878. A. Bardoux.

Ecoles de médecine navale.

Concours annuel pour les grades d'aide-médecin et aide-pharmacien de la marine. — En exécution des décrets et réglements concernant le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Brest, de Rochefort et de Toulon, à partir du 2 septembre 1878, dans le but de pourvoir à 35 places d'aide-médecin et à 5 places d'aide-pharmacien. Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-médecin : 1° S'il n'est Français ou naturalisé Français; 2° S'il n'est âgé de 18 ans au moins ou de 23 au plus, accomplis au 31 décembre de l'année du concours ; 3° S'il n'est reconnu propre au service de la marine, après constatation faite par le conseil de santé ; 4° S'il ne justifie de deux années d'études dans une école de médecine navale, dans une Faculté ou dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ; dans ces deux derniers cas, le candidat devra établir son temps d'études en produisant ses inscriptions ; 5° S'il n'est pourvu des titres universitaires exigés dans les Facultés, des candidats qui se présentent aux examens du doctorat ; 6° S'il ne prouve qu'il a satisfait à la loi du recrutement dans le cas où il aurait été appelé au service militaire en vertu de cette loi.

Nul n'est admis au concours pour le grade d'aide-pharmacien s'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les écoles supérieures de pharmacie, des candidats qui se présentent aux examens de pharmacien de 1re classe et s'il ne réunit pas, d'ailleurs, toutes les conditions requises des étudiants qui concourent pour le grade d'aide-médecin. Il est établit, au secrétariat du conseil de santé des ports de Brest, de Rochefort et de Toulon, un registre pour l'inscription des candidats. Ce registre est clos 24 heures avant l'ouverture du concours. Au moment de l'inscription le candidat dépose les pièces constatant qu'il remplit les conditions pour l'admission au concours. Il présente, en outre, les titres qui peuvent militer en sa faveur. Ces pièces sont rendues après les opérations du concours. Le règlement du 2 juin 1875 a fixé, comme il suit, les matières du concours pour le grade d'aide-médecin pharmacien.

Pour le grade d'aide-médecin : Premier examen (verbal). Première partie : Anatomie descriptive, ostéologie, syndesmologie, myologie, angéiologie (artères, veines), névrologie des membres, position absolue et relative des viscères. — Deuxième partie : Préparation d'une pièce d'anatomie. — 2e examen (verbal) : Eléments de pathologie générale et séméiotique. — 3e examen (verbal) : Chirurgie élémentaire (théorie et pratique). — 4e examen (écrit) : pharmacologie, pharmacie élémentaire, posologie.

Pour le grade d'aide-pharmacien : Premier examen (verbal). — Première partie : Eléments d'histoire naturelle médicale. — Deuxième partie : Détermination de plusieurs médicaments d'origine organique ou inorganique. — 2e examen (verbal). Première partie : Pharmacie. — Deuxième partie : Une préparation pharmaceutique au laboratoire. — 3e examen (verbal). Première partie : Eléments de chimie, éléments de physique médicale. — Deuxième partie : Manipulations chimiques au laboratoire. — 4e examen (écrit) : Pharmacie générale. (*Journal officiel.*)

Ecoles vétérinaires.

Concours d'admission en 1878. — Le concours pour l'admission de nou-

© BIU Santé

veaux élèves dans les écoles vétérinaires aura lieu le 7 octobre, au siége de chacune des écoles d'Alfort, de Lyon et de Toulouse. Les candidats doivent avoir plus de dix-sept ans et moins de vingt-cinq ans au 1er octobre. Ils ont à adresser au ministre de l'agriculture et du commerce, avant le 20 septembre, une demande d'admission accompagnée des pièces indiquées au prospectus des écoles vétérinaires.

L'examen porte sur les matières suivantes : Langue française ; arithmétique, comprenant les progressions et les règles d'intérêt ; géométrie plane et notions pratiques sur la mesure des solides ; géographie et notions de cosmographie ; histoire de France depuis Charles VII jusqu'à 1848. Les bacheliers ès-lettres ou ès-sciences sont reçus sans examen. — Le certificat de grammaire donne droit au tiers des points représentant l'unanimité des notes exprimées par le mot bon. Ce nombre de points s'ajoute au résultat de l'examen. Le prix de la pension est de 600 fr. par an pour l'internat et de 300 fr. pour l'externat. Un certain nombre de demi-bourses sont destinées à récompenser le travail et la bonne conduite des élèves internes. Elles sont accordées, après six mois d'études au moins, aux élèves les mieux notés aux examens généraux semestriels. On ne peut obtenir une seconde demi-bourse qu'après un nouvel intervalle de six mois. Le département de la guerre entretient 60 élèves boursiers dans les trois écoles vétérinaires. Ces bourses sont données à l'entrée à l'école ; un prospectus spécial, publié par le ministre de la guerre, fait connaître les conditions dans lesquelles elles s'obtiennent. Les élèves des écoles vétérinaires ont le droit de contracter, avant le tirage au sort de leur classe, l'engagement conditionnel d'un an prévu par les articles 53 et suivants de la loi du 27 juillet 1872 sur le recrutement de l'armée. Le prospectus des écoles vétérinaires se délivre au siége des écoles, dans les préfectures et au ministère de l'agriculture et du commerce, direction de l'agriculture, bureau du service vétérinaire.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

2e Trimestre.

STATISTIQUE DU 1er AVRIL AU 30 JUIN 1878, PAR M. LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	13	9	3	25
2e.	9	10	5	24
3e.	19	28	5	52
4e.	13	21	10	44
5e.	26	25	6	57
6e.	6	7	3	16
7e.	13	7	4	24
8e.	8	7	2	17
9e.	6	11	4	21
10e.	12	29	4	44
11e.	45	53	13	111
12e.	15	18	11	44
13e.	9	16	4	29
14e.	22	32	15	69
15e.	14	34	9	57
16e.	6	6	2	10
17e.	39	39	6	71
18e.	33	33	5	59
19e.	23	23	8	48
20e.	38	38	8	68
				891

MALADIES OBSERVÉES.

A		**E**	
Congestions et apoplexies cérébrales	52	Convulsions	52
Angine	59	Acoolisme. Délirium tremens	10
Croup	25	Névralgies	41
Coqueluche	1	Névroses	43
Conjonctivite purulente	1	Epilepsie	10
		Aliénation mentale	3
B		**F**	
Asthme	22	Rhumatisme articulaire aigu	5
Affection du cœur.	29	Hémorrhagies	35
Bronchites aiguës et chroniques	34	Affections éruptives	17
Pleuro-pneumonie.	41	Fièvre intermitt	3
Congestion pulmonaire	9	Fièvre typhoïde	3
		Anémie. Cachexie.	6
C		**G**	
Affections et troubles gastro-intestinaux	62	Brûlure	5
		Corps étranger dans l'oreille	1
Diarrhée cholériforme des enfants	2	Plaies. Contusions	40
Cholérine	11	Fractures. Luxations	21
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	46	Suicide	9
Hernie étranglée	22	Intoxication	9
Rétention d'urine	12	Asphyxie	1
D		**H**	
Métro-péritonite	24	Mort à l'arrivée du médecin	26
Métrorrhagie	24		
Fausse couche	26		891
Accouchement	42		

La moyenne des visites par nuit a été de 10.
Les hommes entrent dans la proportion de 35 0/0.
Les femmes — — de 50 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans pour 15 0/0.

Cercle des Ecoles à Nancy.

Les élèves des diverses Facultés et de l'école de pharmacie de Nancy viennent de fonder, sous le nom d'*Union des étudiants*, un cercle destiné à établir des relations amicales entre tous les étudiants, qui jusqu'à présent vivaient, ainsi que cela a lieu dans la plupart des facultés, un peu trop séparés. L'inauguration du cercle dont le siége est sur la place Vaudamont, a eu lieu il y a quelques jours, sous la présidence de M. Parisot, professeur à la Faculté de médecine, avec le concours de nombreux professeurs des diverses Facultés qui avaient répondu à l'invitation de leurs élèves. Plusieurs discours ont été prononcés faisant appel aux sentiments de concorde et d'union de tous les étudiants. (*Revue médicale de l'Est.*)

Le sou des écoles laïques.

Cette œuvre libérale, placée sous la présidence de M. Carnot père, sénateur, ancien ministre de l'instruction publique, a pour but de faire concurrence aux œuvres cléricales, en recueillant sou par sou des sommes destinées à la propagation de l'enseignement primaire laïque. Le comité adresse un pressant appel à tous les hommes de cœur, à tous ceux qui veulent le développement de l'instruction publique, à l'effet d'organiser dans chaque ville, dans chaque village, un comité chargé de recueillir les fonds en faveur de cette œuvre patriotique : *Le sou des écoles laïques*.

Créer des établissements d'instruction, aider ceux qui existent déjà, tel est le but de cette œuvre excellente. On l'atteindra si, partout, il se trouve des hommes de bonne volonté qui placent des *troncs* dans les maisons de commerce, dans les cafés, restaurants, théâtres, etc., où chacun puisse déposer son obole, *un sou pour les écoles laïques* ; en faisant circuler des listes, en organisant des représentations dramatiques, des matinées littéraires, des conférences, des concerts, ventes, tombolas avec le concours des dames amies de la Ligue de l'enseignement. Les personnes qui sont sympathiques à cette œuvre et qui voudraient se charger de placer des troncs ou de faire circuler des listes, sont priées de s'adresser à M. Albert Vauchez, secrétaire-trésorier du comité parisien du *sou des écoles laïques*, 17, rue Saint-Honoré, à Paris. Les sommes recueillies seront versées au cercle parisien de la ligue de l'enseignement pour être employées comme il a été dit précédemment. — (*Revue scientifique*).

Traitement des ulcères scrofuleux par le sulfure de carbone.

Le Docteur Obissier fait panser les ulcères scrofuleux avec un mélange de sulfure de carbone, 16 grammes ; iode, 40 grammes et essence de menthe, 4 gouttes. L'addition de l'iode et de l'essence de menthe au sulfure de carbone, a l'avantage d'en masquer l'odeur qui rendrait impossible son emploi en pansement. Sous l'action du sulfure de carbone les ulcères guérissent très-vite, et le docteur Obissier a déjà publié un grand nombre d'observations favorables à ce mode de traitement qui peut s'appliquer à toutes les scrofulides. (*Gazetta medica ital. delle provincia Venete* et *Lyon médical.*)

Enseignement médical libre.

COURS D'ACCOUCHEMENT. — MM. BUDIN et PINARD commenceront le lundi 15 juillet à 4 h. 1/2 un nouveau cours d'accouchement. Ce cours qui sera complet en deux mois, comprendra : 1re partie : Grossesse normale et pathologique. — 2e partie : Eutocie. — 3e partie : Opérations et Dystocie. — 4e partie : Exercices pratiques. — Pour les renseignements et pour s'inscrire, s'adresser, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Souscription pour élever un monument à Claude Bernard.

Total des neuf premières listes	662 fr.
DIXIÈME LISTE	
Dr David, de Sigeau	5
Total général	667 fr.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. Pendant la semaine finissant le 11 juillet 1878, on a déclaré 918 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 14 ; rougeole, 9 ; scarlatine, 1, variole, 2 ; croup, 8 ; angine couenneuse, 19 ; bronchite 21 ; pneumonie, 47 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 47 ; choléra nostras » ; dysentérie 3 ; affections puerpérales, » ; érysipèle, 2 ; autres affections aiguës, 253 ; affections chroniques, 388 dont 169 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 61 ; causes accidentelles, 43. — Les 918 décès ci-dessus donnent une proportion de 24.0 par 1,000 habitants et pour l'année.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Avis aux étudiants :* MM. les étudiants qui doivent demander un sursis d'appel, ou qui doivent contracter, cette année, leur engagement pour le volontariat d'un an, sont invités à demander *dès à présent* le certificat dont ils ont besoin pour l'autorité militaire.

Avis. — Les consignations pour les 4e et 5e examens de doctorat seront reçues jusqu'au jeudi 25 juillet inclusivement. Passé ce délai il ne sera plus reçu de consignations que pour les thèses.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour deux places de chirurgien du Bureau central.* — Ont été déclarés admissibles : MM. Blum, Bouilly, Bourdon, Felizet, Henriet, Laugier, Reclus, Richelot.

Concours de médecine. — Ont été déclarés admissibles, par ordre de

© BIU Santé

points : MM. Tenneson, Du Castel, Landrieux et Raymond, Landouzy, Labadie-Lagrave et Chouppe, Homolle, Joffroy, Hanot.

Le choléra a Malte. — Nous tenons d'une source que nous croyons sûre, la nouvelle que le choléra a été apporté à Malte par les troupes anglaises, récemment appelées de l'Inde. Le choléra régnait à bord des navires anglais lors de leur passage à Port-Saïd et à Suez. Le gouvernement français se préoccupe de cette situation. (*Gaz. heb. de méd. et de chir.*)

Nouveaux journaux. — Vient de paraître : Le premier numéro du journal l'*Hygiène de l'Enfance, conseiller des mères de familles*, publié sous la direction du dr Armand Laurent, bureau du journal, rue Pouchet, 9 *bis*, à Rouen. — Prix annuel : 5 fr. pour la France, 6 fr. pour l'Europe.

Nécrologie. — M. le dr Baudet-Dulary, ancien député de Seine-et-Oise, vient de mourir à l'âge de 87 ans. Partisan convaincu et enthousiaste des doctrines fouriéristes, M. Dulary donna en 1832 sa démission de député pour fonder un phalanstère à Condé-sur-Vesgre.

L'entreprise, montée par actions, n'eut qu'un commencement d'exécution; mais M. Dulary prit à son compte toutes les pertes, et remboursa de ses deniers les actionnaires, donnant ainsi un exemple rarement suivi de nos jours. Cet échec n'ébranla point sa confiance dans la théorie sociétaire, et jusqu'à sa mort il concourut à tous les efforts, à tous les sacrifices qui tentaient d'en amener la réalisation. Après s'être démis des fonctions de député, il exerça courageusement les fonctions de médecin de campagne à Verrière et Saint-Léger-aux-Bois. Outre ses publications périodiques de l'école de Fourier, le dr Dulary a fait paraître deux volumes : *Essai sur les harmonies physiologiques* (1844); *Principes et résumé de physiognomie* (1858). Il publia aussi quelques brochures : *Testament d'un vieux médecin de campagne*; *Notions d'hygiène populaire*; *Un mot sur le transformisme*, etc. Conséquent avec les principes de toute sa vie, M. Dulary a exprimé la volonté expresse d'être enterré civilement.

M. Gaultier de Claubry, docteur ès-sciences, membre de l'Académie de médecine, est mort à Paris le 4 juillet 1878, dans sa 86e année. (*Union médicale*).

Le *Bulletin médical de la Suisse romande* annonce la mort de M. le dr J. Nicati, d'Aubonne, décédé en Algérie, et celle du dr J. Cossy, survenue à Bex. — Nicati naquit le 5 octobre 1798, à Lauzanne, d'un père médecin, issu de protestants français réfugiés. Il fit ses premières études au collége de Vevey, puis plus tard, en 1815, il étudia à Genève. Parti en 1818 pour étudier la médecine à Utrecht, il fut particulièrement bien accueilli par Gérard Vrolik, professeur d'anatomie, ami de son père, ce qui eut la plus heureuse influence sur ses études. Dès 1821, il présente un travail de concours sur l'anatomie de quelques espèces de rongeurs. Il fut reçu docteur d'Utrecht en 1822; et présenta une dissertation sur l'origine et la nature du bec de lièvre. Il voyagea ensuite en France et en Allemagne pour compléter son instruction et se fixa à Aubonne où il exerça pendant cinquante ans. Nicati fit partie de plusieurs sociétés savantes auxquelles il envoya de nombreux travaux. Appelé à séjourner en Algérie, il publia sur ce pays différentes notices intéressantes dans le *Bulletin de la Société des sciences naturelles*. Nous citerons les suivantes : de l'influence du climat de l'Algérie dans la phthisie pulmonaire : de l'emploi de la quinine; de l'action fibrifuge de l'eucalyptus.

Jules Cossy naquit le 19 septembre 1818, à Aigle. Après des études préliminaires faites en ce pays, il alla étudier à la Faculté de médecine de Paris où il devint interne et lauréat des hôpitaux de Paris en 1842. Entré à Beaujon dans le service de Louis, il sut se faire remarquer de son chef par ses sérieuses qualités. Forcé, pour des raisons de famille, de quitter Paris, il s'établit à Aigle, puis à Lavey où il occupa la position de médecin des bains de 1847 à 1869. De là il passa à Bex où il exerça jusqu'au moment de sa mort, survenue le 27 mars 1878. Cossy publia un certain nombre de travaux soit dans les *Archives générales*, soit dans les *Mémoires* de la Société médicale d'observation dont il était membre. Ce sont : Un mémoire sur une cause encore peu connue d'engouement interne de l'intestin. Des recherches sur le délire aigu des épileptiques. Une étude sur plusieurs cas d'hypertrophie ganglionnaire sans scrofule, ni cancer, ni leucémie. Une étude sur l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire aigu. Il publia en outre des rapports officiels sur la station de Lavey.

Vacances médicales. — La commune de la Croix-Saint-Leufroy (Eure), demande un jeune docteur. On estime qu'il y a à faire de 8 à 10,000 francs par an à cause des villages environnants et de l'éloignement de tout autre médecin. Il y a dans cette commune un pharmacien, un notaire, un percepteur, etc. Le pays est très-sain, très-joli, station de chemin de fer. A 25 lieues de Paris environ. — Demande de médecin à Eguzon, chef-lieu de canton (Indre), 15,000 habitants. Droit à une pharmacie. Chemin de fer d'Orléans. Médecin de la Compagnie. La commune aidera à l'installation. S'adresser à M. Blavin, rue de l'Odéon, 22, ou à M. Dauthy, maire d'Eguzon. — Bonne et lucrative position de médecin offerte à Saint-Fromond (Manche). Le seul praticien qui exerce en ce moment est très-âgé et sur le point de se retirer. Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. Pezerilt, pharmacien, à Saint-Fromond, ou à M. Gueslin, 8, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie à Paris.

Librairie REY, 58, rue Monsieur-le-Prince.

Mascarel (J.). — Lettres sur le Mont-Dore et les Eaux-Bonnes. Paris, 878, 1 vol. in-8 de 44 pages.

Vient de paraître aux Bureaux du PROGRÈS MÉDICAL, 6, rue des Ecoles.

Cornillon (J.). — Rapports du diabète avec l'arthritis et de la dyspepsie avec les maladies constitutionnelles. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 44 pages : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés : 1 fr.

Ribemont A. — Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés et description du nouveau tube laryngien. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 40 pages avec 8 planches noires hors texte : 3 fr. — Pour nos abonnés : 2 fr.

Villard (F.). — Notice hygiénique et médicale sur l'Attique. Paris, 1878, brochure in-8 de 30 pages : 1 fr. — Pour nos abonnés : 70 c.

Reclus (P.). — Des ophthalmies sympathiques. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 209 pages. — Prix : 5 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical* : 4 fr.

Librairie V. ADRIEN DELAHAYE et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine.

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J. H. Depaul; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Les numéros de *juin* viennent de paraître Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Fournié (Ed.). — Application des sciences à la médecine. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 731 pages, avec 100 figures intercalées dans le texte. — Prix : 10 fr.

Petrequin (J.-E.). — Chirurgie d'Hippocrate. Paris, 1878, 2 vol. grand in-8 de 565 et 651 pages.

Rauchfusse (Ch.). — Notice sur l'hôpital d'enfants, de Saint-Vladimir à Moscou et considérations sur l'isolement des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants. Saint-Pétersbourg, 1878, brochure in-8 de 8 pages.

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *mai* est paru : Un an : Paris, 18 fr., Départements, 20 fr.

Publications étrangères.

Bruxelles, Librairie H. MANCEAUX, rue des Trois-Têtes, 12.

Feigneaux. — Les maternités au point de vue de la prophylaxie des affections puerpérales, Bruxelles 1878, brochure in-8 de 47 pages.

Sigerson (G.). — Memoir on alternate paralysis. Dublin, 1878, 1 vol. in 8 de 38 pages.

Acta de la sesion publica inaugural que la Academia de ciencias medicas de Cataluna celebra en 4 novembre 1877. Barcelona, 1878, 1 vol. in-8 de 72 pages.

Berger (O.). — Klinische Bertrage zur Lehre von der Epilepsie. Leipzig, 1878, 1 vol. in-8 de 60 pages.

The asylum for idiots Earlswood, instituted octobre 27, 1847. London, 1878, brochure in-12 de 40 pages.

Creighton (Ch.). — Contributions to the physiology and pathology of the Breast and its lymphatic glands. London, 1878, 1 vol. in-8, cartonné, de 200 pages avec planches et gravures noires dans le texte.

Seguin (E.-C.). — I. A clinical contribution to the study of Post-Paralytic chorea; — II. A contribution to the study of localized cerebral lesions, New-York, 1877, brochure in-8 de 39 pages et gravures noires dans le texte.

Seguin (E.-C.). — A contribution to the therapeutic of migraine. New-York, 1878, brochure in-8 de 8 pages.

Seguin (E.-C.). — A contribution to the pathological anatomy of Disseminated cerebro-spinal sclerosis. Chicago, 1878, brochure in-8 de 13 pages et une planche dans le texte.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — Pathologie mentale : M. Luys, le dimanche, à 9 heures 1/2. — Maladies mentales et nerveuses : M. A. Voisin, le jeudi à 9 heures 1/2.

Hospice des Enfants-assistés. — Clinique infantile : M. Parrot, dimanche, à 9 heures 1/2.

Hôpital des Enfants-Malades. — Clinique infantile : M. Archambault, vendredi, à 8 heures. — M. Bouchut continuera ses démonstrations de *cérébroscopie et d'ophthalmologie médicale*, les mardis 15 juillet et 7 août, à 9 heures du matin.

Hôpital de la Charité. — M. Laboulbène, le jeudi à 9 heures. Amphithéâtre de M. le professeur Hardy.

Hôpital de Lourcine. — Pathologie générale de la syphilis : M. Cornil, mardi, à 9 heures 1/2.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Lailler. Mercredi, consultation externe à 8 h. 1/2. — Vendredi, clinique au lit des malades. — Samedi, consultation externe et traitement des teignes.

Service de M. Vidal. Lundi, leçon clinique à 9 h. 1/2. — Mercredi, traitement du lupus et des nœvi-materni par les scarifications. — Jeudi, consultation externe, à 9 h. — Vendredi, examen des malades entrants et clinique au lit des malades.

© BIU Santé

Service de M. Hillairet. Mardi, consultation externe, à 9 h. — Jeudi, clinique dermatologique, à 9 h. — Samedi, conférence au musée pathologique.

Service de M. Guibout. Lundi, traitement des affections utérines ; examen au spéculum. — Vendredi, consultation externe, à 9 h. — Samedi, examen des nouveaux.

Service de M. Fournier. Lundi examen des malades entrants. — Vendredi, conférence clinique, à 9 h. 1/2. — Samedi, consultation externe.

Service de M. Besnier. Ordre des travaux : Lundi, à 9 h., consultation externe. — Mardi, à 8 h., visite des nouveaux. — Mercredi, à 9 h., conférence clinique. — Jeudi, à 8 h. 1/2, policlinique. — Vendredi, à 8 h. 1/2, étude au musée pathologique. — Samedi, à 8 h. 1/2, revue des malades en traitement; opérations dermatologiques.

Service de M. Duplay. Visite des malades tous les matins à 8 h. 1/2.— Consultation externe le mardi, le jeudi et le samedi. Le jeudi, leçons cliniques à l'amphithéâtre et opérations.

Service de M. Péan. Consultation externe le lundi, le mercredi et le vendredi. — Visite des malades tous les jours, à 9 h. — Le samedi, leçons cliniques à l'amphithéâtre et opérations.

Hôpital Necker. — Service de M. Delpech. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 3, cancer du foie ; 7, sciatique; 10, rétrécissement mitral; 15, néphrite parenchymateuse; 18, fièvre intermittente; 20, névralgie du plexus brachial; 24, ataxie locomotrice; 26, pneumonie; 28, pneumonie. — Salle Sainte-Anne (F.) : 1, néphrite parenchymateuse ; 9, hémiplégie ; 10, kyste de l'ovaire; 15, étranglement interne; 18, coliques hépatiques; 20, insuffisance et rétrécissement aortiques; 22, rhumatisme articulaire aigu; 24,pelvi-péritonite; 27, syphilis infantile.

Service de M. Chauffard. — Salle Saint-Jean (H.) : 6, fièvre typhoïde; 8, insuffisance mitrale ; 9, gangrène du poumon ; 11, néphrite interstitielle ; 12, affection mitrale; 19, ataxie locomotrice; 25, myélite. — Salle Sainte-Eulalie (F.) : 11, affection mitrale ; 18, rétrécissement mitral ; 26, ataxie locomotrice; 28, affection mitrale.

Service de M. le professeur Broca. — Salle Saint-Pierre (H.) : 2, abcès froid de la jambe ; 5, fracture de la clavicule ; 9, plaie de l'artère radiale; 12, fracture de métacarpien ; 18, fracture compliquée de la jambe; 23, diastasis de l'articulation tibio-tarsienne; 24, fracture de clavicule ; 25, fistule à l'anus; 28, fracture sus-malléolaire; 29, cancer de la langue; 30, coxalgie; 35, taches érectiles généralisées avec troubles trophiques ; 37, tumeur cérébrale, 43, hydrocèle; 47, nécrose du tibia ; 51, pseudarthrose de l'humérus ; 53, fracture du col de l'humérus. — Salle Sainte-Marie (F.) : 1, Carcinome primitif des ganglions inguinaux ; 3-18, cystite; 4, abcès par congestion; 6, rétrécissement du rectum; 10, éléphantiasis ; 12, bec de lièvre; 19, kyste de l'ovaire; 21-24, amputation du col ; 26, ophthalmie purulente.

Service de M. le professeur Guyon. — Salle Saint-André (H.) : 1, plaie de l'index ; 2, fracture de jambe ; 3, fracture des deux coudes et du sternum; 4, bubon strumeux; 5, arthrite sous-occipitale; 6, fracture de jambe compliquée, phlegmon diffus du bras; 7, orchite; 8, arthrite de l'épaule; 9, double hydarthrose chronique ; 15, abcès froid ; 19, fracture de jambe; 22, brûlure; 25, fracture du radius ; 27, plaie de la face; 29, fracture de jambe, luxation du pied. — Salle Saint-Vincent, voies urinaires : 2, infiltration d'urine ; 3, fongus de la vessie ; 5-17, rétrécissement de l'urèthre, uréthrotomie interne; 9, cancer de la prostate; 10, cystite blennorrhagique; 12, cystite tuberculeuse ; 22, calcul de la vessie ; 25, calcul de la vessie; 27, calcul de la vessie. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 1, abcès chronique du sein; 2, cysto-sarcome de l'ovaire; 5, accidents vénériens; 6, carcinome du rectum, anus contre nature; 7, abcès de la fosse illiaque, fistule vaginale; 8, hygroma aigu; 9, abcès froid de la cuisse; 11, fracture de jambe et de côtes; 14, brûlures profondes; 16, chute de l'utérus; 17, arthrite du genou; 18, adénite et lymphangite; 20, polype de l'utérus.

Service de M. Blachez. — Salle Saint-Louis (H.) : 7, pneumonie du sommet ; 8, pleurésie purulente ; 15, hémiplégie droite, aphasie ; 24, pleurésie gauche, insuffisance aortique; 25, gangrène symétrique des extrémités; 26, pleurésie purulente; 27, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Thérèse (F.): 8, mal de Bright ; 18, cancer de l'épiploon ; 21, endocardite ulcéreuse; 25, hématocèle péri-utérine; 29, névralgie du maxillaire inférieur; 30, colique hépatique, insuffisance aortique et insuffisance mitrale.

Hôpital Temporaire. — Service de M. Legroux. — Salle Sainte-Julie : 12, néphrite interstitielle, double lésion mitrale ; 14, cystite prostatique ; 19, épilepsie ; 20, hématurie chez un saturnin. — Salle Sainte-Thérèse : 5, néphrite interstitielle ; 7,sarcome du testicule : 15, ostéo-sarcome de la colonne vertébrale ; 25, mal de Pott, paraplégie avec contracture. — Salle Saint-Julien : 2, rhumatisme blennorrhagique ; 5, ataxie ; 7, pleurésie gauche ; 9, métrite à répétition ; 11, pelvi-péritonite ; 12, corps fibreux utérin ; 25, fongus de la base du crâne ; 29, kyste de l'ovaire ; 30, anévrysme de l'aorte.

Service de M. Debove. — Salle Sainte-Ludivine : 6, gommes syphilitiques ; 16, 17, pleurésie droite ; 20, alcoolisme ; 26, diabète ; 28, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Catherine : 1, rhumatisme blennorrhagique ; 1, paralysie générale ; 7, rhumatisme articulaire aigu ; 12, rhumatisme articulaire subaigu, insuffisance mitrale ; 14, tuberculose pulmonaire, néphrite chronique parenchymateuse ; 16, ictère d'origine calculeuse ; 19, insuffisance aortique ; 21, syphilis, hémianesthésie cérébrale ; 23, 28, colique de plomb ; 27, ramollissement cérébral. — Salle Saint-Barthélémy : 4, rhumatisme blennorrhagique chez une femme enceinte de 5 mois ; 13, diabète ; 14, corps fibreux utérins ; 27, insuffisance mitrale.

Service de M. Duguet. — Salle Saint-Jean : 3, néphrite interstitielle ; 8, pleuro-pneumonie gauche, caséification ; 10, insuffisance mitrale, tuberculose; 14, pleurésie droite ; 22, pleurésie ponctionnée chez une femme enceinte, guérison ; 24, rhumatisme chronique amélioré par le salycilate; 25, pneumonies et pleurésies au cours d'une fièvre typhoïde ; 27, rétrécissement mitral puerpéral, embolie sylvienne droite, hémiplégie gauche ; 30, carcinome de l'ovaire ? — Salle Saint-Louis ; 9, énanthème polymorphe rhumatismal ; 9, hémiplégie droite, aphasie ; 12, sclérose latérale amyotrophique ; 15, tabes spasmodique et insuffisance mitrale ; 18, sclérose médullaire non systématisée ; 24, syphilis, névralgie faciale droite, anesthésie douloureuse ; 25, pleurésie traumatique, syphilis ancienne, paralysies oculaires ; 23, zona intercostal et névralgie consécutive chez une femme de 82 ans. — Salle Sainte-Hélène : 1, colique de plomb ; 12, emphysème, bronchite fétide, gangrène pulmonaire, pleurésie ; 12, tuberculose, arthritisme, alcoolisme ; 13, rétrécissement mitral, imminence d'asystolie ; 22, double lésion mitrale, asystolie ; 28, fluxion de poitrine ; 3, broncho-pleuro-pneumonie ; 29, pneumonie massive du poumon droit, résolue ; 32, rhumatisme articulaire aigu, salycilate.

Service de M. Straus. — Salle Sainte-Anne : 1, épilepsie partielle syphilitique ; 2, pneumonie chronique avec dilatation bronchique ; 4, rhumatisme poly-articulaire aigu ; 5, saturnisme, tuberculose au début ; 6, colique de plomb ; 8, méningo-myélite ; 9, goutte saturnine, néphrite ; 13, névrite ascendante, atrophie consécutive ; 14, paralysie faciale ; 20, sciatique ; 24, paralysie radiale ; 26, saturnisme ; 27, tabes spasmodique. — Salle Saint-François : 2, phlegmon péri-vésical, abcès de la fesse dans l'état puerpéral; 3, insuffisance mitrale ; 4, chorée ; 12, phlegmon profond de la cuisse, infection purulente ; 15, asystolie ; 18, hystérie ; 21, ataxie locomotrice ; 22, paralysie agitante ; 23, lithiase biliaire ; 24, ataxie locomotrice, pseudo-paralysie générale ; 28, hystérie ; 31, pelvi-péritonite ; 32, syphilis cérébrale.

Service de M. Hallopeau. — Salle Sainte-Geneviève : 4, sclérose en

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** au **Bromure de Camphre**, sont employées avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système circulatoire et surtout sur le système nerveux cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et un *hypnotique* des plus efficaces. »
(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** ont servi à toutes les expérimentations faites dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du Dr **Clin** renferme 0,20 } **Bromure de**
Chaque **Dragée** du Dr **Clin** renferme 0,10 } **Camphre pur.**

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartez. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence de Santal**, associée au Copahu et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

Nota. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

Gros : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — Détail : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du Dr **Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du Dr **Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr **Rabuteau** destiné aux enfants.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du Dr **Clin.**

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

© BIU Santé

plaques ; 7, paralysie saturnine ; 10, pneumonie adynamique ; 12, néphrite parenchymateuse ; 17, rhumatisme articulaire aigu, complications cardio-pulmonaires, 27, pneumonie du sommet. — Salle Sainte-Marthe : 1, pneumonie chez un tuberculeux ; 15, fièvre typhoïde, hémorrhagies intestinales abondantes ; 16, mal de Pott cervical ; 19, pleurésie, bronchite. — Salle Saint-Joseph : 1, syphilis cérébrale ; 15, paralysie agitante ; 19, ictère chronique ; 29, phlegmon périvésical.

Service de M. Marchand. — Salle Saint-André : 1, otite moyenne, adénite cervicale ; 12, hématome du genou ; 14, carie des nerfs de l'humérus ; 24, tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, amputation de la jambe au lieu d'élection ; 27, hydrocèle opérée, hémorrhagie cérébrale ; 29, carie de la malléole interne, rugination ; 30, prostatite tuberculeuse ; 32, 33, 37, ulcères circonvallés.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service de M. Bergeron. — Salle Sainte-Mathilde ; 2, lupus du nez ; 3, insuffisance et rétrécissement mitral ; 4, ecthyma ; 5, pleuro-pneumonie ; 6, ascite ; 8, fièvre typhoïde ; 13, pleuro-pneumonie ; 15, méningite tuberculeuse ; 18, pleurésie purulente, pleurotomie ; 24, hystérie ; 25, paralysie diphthéritique ; 29, phthisie pulmonaire. — Salle Saint-Benjamin : 2, bronchite suspecte ; 3, rechute de fièvre typhoïde ; 6, fièvre typhoïde ; 7, empyème ; 12, méningite tuberculeuse ; 15, pneumonie double ; 20, anasarque a frigore ; 25, mal de Pott ; 26, gangrène pulmonaire ; 28, fièvre typhoïde ; 22, 27, croups opérés ; 28, angine diphthérique.

Service de M. Cadet de Gassicourt. — Salle Saint-Joseph : 1, entérite ; 4, anasarque ; 6, néphrite scarlatineuse ; 7, affection congénitale du cœur ; 9, coqueluche au début ; 10, pleurésie ; 11, péritonite tuberculeuse ; 12, mal de Pott, foie amyloïde ; 15, pleurésie ; 16, coqueluche ; 18, 19, fièvre typhoïde ; 21, 22, 23, rhumatisme articulaire ; 24, pleurésie ; 34, croup.

Service de M. Tribouleт. — Salle Sainte-Marguerite : 3, anémie ; 4, coqueluche ; 5, vulvite et conjonctivite purulentes ; 6, fièvre rémittente ; 8, tuberculose ganglionnaire ; 9, broncho-pneumonie tuberculeuse ; 12, méningite tuberculeuse ; 14, néphrite scarlatineuse ; 15, adéno-phlegmon de la région sous-maxillaire ; 16, rhumatisme articulaire aigu ; 18, 23, tuberculose pulmonaire ; 21, psoriasis ; 22, typhlite stercorale ; 24, coxalgie aiguë ; croups, angines diphthéritiques, rougeoles, teignes.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

BROMURE de ZINC

SIROP — 50 centigr. par cuillerée à soupe.
PILULES — contenant 20 centigrammes.
PILULES ARSENICALES — contenant 5 centigr. Br. de Zinc et 1 mill. Br. d'arsen.

« Très-utile dans les cas de *Saturation* ou d'*Anémie bromurique*, le Br. de Zinc est beaucoup plus actif que le Br. de Potassium. — Doses de 0,20 à 4 gr. par jour. — FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — Paris.

COTON IODÉ

Préparé par *J. THOMAS*, pharmacien de 1re classe

Lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris

48, AVENUE D'ITALIE, 48, PARIS

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut garantir les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc..., ont été guéris sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Le prix du flacon 3 francs 50. Se trouve dans toutes les pharmacies.



VIN TANNIQUE

DE BAGNOLS - SAINT - JEAN

NATUREL

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies ; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



ACIDE SALICYLIQUE BREVET KOLBE

SEULS CONCESSIONNAIRES, SEULS FABRICANTS

SCHLUMBERGER & CERCKEL, 26, rue Bergère, PARIS.

MÉDICAMENTS Salicylés PRÉPARÉS

Rhumatismes..... **SALICYLATE de SOUDE** dosé à 50 c.
Goutte, Gravelle. **SALICYLATE de LITHINE**, pil. 10
SALICYLATE DE QUININE, paquets..... 10
ACIDE SALICYLIQUE MÉDICINAL, pilules..... 10
RHUME, Affections de la Gorge, PASTILLES SALICYLÉES.
VIN Tonique SALICYLÉ. — Ouate, Glycérine SALICYLÉES.

Par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, r. du Faubourg-Montmartre, 21, PARIS.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Clientèle à céder aux environs de Paris. Bonnes conditions. — S'adresser aux Bureaux du *Progrès médical*.

A vendre ou à louer de suite une maison occupée actuellement par un médecin qui désire en même temps céder sa clientèle. Facilités de paiement. S'adresser à M. Nicoleau, médecin à Nieul-le-Dolent (Vendée).

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan, par le Dr C. Miot, in-8 de 56 pag. orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix 1 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr.

Sirop gastrothénique anti-nerveux, d'écorces d'oranges amères au vin de Madère, de Blottière, pharm., rue de Sèvres, 56. Employé avec succès contre les *gastrites, gastralgies, coliques d'estomac et d'intestin, constipations, affections du cœur, hypochondrie, hystérie, scrofules, lymphatismes*, 5 fr.

CROISIC (Loire-Inférieure)

ÉTABLISSEMENT DES BAINS DE MER

de vapeurs térébenthinées, etc.; Hydrothérapie marine. Traitement spécial et héroïque, des affections des os et des engorgements chroniques de la matrice, des maladies nerveuses et rhumatismales. — Guérison de la scrofule à tous ses degrés par les Eaux-mères.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)
Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.
LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE

RAKOCZY DE BUDE

La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.

25 gram. de Sulfate de Magnésie } par litre.
20 gram. de Sulfate de Sodium }

EXIGER RIGOUREUSEMENT L'ÉTIQUETTE BLEUE

EN VENTE AU DÉPÔT GÉNÉRAL :

8, Rue de la Chaussée d'Antin, Paris

ou chez tous les Marchands d'Eaux minérales et Pharmaciens de Paris et de Province.

DRAGÉES BLOT au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opiat*, Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à Toulouse : toniques, dépuratives, anti-blennorragiques, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires*, catarrhe vessie. Bte 4f, fco 4.20.

Pour éviter imitation exiger :

Esther Blot

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

M. GALLEPIE, pharmacien, 50, *rue Monge*, fera une remise spéciale à MM. les étudiants, sur les **Dragées Blot** et sur tous les médicaments en général.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 29. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 20 JUILLET 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. ARCHAMBAULT.

Des convulsions.

Leçon recueillie par M. PETEL, interne.

Messieurs,

Ceux d'entre vous qui fréquentent cet hôpital ont dû s'apercevoir qu'il était le véritable lieu propre à l'étude des convulsions. Tous les jours, à la consultation, on nous présente des enfants actuellement affectés de mouvements convulsifs ou qui viennent d'en avoir, et cela sous l'influence des causes occasionnelles les plus diverses. — Souvent les mères les attribuent, et quelquefois avec raison, au travail de dentition, d'autre fois, à une frayeur, etc. Il est, dans certains cas, impossible de leur assigner une cause; elles paraissent spontanées ou bien on peut raisonnablement les attribuer à une indigestion, à la diarrhée persistante avec coliques, à une insolation, à l'action du froid, etc..

Dans nos salles, il n'y a pas de jour où vous n'en voyez des exemples dus à une affection cérébrale, à une fièvre éruptive, rougeole ou scarlatine, au début; aussi, et même dans le cours de phlegmasies intenses comme la pneumonie par exemple. — Nous les voyons aussi plus fréquemment au cours de certaines maladies, la coqueluche, entr'autres, lorsqu'elle survient chez de tout jeunes enfants et qu'elle est très-intense. — Enfin, vous les verrez fréquemment se présenter dans l'albuminurie scarlatineuse dont les exemples sont infiniment moins rares ici que dans les hôpitaux d'adultes. — Elles sont plus souvent chez les enfants que chez les adultes un phénomène ultime susceptible de se présenter à la fin de maladies très-diverses.

Voilà, Messieurs, un symptôme, un trouble fonctionnel, qui se produit sous l'influence de causes occasionnelles bien diverses, et il vient à l'esprit qu'il devrait dans ces conditions si différentes avoir des caractères particuliers spéciaux. Eh bien! il n'en est rien, les phénomènes convulsifs peuvent être, et sont effectivement identiques, quelle que soit leur cause provocatrice. Je ne voudrais pas dire qu'ils ne présentent pas, dans certains cas, des particularités qui permettent de les rattacher à telle ou telle cause. Mais, surtout quand il s'agit de convulsions généralisées, on serait bien empêché d'assigner un caractère distinctif et constant à celles qui éclatent spontanément ou sont dues à l'une quelconque des causes que nous venons d'énumérer. Les phénomènes convulsifs sont toujours les mêmes, au fond, et il n'est même pas possible de distinguer, en ne tenant compte que de l'attaque observée, une crise de convulsions dites essentielles ou sympathiques d'une attaque d'épilepsie ; une attaque d'éclampsie qui sera unique, d'une attaque d'épilepsie qui se reproduira pendant toute la vie.

Pour que vous compreniez bien comment les choses doivent se passer de la même manière dans des conditions si différentes, en apparence du moins, il faut que vous me permettiez de dire un mot du mécanisme qui préside à l'explosion des convulsions. Nous le pouvons faire sans nous écarter de la clinique, tant cette étude jettera de jour sur ce que j'aurai à vous dire plus tard, et sur le côté pratique de la question.

De même que les mouvements voulus, coordonnés de l'état normal, les mouvements désordonnés, non voulus de l'état morbide, qui constituent la convulsion, sont commandés par l'axe spinal et certains, plus particulièrement par le bulbe et par la protubérance. C'est dans cet axe spinal et particulièrement dans la double colonne de substance grise qui va de la protubérance à l'extrémité supérieure de la moelle que réside le pouvoir excito-moteur qui provoque le mouvement, soit dans les muscles soumis à la volonté, soit dans ceux qui ne lui sont pas soumis. A ce centre se rendent des conducteurs centripètes ou sensitifs : nerfs lombo-rachidiens, filets provenant du grand sympathique ou du cerveau, qui est un centre de sensibilité morale et physique.

Dans l'état normal, les sensations transmises par ces différentes voies arrivent au centre excito-moteur et y produisent une impression, en vertu de laquelle naissent des mouvements physiologiques, ordonnés, ayant un but. Il y a un rapport exact entre la nature et l'intensité de l'impression transmise et le mouvement produit, il y a harmonie. Que faut-il pour que celle-ci disparaisse et que la convulsion se produise? deux conditions:

1° Que l'excitation transmise au centre excito-moteur soit trop forte, anormale, morbide;

2° Que l'excitabilité de l'axe spinal soit exagérée, qu'il y ait une surexcitabilité de cette partie, en vertu de laquelle la moindre cause d'excitation puisse provoquer des mouvements désordonnés.

Quelle que soit l'origine ou la nature apparente des convulsions que vous observerez, vous y trouverez l'existence de l'une de ces deux causes et souvent des deux à la fois, comme chez les enfants, ce qui explique la plus grande fréquence de ce symptôme à leur âge.

Que la raison du phénomène convulsif se trouve dans la surexcitabilité du système spinal, ou dans l'existence d'une cause éloignée capable de produire une excitation exagérée, celui-ci doit être sensiblement le même, et c'est effectivement ce que nous constatons au lit des malades.

On a pourtant fait dans l'étude des convulsions des divisions que vous devez connaître. On en a admis d'*essentielles* (éclampsie), de *sympathiques* et de *symptomatiques*. Eh bien, Messieurs, ces différentes convulsions, que vous trouverez habituellement les mêmes au point de vue symptomatique, ne diffèrent qu'en apparence au point de vue de leur origine; leur mécanisme est toujours le même.

On décrivait autrefois une paralysie essentielle de l'enfance qui a disparu pour faire place à la paralysie spinale atrophique, depuis que l'on connaît bien l'anatomie pathologique et le mode de production de cette affection.

La paralysie secondaire dite diphthéritique, regardée naguère comme dynamique, ne tardera probablement pas à être rangée dans les affections symptomatiques. En sera-t-il de même pour les convulsions, et celles que l'on regardait comme essentielles seront-elles reconnues comme étant de même nature que les autres dites sympathiques ou symptomatiques? Je le pense. Mais ici la base du raisonnement ne se trouve plus dans les données que fournit l'anatomie pathologique, il faut les chercher dans la physiologie pathologique de ces mouvements désordonnés, et c'est ce que nous avons déjà fait.

Qu'est-ce qu'une *convulsion essentielle*?

Celle dont on ne connaît pas la cause ou qui ne paraît pas en avoir, c'est-à-dire celle qui survient chez des sujets dont la surexcitabilité nerveuse est telle que la cause extérieure ou intérieure la plus légère peut mettre le système excito-moteur en action d'une manière désordonnée. C'est alors qu'il suffit de quelques grumeaux de lait mal digéré dans l'intestin, de l'irritation produite par la pousse d'une dent, de la frayeur causée par un bruit violent, pour jeter un enfant dans les convulsions qu'on a appelées essentielles ou éclamptiques. Mais ce n'en seront pas moins là des convulsions d'ordre réflexe, au même titre que celles dites sympathiques, seulement la cause extérieure occasionnelle est très-minime parce que l'impressionnabilité, l'excitabi-

© BIU Santé

lité du centre nerveux est très-grande. Ne vous attachez donc pas à l'idée d'essentialité de ces convulsions, elles ne sont pas plus essentielles que celles dites *sympathiques*, et qui se montrent fréquemment chez les enfants, au début surtout, ou dans le cours de certaines maladies telles que les fièvres éruptives, les pneumonies ou d'autres affections de moindre importance, pour peu que le sujet soit prédisposé. Pour les convulsions dites symptomatiques, le mécanisme de production est toujours le même, transmission d'une impression au centre excito-moteur, sous l'influence de laquelle il entre en action. Seulement, dans les cas de cet ordre l'excitation provient du cerveau en général, ainsi dans la méningite aiguë, ou dans la tuberculose cérébrale; et la forme des convulsions, leur localisation surtout, peuvent permettre de remonter à la cause extérieure qui les provoque. S'il est des convulsions auxquelles on puisse appliquer l'épithète de symptomatiques, ce sont celles, fort rares d'ailleurs, qui proviennent d'une affection médullaire.

Dans la division que je viens de vous indiquer, on ne voit pas bien la place des convulsions dues à l'hyperthermie, à l'urémie, qui résultent suivant toute probabilité de l'action directe du sang altéré sur l'axe spinal.

L'étude de l'attaque convulsive en elle-même est intéressante, au point de vue clinique: elle est généralisée ou plus ou moins partielle.

L'attaque de convulsions généralisées, celle à laquelle on donne le nom d'attaque d'éclampsie, ou de convulsions essentielles, très-fréquente chez les petits enfants, et qui se voit aussi sous les formes dites sympathiques ou symptomatiques, ne diffère en rien d'une attaque d'épilepsie. On y trouve les mêmes mouvements des yeux; les mêmes grimaces, les mêmes distorsions de la face sous l'influence des contractures désordonnées des muscles de celle-ci; on peut y entendre une sorte de ronflement produit par l'entrée de l'air entre les lèvres contractées; il y a quelquefois de la mousse à la bouche et quelquefois même cette mousse peut être sanguinolente. Même attitude des pouces dans la paume de la main, des poignets, etc.

Il est impossible de trouver dans la forme convulsive un caractère qui permette de remonter à sa cause, et il n'y a rien d'étonnant puisque, comme nous l'avons dit, quelle que soit cette cause, c'est toujours par le même mécanisme qu'elle arrive à produire la convulsion.

Y a-t-il une période de tonicité au début d'une attaque d'éclampsie, de convulsions dites essentielles comme il en existe une dans l'épilepsie? Quelques observateurs l'ont affirmé; d'autres au contraire affirment que la période de tonicité manque et que les convulsions sont primitivement cloniques. Il y a le plus habituellement dans les grandes attaques une courte période de tonicité.

Il importe beaucoup d'observer la manière dont se comportent les muscles respiratoires dans les grandes attaques. L'immobilisation de la cage thoracique par la contraction du diaphragme et des muscles respiratoires, ou bien les mouvements incomplets et désordonnés que déterminent les contractions cloniques de ces muscles empêchent ou troublent profondément l'hématose; et s'il s'y joint, ce qui a lieu souvent du spasme des muscles du larynx, la menace d'asphyxie est réelle si la convulsion se prolonge. On peut même dire que toute attaque convulsive pendant laquelle la respiration reste relativement libre, est sans danger par elle-même, tandis que celui-ci est très grand si la respiration est troublée, et qu'il est même en raison de ce trouble. Il vous faudra donc toujours bien examiner comment respire le petit malade. Habituellement la respiration est bruyante, stertoreuse dans les cas graves. La circulation est également troublée, le cœur bat d'une manière tumultueuse, le pouls est très-fréquent et très faible, on ne peut souvent le saisir à cause des contractions tendineuses.

Sous l'influence de l'état de la circulation centrale se produit une coloration vultueuse, violette de la face qui est inondée de sueurs en même temps que les extrémités sont souvent froides. Pendant tout ce temps l'intelligence est éteinte ainsi que la sensibilité.

Combien durent ces attaques? Vous verrez dans les livres qu'elles peuvent durer depuis 5 minutes jusqu'à 12 heures, et même plusieurs jours. Il faut s'entendre, une convulsion généralisée comme nous venons de le dire ne peut durer une ou plusieurs heures qu'à la condition de n'être pas continue. Dans ces cas, il y a des temps de repos très-courts et il s'agit non d'une longue attaque, mais de courtes attaques subintrantes.

Il serait fort intéressant au point de vue de la médecine préventive de savoir si un enfant est menacé d'avoir une attaque convulsive. Mais c'est une tâche très-difficile pour ne pas dire impossible, elle l'est même tout à fait pour un enfant qui n'a jamais eu de convulsions. Il y a bien quelques signes qui précèdent généralement les attaques de convulsions, mais qui se montrent assez souvent sans être suivis de ce résultat; ce qui leur ôte de la valeur; ainsi, une irascibilité inaccoutumée, une plus grande excitation, de la tendance à l'assoupissement, et plus que toute autre chose la flexion des doigts, celle du pouce dans la main et quelquefois des vomissements. Si l'enfant qui offre ces symptômes a déjà eu des convulsions, vous pouvez regarder comme probable qu'il est sur le point d'en avoir d'autres. Ceci nous mène à une série de questions qui ont toutes un très-grand intérêt. Un enfant qui vient d'avoir une attaque de convulsions en est-il quitte ou bien va-t-on les voir revenir? L'attaque peut être unique, quand elle est due à une cause occasionnelle déterminée qu'on a pu faire disparaître. Mais, même dans ce cas, il peut y en avoir plusieurs dans un jour ou en quelques jours. On peut dire qu'une attaque convulsive prédispose à en avoir d'autres en ce qu'elle paraît exalter l'excitabilité de l'axe spinal, si bien qu'une cause légère suffit alors pour provoquer l'explosion.

Il y a des enfants qui ont une telle surexcitabilité du système nerveux qu'après avoir eu des convulsions dès leur première enfance ils en ont plus tard et pendant de nombreuses années à l'occasion de la maladie la plus légère? Ces enfants sont-ils déjà des épileptiques ou le deviendront-ils dans la suite. On est rassuré en voyant que les attaques sont moins fréquentes, moins intenses à mesure que l'enfant grandit et qu'elles ne viennent qu'à l'occasion de causes déterminantes très-appréciables, pour finir par cesser tout à fait. Il n'en est pas moins vrai qu'un bon nombre d'excellents médecins considèrent les éclamptiques pendant leur enfance comme plus disposés à devenir épileptiques. D'autres, il est vrai, nient qu'il en soit ainsi.

Il est fort intéressant d'observer un enfant au sortir d'une attaque convulsive pour se faire une idée de l'importance de celle-ci. Si le retour à l'état normal est complet, que l'enfant reprenne sa gaîté et ses jeux, on peut être sans trop de craintes; même dans ces cas, il peut rester au premier moment un peu d'abattement, un peu de tendance au sommeil, une légère dilatation des pupilles, un peu de fixité du regard sans qu'on ait lieu de redouter le retour des convulsions, ou une affection cérébrale. Mais, si au contraire on constate de l'obtusion de l'intelligence, de la contracture dans un membre, ou de la paralysie, on doit craindre qu'il y ait quelque lésion cérébrale, que la convulsion soit comme on dit symptomatique; ne soyez toutefois pas affirmatif, j'ai vu dans ma clientèle, un jeune enfant qui en est depuis deux ans à sa cinq ou sixième attaque de convulsion et qui, à la suite de l'une d'elles, eut une paralysie très-accusée du bras droit qui dura tout une journée; cet enfant a trois ans et se porte actuellement très-bien. Que lui réserve l'avenir? C'est ce que je ne puis dire. Vous verrez les enfants sortir d'une attaque convulsive, ce qui n'est pas très commun toutefois, avec une paralysie complète des extrémités inférieures par exemple, etc. Dans ce cas craignez qu'il s'agisse d'une *paralysie spinale atrophique*. — Le coma après l'attaque, une respiration suspirieuse, plaintive, doivent inspirer des craintes. Si l'enfant a déjà eu des convulsions et qu'il s'en soit bien tiré, vous devez penser qu'il en sera de même de celle que vous avez sous les yeux.

Les convulsions qui se montrent au début d'une fièvre

© BIU Santé

éruptive ou d'une phelgmasie sont, sans que ce soit une règle, le plus souvent *uniques*. C'est ainsi que les choses se passent quand l'éruption se fait bien et que la maladie doit être bénigne. Mais il en est tout autrement quand l'affection est maligne. Voyez par exemple ce qui se passe pour certaines scarlatines. Ici c'est moins la convulsion qui attirera votre attention que l'ensemble des symptômes, le trouble de la motilité n'est qu'une mauvaise note de plus dans l'ensemble.

J'ai déjà dit comment chez un enfant qui sortait d'une convulsion on pouvait soupçonner que celle-ci dépendait d'une affection cérébrale. J'ajouterai que dans ce cas le symptôme se montre le plus souvent chez des enfants de 3 à 7 ans, qui ont fini leur dentition et chez lesquels on ne voit pas de causes occasionnelles. Elle se répétera souvent coup sur coup et se montrera peut être plus fréquemment la nuit.

Tout ce que je viens de vous dire se rapporte plus particulièrement à la grande attaque éclamptique, mais les convulsions ne sont pas toujours aussi généralisées. Elles peuvent porter exclusivement sur un côté ou y prédominer seulement ; d'autres fois, il n'y a de contractions que dans les yeux et les muscles de la face, ou bien dans ceux-ci, et dans les membres supérieurs ; les inférieurs en étant exempts. Quelquefois les yeux seuls sont fixes ou agités de légers mouvements convulsifs ; l'intelligence est absente, la respiration est suspendue ; la cage thoracique immobile. On donne à cet état, qui ne peut durer longtemps, le nom de convulsions internes. Nous aurons l'occasion d'y revenir à l'occasion du spasme de la glotte.

Ce que je vous ai dit me dispense de vous faire un diagnostic différentiel étendu entre les différentes espèces de convulsions généralisées et entre celles-ci et l'épilepsie.

Pour distinguer une attaque d'éclampsie de l'épilepsie, il faut s'en rapporter au *temps* ; dans une certaine limite à l'âge, à l'excitabilité de l'enfant et à son état après l'accès, ainsi que dans les intervalles des accès. Plus l'enfant est jeune, moins on a de chance d'avoir affaire à de l'épilepsie. Plus, au contraire, il se rapproche de la puberté, plus on doit avoir de craintes qu'il ne s'agisse d'épilepsie. C'est alors qu'il faut interroger les antécédents personnels et faire l'étude des causes occasionnelles. Quant à la forme de l'attaque convulsive, elle n'a qu'une valeur secondaire et incertaine. Ainsi, on attribue à l'épilepsie les prodromes marqués et le cri, la période tonique, l'aspect hideux de la face, l'écume à la bouche, la respiration stertoreuse ; l'hébétude et le mal de tête après l'accès, l'abaissement de l'intelligence. Ces traits différentiels n'ont qu'une valeur secondaire ; ils existent dans l'éclampsie. Rien de plus important pour élucider la question du diagnostic différentiel que de se livrer à l'étude des causes. Si chez un jeune enfant de 1 à 2 ans bien portant jusque-là, vous voyez survenir des convulsions sous l'influence d'une indigestion, de la dentition, etc., vous n'avez guère de motifs pour songer à l'épilepsie, non plus que vous n'êtes tentés tout d'abord de rapporter ce trouble à une affection cérébrale. La convulsion pourra peut-être déterminer une suffusion séreuse à la base du cerveau, ou même une hémorrhagie méningée. Mais il est rare par inverse qu'elle soit le résultat de ces lésions, bien que le fait se voie. Si l'enfant atteint de convulsions est au début ou au cours d'une affection aiguë, fièvre éruptive ou pneumonie, il y a toutes chances pour que, dans ce cas, elles soient de celles que l'on appelle sympathiques et qui ont de l'importance, surtout à cause de la maladie à laquelle elles sont liées.

L'étude des causes est capitale, tant au point de vue du diagnostic qu'à celui du pronostic et du traitement. C'est pourquoi nous allons nous y livrer d'une manière un peu spéciale (1). (*A suivre*).

(1) Nous avons eu l'occasion de voir le 30 juin, une petite fille de 3 ans 1/2, atteinte de convulsions qui ont duré environ deux heures et qui précédaient l'apparition d'une *angine couenneuse*, dont elle a, d'ailleurs, guéri. Nous devons dire que cette enfant avait déjà eu des convulsions. (B.).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Contribution à l'histoire clinique des tumeurs du testicule (1)

Par le Dr **G. POINSOT**, Chirurgien-adjoint des hôpitaux, etc.

Ainsi se réalisèrent les appréhensions que m'avait inspirées, au premier examen, la marche si rapide de la tumeur. Un instant elles parurent démenties par l'examen histologique. La néoplasie offrait ce type du chondrome fibreux que Billroth a professé être constamment bénin (2), et si l'acuité du développement constituait un signe pronostique fâcheux, la délimitation de la tumeur, l'intégrité du cordon et des ganglions, la conservation de la santé générale étaient bien de nature à faire admettre comme probable la bénignité de l'affection. Toutefois, je regardai ces signes comme secondaires et je maintins mon opinion première, en me basant uniquement sur le mode de développement : il annonçait une puissance formative qui ne pouvait être liée qu'à une extrême malignité. J'avoue même que la nature cartilagineuse de la tumeur était loin de constituer pour moi un signe rassurant. Sur huit (3) observations d'enchondrome *pur* réunies par M. Dauvé dans son remarquable mémoire, « le résultat n'est pas connu chez un malade, le dernier opéré est encore à l'hôpital ; trois opérés sont sortis guéris de l'hôpital et n'ont pas donné de renseignements ultérieurs. Enfin, trois sont morts : le premier avec des tumeurs dans les poumons et les lymphatiques du cordon ; le second avec des tumeurs secondaires contenant du cartilage et ayant perforé le duodénum ; le cinquième cinq mois après l'opération, avec des symptômes inexpliqués du côté des organes respiratoires (4). » En résumé, sur trois malades suivis pendant cinq mois, il y a eu trois morts. Depuis 1862, cinq observations d'enchondrome du testicule ont été publiées. La première en date appartient à Demarquay (5) : il s'agissait d'une tumeur cartilagineuse ayant englobé toute la glande et dans l'épaisseur de laquelle se trouvait un kyste rempli par un caillot sanguin. La castration fut pratiquée et le malade sortit guéri. M. Maunoir a présenté, en 1873, à la Société anatomique (6), l'observation d'un malade chez lequel, six mois avant, on avait extirpé une tumeur « qui avait été prise pour une hématocèle et qui, à l'examen microscopique, fut reconnue pour un enchondrome dans lequel s'étaient développées de nombreuses cellules embryonnaires. » Il y avait à ce moment une récidive dans la cicatrice et le cordon. Un troisième fait, observé dans le service de M. Guyon, a été rapporté par M. Zambianchi (7).

Le sujet, âgé de 39 ans, avait été soigné pendant plusieurs mois pour une orchite : l'examen microscopique, fait par MM. Rendu et Coyne, démontra un enchondrome fibreux. Le malade fut d'ailleurs perdu de vue. Il en fut de même de celui dont M. Adam a publié l'histoire dans sa thèse inaugurale (8). La tumeur était cartilagineuse dans sa plus grande étendue, mais çà et là existaient de petits kystes ; cependant M. Adam pense qu'il s'agit bien d'un

(1) Voir le n° 28.

(2) Billroth. — *Eléments de pathologie chirurgicale générale* (trad. franc.), p. 710.

(3) Il ne s'agit ici que de l'enchondrome pur, c'est-à-dire des tumeurs dans lesquelles l'élément cartilagineux ou fibro-cartilagineux se rencontre à l'exclusion de tous autres ou du moins avec une prédominance très-marquée. J'insiste sur ce point pour montrer que les faits rapportés par M. Conche dans sa thèse sur la *Maladie kystique du testicule*, et auxquels M. Després a fait allusion lors de la discussion soulevée à la Société de chirurgie par la présentation de mon mémoire, n'entrent point dans le cadre que je me suis tracé.

(4) Dauvé. — *Sur l'enchondrome du testicule* (*Mém. de la Société de chirurgie*, 1868, t. VI, p. 361).

(5) *Union médicale*, 1862, n° 28, p. 447.

(6) *Bulletins de la Société anatomique*, 1873, p. 769.

(7) *Ibid.*, 1874, p. 592.

(8) Adam. — *Sur l'enchondrome du testicule*. Paris, th. inaug. 1876, n° 322.

© BIU Santé

enchondrome pur et les détails anatomiques paraissent venir à l'appui de cette opinion. Au contraire, M. Théophile Anger, ayant enlevé un enchondrome testiculaire chez un homme de 43 ans, a vu, deux ans après, son opéré dans un état de santé parfaite. De ces cinq malades, deux seulement ont donc été suivis, et la récidive a eu lieu une fois. En réunissant les observations du mémoire de M. Dauvé à celles qui lui sont postérieures et en y ajoutant la mienne, j'arrive à un total de quatorze faits, sur lesquels six malades, suivis plus de six mois, ont donné quatre morts par infection et une récidive locale, dont l'avenir n'est point connu. Notez que dans quatre cas (ceux qui ont donné lieu à une infection viscérale), le tissu cartilagineux était mêlé à une quantité plus ou moins grande de tissu fibreux : on avait donc eu affaire à la forme dite bénigne. On reconnaîtra cependant que, si on donnait le nom de cancer à toute tumeur maligne (et au point de vue clinique la légitimité de cette division peut être facilement défendue), on devrait appeler celle-ci cancer cartilagineux. Il est permis alors de s'étonner que quelques auteurs placent l'enchondrome au premier rang des productions comportant un pronostic favorable. « L'enchondrome du testicule, dit entre autres Humphry, entraîne le même pronostic et nécessite le même traitement que la maladie kystique (1)... Celle-ci est en elle-même de nature bénigne ; elle se limite d'ordinaire à un testicule, et, quand il en est ainsi, le malade peut *vivre des années* après la castration, et même avoir des enfants (2). » Malheureusement, l'expérience n'a pas confirmé cette vue pronostique : loin de demeurer limité à l'organe où il se développe, l'enchondrome possède assez souvent des propriétés infectieuses, et il semble même qu'il acquiert dans le testicule une malignité toute spéciale. Virchow, qui signalait le fait dès 1849, y a fortement insisté dans son *Traité des tumeurs*. « Les enchondromes, tant des os que des parties molles, possèdent, dit-il, des propriétés infectieuses, et on fera bien par suite, dans la règle, d'extirper ces tumeurs, quand elles seront tangibles, aussitôt et aussi complétement que possible. On ne peut, jusqu'à présent, fixer de limite entre les enchondromes qui sont ou non infectieux, de bonne ou de mauvaise nature. Les formes molles sont en tout cas plus dangereuses que les dures ; mais la différence n'est pas tout à fait tranchée. La nature de l'organe affecté semble avoir une grande importance dans la question, notamment par sa richesse en vaisseaux sanguins et lymphatiques, circonstance qui ressort avec évidence précisément dans les testicules (3). »

Bien que l'existence d'un cancer du testicule chez un sujet de l'âge du nôtre n'ait rien d'exceptionnel (en comprenant sous la dénomination de cancer toutes les néoplasies ayant une tendance à infecter l'économie), cependant la rareté de semblables faits est assez grande pour que, même à ce seul point de vue, l'observation précédente offre un suffisant intérêt. C'est à peine si, en compulsant les différents recueils ou mémoires, nous avons pu recueillir seize faits de cancer du testicule dans le jeune âge. Ils sont dus à Langstaff, Blizard, Earle (4), Athol Johnson (5), Dupuytren, Colson, Bryant, Holmes, Prestat (de Pontoise), Giraldès (6), Depaul (7), Verneuil et Després (8). La plupart des enfants avaient de un à cinq ans; le sujet de Depaul était âgé de dix mois, celui de Langstaff de sept mois seulement. Humphry nous apprend encore, d'après Curling, qu'il existe au musée du collége des chirurgiens de Londres une pièce d'encéphaloïde du testicule provenant d'un enfant du même âge (9). D'autre part, Guersant affirme avoir observé, dans sa pratique, au moins une dizaine de cas de cancer du testicule chez de très-jeunes enfants, dont quelques-uns avaient moins d'un an (1). Cette assertion tendrait à démontrer que la rareté du cancer testiculaire, à cet âge, est moindre qu'on ne le suppose ; mais elle se trouve en opposition avec les résultats statistiques publiés par H. Ludlow, qui, sur 51 cas, n'en compte que 5 chez des sujets au-dessous de cinq ans.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, la castration, dans les cas de tumeur maligne, donne des résultats peu favorables. La fréquence réelle des récidives ne peut guère être évaluée d'une manière certaine, car le plus souvent les malades sont perdus de vue ; mais ce que l'on sait des sujets dont les traces ont pu être retrouvées autorise le pronostic le plus grave. Le malade d'Earle mourut d'un cancer développé dans le cerveau et dans d'autres organes. Celui de Langstaff ne survécut que six mois, et à l'ouverture de son corps, on trouva les ganglions, les poumons et la dure-mère atteints de dégénérescence cancéreuse. Les deux opérés d'Athol Johnson eurent le même sort : il n'est pas sans intérêt de remarquer que, chez l'un d'eux, l'examen microscopique avait fait croire à une tumeur bénigne (fibro-nucleated tumour). Les deux opérés, cités par Verneuil, succombèrent rapidement. A cet égard, la statistique de Guersant fournit un enseignement sérieux : sur six cas opérés, il a perdu un malade de dix-huit mois par des convulsions, trois jours après l'opération. Un malade ne put être revu ; chez les quatre autres, il y eut récidive soit dans les ganglions de l'aine, soit même dans les ganglions profonds. Cette léthalité presque constante soulève une importante question de pratique souvent agitée à propos du cancer en général : une intervention chirurgicale est-elle légitime, alors qu'elle présente si peu de chances de succès ? Pour le cancer du testicule comme pour celui des autres régions, la réponse ne saurait être douteuse, et l'opération s'impose pour plusieurs motifs. D'abord, le diagnostic n'acquiert pas toujours une certitude absolue, et en bonne chirurgie cette hésitation ne permet pas de s'abstenir. Comme nous le verrons plus tard, la récidive, si elle est vraiment la règle, a pu ne pas se produire dans des cas exceptionnels qui ne sauraient être prévus à l'avance. Enfin, lorsqu'elle a eu lieu, elle a pu ne se manifester qu'après un temps assez long : c'est ainsi que dans une statistique de Ludlow, comprenant vingt-trois faits, quatorze fois la repullulation du mal s'est faite seulement après dix-huit mois ou plus. Bien souvent, au contraire, la marche du cancer abandonné à lui-même a été plus rapide et on peut citer des cas où la maladie a entraîné la mort en quatre mois à partir du moment où elle fit sa première apparition dans le testicule (2). Il est probable, vu les progrès si prompts de la néoplasie, que, chez mon petit malade, la terminaison fatale n'eût pas attendu davantage, si même elle eût atteint ce terme. L'intervention doit naturellement rencontrer des contre-indications, mais je ne crois pas qu'aucun chirurgien hésite à pratiquer la castration « lorsque la tumeur est nettement limitée à la cavité de la tunique albuginée intacte ; lorsque le cordon spermatique est sain, que les ganglions lombaires ne semblent pas hypertrophiés, que l'état général est satisfaisant ; enfin, lorsqu'aucun membre de la famille n'a offert d'accidents cancéreux (Giraldès). » Telles étaient précisément les conditions exactes qui se trouvaient réunies chez mon opéré.

Il est, dans les résultats fournis par l'examen microscopique, un point qui mérite d'appeler l'attention, à cause de sa singularité. L'infection, au moins dans le début, se fit par les lymphatiques, mais ces vaisseaux ne se montrèrent altérés qu'à une certaine distance de la cicatrice : sur une étendue de quatre centimètres, l'examen microscopique fit voir que tous les éléments du cordon étaient sains. Au contraire, chez les sujets observés par Paget, par Dauvé, la dégéné-

(1) *Holmes's System of Surgery*, t. V., p. 138.
(2) *Ibid.*, p. 135.
(3) Virchow. — *Traité des tumeurs* (trad. franç.), t. I, p. 526.
(4) Curling. — *Traité des maladies du testicule* (trad. de Gosselin), p. 388.
(5) *Transactions of pathol. Soc.*, t. XI, p. 161-165.
(6) Giraldès. — *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*, recueillies par Bourneville, E. Bourgeois et G. Bouteillier, p. 521.
(7) *Bulletins Société de chirurgie*, 1876, p. 382.
(8) *Ibid.*, 1878, séance du 20 mars.
(9) *Holmes's System of Surgery*, t. V, p. 142.

(1) *Bullet. gén. de thérapeutique*, 1865, t. LXIX, p. 407.
(2) *Medical Times and Gazette*, vol. XIX, p. 258.

© BIU Santé

rescence des vaisseaux commençait à partir de la cicatrice. Le fait est donc exceptionnel, mais il n'est pas sans précédents, car Humphry nous apprend qu'il existe, dans le musée de l'hôpital Saint-Thomas de Londres, une pièce analogue dans laquelle le cordon, demeuré sain sur une étendue d'un pouce et demi (5 cent.) au-dessus du testicule, présentait à partir de ce point des noyaux cancéreux (1).

J'arrive maintenant à mon second fait.

Observation II. — *Carcinôme du testicule. — Castration. — Guérison maintenue après trois ans et demi.* — Vers le commencement de l'année 1874, M. A..., marchand boucher, consulte mon collègue et ami, le Dr Berruyer, pour une tumeur de la bourse gauche, dont le début remontait à deux ans environ. Le malade, en se croisant les jambes, comprima le testicule: il s'ensuivit aussitôt une douleur fort vive, qui persista deux ou trois jours. La bourse se tuméfia, devint rouge, pesante, puis tous ces symptômes disparurent et il ne resta plus qu'une tuméfaction légère, avec un point induré. Comme cet état n'entraînait aucune incommodité, M. A... n'y porta point attention; il se contenta de s'astreindre à l'usage d'un suspensoir et d'employer quelques pommades fondantes. En février 1874, sans cause appréciable, le testicule devint encore le siége de douleurs assez vives; la tuméfaction fut moins rapide, mais persistante et progressive, la peau demeurant absolument indemne. Le malade, voyant la bourse augmenter d'une manière continue, finit par prendre peur et se décida à demander un conseil médical.

Bien que le malade niât absolument tout antécédent syphilitique, le Dr Berruyer, après avoir écarté l'idée d'une tumeur liquide, conseilla l'iodure de potassium à hautes doses : il prescrivit également des frictions iodurées sur la tumeur. Ce traitement fut suivi trois mois avec régularité, puis, comme il n'en résultait aucune amélioration ,mais qu'au contraire dans les derniers temps le testicule avait presque doublé de volume et que les douleurs étaient par instant fort vives, le Dr Berruyer laissa entrevoir la nécessité probable d'une intervention chirurgicale. C'est alors qu'il me fit l'honneur de m'appeler en consultation.

Voici ce que je constatai dans cet examen :

M. A... est âgé de 42 ans; il est marié et père de deux enfants. C'est un homme de taille moyenne, possédant un certain embonpoint, mais d'ailleurs fort robuste ; tempérament très-nerveux; santé ordinaire bonne. Il n'existe pas dans la famille d'antécédents cancéreux. Le testicule droit est sain ; il est un peu remonté vers l'anneau.

La bourse gauche est volumineuse et remplie par une tumeur rénitente, élastique dans sa plus grande étendue, donnant même sur certains points une sensation de fluctuation, tandis que sur d'autres la résistance est ligneuse. Cette tumeur, qui présente le volume du poing, est ovoïde, à grand diamètre dirigé de haut en bas ; son extrémité supérieure approche de l'anneau, mais il est encore possible d'isoler le cordon que le toucher fait reconnaître sain. Il n'existe point de transparence, et la tumeur présente, quand on la soulève, cette pesanteur qu'on a voulu croire caractéristique des productions solides du testicule. La pression ne réveille aucune douleur. La peau qui recouvre la tumeur est intacte; on n'y trouve point de vaisseaux volumineux, variqueux. Les ganglions de l'aine sont normaux des deux côtés.

Le diagnostic était embarrassant. Sans doute le mode de développement de la tumeur qui avait d'abord grossi lentement, mais d'une manière progressivement continue, pour prendre tout à coup un accroissement relativement considérable, l'absence de douleur à la pression dans tous les points de la tumeur, ne permettaient point de penser à une orchite chronique : sans doute, en présence de la conservation de l'état général, de la limitation du mal, en présence de l'intégrité de la peau malgré la durée de l'affection, on ne pouvait admettre qu'on eût affaire à un sarcocèle tuberculeux, et l'inefficacité du traitement spécifique suivi avec assiduité démontrait qu'il ne s'agissait pas davantage d'une lésion syphilitique. Pouvait-on, avec plus de fondement, conclure à l'existence d'une hydrocèle ancienne à parois épaissies ; mais la résistance est moins grande, la légèreté est caractéristique et tout à fait différente de la sensation de poids que donnait la tumeur ; enfin à aucun moment on n'avait constaté ni fluctuation, ni transparence. Si l'on se rangeait à l'hypothèse d'une tumeur liquide, l'hématocèle seule était susceptible de présenter le tableau clinique qui s'observait chez notre malade : même la dureté partout superficielle de la tumeur alors que, d'après Gosselin, « dans les tumeurs solides il y a toujours quelque endroit, particulièrement en avant, au niveau duquel on déplace une couche de liquide, avant de rencontrer la résistance du testicule », son indolence prolongée, d'une part, et d'autre part l'état sain du cordon et des ganglions inguinaux, la santé générale demeurée parfaite, donnaient plus de motifs d'admettre une hématocèle avec vaginalite exsudative et pseudo-membraneuse, qu'une néoplasie maligne.

Une ponction exploratrice devait mettre fin à tous les doutes. Je la pratiquai avec un trocart de trousse : elle ne donna lieu qu'à l'issue de quelques gouttes de sang, et je sentis parfaitement que la pointe de l'instrument pénétrait dans un tissu dense, résistant. Nous avions donc affaire à une tumeur solide, et le diagnostic par exclusion auquel nous nous étions livrés nous autorisait à la regarder comme étant de celles dont l'extirpation ne saurait être différée.

Le malade, prévenu de l'urgence d'une opération, l'accepta en principe, mais demanda à prendre l'avis d'autres chirurgiens. En conséquence une consultation nous réunit, le Dr Berruyer et moi, avec MM. les docteurs Oré et Labat. Ces confrères partagèrent notre avis sur la nature du mal, et, après quelques réserves sur l'avenir, jugèrent l'opération indispensable.

Il n'y avait plus aucun motif de la retarder, et elle eut lieu le lendemain de la consultation (20 mai 1874).

Le malade étant chloroformé, une incision, comprenant toute l'épaisseur des parois du scrotum, est pratiquée sur la partie antérieure de la tumeur et prolongée un peu en arrière. La pression pratiquée fait alors saillir la masse du testicule dégénéré, qui est facilement détachée de ses adhérences. Le cordon, que l'on reconnaissait, est étreint dans une ligature et sectionné au dessous. L'hémorrhagie est peu abondante, cependant on applique deux ligatures sur les petites artérioles de la cloison. Ces fils, ainsi que celui du cordon, sont ramenés vers la partie déclive. Trois points de suture réunissent la partie supérieure de l'incision : la peau est, dans le reste de son étendue, bourrée de charpie. Pansement avec charpie à plat et quelques compresses que l'on recommande d'arroser avec de l'alcool camphré coupé d'eau.

La tumeur, après son extirpation, mesurait 12 cent. de long sur 7 cent. de large ; elle pesait 392 grammes. Elle est parfaitement limitée et enveloppée de toutes parts par la vaginale dont il est impossible de séparer les deux feuillets, adhérents l'un à l'autre par de fausses membranes. La tumeur est ovoïde, à surface lisse, sans bosselures ; la consistance n'est pas uniforme sur tous les points et de loin en loin on constate une fausse fluctuation. Le cordon est sain dans tous ses éléments; il peut être suivi dans une certaine étendue sur la surface postéro-supérieure de la tumeur, où il se perd.

Sur une coupe pratiquée suivant le grand axe de la masse, l'albuginée paraît intacte, mais amincie. L'épididyme est confondu dans la masse de la tumeur. Celle-ci est formée par un tissu d'aspect blanchâtre, dense et résistant sur certains points, jaune et ramolli sur d'autres. Le râclage permet de recueillir une grande quantité de suc opalescent.

A l'examen microscopique, ce tissu est constitué par des travées très-fines, adénoïdes, formant de petits alvéoles que remplissent une foule de cellules rondes à noyau volumineux et clair. Dans la partie où le tissu offrait la plus grande densité, les travées sont plus épaisses et les cellules volumineuses présentent différents prolongements. Il s'agissait donc d'un carcinôme qui, par sa richesse en cellules, la délicatesse de son stroma fibreux, appartenait bien évidemment à la variété « encéphaloïde ».

Eclairés dès lors sur la nature véritable de la néoplasie que

(1) *Holmes's System of Surgery*, t. V, p. 145 (note).

© BIU Santé

malgré certains signes, l'absence de tout accident général ou de voisinage nous avait empêché de juger absolument maligne, nous fîmes part à la famille de nos inquiétudes sur l'avenir et annonçâmes la probabilité d'une récidive.

Cependant les suites immédiates de l'opération furent bonnes : il n'y eut pas de douleurs ; la réaction fut modérée. Dès le deuxième jour la suppuration s'établit avec abondance et au sixième la plaie était réunie dans sa partie supérieure. Ce même jour les ligatures des vaisseaux tombèrent spontanément. A ce moment, le Dr Berruyer, qui avait jusque-là dirigé seul le traitement, fut obligé de quitter Bordeaux et me confia le soin de voir l'opéré.

Dès ma première visite (27 mai), celui-ci accusa, au niveau du cordon, une douleur analogue à celle qu'il éprouvait dans le testicule avant l'opération. J'examinai aussitôt la région et trouvai, au niveau du canal inguinal, une tuméfaction du volume d'une noisette, un peu oblongue suivant la direction de ce conduit, peu douloureuse à la pression mais d'une grande consistance. A cette vue, mes inquiétudes devinrent vives et je ne doutai plus d'une récidive locale. Pour satisfaire le malade, je prescrivis des frictions iodurées, mais sans compter le moins du monde sur un résultat favorable.

Dans cet intervalle, la tuméfaction s'accrut et atteignit bientôt le volume d'une noix. Sentant combien ma responsabilité était grande vis à vis d'un malade dont je n'étais chargé que par *interim*, j'appelai en consultation les mêmes chirurgiens qui avaient déjà vu M. A... Leur opinion fut conforme à la mienne, et la famille fut officiellement avertie que nos craintes s'étaient réalisées et que la maladie revenait sur place. Cependant le bourgeonnement continuait dans de bonnes conditions; la plaie se comblait activement, la suppuration, un peu diminuée d'abondance présentait le caractère le plus louable.

Le 12 juin, la ligature du cordon se sépare et peut être enlevée. Le 17 juin, la plaie était presque entièrement comblée et la peau seule restait à cicatriser.

A partir de ce moment la tuméfaction du cordon commence à diminuer, les douleurs disparurent et le 30 juin, M. A... pouvait être considéré comme entièrement guéri. Il fut pendant quelque temps tenu à un régime tonique, ferrugineux et à l'usage de pilules de ciguë. Débarrassé de toute préoccupation au sujet de sa santé, il reprit ses occupations, qui sont nombreuses, avec la même activité qu'il y déployait autrefois.

J'ai pu suivre M. A..., dont je suis devenu le médecin ordinaire, depuis le départ de mon collègue le Dr Berruyer. Sa santé est parfaite ; il n'existe aucune tuméfaction, aucune douleur du côté de la cicatrice, ni du cordon. Les ganglions sont normaux. En juin 1877, trois ans après l'opération, M. A... est devenu père d'un beau garçon. (*A suivre*).

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Du 15 au 20 juillet 1878. — 367. M. Queudot : Considérations sur les rétrécissements de l'urèthre et en particulier sur leur siège et leur diagnostic. — 368. M. Paulin : Du traitement du phlegmon diffus par la compression élastique. — 369. M. Blonquet : De l'essence de térébenthine en chirurgie. — 370. M. Mallebay : Des paralysies partielles du membre supérieur d'origine corticale. — 371. M. Baudouin : Du coton médical et de son emploi dans les pansements (coton médical, perméable, hydrophyle). — 372. M. Béranger : Du chlorhydrate de pilocarpine, son action et ses indications dans la thérapeutique des affections oculaires. — 373. M. Laforest : Contribution à l'étude des cystites du col de la vessie. — 374. M. Dubois : Du traitement de la névralgie par l'électricité et l'hydrothérapie ou guide pratique d'électro-thérapie appliquée au traitement de cette maladie. — 375 M. Wurtz : Des rapports de certaines malformations utérines avec la grossesse et l'accouchement. — 376. M. Gashowt : Des accidents prémonitoires de la goutte et du traitement préventif de cette maladie. — 377. M. Grenier : Recherches sur les luxations qui compliquent la fracture du tiers supérieur du cubitus. — 378. M. Soyer : De l'œdème pourpré fébrile. Etude sur une forme particulière de purpura. — 379. M. Gouin : Coïncidence et rapport de la tuberculose pulmonaire et du cancer. — 380. M. Lecovec : De la fièvre typhoïde chez les tuberculeux. — 381. M. Borrello : Etude sur les phlegmons profonds de la paroi abdominale antérieure, et plus spécialement sur le phlegmon sous-ombilical. — 382. M. Drey : Du traitement de l'épididymite blennorrhagique par le procédé de Langlebert. — 383. M. Dupouy : Le kava et ses propriétés blennostatiques. — 384. M. Delege : Etude comparative de la ligature, de la torsion, de la forci-pressure, comme moyens d'hémostase en chirurgie. — 385. M. Dubuisson : Des lésions du premier métatarsien. — 386. M. Picou : Du traitement des goîtres.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Du rôle de l'anatomie pathologique.

Depuis quelques années, on a compris en France que l'enseignement médical ne pouvait se donner sérieusement sans amphithéâtres ni laboratoires, sans instruments ni appareils de démonstration et de recherche. On a rougi enfin de la pénurie de nos Facultés et l'on s'efforce aujourd'hui de les mettre matériellement au niveau des universités allemandes. Tout fait espérer que bientôt, si le mouvement commencé se prolonge, nos professeurs n'auront plus à envier les belles installations de leurs confrères d'Outre-Rhin. Pourtant, il ne faudrait pas que l'admiration pour l'outillage scientifique de nos voisins allât jusqu'à nous faire accepter les yeux fermés toute l'organisation de leur enseignement. Le nôtre a ses défauts que le *Progrès médical* a signalés, mais le système allemand souffre d'un vice capital qu'il serait fâcheux de voir importer chez nous. S'il est urgent d'imiter l'Allemagne en tout ce qui concerne le matériel, il serait fâcheux de lui emprunter la conception philosophique qui a présidé à la création de ses beaux Instituts, et malheureusement cette tendance trouve des partisans. Au point de vue de l'instruction pratique des élèves, la spécialisation, l'isolement des différentes branches de la science médicale, a certainement des avantages immédiats incontestables pour l'instruction des élèves, mais elle entraîne fatalement, dans un temps donné, l'arrêt des progrès de cette même science, et à cet arrêt de développement en haut, dans les régions doctrinales, doit inévitablement succéder plus tard une décadence dans la pratique elle-même. C'est à l'intelligence de cette vérité, dont elle a parfois poussé trop loin l'application, que l'école de Paris doit en définitive d'avoir pu conserver sa vieille réputation en face des Universités étrangères, infidèles à leur titre. Elle a toujours compris que la science était une et ne pouvait que perdre à se scinder, à se briser en spécialités multiples, voulant vivre de leur vie propre et s'ignorer mutuellement. C'est parce que cette doctrine de l'indépendance réciproque, au moins en pratique, des sciences diverses dont l'ensemble constitue la médecine, compte parmi nous des partisans trop nombreux, qu'il nous a paru intéressant de traduire le discours que l'on trouvera plus loin (p. 568). Nos lecteurs y verront la preuve que le moment serait mal choisi pour introduire en France un système dont en Allemagne même on commence à ressentir les pernicieux effets.

M. J. Cohnheim laisse entendre, en effet, que si l'isolement de l'anatomie pathologique ne l'a pas empêchée de faire de grands progrès pratiques, de perfectionner notablement ses procédés techniques d'investigation, il menace d'en faire une science purement descriptive, moins que cela encore, une pure nomenclature d'états pathologiques. Et comme il aspire à juste raison pour la science qu'il cultive à un rôle plus élevé, comme il comprend, sans trop l'avouer, que l'anatomie pathologique s'est engagée en Allemagne dans une impasse où tout progrès lui sera bientôt interdit, comme il pressent pour elle un arrêt de développement dont la cause ne lui échappe pas, il voudrait pour la préserver de ce malheur, l'arracher à un isolement funeste. Et il refait sous une autre forme le discours d'ou-

© BIU Santé

verture de M. Charcot, sur les rapports de l'anatomie pathologique avec la clinique et la pathologie expérimentale (1).

M. J. Cohnheim, lui aussi, reconnaît que, privée de ses rapports naturels avec ces deux sciences collatérales, l'anatomie pathologique, réduite au rang de science purement morphologique, doit languir et végéter, et il proteste contre la situation qui lui est faite aujourd'hui en Allemagne et qu'on voudrait lui faire chez nous.

Pourquoi, à l'inverse de M. Charcot, veut-il allier l'anatomie pathologique plus intimement à la pathologie expérimentale qu'à la clinique, pourquoi après avoir dit que la clinique et l'anatomie pathologique se complètent de la manière la plus heureuse (*sie ergänzen einander in zweckmässigster Weise*), donne-t-il la préférence à la pathologie expérimentale?

Nous n'avons pas à la rechercher ici, ni à discuter le bien fondé de sa conclusion. Il nous suffit que ses aveux démontrent l'inopportunité d'essayer en France une expérience qui a si mal réussi ailleurs. E. T.

(1) *Progrès médical*, 1874, n° 13.

La Distribution d'eau à l'hôpital Ménilmontant.

L'eau de la ville, qui circule sous tranchée dans la rue Pelleport, est amenée dans le milieu de chacun des quatre pavillons parallèles dont nous avons déjà parlé (2). C'est, en effet, en leur milieu que se trouvent réunis tous les services d'utilité immédiate pour les malades, tels que lieux d'aisance, vidoirs, lavabos, fourneaux d'office, baignoires de salle, ascenseur, etc. L'eau est ainsi distribuée avec la plus grande facilité à chacun de ces appareils, et avec une grande économie de tuyaux. Mais l'avantage de cette disposition est surtout de mettre les malades, situés dans les deux salles voisines, à la portée la plus proche de ces divers services.

Il est, toutefois, regrettable que les malades spéciaux ou payants (?), situés aux deux extrémités de chacun des pavillons, soient obligés de traverser l'une des salles tout entière, pour parvenir à l'un des appareils. Il eût mieux valu, croyons-nous, prendre une bonne partie de l'espace inutilement occupé par les deux vastes escaliers de ces extrémités, et l'affecter au moins à la construction de lieux d'aisances à l'usage de ces derniers malades, si l'on ne voulait pas augmenter la grandeur de leurs chambres qui nous ont paru trop petites pour la plupart.

L'eau nécessaire aux divers appareils hydrauliques est fournie par des tuyaux directement branchés sur ceux de la ville ; il n'y a point de réservoirs, comme à l'Hôtel-Dieu, en réserve dans le cas où l'eau de la ville viendrait à manquer accidentellement. C'est là, à notre sens, une infériorité considérable par rapport à ce dernier hôpital, dont les quatre grands réservoirs peuvent parer à toutes les éventualités. L'ingénieur chargé de ce service, comme il l'était à l'Hôtel-Dieu, a dû céder aux exigences des dispositions architecturales, qui ont fait occuper par les malades l'étage des combles tout entier. Aussi ne serions-nous pas surpris de voir qu'on détachât prochainement partie de ces combles pour l'affecter à l'emplacement de réservoirs dont on a, avec raison, reconnu l'utilité ailleurs (1).

La gêne imposée à l'ingénieur par l'état des lieux, se voit encore dans l'emplacement qu'il a dû donner aux petits réservoirs chargés d'alimenter d'eau chaude les baignoires de salle. Situés contre la cheminée d'appel, en tout semblable à celle de l'Hôtel-Dieu, qui occupe le centre du pavillon, les deux réservoirs (eau froide et eau chaude) ont à peine trouvé leur place dans le petit espace laissé libre entre le toit et le plafond de l'étage des combles. On y aborde par une échelle, et ce n'est qu'en rampant avec la plus grande difficulté que l'on peut arriver à visiter les robinets qui les commandent. Le service des bains de salle aura certainement à souffrir de ce fâcheux état de choses, car l'ouvrier chargé de la surveillance n'ira aborder ces réservoirs qu'à son corps défendant.

L'installation des ascenseurs est défectueuse aussi pour les mêmes raisons. A l'Hôtel-Dieu, les poulies portant la cabine et la corde de manœuvre, sont placées dans une petite chambre facilement abordable, où l'on peut aisément faire les graissages ou opérations utiles. Ici, tous ces organes sont suspendus en l'air, sous le plafond des combles, et ne pourront être visités qu'à l'aide d'une échelle ou de la cabine de l'ascenseur elle-même.

On voit, par ce qui précède, et par ce que nous avons dit dans notre dernier bulletin, que l'architecte ne s'est pas assez préoccupé des divers services qui incombent au rôle de l'ingénieur. Ni les chaudières, ni les machines, ni le service des eaux ne paraissent avoir été prévus dans l'aménagement général de son hôpital. Tout cela semble avoir été installé après coup. C'est d'ailleurs là un défaut assez habituel chez les architectes qui, le plus souvent, ne songent pas à des services réputés accessoires, malgré leur importance même. Il serait à désirer que dans les plans qu'ils exécutent, on les forçât à prévoir les principales exigences du service de l'ingénieur, dussent-ils s'entendre d'avance avec ce dernier.

Nous avions émis le vœu, dans notre article similaire sur l'Hôtel-Dieu, que l'on songeât aux moyens d'arrêter rapidement les incendies, s'il s'en produisait. D'après le plan que nous avons sous les yeux, on s'est préoccupé, cette fois, de cette importante question : un emplacement pour les pompes à incendie est réservé dans le bâtiment servant aux magasins et ateliers, à l'angle de la rue de la Dhuys et de la rue Pelleport. A l'Hôtel-Dieu, d'ailleurs, la question avait été étudiée sans que nous eussions pu nous en rendre compte, au moment où nous écrivions : toutes les bornes-fontaines, placées dans les cours, sont munies de raccords où peuvent se brancher les tuyaux à jet d'eau en lance, en usage dans le service des pompiers. Mais, à ce qu'on nous assure, ces bornes-fontaines sont alimentées par les réservoirs seuls de l'entresol; elles devraient l'être au moins par les réservoirs des combles,

(2) *Progrès médical* du 29 juin 1878, p. 499.

(1) Au moment où nous allions livrer ces lignes à l'imprimerie, on nous assure que deux réservoirs circulaires de six mètres de diamètre ont été prévus, et qu'on doit les placer à côté du bâtiment des magasins, à une hauteur suffisante pour alimenter tout l'hôpital. Lors de notre visite toute récente, nous n'avons pas su y voir la trace de ces travaux ; et, si le fait est exact, la position si excentrique qu'on leur assigne a dû être imposée peut-être par l'oubli de l'architecte.

© BIU Santé

sinon par les eaux directes de la ville, pour que le jet d'eau eût une amplitude utilisable dans les cas d'incendie.

Quant aux ascenseurs, dont l'utilité dans un hôpital est universellement reconnue, placés au centre de chacun des pavillons, ils en desservent commodément les deux salles adjacentes. Ce service, dont nous avons blâmé le luxe inutile à l'Hôtel-Dieu, est réduit ici au strict nécessaire : quatre ascenseurs en tout ; et ils suffisent certes aussi largement aux besoins des malades, que les huit de l'Hôtel-Dieu où cependant le nombre des lits est moindre. Il est juste d'ajouter néanmoins que l'emplacement, au rez-de-chaussée, de la cuisine et de la pharmacie, a nécessité la construction supplémentaire de quatre monte-charges, destinés à relier ces services avec le chemin de fer du sous-sol. Dans leur course, limitée à la hauteur qui sépare ce sous-sol du rez-de-chaussée, ils desservent, l'un, la lingerie, l'autre, la pharmacie ; les deux autres, la cuisine. On aurait pu sans doute se contenter d'un seul monte-charge pour ce dernier service ; mais nous ne voulons pas insister sur cet excès de précaution peut-être inutile : il nous suffit de constater que la facilité de transport en tous les points de l'hôpital, est parfaitement assurée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 juillet 1878. — Présidence de M. Luys.

MM. Regnard et Richer présentent à la société le résumé d'études qu'ils ont faites sur l'attaque hystéro-épileptique au moyen de la méthode graphique. Rien de plus régulier, en réalité, que cette attaque qui ressemble à la réunion de mouvements désordonnés. Un tambour myographique est appliqué sur un muscle d'une malade en état de mal hystéro-épileptique, un polygraphe à levier enregistre à mesure les contractions du muscle sur un cylindre tournant. Or, plusieurs attaques étudiées à des heures différentes se montrent absolument identiques. C'est d'abord un véritable tétanisme puis des secousses cloniques, puis les grands mouvements auxquels succèdent les attitudes passionnelles dans lesquelles les muscles n'ont plus de contraction très-régulière. Non-seulement les courbes obtenues sont identiques par leur forme, elles le sont aussi dans le temps. Un chronographe battant la seconde s'enregistre sur le cylindre en même temps que la contraction musculaire. On peut voir dès lors que chaque attaque dure le même temps que la précédente et que même chaque période a la même durée dans chaque attaque.

On connait déjà certains procédés qui ont la propriété d'arrêter les crises de l'hystéro-épilepsie. La compression ovarienne est certainement le meilleur. Mais le courant électrique a aussi une action véritable. Si on applique environ 40 éléments Trouvé à une malade en attaque et qu'on intervertisse brusquement les pôles, l'excitation qui résulte de cette rupture de courant amène l'arrêt *immédiat* de l'attaque. Il y a quelques cas réfractaires mais ils sont assez rares.

Si on laisse passer le courant indéfinitivement, les attaques peuvent s'arrêter définitivement et ne plus revenir. En général, elles reparaissent mais elles s'éloignent de plus en plus. En résumé, l'attaque s'arrête par les interversions du courant elle s'atténue et disparait sous l'influence du courant constant.

M. Leloir a recherché s'il existe des nerfs dans les végétations. Il a d'abord employé l'acide osmique et n'a obtenu aucun résultat, comme il s'y attendait d'ailleurs, les nerfs des tissus enflammés étant dépourvus de myéline. L'absence de tubes nerveux à myéline lui paraissant suffisamment démontrée, il a recherché les cylinder axis, qui pourraient exister dans les végétations, au moyen du chlorure d'or. Il a employé d'abord le procédé de Löwin qui ne lui a décélé la présence d'aucun cylindre axe. En revanche, il a obtenu ainsi de très-belles préparations de vaisseaux colorés en violet intense. C'est surtout le procédé décrit récemment par M. Ranvier (jus de citron et chlorure d'or), qu'a employé M. Leloir. Malgré une recherche attentive, portant sur un grand nombre de végétations examinées entièrement, il n'a pu découvrir la moindre trace de filet nerveux.

L'existence de nerfs dans les végétations lui semble donc très-douteuse. Il fait remarquer d'ailleurs que les végétations ne sont guère sensibles à leur extrémité (on peut les brûler les dilacérer en ce point sans produire la moindre douleur), et que leur sensibilité siége surtout au niveau du pédicule. Il rappelle que certains tissus presque dépourvus de nerfs (dure-mère rachidienne) peuvent néanmoins être sensibles et que leur excitation peut produire les plus vives douleurs quand ils sont enflammés, comme l'a montré M. Vulpian. (*A suivre*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 juillet. — Présidence de M. Baillarger.

Élection d'un membre dans la section des associés libres. — Sont présentés : en première ligne, M. Emile Blanche ; en deuxième ligne, M. Brochin ; en troisième ligne, M. Max. Legrand ; en quatrième ligne et *ex æquo*, MM. Decaisne et de Ranse. Votants : 72. Majorité absolue : 37. Au premier tour de scrutin, M. E. Blanche obtient 43 voix ; M. Brochin, 25 ; M. Decaisne, 2 ; M. de Ranse, 1 ; bulletin nul, 1. En conséquence, M. E. Blanche ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. Pasteur, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, fait observer à M. Colin que l'existence de la bactéridie charbonneuse ne saurait être sérieusement niée chez les poules qu'il a présentées à l'Académie.

M. Marey vient répondre aux attaques que M. Colin a dirigées contre sa méthode graphique. Cette méthode est appréciée non seulement par les médecins, mais même par les vétérinaires les plus instruits. Le sphygmographe et le cardiographe ont fait leurs preuves, en France et à l'étranger ; leur utilité n'est contestée par personne. La méthode graphique se trouve soumise au contrôle direct de tout le monde ; appliquée à la clinique médicale, elle apporte un nouvel élément au diagnostic, et n'a pas la prétention de s'y substituer.

M. Gavarret ne vient pas défendre la méthode graphique. Ses services, ses bienfaits la mettent à l'abri de toute attaque malveillante. Cette méthode, de date ancienne, a été imaginée dans les laboratoires de physique et de chimie, et a largement contribué à la découverte de plusieurs lois mécaniques et physiques. En médecine, elle a permis de mesurer le temps physiologique. Revenant à son rapport de 1863, que M. Colin a fait valoir pour combattre la méthode graphique, M. Gavarret n'hésite pas à protester contre l'interprétation erronée donnée à ses appréciations sur la circulation intra-cardiaque. Bien loin de prêter des arguments contre la méthode graphique, M. Gavarret a mis en évidence l'importance des résultats annoncés à cette époque par M. Marey, notamment l'analyse de la révolution cardiaque et la durée des contractions du cœur.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 3 mai. — Présidence de M. Berger.

I. Brûlures étendues. — Thrombose veineuse des membres inférieurs; par Le Clerc, interne provisoire.

Andrée Marie, âgée de 74 ans, entre le 26 février dans le service de M. Verneuil pour de larges brûlures qui occupent la face antéro-interne des deux cuisses, la face antérieure des jambes et une notable partie de l'avant-bras gauche. Cette femme d'apparence assez vigoureuse et qui affirme s'être toujours bien portée raconte que la veille, son poêle s'étant renversé le feu se communiqua à ses vêtements et détermina

© BIU Santé

les lésions qui l'amènent à l'hôpital et que nous avons énumérées plus haut. L'état général de cette femme n'est pas très-satisfaisant: langue sèche et noire, incontinence d'urine, douleur dans la région lombaire gauche, température élevée. La brûlure est au 3e degré.

4 *mars*. Temp. Axil., 40°:

5 *mars*. T. Axil. 39°. L'état général n'est pas meilleur. M. Verneuil, pour désinfecter la plaie, applique le pansement antiseptique ouvert (pulvérisation phéniquée 4 ou 5 fois dans les 24 heures — tarlatane phéniquée sur les brûlures).

7 *mars*. Sous l'influence du pansement, la température s'abaisse, l'état général s'améliore, la langue perd sa coloration noire, mais continue à rester sèche. La malade mange de bon appétit.

13 *mars*. Les eschares tombent sans amener d'hémorrhagie.

15 *mars*. Suppuration presque nulle. La plaie est fort belle.

3 *avril*. Œdème des deux malléoles. Cordons durs dans le triangle de Scarpa. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Rien au cœur, rien à l'auscultation du poumon. Le foie est douloureux et augmenté de volume. Eschare sacrée de la largeur de la paume de la main, aucune trace de cicatrisation au niveau de la plaie.

9 *avril*. L'œdème des malléoles remonte le long des jambes. Ventre ballonné: diarrhée. La langue se sèche de plus en plus. La température remonte à 39°, 39°5. Eschare rétro-calcanéenne à droite, sur le bord externe du pied gauche.

12 *avril*. L'eschare sacrée s'étend de plus en plus; déjà l'on peut voir manifestement les apophyses épineuses du sacrum.

16 *avril*. La malade tombe dans le coma et meurt le 19 avril.

Autopsie. — Le *foie* est augmenté de volume et présente un commencement de stéatose. La *rate* est volumineuse, ramollie. Le *rein gauche* est petit, décortication difficile à la coupe, la région corticale est pâle, considérablement réduite. De plus, on aperçoit à la périphérie un infarctus récent. Le rein droit est plus volumineux, se décortique bien, trois infarctus jaunâtres à la périphérie.

Aucune altération intestinale à noter. Le *cœur* est en dégénérescence graisseuse. Rien à mentionner sur les valvules soit auriculo-ventriculaires, soit aortiques ou pulmonaires. Dilatation considérable de la crosse de l'aorte, plaques calcaires disséminées. Peu de lésions pulmonaires: congestion aux deux bases, pas d'infarctus. En disséquant le système veineux du membre inférieur, on trouve les deux veines iliaques externes, les deux fémorales distendues par un caillot jusqu'à l'anneau du 3e adducteur.

Réflexions: Deux particularités sont intéressantes dans cette nécropsie: les *infarctus du rein*, la *thrombose double*.

Les *infarctus* sont dus à des embolies parties des caillots périphériques. Arrêtés au niveau de la veine reinale par le remous qui existe dans la veine cave inférieure, elles ont pénétré par la veine des deux glandes et sont venues s'arrêter à la périphérie du parenchyme. Telle est du moins l'explication proposée par notre maître, M. le professeur Verneuil.

La *thrombose* veineuse dans le cas de brûlure n'est pas signalée dans les auteurs classiques. Les détails les plus complets sur la question ont été rassemblés par Coustou dans sa thèse inaugurale (Paris, 1876. Des altérations viscérales et vasculaires dans les brûlures). Dans l'observation XI on trouve une thrombose de la veine fémorale et iliaque externe gauche survenant 39 jours après l'accident. A ce propos, l'auteur fait jouer un rôle non-seulement à l'épaississement du sang suivant la théorie ingénieuse de Baraduc, mais surtout à la cachexie du sujet pour expliquer la formation de cette thrombose. Dans notre observation, c'est le 41e jour de l'accident qu'apparaît l'œdème malléolaire: sans rejeter l'irritation à distance, ne serait-il pas permis de penser à la participation de l'état cachectique pour expliquer la thrombose ?

2. Tumeur cancéreuse du sein; généralisation du néoplasme;

par Le Clerc, interne provisoire.

Le 6 avril 1878, entrait dans le service de M. le professeur Verneuil, la nommée Ernestine B.., âgée de 36 ans, et exerçant, à Paris, la profession de polisseuse.

Cette femme qui a conservé son embonpoint, est rose, assez fraîche et n'accuse pas de maladies antérieures.

Il y a treize mois, elle devint enceinte pour la première fois. Sa grossesse fut heureuse, son accouchement non pénible. Cependant deux mois après la suppression de ses règles, elle vit apparaître sur le sein gauche une petite tumeur grosse comme une noisette, laquelle augmenta rapidement, parallèlement à l'utérus. Après l'accouchement, cette tumeur qui avait le volume d'une grosse tête de fœtus à terme, demeura stationnaire, et contre les espérances de la malade, confirmée par celles de son médecin, ne rétrocéda pas. Depuis deux mois même, il y a eu engorgement des ganglions axillaires et sous-pectoraux. D'ailleurs, jamais de douleurs bien vives : quelques élancements depuis huit jours, et surtout une gêne considérable.

A l'entrée, on trouve une tumeur arrondie, non bosselée. La peau, dans le segment supérieur, est sillonnée de veines dilatées. Dans le segment inférieur, la peau est d'un rouge violacé, parsemée de varicosités ; elle est adhérente. Le mamelon est peu rétracté. A la palpation, on trouve une tumeur dure, d'une consistance à peu près égale partout; toutefois, sur le segment inférieur, il y a une rénitence moins marquée en un point, comme s'il allait s'y former une dilatation kystique. La tumeur est indolente à la pression, mobile sur le grand pectoral.

M. Verneuil fit le diagnostic de tumeur mixte, développée en grande partie, aux dépens du tissu conjonctif, mais il émit l'idée qu'il pouvait y avoir quelques noyaux cancéreux disséminés dans toute la masse.

L'ablation fut faite le 12 avril, sous la poussière du thymol, après hésitation préalable ; car, à ce moment, on reconnut dans la paroi abdominale, au niveau de la région épigastrique, une tumeur arrondie, lisse et mobile. M. Verneuil crut à un lipome et commença l'opération qui ne laissa pas que d'être pénible. En effet, on eut à arrêter une hémorrhagie venant d'une veine ganglionnaire, courte et tributaire de l'axillaire. On plaça trois pinces à demeure et l'on fit deux ligatures sur la veine axillaire. Notons en passant que l'hémostase ne fut pas très-difficile, grâce à une précaution prise par M. Verneuil, celle d'avoir divisé, avec l'écraseur, la partie moyenne des deux pectoraux ; au lieu d'opérer dans un puits, on manœuvrait ainsi à ciel ouvert.

Le pansement employé fut le pansement antiseptique ouvert (au thymol).

Le 12, dans la soirée, la malade va bien. Après une hémorrhagie assez abondante, après l'administration du chloroforme, il n'y eût ni phénomènes gastriques, ni vomissements ni ballonnement du ventre. La main gauche est engourdie, plus froide que du côté opposé. Légère teinte cyanique sous les ongles. Pas de gonflement. Intégrité de la motilité et de la sensibilité. Pouls plus faible que du côté opposé.

T. A. 37°, 6, avant l'opération ; 36°, 6, après ; 37°,2, le soir.

13. — La malade n'a pas dormi, se plaint toujours de ses engourdissements. D'ailleurs la chaleur est revenue dans le bras gauche, et l'on ne retrouve plus la cyanose de la veille. Pas de douleur au niveau de la plaie. T. A. 39° le matin et le soir.

14. — T. A. matin : 38° ; soir : 39°,2.

15. — Petite plaque d'analgésie sur le dos de la main. Il y a toujours des fourmillements. La langue est bonne. T. A. Matin: 38° ; soir : 38°,6.

18. — La température reste toujours élevée : 38°, le matin ; 38°, 9, le soir. De plus la malade accuse de l'oppression et est tourmentée par une toux sèche. On procède à l'auscultation pour voir s'il n'y avait pas de pleurésie. La respiration s'entend dans les deux poumons ; on perçoit simplement des râles sibilants et ronflants, et quelques râles muqueux à la base droite. M. Verneuil croit à de la congestion surajoutée à de l'emphysème préexistant et prescrit la potion de Todd.

21. — Nouvel accès d'oppression ; mêmes signes du côté du poumon ; pas d'expectoration ni de frissons ; douleur à la face interne du genou droit ; rien à noter du côté des autres articulations, du foie et des reins. T. A. 38°, matin ; 39°, soir.

22. — Les règles sont revenues à leur époque fixe. La plaie

© BIU Santé

est sèche et paraît avoir été faite quelques instants auparavant. Vers quatre heures du soir, deux frissons fugaces ; la malade est en sueur, le facies congestionné. T. A. matin : 38° ; soir : 39°,4.

24. — La douleur du genou droit a disparu ; mais, au niveau du cubital antérieur, vers sa partie inférieure, on constate une tuméfaction rouge, douloureuse. La langue est sèche. T. A. matin : 38°,4 , 38°,5 ; soir : 40°, 40°,2.

Le soir, troisième attaque de suffocation. M. Verneuil crut à une série d'embolies dans le poumon, venant de la veine axillaire ; ce qui le confirmait encore dans cette idée, ce furent certains symptômes appartenant à la septicémie embolique : douleurs au niveau du genou, du cubital antérieur.

25. — La malade est changée ; son facies est terreux, plombé depuis deux jours ; langue sèche, rôtie ; pouls rapide ; dyspnée continue. Rien de nouveau à l'auscultation. T. A. matin : 39°,6. Le soir, vers trois heures moins un quart, quatrième accès d'oppression ; perte de connaissance ; hémorrhagie secondaire artérielle. La mort arrivait à trois heures un quart.

Autopsie pratiquée le 27 avril, 38 heures après la mort. Les téguments sont d'un blanc mat, les lèvres décolorées. Le cadavre est bien conservé, sans traces de putréfaction. L'embonpoint est notable ; bref, même sur la table d'autopsie, on a sous les yeux un organisme robuste et non cachectique.

A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur une tumeur située dans la région épigastrique. Cette tumeur, développée aux dépens du lobe gauche du foie, est lisse, arrondie, du volume du poing. C'est cette tumeur cancéreuse qui avait donné lieu à l'erreur commise pendant la vie. Si l'on coupe cette masse suivant son axe, on la trouve ramollie et diffluente à son centre. Macroscopiquement parlant, on a affaire à un encéphaloïde. On ne trouve pas d'autres noyaux cancéreux dans le foie ; mais celui-ci est stéatosé dans toutes ses parties. Rien à noter dans les autres viscères de l'abdomen. Rien au cœur. Un verre de sérosité dans la plèvre. Adhérences anciennes. A première vue, la surface du *poumon* est irrégulière, parsemée de points saillants, durs et blanchâtres. Si l'on fait une section de l'organe suivant son diamètre vertical, on le trouve criblé de noyaux cancéreux, de grosseur variable. En somme, *il y a moins de parenchyme que de cancer*. Emphysème sur le bord antérieur ; congestion pulmonaire accentuée surtout du côté droit. On ne trouve aucun infarctus. Rien à noter du côté du cerveau. Une des particularités les plus intéressantes de l'autopsie, était l'état du paquet vasculo-nerveux du creux axillaire : la veine sur laquelle on avait placé deux ligatures est oblitérée par deux caillots, l'un central, l'autre périphérique. Sur l'artère axillaire, on trouve une perte de substance assez considérable, expliquant trop bien l'hémorrhagie secondaire qui a emporté la malade.

La tumeur du sein a été examinée par M. le docteur Nepveu, chef du laboratoire de la Pitié. Cette tumeur est de l'encéphaloïde dont on ne distingue les caractères qu'à la périphérie. Le centre est constitué par une géode pleine d'une matière blanchâtre ramollie et diffluente. Comme l'étude de la tumeur n'est pas complètement achevée, nous ne pouvons donner plus de détails à son sujet.

Réflexions. — 1° On n'a pu diagnostiquer le cancer du poumon.

2° Lorsqu'on opère un malade atteint de cancer viscéral, la blessure devient très-grave et cause presque constamment la mort, mais par un genre qui n'est pas décrit. Il n'y a ni érysipèle, ni lymphangite, ni pyohémie ; c'est une sorte de septicémie spéciale ;

3° On ne pourra éviter ces désastres, que quand on aura des signes pour diagnostiquer la généralisation viscérale ;

4° Ces résultats malheureux doivent être exclus de la statistique, soit pour la salubrité d'un hôpital, soit pour la réussite d'un pansement.

Toutes ces conclusions sont celles de M. Verneuil, dans une clinique dont le sujet fut la malade dont nous rapportons l'observation. Nous pourrions peut-être ajouter ici une cinquième réflexion, fruit de l'expérience de notre cher maître : les artères dénudées pendant une opération sont prédisposées à l'altération, à l'usure de leurs parois, partant à la rupture et à l'hémorrhagie secondaire, comme le cas présent en est un exemple.

M. Verneuil. Je désire appeler l'attention de la Société sur le fait qu'on vient de vous présenter.

Il arrive malheureusement trop souvent qu'un certain nombre de malades, porteurs de néoplasmes quelconques : enchondrôme, épithéliome, sarcôme, etc., meurent par généralisation de la lésion dans tout l'organisme, alors que cette complication n'a pu être même soupçonnée, encore que le malade ait été examiné avec le plus grand soin.

Tout récemment M. Chuquet vous rapportait l'histoire d'une femme qui, sauf l'existence d'une tumeur fibro-plastique du mollet, pour laquelle elle venait nous demander des soins, paraissait d'une santé excellente ; je pratiquai l'amputation de la cuisse ; quelques jours après, cette femme, d'un embonpoint au-dessus de la moyenne, fut prise de fièvre, de frissons répétés, et mourait quelques jours après. Les deux poumons étaient farcis de noyaux cancéreux, complication qui nous avait échappée complètement malgré toute l'attention qu'on portait à cette malade. En ville, j'ai déjà, pour ma part, opéré six fois des malades qui ont présenté de la généralisation cancéreuse dans tous les parenchymes, et chez lesquels il avait été impossible de prévoir cette fâcheuse condition. Chez l'un d'eux, porteur d'une énorme tumeur du cou qui avait dénudé la carotide, la mort survint par ulcération de ce vaisseau. Dans un autre cas du même genre que M. Nepveu a communiqué au Congrès de Nantes, il s'agissait d'un lymphosarcome qui avait peu à peu dénudé et ulcéré un gros vaisseau sanguin. En 1875, je dus pratiquer la castration chez un malade, âgé de 41 ans, atteint d'un sarcome du testicule. Cet homme paraissait malgré cela d'une santé florissante ; je l'opérai, lui appliquai le pansement de Lister ; quelques jours plus tard, des plaques de gangrène apparaissaient aux cuisses, et nous trouvions à l'autopsie d'énormes masses cancéreuses situées le long du rein et de la colonne vertébrale.

Pour ce qui se rapporte plus particulièrement à la malade dont on vient de vous présenter les pièces, j'ajouterai que mis en défiance par les faits dont je viens de vous entretenir, j'hésitais beaucoup à l'opérer ; cependant vu son âge, son état de santé antérieur, sa vigueur actuelle, je me décidai à faire l'ablation de la tumeur. Vers le quatrième ou le cinquième jour qui suivit l'opération, la malade fut prise d'accès violents de suffocation ; elle nous déclara d'ailleurs que depuis longtemps elle était sujette à ce qu'elle appelait des accès d'asthme ; d'ailleurs à l'auscultation pratiquée avec soin, matin et soir, on n'entendait que quelques râles sibilants disséminés. A l'autopsie, nous trouvâmes les poumons farcis de cancer.

Il est donc évident que des faits analogues doivent être assez fréquents ; chaque chirurgien doit en compter quelques-uns dans sa pratique, et il serait bien utile de grouper tous ces cas qui ont un si puissant intérêt au point de vue de l'intervention ou de l'abstention chirurgicale. Il y aurait un chapitre très-instructif à écrire sous le titre : *Des opérations en cas de néoplasme généralisé*. Je rappellerai enfin que Billroth a donné une petite statistique qui montre bien la fréquence de ces cas : Sur 9 décès de malades opérées de cancer du sein, 3 ont été causés par la généralisation de la lésion.

M. Berger rappelle qu'il a eu l'occasion de pratiquer la castration chez un homme porteur d'une énorme tumeur cancéreuse ; le malade mourut peu de temps après par généralisation du cancer.

M. Landouzy. Un certain nombre de ces faits ont été observés chez des sujets jeunes ; il semble donc qu'il y ait là une certaine analogie entre cette marche rapide du cancer, sorte de carcinose aiguë, et la granulie.

3. Invagination intestinale produite par un polype muqueux de l'intestin. — Procidence de la tumeur et de l'intestin par l'anus ; par MM. le docteur Chevallier (de Segré), et S. Chambard, interne des hôpitaux, répétiteur à l'école des hautes études.

La pièce que nous avons l'honneur de présenter à la Société

© BIU Santé

anatomique nous offre un exemple d'invagination intestinale et d'accidents d'étranglement interne déterminés par une tumeur polypeuse de l'intestin. Notre communication comprendra l'observation clinique, les résultats de l'autopsie et l'examen microscopique de la tumeur fait par l'un de nous au laboratoire d'histologie du Collége de France : elle est accompagnée d'un dessin de la pièce pris sur un croquis fait d'après nature par M. Malassez.

Observation par M. le docteur Chevallier (de Segré). — Menard, garçon de 12 ans, est pris subitement, il y a sept mois, d'accidents d'étranglement interne. Arrêt des matières fécales, vomissements alimentaires et bilieux, douleur dans l'hypochondre droit. Au palper abdominal, sensation obscure de tumeur au niveau, à peu près, du colon ascendant. Au bout de trois jours, retour des matières fécales en petite quantité. Douleurs atroces accusées par l'enfant sous forme de coliques, se répétant de 20 à 30 fois par jour, et ne cessant que par l'emploi de plus en plus abusif des injections hypodermiques de morphine. (L'enfant en a pris jusqu'à 0 gr. 50 par jour.) Aussitôt que l'effet du médicament cessait, les coliques reprenaient, l'enfant accusait parfois des douleurs pour pousser, d'autres fois des douleurs qui remontraient en boule (contraction péristaltique ou anti-péristaltique de l'intestin). La tumeur se déplaçait peu à peu, venant se placer sous le muscle du côté droit d'abord, puis, plus tard, sous le même muscle à gauche. Très-sensible à certains moments, beaucoup moins à d'autres. Le temps s'écoulait, l'enfant maigrissait et s'affaiblissait, cependant l'appétit persistait, l'intelligence était complète, et l'enfant, qui était intelligent, rendait compte de ses sensations ; il lui semblait avoir « comme deux bosses dans le ventre. » Il y a trois mois environ, la tumeur ayant atteint l'hypochondre gauche, fut pendant ce laps de temps difficile à sentir ; elle échappa même quelque temps à toute recherche. Il y a six semaines, au contraire, on retrouvait dans la fosse iliaque gauche un empâtement volumineux très-caractérisé. L'enfant, à ce moment, eut des vomissements noir de café, abondants, durant une nuit, et à partir de ce moment, la tumeur étant tombée dans la fosse iliaque droite, très-près du pubis, les grandes douleurs cessèrent ou diminuèrent au point qu'on dut abandonner complétement l'usage de la morphine. Alors survinrent de la difficulté de la miction, et, à la place des selles ovines, des selles dysentériques, sanglantes et glaireuses. Il est juste d'ajouter qu'il en avait eu de semblables tout au début de l'affection, alors que cédèrent les premiers symptômes d'étranglement. Les selles sanglantes continuèrent pendant quinze jours à trois semaines, puis les douleurs en poussant survinrent de nouveau, et dimanche, 31 mars, il apparaissait au rectum et peu après à l'anus une tumeur volumineuse, dure, bosselée, mamelonnée et pédiculée, ayant l'apparence d'un polype fibro-musculaire. Au toucher rectal, on sentait au-dessus de cette portion herniée une autre partie malade, dure, bosselée, puis le doigt entrait dans un anneau qui se contractait. Ayant pensé à l'écraseur pour enlever cette production morbide, le lundi 1er avril, je tirai légèrement la tumeur herniée et j'amenai une seconde tumeur de même nature que la première, avec cette différence que le point d'implantation était moins étendu. Le tout avait la forme d'une courge bilobée à son centre.

Au-dessous, il y avait un orifice par lequel le doigt reconnaissait, par le toucher, le calibre intestinal diminué; au contraire, tout autour de la masse herniée et située entre les cuisses de l'enfant, on pouvait toucher par l'anus et circonscrire de la sorte la tumeur. En un mot, on pouvait, à la fois, pratiquer le toucher dans le rectum et dans l'intestin invaginé.

L'enfant ayant été pris, dès le samedi, de vomissements bilieux incoercibles, et depuis la *sortie* du lundi n'ayant plus rendu de matières intestinales, présentait de nouveau des symptômes d'étranglement interne; toute idée d'opération fut abandonnée, et l'enfant succombait, en effet, le mardi 2 avril 1878, à huit heures du matin. Jamais l'enfant n'avait eu le teint cachectique jaune paille; il avait une bonne santé antérieure. Pour tout commémoratif : des affections intestinales (diarrhée de la première enfance), et un coup reçu à l'école deux mois environ avant le début du mal. Dans la famille, le père est maréchal et se porte bien; la mère a eu de nombreuses grossesses et a rendu une mole il y a environ trois à quatre ans. Les frères et sœurs du malade sont tous en bonne santé.

En résumé, l'affection débuta subitement par les symptômes d'étranglement et je pensai, avec mon confrère, le docteur Poidevin, à une valvule ou à une invagination. C'était, d'ailleurs, la vérité, mais nous ne pouvions nous expliquer la présence d'une tumeur dans l'hypochondre droit, et nous songions plutôt à un empâtement qu'à une tumeur véritable. Puis, la marche de l'affection nous déroula si bien que nous ne pouvions nous expliquer le tableau morbide qui se déroulait sous nos yeux. Enfin, la maladie avançait, lorsque nous sentîmes sous notre doigt, par le toucher, le polype. Nous nous expliquions tout et le dimanche même ou plutôt le lundi, alors que par le toucher nous pûmes entrer d'une part dans le calibre de l'intestin, de l'autre, par l'anus, circonscrire la tumeur, nous nous rendîmes compte de tout ce qui s'était passé depuis sept mois. L'invagination au début dans l'hypochondre droit, la migration singulière de cette tumeur tout le long du colon transverse, du colon, de l'S iliaque et du rectum, et je pus déclarer en présence de plusieurs personnes que le point d'implantation de la tumeur pouvait être reporté jusqu'au niveau du colon ascendant, à la première portion du gros intestin.

Examen de la pièce. — Cette interprétation fut pleinement confirmée par les résultats de l'autopsie et par la dissection de la pièce. L'invagination était énorme : elle mesurait au moins 0m,30 à 0m35, une portion du petit intestin, le cœcum, l'appendice iléo-cœcal et une portion du colon ascendant s'étaient invaginés dans l'arc du colon, avaient parcouru tout le reste du gros intestin, étaient sortis par l'anus et formaient un prolapsus de plus de 0m25 de longueur. Une notable portion du mésentère avait suivi l'intestin et s'était invaginé avec lui. Au niveau de la portion moyenne du duodénum, l'épiploon formait une bride qui, tendue au-devant de l'intestin l'aplatissait entièrement. Au moment de l'ouverture du cadavre, cette bride, qui résultait sans doute du tiraillement produit par l'avancement progressif de la tumeur, parut avoir été la cause déterminante de la mort de l'enfant. Pas de traces de péritonite, le foie, la rate, le pancréas étaient sains. La famille s'opposa à ce que les cavités thoraciques et crânienne fussent ouvertes.

Il s'agit donc là d'une invagination à trois cylindres qui, en sortant par l'orifice anal, s'est transformée en invagination en deux cylindres. Si, en effet, on incise méthodiquement les tuniques intestinales, on constate ce qui suit :

Dans la portion encore contenue dans la cavité abdominale, on incise d'abord la partie inférieure du gros intestin qui constitue le cylindre invaginant. Cette incision met à nu une tumeur cylindroïde, bosselée et contournée sur elle-même qui est la partie supérieure du colon. Une seconde incision portant sur le cylindre moyen découvre l'intestin grêle et la corde mésentérique tous les deux fortement hyperémiés et présentant déjà quelques adhérences avec le cylindre moyen.

Dans la portion sortie de la cavité abdominale par l'anus, l'invagination n'est plus qu'à deux cylindres, et l'extrémité inférieure du cylindre interne, qui est constitué par l'intestin grêle, présente une tumeur polypeuse, pyriforme, dont les caractères extérieurs n'ont pu être bien appréciés, la pièce ayant été envoyée dans l'alcool, mais qui nous parut cependant à première vue, formée de tissu fibreux. Cette tumeur était lisse, du volume d'une petite poire, aplatie transversalement ; sa base d'implantation au niveau de laquelle s'arrêtaient les valvules conniventes de l'intestin grêle, était aussi entourée de petites tumeurs analogues, mais beaucoup moins volumineuses. Implantée sur la surface interne de l'intestin grêle, la tumeur principale paraît en occuper toute l'épaisseur. Et cependant longitudinalement on constate dans ses parties profondes et tout près de la face séreuse de l'intestin, de petits nodules arrondis dont l'un a été mis à part pour être soumis à l'examen microscopique.

Ainsi tout s'explique : 1° Les accidents du début étaient le

© BIU Santé

commencement de l'invagination ; 2° Le cours des matières rétabli, la nature a pu suffire à faire progresser la tumeur dans un trajet aussi considérable, au prix d'atroces souffrances ; mais grâce à la morphine, la migration a été lente et il y a eu assez d'accoutumance de l'organisme pour permettre un changement considérable dans les rapports mutuels des organes intestinaux ;

3° Le vomissement marc de café, les selles sanglantes du début et de la fin, s'expliquent d'eux-mêmes par des ruptures de vaisseaux pendant le voyage de la tumeur. Les selles glaireuses et dysentériques de la fin sont également expliquées par l'irritation du rectum comprimé par la tumeur ;

4° La mort par étranglement interne a été déterminée par cette bride épiploïque tendue sur le duodenum qui s'est formée peu à peu, et est arrivée à son maximum au moment de l'issue de la masse morbide par l'anus.

Examen microscopique (1) par M. CHAMBARD.— Des fragments de la tumeur sont durcis par macérations successives dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Les coupes sont colorées par le picro-carminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine picro-carminatée.

Faibles grossissements. — A de faibles grossissements on est frappé de la vascularité de toute la partie de la tumeur. Dans certaines coupes, on aperçoit des nodules arrondis de 6 ou 8 millimètres de diamètre qui semblent presqu'uniquement constitués de vaisseaux et sont entourés d'une coque fibreuse. Ces nodules feront l'objet d'une étude spéciale.

Forts grossissements. — A de plus forts grossissements, le tissu de la tumeur est uniquement constitué par des faisceaux conjonctifs minces dirigés en tous sens ou disposés dans une direction parallèle, mais unis lâchement entre eux. Ces faisceaux forment des mailles d'autant plus larges qu'on se rapproche des couches profondes de la tumeur et qui contiennent une matière granuleuse et de nombreuses cellules muqueuses ainsi que des cellules du tissu conjonctif étoilées et volumineuses, semblables à celles que l'on rencontre dans le tissu muqueux normal ou pathologique. En outre, aux fibres du tissu conjonctif, se trouvent accolées un grand nombre de fibres musculaires lisses qui ne forment nulle part cependant de faisceaux ou de plans continus.

La tumeur est parcourue par des vaisseaux très-nombreux et extrêmement dilatés sans qu'on puisse cependant saisir aucune altération de leurs parois qui sont complétement développées. Les plus gros d'entre eux sont accompagnés d'une gaine de tissu, fibreux qui, par son homogénéité, sa densité, contraste avec la cavité du tissu conjonctif qui constitue tout le reste de la masse pathologique. La surface de la tumeur est formée de tissu conjonctif dense également, parcouru par des vaisseaux fortement dilatés : on y rencontre des tubes cylindriques remplis d'un détritus granuleux et parsemé de granulations graisseuses qui représentent, sans doute, les glandes en tube de la muqueuse intestinale atrophiées et remplies de cellules épithéliales entièrement dégénérées. Les couches les plus superficielles ne sont plus représentées que par une matière granuleuse ayant toute l'apparence de la désintégration gangréneuse.

Il résulte donc de cet examen que la tumeur est uniquement formée de tissu myxomateux qui semble s'être développé dans la tunique cellulaire de l'intestin. Ce tissu a ensuite envahi les couches musculeuses et dissous les plans musculaires qui les constituent et dont les éléments se retrouvent sous forme de fibres-cellules éparses et isolées. Quant à la couche muqueuse, si elle n'a pas été envahie par la transformation myxomateuse des autres tuniques intestinales, elle a subi, dans ses couches les plus superficielles, un processus de destruction moléculaire et ses glandes ont été détruites par un processus de dégénérescence granulo-graisseuse dû, sans doute, à la gêne de la circulation dans les réseaux capillaires qui président à leur nutrition. Quant à la dilatation vasculaire qui est considérable, on peut certainement la considérer comme consécutive à la gêne de la circulation due à l'étranglement, et qui s'est manifestée aussi bien dans la tumeur que dans les anses intestinales invaginées. Elle s'est produite d'autant plus facilement par une dilatation vasculaire passive que les vaisseaux étaient mal soutenus par le tissu myxomateux au sein duquel ils étaient plongés.

Les corps arrondis que nous avons rencontrés sur certaines coupes sont entourés d'une coque fibreuse épaisse de laquelle émanent des cloisons fibreuses qui se dirigent dans leur intérieur et se résolvent en un tissu conjonctif réticulé à mailles parfaitement régulières et bourrées de cellules lymphatiques. Dans l'intérieur de ces corpuscules, les vaisseaux sont énormément dilatés, sinueux, pourvus de parois parfaitement développées et si nombreuses qu'en beaucoup de points ils se touchent les uns les autres et donnent l'idée d'une véritable angiome. Le tissu conjonctif dans lequel ces corps sont contenus est du tissu mixomateux extrêmement lâche, au milieu duquel se voient des vaisseaux énormes et des peletons adipeux. Nous croyons pouvoir considérer ce corps comme des ganglions lymphatiques, situés dans le tissu cellulaire sous-séreux de l'intestin et ayant subi, par le fait de l'étranglement, une énorme congestion passive.

Pour nous résumer, nous regardons la tumeur qui est la cause de l'invagination intestinale, comme constituée par du myxome pur, ayant débuté probablement par la tunique celluleuse de l'intestin et participant à la stase passive sanguine qui s'observe dans toute anse intestinale étranglée.

REMARQUES. — Nous n'insisterons pas sur les caractères de l'invagination qui sont connus depuis longtemps, très-bien décrite par CRUVEILHIER et ne présentent ici rien de particulièrement intéressant. Les invaginations produites par les tumeurs qui se sont développées dans l'épaisseur des parois intestinales, sont également signalées par tous les auteurs et cependant, si l'on recourt aux recueils de faits, les observations ne paraissent pas extrêmement nombreuses. M. CRUVEILHIER admet qu'un polype pédiculé pourrait bien amener une invagination. Il cite un cas de Jules CLOQUET, dans lequel un polype occupait la partie inférieure d'un cylindre interne et en figure dans son atlas un autre polype assez considérable qui « peut avoir contribué à cette invagi- » nation. » (Anat. pathol. III, 635. *Atlas*, livraison XXII, pl. 5 et 6.)

Dans les Bulletins de la Société anatomique (XLI, p. 473), nous trouvons un rapport de M. DUGUET sur le polype de l'intestin grêle. Après avoir retracé en quelques mots l'historique de la question et rappelé le travail de M. DUCHAUSSOY (Académie de médecine, XXIV, 227, 1860) et le rapport de M. DUBRUEIL (Soc. anat., IX, 1864). M. DUGUET relate le cas de M. LECOURTOIS, dans lequel un polype blanc rosé, lisse, entouré de valvules conniventes qui s'arrêtent à sa base, d'implantation dont le périmètre n'est pas moins de 0 m. 11, est considéré comme ayant provoqué l'invagination après avoir, par sa présence seule, déterminé pendant plus de huit mois des troubles dyspeptiques divers. M. HOMOLLE (Bulletins de la Soc. anat., XIV, 1870), présente un cas d'invaginations multiples produites par un certain nombre de polypes intestinaux. Une première invagination siégeait à 0 m. 60 du pylore, un seconde à l'iléon, une troisième plus bas encore, une quatrième enfin, plus considérable, s'avançait jusqu'à 0 m. 10 de la valvule iléo-cœcale. Elles étaient déterminées par des masses polypiformes ulcérées et saignantes pour la plupart.

Si les cas d'invagination par tumeurs intestinales ne nous ont pas paru très-nombreux et, M. DUBREUIL, dans son rapport qui date de 1864, avouait n'en connaître que dix cas bien avérés, le nombre des observations où la nature de la tumeur est précisée, nous a semblé moins considérable encore. C'est là une des raisons qui nous ont engagé à présenter la nôtre à la Société anatomique. Voici le résumé des seuls cas où nous ayons trouvé la structure de la tumeur mentionnée, après quelques recherches dans les Bulletins de la Société anatomique pour ces dix ou douze dernières années.

Dans l'observation de LECOURTOIS, qui fit l'objet du rapport de M. DUGUET, que nous avons cité plus haut, le polype était blanc-rose, à surface lisse. Sur une coupe il était formé par un noyau fibreux à fibres dirigées selon l'axe de la tu-

(1) Dessin dans l'album de la Société.

© BIU Santé

meur, revêtu d'une couche qui semblait composée de la musculeuse et de la muqueuse hypertrophiées. L'examen microscopique montra que le polype était formé de fibres conjonctives et musculaires : il était donc probablement très-analogue au nôtre.

Dans un cas présenté à la Société anatomique par M. Laugier, et provenant du service de M. Bernutz (Soc. anat. XLII, 1867), un homme de 20 ans mourut en quinze jours après avoir présenté des accidents d'obstruction intestinale. A l'autopsie, on trouva, outre une péritonite aiguë, une invagination déterminée par une tumeur de la valvule iléo-cœcale. Sur tout le reste de la surface de l'intestin et notamment près des plaques de Peyer, on trouva des tumeurs plus petites et de même nature : quelques-unes d'entre elles étaient ulcérées. L'examen microscopique de ces tumeurs, pratiqué par M. Ranvier, montra qu'elles étaient de nature lymphadéniques. C'est donc là un fait très-intéressant de lymphadénomes intestinaux parvenant à volume suffisant pour produire des accidents d'obstruction et d'invagination,

Les masses polypeuses ulcérées et saignantes qui, dans e cas de M. Homolle furent accusées d'avoir produit les invaginations, furent également examinées sur une coupe ; leur tissu était ferme et blanc-rose, il donnait, par la pression un suc laiteux : le microscope démontra leur nature sarcomateuse.

A ces quelques faits d'invagination produite par des sarcomes, lymphadénomes et myxomes, nous ajouterons, pour mémoire, les invaginations fréquentes et les prolapsus rectaux déterminés par les polypes glandulaires (épithéliomes adénoïdes) qui, fréquents sur la muqueuse rectale, peuvent aussi se rencontrer dans l'intestin grêle et même dans l'estomac, ainsi qu'on en a signalés et que nous en avons vu nous-mêmes, des cas, mais qui n'y ont pas jusqu'ici, à ce que nous sachions, déterminé d'accidents sérieux d'obstruction intestinale.

5. M. Chambard présente encore un mémoire intitulé : *Etude historique et critique des lésions syphilitiques du tissu conjonctif.* — (*Examen histologique d'un cas de gomme de la peau.*)

Ce mémoire, destiné au concours pour le prix Godard, est renvoyé à la commission.

M. Verneuil, à propos de ce travail, rappelle qu'autrefois il avait émis l'hypothèse que les gommes de la peau envahissaient de préférence les glandes sudoripares ; il demande à M. Chambard si ses recherches ont confirmé cette théorie.

M. Chambard. Je considère les gommes comme des lésions purement inflammatoires ; on peut donc trouver les glandes sudoripares entourées d'éléments embryonnaires, mais jamais le syphilome ne dépasse la tunique fibreuse de ces glandes qui restent par conséquent en dehors de la lésion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 juillet 1878. — Présidence de M. Guyon.

M. Nicaise présente un malade à qui un chirurgien de San Francisco a pratiqué la résection totale de l'omoplate et la résection de la tête de l'humérus, pour une péri-arthrite suppurée de l'articulation de l'épaule. L'opéré, qui a une trentaine d'années, peut aujourd'hui se servir de son membre, qui n'est pas atrophié. La résection a été pratiquée le 23 octobre 1877.

M. Verneuil retrace en quelques mots l'histoire du malade qu'il avait présenté à la dernière séance, et qui est atteint d'un sarcôme du maxillaire supérieur, à développement extrêmement rapide. La tumeur, en effet, a commencé à apparaître il y a quatre mois seulement et, aujourd'hui, elle est plus volumineuse qu'un poing d'adulte, repoussant les parties voisines, et faisant saillie en avant sur la pommette, en dedans dans la fosse nasale, en haut sur le plancher de l'orbite, en bas sur la voûte palatine.

Le malade rend en même temps dans ses urines 63 grammes de sucre par jour ; c'est ce qui a décidé M. Verneuil à s'abstenir. Les grandes opérations chez des diabétiques donnent presque toujours des résultats désastreux. Il y a cependant quelques diabétiques que l'on guérit. Ainsi M. Verneuil a opéré avec succès une fistule borgne externe chez un diabétique qui rendait 26 gr. 50 de sucre par litre d'urine; mais quelques jours après l'opération le malade eut quatre ou cinq petites hémorrhagies en nappe par sa plaie.

M. Verneuil fut moins heureux avec un second malade diabétique, atteint d'une tumeur de la parotide, qui parassait très-robuste au moment de l'opération. En effet, les urines ne contenaient pas traces de sucre le jour même; mais, au bout de 48 heures, l'opéré rendait dans ses urines une *véritable purée d'urate de soude*. Il eut plusieurs hémorrhagies consécutives et mourut à la suite d'un érysipèle.

Ce fait et quelques autres analogues font dire à M. Verneuil que le diabète ressemble à un *véritable Protée*. Aussi la prudence la plus vulgaire conseille-t-elle de s'abstenir.

Tous les chirurgiens présents à la séance partagent l'avis de M. Verneuil pour ce cas particulier, et se prononcent en faveur de l'abstention. Cependant M. Houel, M. Després et M. Berger citent quelques exemples de diabétiques gras qui ont subi sans danger des opérations légères.

Tumeur de la grande lèvre et du pubis. M. Théophile Anger montre à ses collègues une tumeur excessivement rare qu'il a enlevée chez une femme de 46 ans. Cette femme avait reçu il y a 15 ans un coup assez violent dans l'aine. Peu de temps après, une tumeur peu volumineuse s'était développée à l'endroit même du choc : cette tumeur, restée stationnaire et indolente pendant une période de 13 ans, commença à s'accroitre rapidement il y a deux ans, et envahit la grande lèvre correspondante.

Lorsque M. Anger vit la malade, il crut à un kyste, et fit une ponction qui donna issue à un liquide clair. Mais il restait encore en haut, contre le pubis, une petite tumeur assez dure. La tumeur inférieure se reproduisit assez rapidement, et M. Anger pratiqua une opération plus radicale. Il enleva la tumeur supérieure qui, à la coupe, fut aussi reconnue kystique. Les lacunes qu'elle contenait dans son intérieur étaient tapissées d'épithéliums pavimenteux.

M. Robin, qui a examiné la tumeur au microscope suppose qu'elle s'est développée aux dépens d'un ganglion dans lequel l'épithélium énucléaire s'est transformé en épithélium pavimenteux.

Sur les adhérences des muscles droits avec la capsule de Ténon. — Nouveau procédé de strabotomie. M. Boucheron donne lecture d'un travail qui a pour but de démontrer, par des faits et des expériences sur l'homme, que la *section pure et simple du tendon* du muscle droit à son insertion scléroticale, ne produit qu'un redressement insignifiant de l'œil strabique (1 mm. à 1 mm. 1/2.);

Que la *clef de* l'opération du strabisme se trouve dans *la section* judicieuse *des adhérences du muscle droit* avec la *partie antérieure* de la capsule de Ténon, ou capsule antérieure.

L'insuccès de la strabotomie, par insuffisance de correction provient, d'après M. Boucheron, de ce que le muscle n'a pas été assez dégagé de ses adhérences à la capsule. Ces adhérences musculo-capsulaires antérieures présentent une disposition constante qui est la suivante (*Fig.* 40) :

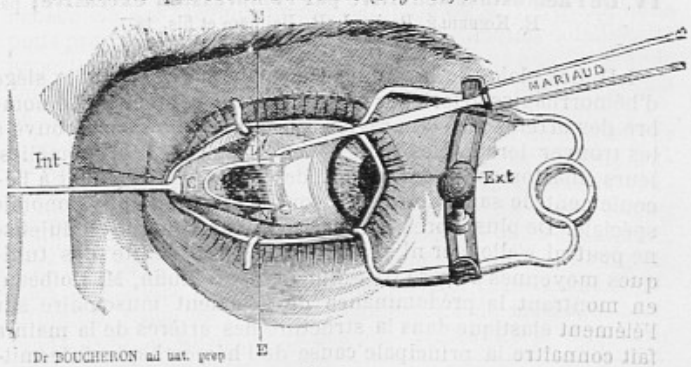


Fig. 40.

« Les muscles droits, à leur extrémité antérieure sont séparés de la capsule antérieure, C. par une petite cavité séreuse, *séreuse prémusculaire* (*S*).

© BIU Santé

« *Par leurs bords seulement*, les muscles droits sont rattachés à *la capsule antérieure*, à l'aide d'adhérences aponévrotiques de deux sortes, *adhérences superficielles* aux muscles (EE), et *adhérences latérales* aux muscles (LN).

« Les *adhérences superficielles* aux muscles sont des lames aponévrotiques, disposées le long des bords du muscle et le long de l'insertion tendineuse de ce muscle. Elles forment les supports d'une voûte complétée par la capsule antérieure. Sous cette voûte est placée la *séreuse prémusculaire*.

» Les *adhérences latérales* aux muscles rattachent les bords du muscle avec la partie de la capsule qui est latérale au muscle. »

D'après ces notions anatomiques, il est possible d'instituer un procédé opératoire qui joint à une grande précision une remarquable facilité d'exécution.

Procédé opératoire. — 1° Section verticale de la conjonctive et de la capsule sous-jacente, à trois millimètres de la cornée; — 2° Introduction du crochet à strabisme sous le muscle droit. — La traction exercée, d'une part, sur le tendon du muscle, et inversement, d'autre part, sur le lambeau capsulo-conjonctival, met en relief les adhérences superficielles du muscle à la capsule. (*Fig.* 40); — 3° Section des adhérences musculo-capsulaires superficielles proportionnellement au degré du strabisme; — 4° Section du tendon au ras de la sclérotique; — 5° Pour augmenter l'effet de l'opération, section plus étendue des adhérences superficielles; — Pour donner le maximum de correction sectionner ensuite les adhérences latérales au muscle; — 6° Suture horizontale du lambeau capsulo-conjonctival soit pour fermer la plaie, soit pour diminuer l'effet de l'opération.

Comme consécration de la valeur du procédé, l'auteur cite plusieurs opérations qui eurent pour effet de remédier aux divers degrés du strabisme. — Deux de ces opérations ont été pratiquées, par M. Boucheron, dans le service de M. Trélat, à la Charité. Ces faits donnent la preuve que les déviations oculaires depuis les plus faibles, jusqu'aux plus étendues (de 1 millimètre à 9 millimètres) peuvent être corrigées par ce procédé.

Le travail de M. Boucheron est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Delens, Giraud-Teulon et Trélat.

Ch. AVEZOU.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

I. Essai sur la pathogénie et le traitement des hémorrhagies de la paume de la main; par le Dr LEDOUBLE (de Tours) ancien interne des hôpitaux. Paris, V. Ad. Delahaye, 1877.

II. Essai sur le traitement des hémorrhagies artérielles de la main et du poignet; par le Dr Paul LEBRUN. Paris, O Doin, 1877.

III. Des hémorroïdes et particulièrement du mécanisme de leur production et de leur traitement par la distension anale; par le Dr WANNEBROUCQ, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Lille. Lille, Lefebvre-Ducrocq, 1877.

IV. De l'hémostase définitive par compression excessive; par E. KŒBERLÉ. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1877.

I-II. Les plaies de la paume de la main sont souvent le siége d'hémorrhagies artérielles très-difficiles à combattre. Le nombre des artères de cette région, la difficulté qu'on éprouve à les trouver lorsque les plaies sont étroites; leurs anomalies, leurs anastomoses sont autant de causes qui donnent à l'écoulement de sang dont elles sont le siége une physionomie spéciale. De plus, après leur section, leur tunique celluleuse ne peut ni s'allonger ni se tordre et la rétractilité des tuniques moyennes s'opère très-difficilement. Enfin, M. Dolbeau, en montrant la prédominance de l'élément musculaire sur l'élément élastique dans la structure des artères de la main a fait connaître la principale cause de l'hémorrhagie intermittente qui se produit dans les plaies de la paume de la main. Voilà pour les hémorrhagies primitives, mais il existe des causes non moins nombreuses des hémorrhagies secondaires précoces ou tardives qui surviennent à l'occasion des mêmes accidents, telles que les mouvements, les excès, les pansements intempestifs, le rétablissement de la circulation collatérale, l'athérome des artères, etc., etc.

Nous passerons en revue à ce sujet deux mémoires faits dans un sens tout différent, l'un de M. Ledouble de Tours, qui recommande le traitement des hémorrhagies de la paume de la main par l'éponge préparée, c'est-à-dire par la compression, l'autre de M. Paul Lebrun qui, dans une thèse inaugurale dont l'introduction ne manque pas d'originalité, recommande la ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie.

Le premier travail défend un mode de traitement lequel, ainsi que ledit l'auteur, a peut-être le tort de venir de la province et auquel manque encore la sanction de l'expérience. Le second n'est que la reproduction des idées de la majorité de la Société de chirurgie qui s'est prononcée, en 1875, en faveur de la ligature dans la plaie.

Cette dernière méthode doit être préférée sans conteste, alors qu'on est en présence d'une plaie large et qu'on peut atteindre les artères sans avoir recours au bistouri. C'est un point bien acquis et qui n'admet pas la discussion. Mais l'indication est-elle aussi nette lorsqu'on est en présence d'une plaie étroite, profonde et anfractueuse. Nous pensons que malgré les avantages qu'on peut retirer de la bande d'Esmarck, les recherches, les débridements qu'on est obligé souvent de faire pour trouver les bouts de l'artère ne sont pas exempts de dangers, qu'ils peuvent même occasionner des accidents graves, sinon mortels. Si donc une méthode nouvelle présentée par des chirurgiens consciencieux et instruits nous paraît appuyée par des faits bien observés et des guérisons bien authentiques, si cette méthode évite les accidents que produit souvent la lame du bistouri, nous serons d'avis d'y avoir recours dans les cas de plaie étroite lorsqu'un nombre d'observations suffisant nous en garantira l'innocuité en même temps que l'utilité.

Ce procédé, M. Ledouble l'expose tout au long, dans son travail, en même temps qu'il se livre à une étude comparative des deux modes de traitement. L'auteur ne recomande, d'ailleurs, l'emploi de l'éponge préparée que lorsque les plaies sont étroites et anfractueuses — et comme ses adversaires sont les premiers à recommander la compression directe dans les cas de plaie produite par un instrument piquant; il nous semble qu'il existe un terrain intermédiaire sur lequel il serait possible de s'entendre.

Jusqu'à preuve contraire, il existera pour nous deux traitements différents des hémorrhagies artérielles de la paume de la main, ayant chacun leurs indications propres: 1° la ligature dans la plaie lorsque cette plaie est large et les artères faciles à trouver; — 2° la compression par l'éponge préparée imbibée de perchlorure de fer et maintenue en place jusqu'à ce que le travail de cicatrisation la chasse.

III. Travail des plus intéressants et dont la lecture s'impose à tous les praticiens. Il est peu de médecins, en effet, qui ne se trouvent en présence de ces douleurs atroces, de ces hémorrhagies, de ces contractures occasionnées par les hémorroïdes internes. Le professeur Gosselin a publié, sur ce sujet, une excellente monographie dans laquelle il recommandait la cautérisation des tumeurs hémorrhoïdaires par l'acide azotique monohydraté. Ce traitement que nous n'avons eu l'occasion d'employer qu'une seule fois, nous a donné un excellent résultat. Aujourd'hui M. Wannebroucq vient nous entretenir d'un nouveau procédé (au moins quant à son application) et que le Dr Fontan aurait employé pour la première fois, en 1875; il s'agit de la distension anale. Ce moyen appliqué par Récamier et les autres chirurgiens au traitement de la contracture et de la fissure anale n'avait pas jusqu'alors été employé directement pour combattre les tumeurs hémorrhoïdaires. M. Maisonneuve, entre autres, grand partisan de la distension anale, n'avait en vue, même lorsqu'elle était compliquée d'hémorrhoïdes que, la contracture du sphincter.

M. Wannebroucq cite un certain nombre d'observations qui tendent à prouver que le même traitement convient également à la contracture et aux hémorroïdes. Toutefois, nous avouons ne pas être complétement convaincus par la lecture du travail du professeur lillois, et il nous est permis de supposer qu'un autre traitement des hémorroïdes pourrait faire

© BIU Santé

disparaître la contracture sans qu'on soit obligé d'avoir recours à ce procédé brutal qui est toujours difficilement accepté par les malades, d'autant plus qu'il faut avoir recours au chloroforme. Une observation de M. Wannebroucq lui-même est une preuve que la cautérisation, en faisant disparaître les hémorrhoïdes, peut guérir aussi la contracture.

Dans l'état actuel, nous pensons donc qu'il y aurait lieu de réserver la distension anale pour les cas graves de contracture que ne fait pas disparaître la cautérisation des varices du rectum.

IV. M. Kœberlé a publié en 1877, un mémoire sur l'hémostase définitive qui paraît être surtout une revendication de priorité au sujet de l'invention des pinces hémostatiques et de leur application à l'arrêt définitif des hémorrhagies. C'est M. Péan qui est visé dans le mémoire de M. Kœberlé. Le chirurgien de Strasbourg qui s'est acquis une grande réputation de hardiesse et d'habileté, prétend avoir inventé et employé les pinces hémostatiques avant M. Péan, qui les aurait seulement modifiées d'une façon malencontreuse et n'aurait que le mérite d'en avoir compris les avantages avant ses confrères. Nous laisserons MM. Péan et Kœberlé se disputer le mérite de l'invention et nous ne retiendrons qu'un point, c'est que les chirurgiens ont, dans les pinces hémostatiques, un excellent auxiliaire qui leur permet de faire beaucoup d'opérations sans répandre pour ainsi dire une goutte de sang et qui, chose précieuse à la campagne, permet de se passer d'aides. Dernièrement encore, nous avons pu enlever un cancer du sein sans écoulement de sang, grâce aux pinces de Kœberlé.

Le savant chirurgien de Strasbourg fait l'historique de la question. Il passe en revue les différents procédés employés jadis pour obstruer les vaisseaux, et il a même publié les dessins des divers instruments imaginés dans ce but par les anciens chirurgiens. Travail digne d'intérêt surtout au point de vue de l'histoire de la chirurgie. Dr G. Bouteillier.

Le *PROGRÈS MÉDICAL* à l'Exposition.

Pavillon de l'Anthropologie (1er article).

Parmi les nombreuses divisions et subdivisions de l'Exposition universelle, il en est peu d'aussi intéressantes pour le corps médical que le pavillon consacré aux sciences anthropologiques, organisé par les soins de la Société d'anthropologie de Paris, aidée par ses nombreux et savants correspondants étrangers. Nous commencerons donc notre revue de l'Exposition par quelques articles consacrés à ce pavillon, d'autant qu'il est bon d'appeler l'attention sur lui car il se trouve relégué tellement à l'écart du trajet ordinaire des visiteurs qu'on ne saurait y accéder sans quelques indications.

Le pavillon d'anthropologie se trouve dans un terrain situé sur la rive droite de la Seine, près la porte Delessert du Trocadéro, au-delà de la rue Le Nôtre. Quand on se trouve dans le parc du Trocadéro, il faut dépasser le bazar chinois et la maison persane, on trouve alors un grand escalier de bois, sans indication aucune; on le gravit, on le redescend et l'on arrive devant un très-grand bâtiment, c'est le pavillon d'anthropologie.

Il serait à désirer que l'on eût fait droit aux justes demandes du comité organisateur et qu'une vaste plaque indicatrice permit aux promeneurs de savoir où aboutit cet escalier en plein soleil qui a l'air de conduire vers une station de départ plutôt que vers une des importantes sections de l'Exposition.

Malgré ces inconvénients matériels, le visiteur sera bien dédommagé de ses fatigues par l'intéressante exposition réunie, non sans peine, par les soins du comité directeur.

Le pavillon d'anthropologie se compose de trois salles; une située au milieu, plus vaste que les deux autres, auxquelles elle donne accès à droite et à gauche, est meublée de vitrines consacrées principalement à l'anthropologie préhistorique et à quelques expositions spéciales. La salle de droite contient plusieurs expositions étrangères; nous reviendrons dans des articles ultérieurs sur ces deux parties du pavillon.

A gauche se trouve la troisième salle, consacrée plus spécialement à l'anthropologie anatomique, à la démographie et en partie à l'ethnographie. C'est sur elle que nous désirons aujourd'hui appeler l'attention du lecteur.

Les parois de la salle sont tapissées par de grands dessins représentant les schèmes dont on se sert pour l'enseignement à l'école d'anthropologie, on y suit toutes les modifications par lesquelles passe un os à travers la série animale, et celles que son type reçoit de la race, du sexe, de l'âge, etc. De nombreux squelettes montés, quelques quadrumanes empaillés, une collection d'os détachés, complètent ce matériel d'enseignement; sous ces planches murales sont disposées des vitrines contenant les collections proprement dites, et sur les tables sont un certain nombre d'albums qui renferment d'intéressantes séries de photographies parmi lesquelles on remarque la collection publiée par le gouvernement de Washington, reproduisant les types indiens de l'Amérique du Nord, ainsi que les albums de la Société d'anthropologie relatifs à l'Asie et aux Tziganes.

Sur des tables sont fixés des microscopes munis de préparations suffisantes pour montrer au public quelques-unes des principales coupes nécessaires en anthropologie, jusqu'à présent au moins.

On remarque dans les vitrines qui garnissent le pourtour de la salle, une collection de cheveux qui comprend toutes les notes de la gamme chromatique, depuis l'échelle de Quatrefages jusqu'aux collections de la Société d'anthropologie; nous signalerons l'importante exposition de M. Latteux qui comprend un grand nombre de coupes de cheveux de races différentes et dont la structure est expliquée par une série de planches dessinées à la chambre claire : on verra aussi avec intérêt plusieurs têtes indiennes naturelles préparées avec leur chevelure et réduites à un volume exigu. M. Topinard, que nous aurons encore tant de fois l'occasion de citer, a aussi exposé une collection complète de cheveux de la Nouvelle-Calédonie.

Dans les armoires suivantes on trouve, soit à l'état naturel, soit sous forme de moulages, une série de têtes reproduisant les principaux types anthropologiques depuis le crâne de cro-magnon jusqu'à ceux de l'époque actuelle. La Société d'anthropologie, MM. Broca, Topinard et Deluy ont contribué pour une large part à cet ensemble si intéressant, surtout quand on considère quelques pas plus loin, sous une vitrine horizontale, la série de crânes en voie d'accroissement exposée par M. Parrot et celle des amulettes et des perforations crâniennes de M. Broca.

Plus loin se trouve l'exposition de M. G. Hayem, relative aux globules du sang, à leur numération, au dosage de leur matière colorante; on voit les variations des globules, le moyen de les reconnaître et les instruments employés par cet hématologiste (1). Un peu plus loin se trouvent tous les instruments employés en anthropologie, nous aurons l'occasion d'en faire une description spéciale dans un article ultérieur.

Des moulages de mains, d'organes, une série de voûtes palatines chez les idiots (1) qu'expose M. Voisin, seront également remarqués par le visiteur. Dans une salle latérale se trouvent exposées de nombreuses planches murales, c'est l'ensemble des travaux de démographie de M. Bertillon, nous nous proposons également d'étudier avec quelques détails cette exposition; nous ne signalerons aujourd'hui que la grande carte de géographie médicale qui occupe toute une des parois de la salle.

La partie la plus originale de ce pavillon est celle réservée au système nerveux central; on y remarque la série de travaux du professeur Broca: 1° les moulages montrant les rapports du crâne et des parties sous-jacentes du cerveau chez l'homme; ces pièces de topographie cérébrale extra-crânienne, sont tout particulièrement intéressantes pour le chirurgien, elles ont permis, on se le rappelle, de fixer maintenant la position du sillon de Rolando; 2° une série de moulages cérébraux avec la topographie des plis cérébraux; 3° une série

(1) Voir *Progrès médical*, 1877, p. 669.

(2) Voir sur cette question : Bourneville. — *Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots.*

© BIU Santé

d'anatomie composée de cerveaux d'animaux moulés avec une finesse excessive. M. Broca a, du reste, exposé tant de pièces qu'il serait difficile d'en donner le dénombrement ou la description, ce serait assumer une tâche trop longue et priver nos lecteurs d'un sujet d'études qui gagnent à être personnelles.

Plusieurs compartiments sont consacrés aux procédés d'étude et de conservation du cerveau; tandis que M. Luys expose ses grandes planches photographiques, nous voyons d'autres observateurs nous montrer des moyens de conservation: par le bichlorure de mercure, par le chlorure de zinc, ce qui donne des cerveaux durs et cassants, et brunis par l'alcool et la dessication, par l'alcool, l'acide nitrique et la dessiccation; ces procédés constituent le mode de préparation des petits cerveaux; malgré l'autorité de ceux qui s'en servent encore aujourd'hui, pour figurer les lésions cérébrales, nous considérons ce mode comme mauvais, car il ne permet de pointer une lésion qu'à la condition d'immobiliser, de dessécher, sans l'examiner, un autre cerveau supposé sain. M. Oré (de Bordeaux) expose, à côté, de nombreux moulages par la galvanoplastie; peut-être est-ce par suite d'une disposition vicieuse de l'éclairage, mais il nous a semblé que ses cerveaux étaient un peu affaissés, ils rendent cependant une idée bien exacte de la disposition des scissures et des rapports des circonvolutions; ce procédé d'encroûtement des surfaces cérébrales doit avoir surtout son application dans l'enseignement où il est besoin de pièces peu fragiles et cependant exactes; aussi lui donnerions-nous, à ce point de vue, s'entend, la préférence sur le procédé de modelage en cire de M. Parnoff, qui, au bout de la troisième salle, à droite, expose une série de pièces de musée montrant les variétés décrites de plis des surfaces convexes du cerveau. M. Bitot (de Bordeaux) montre à côté de M. Oré une remarquable série de coupes cérébrales faites par ses procédés, et conservées entre deux lames de verre par une armature spéciale (1). C'est là un vrai procédé de démonstration, car les coupes se voient sur les deux faces avec leurs dimensions et leurs colorations naturelles, mais il doit être assez coûteux et surtout un peu encombrant; aussi ne peut-il être mis en usage que par les professeurs pourvus de laboratoires; dans nos hôpitaux où l'on n'a que sa poche pour loger ses instruments et où des musées n'existent pas, lacune que le *Progrès Médical* a maintes fois regrettée, il sera bien difficile d'introduire ce mode rationnel de conservation et de contrôle des coupes cérébrales.

(A suivre.) H. de BOYER.

(1) Consultez : Bitot. — *Essai de topographie cérébrale, etc.*

VARIA

Du rôle de l'anatomie pathologique ;

Discours inaugural du professeur J. CONHEIM.

Dans tout le cours de ses études, il n'y a pas pour le médecin de date plus mémorable que le jour où il entre pour la première fois dans les salles d'un hôpital, que le jour où il commence ses études cliniques. Tout ce dont il s'est occupé jusque là, les sciences naturelles aussi bien que l'anatomie et la physiologie normales, se présentent à lui sous l'aspect de sciences pures, que l'on apprend et que l'on cultive pour elles-mêmes, de sciences avec lesquelles l'art médical, s'il s'y rattache d'une manière générale, n'a en tous cas que des rapports tout accidentels. Jusque là, non-seulement le jeune médecin rencontrait dans les salles de cours beaucoup d'auditeurs ne visant point à embrasser la carrière médicale, mais encore il n'avait, en général, pas de connexion plus intime avec ses professeurs. D'un seul coup, tout cela change dès que la clinique devient le théâtre de l'enseignement. Il n'y a plus ici personne suivant un autre drapeau que celui de la médecine; tout ici enseigne avec force toute la gravité de la vocation médicale, mais en parlant aussi des bénédictions qu'elle attire; et dès que les études scientifiques portent sur un malade, la conscience s'éveille aussitôt qu'il s'agit ici de bien plus que de comprendre et d'expliquer. *De te narratur historia*; c'est un homme, un homme comme nous, qui va devenir un sujet d'observation, mais en demandant secours et compassion et en ayant droit de les demander. Désormais l'enseignement ne s'adresse plus à l'intelligence seule; il fait appel tout autant au cœur et au caractère.

Certes, personne ne le niera, ce sont là de beaux sentiments qui s'éveillent, ce sont là de beaux côtés de la nature humaine qui sont touchés; cette révolution dans la marche des études s'accompagne d'un véritable et non moindre progrès qui se produit aussi avantageusement, on doit le croire, dans toutes les dispositions et dans la manière de penser de l'étudiant. Mais alors, pourquoi précisément à cette époque où ils sont sur le point de passer du semestre des nouveaux à celui des anciens, pourquoi voit-on si souvent les médecins hésitants, troublés, découragés? Ce n'est pas qu'ils s'effraient de l'étendue de ce qui leur reste encore à apprendre; cette crainte est étrangère à de jeunes esprits; c'est bien moins encore le sentiment, qu'un commençant ne saurait éprouver, de l'imperfection et de l'incertitude de l'art médical. Il faut donc en chercher la cause ailleurs; si je ne m'abuse, c'est bien plutôt le sentiment s'imposant au jeune homme avec une effrayante clarté, d'une indéniable solution de continuité entre ses études antérieures et ses études futures, la conviction que toute l'application et toute la peine qu'il a dépensées à apprendre l'anatomie et surtout la physiologie normales ne lui servent guère en face des énigmes qui se posent devant lui au lit du malade. En vérité, n'a-t-il pas le droit de s'étonner quand il voit un homme de sa race, jaune, bistre ou olivâtre, comme un Malais ou un mulâtre, quand il trouve sur le dos d'un autre une masse de tissus à laquelle il ne saurait guère jusque-là trouver d'analogue que la bosse graisseuse du chameau; ou quand, explorant du doigt l'arête antérieure du tibia d'un de ses semblables bien conformé, il constate, en dépit des enseignements de l'anatomie, qu'elle n'est pas tranchante, mais bien mousse et positivement arrondie? Et puis, que sont devenues les lois de la physiologie? Avec quelle admiration l'étudiant n'a-t-il pas entendu parler de la faculté possédée par l'organisme animal de conserver immuable sa température propre dans les circonstances les plus diverses, dans un milieu chaud comme dans un milieu froid, pendant le sommeil comme durant le travail le plus actif : et voilà qu'il trouve un homme paisiblement couché, dont la peau est brûlante et dans l'aisselle duquel le thermomètre accuse une température dépassant la normale de 3 ou 4 degrés et même davantage. Il s'est en toute confiance pénétré des lois de la circulation, il a étudié le mécanisme compliqué et si intéressant dans sa complication qui maintient la tension du sang forte dans les artères et faible dans les veines; il s'est imbu de la conviction que, dans les veines, au contraire de ce qui se passe dans les artères, le sang coule avec une uniformité relative, enfin il a suivi avec zèle les expériences explicatives de la nature des bruits du cœur! Et maintenant il a devant lui un malade dont l'artère radiale se déprime sous une légère pression du doigt, tandis que les veines du cou ont l'aspect de gros cordons rénitents, distendus; ou bien il constate les plus évidentes pulsations dans les veines jugulaires, et son oreille, appliquée sur la région cardiaque du malade, perçoit, au lieu de ceux qui lui étaient familiers et intelligibles, des bruits tout à fait insolites et partant très-surprenants. Après avoir appris à regarder l'absence d'albumine comme une des propriétés caractéristiques de l'urine, que pensera-t-il en voyant une urine portée à l'ébullition se prendre en une masse d'albumine coagulée? Plus d'un sera tenté de se demander s'il y a plusieurs espèces d'hommes, les uns obéissant aux lois de la physiologie et les autres leur échappant, ou si vraiment la physiologie reposant en grande partie sur des expériences faites sur des animaux, s'applique et se rapporte directement à l'organisme humain. Et en vérité ce ne sont pas toujours les plus mauvais étudiants qui raillent les douteux services rendus aux médecins par la physiologie des chiens et des grenouilles! Eh bien, résoudre les apparentes contradictions que je viens d'indiquer, rétablir la continuité entre la physiologie

© BIU Santé

et l'anatomie normales d'une part et la clinique de l'autre, voilà le rôle que réclame la médecine moderne pour l'anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique, direz-vous? Comment attendre d'une science anatomique des éclaircissements sur les variations de la chaleur propre, sur les oscillations de la tension du sang, sur les anomalies des sécrétions? D'une science étudiant l'homme alors seulement que la chaleur de son corps a disparu, que la circulation est depuis longtemps arrêtée et que toutes les glandes ont cessé de sécréter. Si, pour l'intelligence des fonctions de l'organisme sain, l'anatomie normale est déjà d'une utilité limitée, est-il vrai que l'anatomie pathologique sache beaucoup mieux expliquer les processus morbides? Pour répondre, jusqu'à un certain point, à ces questions très-naturelles, je vous demanderai la permission de reprendre les choses d'un peu plus haut.

Notre manière de raisonner en fait d'anatomie, nous conduisant à expliquer l'identité permanente, dans les mêmes circonstances extérieures, des phénomènes vitaux chez les hommes par l'identité de structure des organes de leurs corps, il s'ensuivait immédiatement et logiquement qu'il faut chercher la cause de toute modification des phénomènes, survenue en dehors de tout changement extérieur, dans une altération de la constitution de l'organe correspondant. C'est, en effet, de cette idée qu'est née l'anatomie pathologique. Dans les ouvrages des anciens anatomistes à la tête desquels se place l'illustre Vésale, on trouve bien déjà quelques données sur l'état anormal de certaines parties du corps; mais l'histoire de notre science ne date vraiment que de Morgagni, dont l'ouvrage fondamental porte ce titre significatif : *De sedibus et causis morborum*. L'anatomie pathologique n'est pas une simple annexe des études anatomiques pures; ce sont des pathologistes, au contraire, qui l'ont créée sciemment et à dessein pour la mettre, si j'ose m'exprimer ainsi, au service de la clinique. Et l'on ne saurait évaluer trop haut ce que lui doivent la clinique et surtout la pathologie. On pourrait presque dire qu'auparavant la pathologie n'avait pas d'existence réelle. Pour s'édifier à cet égard, il suffit de chercher à déterminer, d'après les observations de malades recueillies dans les siècles antérieurs, de quelle maladie il s'agit; trop souvent ce sera peine perdue, parce que fera défaut le moyen de détermination le plus sûr. Les termes indéfinis, vagues et équivoques, ont fait place à des appellations et à des définitions très-précises, depuis que l'on sait voir l'origine de certaines hydropisies dans des lésions du cœur très-appréciables et très-positives, la cause de nombreuses paralysies dans des hémorrhagies, des ramollissements ou autres lésions localisées du cerveau. L'anatomie pathologique seule a rendu possible ce progrès sans lequel la pathologie moderne n'existerait pas, c'est-à-dire la localisation des maladies. Car, si à la vérité dans un appareil aussi extraordinairement compliqué que l'organisme humain, toute lésion, n'importe où elle se produit, doit entraîner un trouble général de la machine, nous ne pouvons cependant définir la nature de ce trouble qu'après avoir déterminé le siége et l'espèce de la lésion primitive. Cette proposition nous est aujourd'hui si familière que, si nous voulons classer nos connaissances en pathologie, il nous semble presque impossible de suivre d'autre principe de classification que celui de la localisation. Et c'est par dessus tout à l'anatomie pathologique que nous devons d'en être là. Car ses enseignements seuls ont amené ce progrès dans la pratique, grâce à la fécondité et à la certitude à eux inhérentes, certitude qui fait toujours du résultat anatomo-pathologique la plus exacte caractéristique d'une maladie, et, comme je viens de le dire, notre meilleur moyen de détermination scientifique. Ce n'est pas à dire que, sans l'anatomie pathologique, tout diagnostic serait impossible, ni même resterait incertain. Non, les méthodes cliniques ont fait aussi dans le dernier siècle, en grande partie sous l'impulsion de l'anatomie pathologique, des progrès si considérables qu'aujourd'hui le diagnostic de la plupart des maladies peut être exactement établi pendant la vie. La courbe de la température n'est pas moins pathognomonique de la fièvre typhoïde que les ulcérations intestinales, les évacuations riziformes sont même plus caractéristiques du choléra que les résultats de l'autopsie et du souffle diastolique accompagné du renforcement du choc cardiaque et d'un pouls bondissant, on conclut à l'insuffisance des valvules aortiques, tout aussi bien que si on les examine après la mort. En réalité, pour le diagnostic de pareilles maladies relativement simples, on peut aujourd'hui se passer de l'autopsie. Si cependant on la pratique encore après terminaison funeste de ces maladies, elle n'est plus pour les hommes expérimentés qu'un moyen de se contrôler eux-mêmes, et à ce point de vue d'ailleurs elle a pour les étudiants une valeur tout à fait inestimable. Mais qui a beaucoup vu sait trop bien qu'à l'ordinaire l'affaire n'est pas aussi simple. Abstraction faite des épidémies, c'est certainement le plus petit nombre des hommes qui, restés sains jusqu'à la maladie mortelle, succombent à une affection aiguë, sans complications. Beaucoup plus souvent se combinent, pour constituer l'ensemble du tableau morbide, des séries et des groupes multiples de lésions de nouvelle et d'ancienne date, en partie indépendantes, en partie dérivant les unes des autres, et quelle que soit aujourd'hui la perfection des méthodes d'exploration de la clinique, physique, et autres, personne cependant n'adressera le plus léger reproche au médecin si l'autopsie révèle telles ou telles lésions qu'il n'aura pas soupçonnées pendant la vie du malade.

Rien ne démontre d'une manière plus frappante l'importance qui appartient jusqu'à présent à l'anatomie pathologique pour la détermination et la classification des maladies que la promptitude avec laquelle une nouvelle maladie s'accepte et se classe, sans contradiction et partout, dès qu'il est établi qu'on y observe constamment un état anatomique défini. Pour le prouver, je rappellerai le chapitre des maladies de la moelle qui, en un peu plus de dix ans, a totalement changé de face, depuis que les névro-pathologistes ont appris à compléter le détail précis des symptômes cliniques par un examen de la moelle également soigneux. C'est même parce que l'anatomie pathologique a tardivement appliqué à ce sujet des méthodes quelque peu suffisantes que pour les maladies des centres nerveux s'est très-longtemps conservé un système de dénominations remplacé beaucoup plus tôt ailleurs par une nomenclature anatomique. S'il reste encore des noms comme tétanos, chorée, hypochondrie, hydrophobie, c'est que, jusqu'à présent, nous n'avons pour dénommer ces maladies aucune base anatomique certaine. L'avenir nous en apportera-t-il; des signes anatomiques décèleront-ils jamais un état anormal d'excessive irritabilité de la moelle? Qui le sait? Dès à présent, toutefois, les innombrables et brillants résultats obtenus par l'anatomie pathologique nous autorisent à croire que toutes les maladies nettement caractérisées par leurs symptômes cliniques le sont aussi par des altérations anatomiques bien définies, et malgré le nombre des échecs essuyés dans l'étude du cerveau des épileptiques et des mélancoliques, ce laborieux problème est sans cesse courageusement repris par de nouveaux yeux et de nouvelles mains.

Ce qui donne aux chercheurs l'espoir d'aller plus loin que leurs devanciers, c'est leur confiance légitime dans la supériorité de leurs méthodes d'exploration. Elles sont les mêmes pour l'anatomie, et ces deux branches de la science anatomique, en perfectionnant la technique, se sont maintes fois réciproquement aidées. Comme l'anatomie normale, l'anatomie pathologique grossière ou macroscopique emploie, en première ligne, pour ses préparations, le couteau, la pince et les ciseaux; quand il le faut, elle fait aussi des injections et des macérations, et à l'occasion elle recourt au procédé des coupes après congélation porté précisément ici, à Leipzig, à une si haute perfection. Plus grande encore, s'il est possible, est l'identité des méthodes entre l'histologie normale et l'histologie pathologique. Et ce n'est pas seulement parce que les perfectionnements du microscope leur profitent également à toutes deux; c'est aussi parce que chacune d'elles obéit absolument comme l'autre aux variations des doctrines dominantes en histologie. A l'époque où l'on attachait une importance capitale à examiner les objets « tout chauds et tout vivants, » les cellules du sarcôme ou du cancer passaient directement de la salle d'opération à l'objectif chauffé; aujourd'hui d'in-

© BIU Santé

nombrables solutions de matières colorantes ornent, c'est-à-dire tachent la table de travail de tous les histologistes. L'alcool absolu est la terreur des comptables des instituts pathologiques aussi bien que de ceux des instituts histologiques et le microtome règne en maître dans le laboratoire des histologistes et des embryologistes, tout comme dans celui du micro-pathologiste.

Mais, si grands que soient les progrès qu'a faits et fera encore la technique anatomique et histologique, si bien fondé que soit par suite l'espoir de découvrir par nos travaux prolongés des détails encore inconnus, avons-nous pour cela le droit de croire que, de cette manière, et de cette manière seulement, nous atteindrons notre but, ou même que nous en approcherons de très près. Pour l'anatomie normale, c'est hors de doute. Quand, à une époque peut être encore éloignée, toutes les parties visibles du corps humain auront été exactement reconnues et bien décrites, quand, en outre, on connaîtra toutes les phases de l'évolution de l'homme suivie dans tous ses détails, quand nous serons à même de comprendre l'arrangement harmonique de notre corps de résoudre mécaniquement le « problème de notre forme corporelle, » alors l'anatomie normale aura rempli sa tâche, sans avoir eu besoin d'autre chose que de la pure technique anatomique. Car l'anatomie normale, fine ou grossière, est une science purement morphologique dotée de tout le charme captivant qu'exerce l'étude des formes organiques sur ceux qui s'y livrent avec zèle et amour. Mais si vous cherchez et espérez la satisfaction de ces goûts morphologiques, fuyez l'anatomie pathologique! Les formes les plus belles et les plus attrayantes sont pour la plupart détruites quand elles deviennent l'objet de l'examen anatomo-pathologique. Qui rapprocherait l'image d'une fibre musculaire chargée de graisse ou de calcaire de la striation incomparablement plus élégante de la fibre non altérée? Qui changerait l'impression, si agréable par la répétition des variations de son dessein, que produit une coupe transversale du rein, contre celle que font naître la trame conjonctive dévastée et les kystes stériles du rein contracté? Un œil morphologiquement constitué ne doit-il pas être blessé quand, au lieu du riche lacis anastomotique des cellules ganglionnaires, son regard rencontre un assemblage irrégulier de fibres et de noyaux, ou un détritus tout à fait amorphe, parsemé seulement d'énormes cellules à noyau. (*A suivre*).

Faculté de médecine de Paris.

Le *concours pour l'agrégation en chirurgie et accouchements* vient de se terminer par la nomination de MM. Terrillon, Humbert et Richelot, pour Paris ; Chalot, pour Montpellier; Heydenreich pour Nancy ; Puel, pour Lille; Poncet et Vincent pour Lyon (*section de chirurgie*). — MM. Pinard, pour Paris, et Herrgott, pour Nancy (*section d'accouchements*).

Les concours pour deux places de chef de clinique médicale et une place de chef de clinique obstétricale ont commencé le 15 juillet.

Concours de médecine. — Jury : MM. Charcot, Jaccoud, Lasègue, Peter, Potain. Les candidats sont MM. Balzer, Barié, Bourceret, Dreyfus-Brisac, Hutinel, Moutard-Martin, Alb. Robin et Tapret.

Concours d'accouchements. — Jury : MM. Gosselin, Broca, Depaul, Lefort et Guyon. Les candidats sont MM. Budin, Porak et Ribemont.

Société de médecine légale de France.

Règlement pour la session extraordinaire internationale du mois d'août 1878. — Article premier. — A l'occasion de l'Exposition universelle, la *Société de médecine légale de France* se réunira en session extraordinaire les 12, 13 et 14 août 1878.

Art. 2.— Les personnes étrangères à la Société qui voudraient prendre part aux travaux de cette session en feront la demande au bureau, en lui indiquant le sujet qu'elles se proposent de traiter et les conclusions qu'elles ont l'intention de tirer de leur travail. La réponse du bureau devra leur être transmise dans les cinq jours qui suivront la réception de la demande, qui devra être adressée au secrétaire général, 7, rue de Monsigny, à Paris.

Art. 3. — Les travaux de la session se composeront des matières qui font l'objet spécial de l'institution de la Société, c'est-à-dire de sujets relatifs à la science de la médecine légale et aux questions de droit qui s'y rattachent.

Art. 4. — Le programme définitif en sera arrêté par le bureau et publié avant le 1er août. Les membres de la Société et les personnes étrangères devront faire connaître au bureau le titre de leurs communications avant le 25 juillet, afin que l'ordre du jour de chacune des séances puisse être arrêté en temps utile et communiqué à tous les adhérents.

Art. 5. — Une communication ou un discours ne pourra durer plus de vingt minutes, à moins que l'assemblée, consultée, n'en décide autrement.

Art. 6. — Les séances se tiendront au palais des Tuileries (pavillon de Flore). Elles auront lieu à deux heures. Elles seront publiques pour les médecins, les avocats et les magistrats qui voudront bien y assister. Elles seront présidées par M. le docteur Devergie, président d'honneur de la Société. Le bureau, élu par la Société pour l'année 1878, continuera de remplir ses fonctions ; seulement, en raison des circonstances, deux secrétaires supplémentaires lui seront adjoints pour la durée de la session.

Art. 7. — Il n'est exigé aucune cotisation des membres adhérents.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard commenceront le jeudi 1er août, à 4 h. 1/2, un nouveau cours d'accouchement. Ce cours qui sera complet en deux mois, comprendra : 1re partie : Grossesse normale et pathologique. — 2e partie : Eutocie. — 3e partie : Opérations et Dystocie. — 4e partie : Exercices pratiques. — Pour les renseignements et pour s'inscrire, s'adresser, 29, rue Monsieur-le-Prince.

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. Pendant la semaine finissant le 18 juillet 1878, on a déclaré 878 décès, savoir : fièvre typhoïde, 10 ; rougeole, 9 ; scarlatine, 1, variole, 1 ; croup, 15 ; angine couenneuse, 28 ; bronchite 23 ; pneumonie, 35 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 31 ; choléra nostras » ; dysentérie, 3, affections puerpérales, 1 ; érysipèle, 1 ; autres affections aiguës, 254 ; affections chroniques, 373, dont 144 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 49 ; causes accidentelles, 42. — Les 878 décès ci-dessus donnent une proportion de 23.0 par 1,000 habitants et pour l'année.

Ecole préparatoire de Rennes. Concours. — Par arrêté en date du 12 juin 1878, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale s'ouvrira le 9 décembre 1878 à l'école préparatoire de médecine de Rennes.

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont nommés maîtres de conférences pour l'année scolaire 1877-1878 : MM. Masse, agrégé, anatomie et médecine opératoire ; Guillaud, agrégé, botanique pratique et histoire naturelle médicale.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Peter, maître de conférences à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé en outre, pour un an, chef des travaux du laboratoire de chimie à ladite Faculté. — M. Peter, chef des travaux au laboratoire de chimie, est nommé en outre préparateur de chimie. — Un concours pour une place de chef de clinique ophthalmologique aura lieu le 1er août 1878.

Faculté de médecine de Lille. — M. Huidiez, chargé d'un cours complémentaire d'ophthalmologie à la Faculté de Lille, est autorisé à se faire suppléer, pendant le second trimestre de l'année scolaire 1877-78, par M. le dr Cuignet.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Eugène Bagnerie est nommé aide d'histologie (emploi nouveau). M. Verneuil est nommé aide-préparateur de chimie en remplacement de M. Lambling, appelé à d'autres fonctions. — M. Veron est nommé préparateur de physique à la Faculté de Nancy, en remplacement de M. Fietta.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Cauchois, suppléant de pathologie et de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est institué, en outre, chef des travaux anatomiques à ladite école, pour une période de dix ans.

Herborisation. — M. le professeur Chatin, membre de l'Institut, fera sa prochaine herborisation le dimanche 21 juillet, dans la forêt de Rambouillet. Rendez-vous à la gare Montparnasse, pour le train quittant Paris à 8 heures (station du Perray).

Nécrologie. — M. le professeur Ehrman, doyen honoraire de la Faculté de Strasbourg et de Nancy, vient de mourir à l'âge de 86 ans. Après avoir soutenu, en 1812, une thèse de doctorat sur le bec de lièvre, il prit part aux dernières campagnes de l'empire en qualité de sous-aide. Rentré dans ses foyers il se livra à l'étude de l'anatomie. Nommé en 1821 prosecteur, puis chef des travaux anatomiques, il remplaçait, en 1827, Thomas Lauth comme professeur d'anatomie à Strasbourg. En même temps, il remplissait pendant quelques années les fonctions de médecin en chef de la maternité et faisait un service de clinique externe. On lui doit, outre plusieurs catalogues et notices sur le musée d'anatomie pathologique et normale de Strasbourg auquel il consacrait tous ses soins, différents mémoires. Citons entre autres un mémoire in-folio avec six planches sur les *polypes du larynx* (1850); un second sur la description de *fœtus monstrueux, acéphale* et *monopode*; un troisième sur diverses observations d'anatomie pathologique accompagnées de l'histoire des malades. Il était membre de l'Académie de médecine, de l'Institut et de plusieurs sociétés savantes étrangères. (*Revue médicale de l'Est.*) —

© BIU Santé

Nous apprenons aussi la mort du dr Durand, député du Rhône, qui vient de succomber à la suite de la rupture d'un anévrysme ou d'une attaque d'apoplexie.

M. Fordos, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, vient de mourir à l'âge de soixante-et-un ans.

Le Journal des conseillers municipaux, recueil pratique d'administration et de jurisprudence, à l'usage des membres des assemblées municipales, paraît tous les mois depuis le 31 janvier dernier. Voici le sommaire du numéro paru le 30 juin :

I. Consultations et réponses aux questions posées par les abonnés. — II. Du cumul des fonctions électives. — III. Des relations légales entre les communes et les fabriques d'église (2e article). — IV. Une question d'assistance communale. — V. De la dénomination des voies publiques. — VI. L'enseignement de l'hygiène dans les écoles primaires. — VII. Revue de la jurisprudence. — VIII. Informations municipales et administratives.

Prix de l'abonnement pour une année, formant un fort volume in-8 grand format, 8 fr. On s'abonne au bureau du journal, 85, rue des Martyrs, à Paris, et chez tous les libraires et éditeurs de journaux des départements.

—L'Ecole nationale et spéciale des Beaux-Arts vient de faire acquisition des premiers exemplaires de l'œuvre de M. Talrich, sa nouvelle méthode simplifiée pour l'enseignement de l'anatomie (myologie), étudiée sur quatre sujets, dont les originaux sont au palais du Champ-de-Mars, classe VIII, dans l'exposition même du ministère de l'instruction publique.

En vente au PROGRÈS MÉDICAL, 6, rue des Écoles.

Seguin (E.-C.). Planche permettant de figurer rapidement les lésions du cerveau et de la moelle, observées à l'autopsie. — Prix : 10 cent.

Sigerson. Note sur la paralysie vaso-motrice généralisée des membres supérieurs. Paris, 1874. In-8 de 19 pages, 50 cent.

Straus. (*Voir* Béhier.)

Tarnier. De l'influence du régime lacté dans l'albuminurie des femmes enceintes et de son indication.

Thagn (L.). Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la tuberculose. Grand in-8° de 112 pages, avec 2 planches en chromo-lithographie, 4 fr. 50. — Pour nos abonnés, 3 fr.

Thaon (L.). Clinique climatologique des maladies chroniques. — 1er fascicule ; phthisie pulmonaire. Un volume grand in-8 de 164 pages, avec 2 planches de tracés de température. Paris, 1877. Prix : 4 fr.; pour les abonnés, 2 fr. 75.

Teinturier (E.). Les Skoptzy, étude médico-légale sur une secte religieuse russe dont les adeptes pratiquent la castration. — Un joli volume in-12 orné de gravures représentant les différents modes de castration employés par ces fanatiques. — Prix : 1 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 1 fr.

Terrillon. Des troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques. In-8 de 22 pages, 60 cent. — Pour les abonnés du *Progrès*, 40 cent.

Terrillon. Contribution à l'étude des gommes syphilitiques du testicule ou sarcocèle gommeux. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés, 35 cent.

Trélat (U.). Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital de la Charité (1875-1876), recueillies et rédigées par A. Cartaz. Paris, 1877. In-8 de 127 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

Uspensky. Quelques remarques sur les théories de l'ataxie locomotrice progressive. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés, 70 cent.

Villard (F.). De l'aphasie ou la perte de la parole et de la localisation du langage articulé, par le Dr Batman, traduit de l'anglais par F. Villard. Un volume in-8° de 128 pages. Paris, 1870. Prix : 2 fr.; pour les abonnés, 1 fr. 25.

Abadie. Sur la valeur séméiologique de l'hémiopie dans les affections cérébrales. In-8 de 12 pages. 0 fr. 40 c. — Pour les abonnés du *Progrès*, 30 cent.

Balzer (F.). Contribution à l'étude de la Broncho-Pneumonie, in-8 de 84 pages, orné d'une planche en chromo-lithographie. — Prix : 2 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 75.

Béhier. Etude de quelques points de l'urémie (clinique, théories, expériences), leçons recueillies par H. Liouville et I. Straus. In-8 de 24 pages. 60 cent. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 40 cent.

Béhier. De la pellagre sporadique. Leçons faites à l'Hôtel-Dieu en 1873, recueillies par Liouville (H.) et Straus (I.). Paris, in-8 de 24 pages, 60 cent. — Pour les abonnés du *Progrès*, 40 cent.

Besson (I.). Dystocie spéciale dans les accouchements multiples. Vol. in-8 de 92 p. — Prix : 2 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 25.

Bétous (I.). Etude sur le tabes spasmodique. In-8 de 48 pages. 1 fr. 50 — Pour les abonnés, 1 fr.

Librairie J.-B. BAILLIERE et fils, 19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

Cuyer (E.) et Kuhff (G. A.). — Le corps humain, structure et fonctions, formes extérieures, régions anatomiques, situation, rapports et usages des appareils et organes qui concourent au mécanisme de la vie, démontrés à l'aide de planches coloriées, découpées et superposées, dessins d'après nature par Edouard Cuyer, livraisons petit in-4°.

1re Livraison. — Pl. I. Du corps humain. — Pl. II. Tronc et cavité thoraciques. — Pl. III. Tronc (face postérieure). Pages 1 à 64.

2e Livraison. — Pl. IV. Tronc (face latérale). — Pl. V. Cavité abdominale. — Pl. VI. Tête (faces antérieure et postérieure). Pages 65 à 112. — Prix de chaque livraison, 7 fr. 50.

Rafinesque (F.-G.). — Etudes sur les invaginations intestinales chroniques. Paris, 1878, 1 vol. in 8 de 282 pages avec tableaux statistiques et une planche lithographiée.

Librairie Louis LECLERC, O. BERTHIER, successeur, 104, boulevard Saint-Germain.

Doutrebente. — Des différentes espèces de rémissions qui surviennent dans le cours de la paralysie générale progressive. Paris, 1878, brochure in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr.

Librairie G. MASSON, boulevard Saint-Germain et rue de l'Eperon.

Bitot. — Essai de stasimétrie ou de mesure de la consistance des corps organiques mous (étude de la consistance du corps vitré). Paris, 1878, brochure in-8 de 21 pages.

Latapie (J.). — Nouveau système de ventilation des hôpitaux et moyen pratique d'arrêter la propagation des maladies contagieuses épidémiques. Lourdes, 1878, brochure in-12 de 32 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Publications étrangères.

Obissier (H.). — Du traitement des adénites suppurées du cou. Bordeaux, 1878, brochure in-8 de 42 pages.

Mazzoti (L.). — Delle nuove Formazioni epiteliali dei condotti biliferi. Bologna, 1878, brochure in-8 de 43 pages avec une planche noire après le texte.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés dont l'abonnement est terminé depuis le 30 juin que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le 25 juillet, augmentée* D'UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous leur rappelons que le* MEILLEUR MODE DE PAIEMENT *pour eux et pour nous consiste en l'envoi d'un mandat sur la poste.*

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. — Clinique infantile : M. Archambault, vendredi, à 8 heures. — M. Bouchut terminera ses démonstrations de *cérébroscopie et d'ophthalmologie médicale*, le 7 août, à 9 heures du matin.

Hôpital de Lourcine. — Pathologie générale de la syphilis : M. Cornil, mardi, à 9 heures 1/2.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Lailler. Mercredi, consultation

Vin de Catillon à la Glycérine ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans constipation et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, anémie, chlorose, diabète*, etc.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de migraine venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon

0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre de diluer la créosote, ce qui est une condition essentielle de ses succès dans la phthisie. Grâce à sa solubilité le titre de cette préparation a pu être élevé à 0 gr. 20 par cuillerée. Cette dose, délayée dans un verre d'eau rougie, lui donne la saveur d'un vin coupé d'eau de goudron un peu forte et se prend sans plus de difficulté.

Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

externe à 8 h. 1/2. — Vendredi, clinique au lit des malades. — Samedi, consultation externe et traitement des teignes.

Service de M. Vidal. Lundi, leçon clinique à 9 h. 1/2. — Mercredi, traitement du lupus et des nœvi-materni par les scarifications. — Jeudi, consultation externe, à 9 h. — Vendredi, examen des malades entrants et clinique au lit des malades

Service de M. Hillairet. Mardi, consultation externe, à 9 h. — Jeudi, clinique dermatologique, à 9 h. — Samedi, conférence au musée pathologique.

Service de M. Guibout. Lundi, traitement des affections utérines ; examen au spéculum. — Vendredi, consultation externe, à 9 h. — Samedi, examen des nouveaux.

Service de M. Fournier. Lundi examen des malades entrants. — Vendredi, conférence clinique, à 9 h. 1/2. — Samedi, consultation externe.

Service de M. Besnier. Ordre des travaux : Lundi, à 9 h., consultation externe. — Mardi, à 8 h., visite des nouveaux. — Mercredi, à 9 h., conférence clinique. — Jeudi, à 8 h. 1/2, policlinique. — Vendredi, à 8 h. 1/2, étude au musée pathologique. — Samedi, à 8 h. 1/2, revue des malades en traitement; opérations dermatologiques.

Service de M. Duplay. Visite des malades tous les matins à 8 h. 1/2.— Consultation externe le mardi, le jeudi et le samedi. Le jeudi, leçons cliniques à l'amphithéâtre et opérations.

Service de M. Péan. Consultation externe le lundi, le mercredi et le vendredi. — Visite des malades tous les jours, à 9 h. — Le samedi, leçons cliniques à l'amphithéâtre et opérations.

Hôpital de la Pitié. — *Médecine.* Le jeudi matin à 9 heures, examen au spéculum des malades de la ville. Le samedi matin, examen au spéculum des malades du service. — Salle du Rosaire : 3, fièvre typhoïde ; 5, rétroversion ; 17, chancre du col ; 16, rétrécissement mitral ; 22, fissure à l'anus ; 35, fibromes utérins ; 40, périty phlite. — Salle Saint-Athanase : 1, mal de Pott ; 8, fièvre typhoïde ; 24, pneumonie ; 37, ictère ; 39, rhumatisme articulaire ; 54, encéphalopathie saturnine. — Salle Sainte-Claire : 6, intoxication saturnine aiguë ; 9, névrite radiale a frigore ; 13, carcinome utérin ? aortite ; 16, paralysie faciale ; 17, névralgie trifaciale ; 24, coliques hépatiques, angiocolite ; 29, hystérie ; 33, rétrécissement et insuffisance mitrales ; 46, aortite. — Salle Saint-Benjamin : 7, affection cardiaque, lésion mitrale ; 8, angine herpétique ; 9, pleuro-pneumonie ; 16, affection cardiaque, lésion mitrale ; 17, paralysie radiale ; 27, rhumatisme articulaire aigu, endocardite. — Salle Notre-Dame : 3, épithélioma du col, accouchement normal ; 25, grossesse, phlegmon du ligament large ; 29, chorée hystérique ; 30, hématocèle rétro-utérine ; 31, fièvre continue ; 42, corps fibreux sous-péritonéaux ; 45, insertion vicieuse du placenta. — Salle Saint-Michel : 4, pleurésie ; 7, emphysème, dilatation du cœur droit ; 16, insuffisance aortique ; 21, péritonite tuberculeuse ; 26, pleurésie tuberculeuse ; 27, hémorrhagie cérébrale, aphasie, contractures secondaires ; 35, typhlite et périty phlite.

Service de M. Dumontpallier. — Salle Sainte-Eugénie : 5, rhumatisme blennorrhagique ; 6, phthisie aiguë ; 7, ataxie locomotrice ; 18, hystéro-épileptique ; 27, kyste de l'ovaire. — Salle Saint-Raphaël : 16, occlusion intestinale ; 20, paralysie saturnine ; 25, rétrécissement mitral ; 33, pleurésie aiguë. — Salle Sainte-Marthe : 42, tuberculose pulmonaire, accès épileptiformes ; 32, spermatorrhée ; 53, hernie du poumon ; 39, rhumatisme articulaire aigu, endo-péricardite ; 24, fièvre intermittente ; 22, rétrécissement mitral. — Salle Sainte-Geneviève : 1, épithélioma de l'utérus ; 6, hystérie, tympanite ; 26, cancer de l'estomac ; 38, pleurésie droite, thoracentèse ; 14, névralgie du maxillaire inférieur ; 19, cystite ; 17, fièvre typhoïde ; 16, rhumatisme articulaire, 3e rechute.

Chirurgie. Service de M. Polaillon. — Salle Saint-Gabriel : 2, abcès ossifluent de la jambe ; 6, fracture de la base du crâne, paralysie du moteur oculaire externe, paralysie faciale, perforation du tympan, guérison ; 10, bourse séreuse accidentelle suppurée ; 13, phlegmon du plancher de la bouche ; 17, calcul vésical ; 20, phlegmon de la main ; 24, fracture du sternum ; 25, hernie de la ligne blanche ; 37, hernie inguinale étranglée, kélotomie, guérison ; 38, fracture de l'extrémité inférieure du fémur ; 39, fracture compliquée de jambe ; 42, kyste du périnée. — Salle Saint-Jean : 2, plaie de la cornée ; 5, épithélioma de la cuisse gauche ; 6, gomme de l'extrémité interne de la clavicule ; 9, arthrite blennorrhagique ; 14, mammite ; 20, gommes périostiques des deux clavicules et de l'avant-bras ; 21, gomme suppurée de l'aine.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE — ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. — PILULES 20 cent. p. pilule.

FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — Paris.

Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

QUINOIDINE D'EMILE DURIEZ

Mémoire a l'Académie de Médecine. — Séance du 21 mai 1878.

Remplace les préparations de Quinquina et le Sulfate de quinine. Même efficacité.—Economie de 80 pour 100.

10 gr. en 100 dragées : 4 fr. PARIS, 20, place des Vosges. 2 gr. en 20 dragées : 1 fr.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DE DUCRO

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, Anémie, Convalescence.

Gros : Paris, 20, place des Vosges.—Détail : Toutes les Pharmacies.

EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE

RAKOCZY DE BUDE

La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.

25 gram. de Sulfate de Magnésie } par litre.
20 gram. de Sulfate de Sodium }

EXIGER RIGOUREUSEMENT L'ÉTIQUETTE BLEUE

EN VENTE AU DÉPÔT GÉNÉRAL :

8, Rue de la Chaussée d'Antin, Paris

ou chez tous les Marchands d'Eaux minérales et Pharmaciens de Paris et de Province.

DRAGÉES BLOT au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opiat,* Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à Toulouse : toniques, dépuratives, anti-blennorragiques, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires,* catarrhe vessie. Bte 4f, fco 4.20.

Pour éviter imitation exiger : Eug. Blot Pharm. dipl.

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

M. GALLEPIE, pharmacien, *30, rue Monge,* fera une remise spéciale à MM. les étudiants, sur les **Dragées Blot** et sur tous les médicaments en général.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

A vendre ou à louer de suite une maison occupée actuellement par un médecin qui désire en même temps céder sa clientèle. Facilités de paiement. S'adresser à M. Nicoleau, médecin à Nieul-le-Dolent (Vendée).

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan, par le Dr C. Miot, in-8 de 56 pag. orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix : 1 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès,* 1 fr.

Iconographie Photographique de la Salpêtrière, par Bourneville et Regnard, paraissant tous les mois par livraison de 8 ou 16 pages de texte et 4 photographies. — 12 livraisons sont en vente et forment le premier volume. — Prix : 3 fr. la livraison, 32 fr. le volume complet. — Pour *les abonnés* du *Progrès médical,* 2 fr. la livraison ; le volume 20 fr. — La 3e et la 4e livraisons du 2e volume viennent de paraître.

Essai de topographie cérébrale par la cérébrotomie méthodique, par Bitot, père. — Conservation des pièces normales et pathologiques par un procédé particulier. In-8e avec 7 figures dans le texte et 7 planches en photographie. — Prix : 12 fr.; pour les abonnés, 9 fr.

CROISIC (Loire-Inférieure)

ÉTABLISSEMENT DES BAINS DE MER

de vapeurs térébenthinées, etc.; Hydrothérapie marine. Traitement spécial et héroïque, des affections des os et des engorgements chroniques de la matrice, des maladies nerveuses et rhumatismales. — Guérison de la scrofule à tous ses degrés par les Eaux-mères.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine.* (1 mill. par cuil.)

Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.

LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 30. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 27 JUILLET 1878

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Sur un nouveau procédé de métallothérapie externe.

Par le Dr R. VIGOUROUX.

Dans une note lue à la *Société de Biologie* au mois de ~~décembre~~ dernier, je me suis occupé, entre autres sujets, de ce que l'on pourrait appeler la question des plaques superposées. J'avais constaté que, dans les applications métalliques dont les effets ont été signalés par M. Burq et étudiés par la commission de la *Société de Biologie*, l'adjonction d'un second métal changeait totalement la marche des phénomènes. Voici en quels termes je formulais le résultat de mes observations : « Supposons que l'on détermine chez une malade la succession connue des phénomènes métalloscopiques, en lui appliquant une plaque du métal *auquel elle est sensible* (terme consacré); alors si, à cette plaque, on en superpose une seconde d'un métal auquel la malade *ne soit pas sensible*, les alternatives habituelles d'apparition et de disparition de la sensibilité cessent d'avoir lieu ; *le phénomène est fixé dans la phase où il se trouve* ». C'est-à-dire que, si au moment où l'on ajoute la seconde plaque, la première a déjà produit soit la sensibilité, soit l'anesthésie, celles-ci persistent aussi longtemps que dure la double application. J'ai vu se prolonger pendant une semaine et au-delà ces phénomènes ordinairement fugaces; ils disparaissaient presque instantanément dès qu'on enlevait la seconde plaque.

Ainsi que je l'ai dit dans la note citée, M. Dumontpallier m'a suggéré l'idée de mettre la seconde pièce, que j'appellerai neutre, non plus sur la première, mais à une certaine distance de celle-ci, directement sur la peau. Le résultat a été le même que dans la superposition. Nous verrons plus loin l'importance de ce fait.

Pour le dire en passant, cette influence d'un métal incapable d'agir seul, sur l'apparition et la marche des effets habituels du métal actif, montre à quelles erreurs on s'expose lorsqu'on pratique simultanément ou à court intervalle, l'essai de plusieurs métaux. Ce n'est pas d'ailleurs la seule cause de confusion dont on ait à se garder dans l'examen métalloscopique d'un malade. Je me propose d'insister sur ce sujet dans une autre occasion. Revenons aux plaques superposées.

Cette démonstration de la possibilité de prolonger à volonté tel ou tel effet des applications métalliques fut quelque temps après utilisée de la façon la plus heureuse par M. Burq. Une jeune malade de la ville, dont l'hystérie avait résisté à divers traitements, fut guérie par la simple application d'une plaque d'argent (métal auquel elle était sensible) recouverte d'une plaque de melchior. J'ai eu le plaisir d'être témoin de ce fait dont les détails ont été communiqués par M. Burq à la *Société de Biologie*.

D'autre part, je lis dans le n° 28 du *Progrès médical* que M. Abadie, à l'imitation, dit-il, de M. Burq, vient d'obtenir un succès égal en employant une lame de cuivre recouverte d'une lame de zinc. Il s'agissait d'une hystérie locale.

Il semble, par conséquent, que les propriétés des plaques superposées aient une certaine importance pratique. Je crois donc à propos d'indiquer un procédé thérapeutique très-simple basé sur ces propriétés. Mais, auparavant, je rappellerai un point essentiel : pour que l'on puisse observer les effets des pièces superposées, il faut que le malade soit sensible à l'un des deux métaux et ne le soit pas à l'autre. Cette condition ne peut être vérifiée qu'au moyen d'un examen métalloscopique complet, c'est-à-dire assez long pour peu qu'il soit fait méthodiquement.

Voici le fait sur lequel est fondé le procédé en question : on sait maintenant que les métaux ne sont pas les seuls agents capables de provoquer les phénomènes décrits par M. Burq. Il a été montré : par M. Regnard que le courant galvanique dans certaines conditions d'intensité; par M. le professeur Charcot et moi que l'aimant et l'électricité statique, sans parler d'autres moyens indiqués dans la note citée, peuvent être substitués aux métaux et donner des résultats identiques. Or, si après avoir, par l'un de ces moyens, ramené la sensibilité ou produit l'anesthésie dans une partie du corps, on applique sur cette partie un métal que l'essai métalloscopique aura montré être inerte, cette sensibilité ou cette anesthésie dure sinon indéfiniment, du moins beaucoup plus longtemps que si on ne l'avait pas appliqué. Les choses se passent alors exactement comme dans le cas où après avoir fait agir une plaque du métal spécial au malade, on pose sur la peau, à quelque distance de la première, une plaque d'un métal neutre. On voit ici la portée de l'observation de M. Dumontpallier.

Exemple : Je fais monter sur le tabouret isolant une malade atteinte d'hémianesthésie du côté *droit*. Sous l'influence du simple bain électrique on voit en quelques minutes l'hémianesthésie et l'achromatopsie passer au côté gauche, puis disparaître. Alors je fixe sur le bras droit de la malade (sensible à l'étain) une pièce de laiton grande comme un bouton d'habit. Le lendemain l'anesthésie cutanée et l'achromatopsie sont revenues, mais *à gauche*.

Chez une autre, affectée d'anesthésie totale, la sensibilité ramenée par le même moyen, ne persiste habituellement que peu de minutes après l'opération. Une plaque de laiton placée sur chaque bras (la malade est sensible au zinc) maintient la sensibilité tout le reste de la journée et la malade est avertie de sa disparition par une sensation spéciale d'abattement. Chez une autre, une petite plaque de cuivre doré (sensibilité or) maintient la sensibilité dans les parties voisines pendant huit jours; l'anesthésie reparaît immédiatement et sans retour après l'enlèvement de la plaque. L'expérience a été répétée avec le même résultat quelque temps après.

Je pourrais multiplier ces exemples. Il est probable qu'en employant des plaques plus grandes ou plus nombreuses on obtiendrait des effets plus marqués. J'ai aussi lieu de penser que, par la répétition de l'expérience à intervalles rapprochés, les résultats deviendraient de plus en plus persistants.

Je crois avoir suffisamment établi la possibilité de prolonger à volonté, au moyen d'une simple plaque de métal, l'action de l'électricité, de l'aimant, etc., aussi bien que celle des métaux. On voit dès lors en quoi consiste le procédé : 1° provoquer, à l'aide de l'aimant, de l'électricité statique ou galvanique, etc., le phénomène que l'on veut rendre permanent; 2° dès que ce phénomène a atteint une intensité suffisante, appliquer sur la région qui en est le siége, une plaque de métal (neutre au point de vue métalloscopique) qu'on laisse à demeure.

On peut facilement se dispenser de faire un examen régulier pour trouver un métal neutre. Il suffit d'appliquer un des métaux que l'expérience a désignés comme n'agissant que dans des cas très-rares. Pour plus de sûreté, on peut appliquer deux de ces métaux. Il faudrait alors, pour ne pas réussir, du premier coup, que le malade se trouvât pourvu à la fois de deux sensibilités métalliques exceptionnelles.

J'insiste sur ce point, qu'il est facile de rendre ainsi permanente non seulement la sensibilité générale ou spéciale, mais aussi l'anesthésie ou l'amyosthénie. Cela pourra être

© BIU Santé

utilisé dans le traitement de certaines manifestations locales de l'hystérie, si l'on emploie la méthode que M. le professeur Charcot et moi venons d'appliquer avec succès dans un cas de paralysie avec contracture. Cette méthode consiste à créer dans la partie similaire un état semblable à celui qu'il s'agit de faire disparaître ; d'où il résulte une sorte de transposition de l'affection ancienne, tandis que l'affection provoquée cède ensuite avec facilité. Les détails de ce fait seront prochainement publiés ; je ne l'ai mentionné que pour montrer une des applications possibles du procédé.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — **M. ARCHAMBAULT.**

Des convulsions (1).

Leçon recueillie par PETEL, interne.

Messieurs,

Pour bien comprendre l'*étiologie*, ou, si vous le voulez, le degré de facilité avec lequel les convulsions peuvent se produire, il faut absolument tenir compte de deux facteurs : 1° De la sensibilité, de l'impressionnabilité du centre excito-moteur ; 2° Des causes qui mettent en jeu cette impressionnabilité. Tout ce qui peut engendrer, favoriser le développement de la surexcitabilité du centre excito-moteur constitue *une cause prédisposante* ; les circonstances qui provoquent l'explosion du mouvement désordonné sont des *causes occasionnelles*. Vous avez ainsi la clef de l'étiologie des convulsions.

Age. — Les convulsions sont fréquentes chez les tout jeunes enfants surtout, parce que chez eux le système spinal prédomine sur le système cérébral. L'influence de cette condition va en diminuant, à mesure que l'enfant s'éloigne de la naissance. C'est pendant la première et la seconde année que se voient le plus souvent les convulsions et particulièrement celles classées sous le nom de convulsions essentielles ou éclamptiques.

Plus tard, leur fréquence est moindre. A 6 ou 7 ans, on ne voit plus guère que les convulsions sympathiques et surtout celles que l'on décrit sous le nom de symptomatiques ; c'est-à-dire qu'il faut à cet âge, déjà, des causes d'excitation puissantes pour mettre en mouvement un centre moteur dont l'impressionnabilité a diminué d'une manière considérable, par le fait de l'âge seul.

Hérédité. — La prédisposition générale due à l'âge est singulièrement augmentée par l'influence héréditaire. Si tous les petits enfants sont plus que les adultes disposés aux convulsions, ils le sont bien plus lorsqu'ils sont nés de parents nerveux eux-mêmes. Il n'est pas nécessaire que les parents aient eu des convulsions dans leur enfance, mais qu'ils aient été nerveux, qu'ils aient été atteints d'une névrose. L'alcoolisme chez les parents paraît aussi prédisposer les enfants aux convulsions. On en a dit autant des diathèses en général, mais il n'y a là rien de démontré. Ce qui est certain, c'est qu'on voit des familles où l'on peut expliquer par l'hérédité, la facilité avec laquelle les enfants ont des mouvements convulsifs. C'est dans ces conditions que tous les enfants de la même famille sont atteints de convulsions, tandis que dans un très-grand nombre d'autres, on n'en observe pas un seul cas. Les livres sont pleins d'observations de ce genre. Le sexe n'a aucune influence. Il n'en est pas de même de la santé générale. On dit et l'on croit en général dans le public que les convulsions frappent surtout les enfants gros et forts ; c'est le contraire qui s'observe. Les enfants blonds, pâles, un peu faibles, ceux qui ne sont pas bien alimentés, qui sont sujets à la diarrhée m'ont paru avoir des convulsions beaucoup plus souvent que les enfants vigoureux et bien nourris. Chez ceux-ci, les causes occasionnelles ont besoin d'agir plus fortement pour mettre le pouvoir excito-moteur en mouvement.

(1) Voir le n° 29.

Les causes occasionnelles sont si nombreuses qu'on parvient difficilement à les mentionner toutes, même en les classant le mieux possible.

Quand vous êtes en présence d'un enfant atteint de convulsions, il faut toujours que vous cherchiez soit dans le cerveau, soit à la périphérie ; ou dans certaines conditions pathologiques, les causes provocatrices, les causes occasionnelles des mouvements convulsifs.

Les *causes cérébrales* sont ou fonctionnelles ou matérielles. Parmi les premières, il faut compter la frayeur, une émotion brusque, etc. Parmi les secondes, les tubercules cérébraux qui ne se voient pas fréquemment dans les deux premières années, moins encore que la méningite tuberculeuse, l'hémorrhagie méningée, la congestion cérébrale et la condition inverse, etc. Les attaques de convulsion que l'on observe dans la coqueluche paraissent bien dues à la congestion passive provoquée par les quintes. Mais, en dehors de ces conditions, il n'est pas prouvé que la congestion joue le rôle qu'on lui attribue et au lieu d'être primitive et cause, elle pourrait bien n'être que secondaire et effet.

Vous parlerai-je des convulsions par imitation, je n'en ai jamais vu d'exemple. On peut en admettre chez des enfants déjà grands, mais en général, ce n'est pas sous la forme généralisée éclamptique qu'elles se montrent et l'imitation ne doit jamais être que très-grossière.

Les *causes périphériques* sont si nombreuses qu'il faut renoncer à les énumérer toutes, et je vous parlerai seulement des plus incriminées. La dentition ; il n'est pas douteux que cette condition favorise, provoque, même souvent, l'explosion des convulsions chez les petits enfants de 6 mois à deux ans. L'importance qu'on lui attribuait était si grande qu'elle a paru excessive et qu'il s'est produit une sorte de réaction. On a été presque jusqu'à vouloir lui refuser aucune action.

Je ne puis partager cette dernière manière de voir. J'ai si souvent vu des petits enfants avoir des attaques convulsives pendant l'éruption des divers groupes de dents, que je crois que l'irritation, la douleur dues à la pousse de la dent sont des causes suffisantes pour exciter l'axe spinal et donner lieu aux convulsions et qu'elles provoquent souvent cet effet.

Je vous ai dit que les enfants sujets à la diarrhée avaient plus souvent des convulsions que ceux qui digèrent et se nourrissent bien. Généralement et sans que je voie cette croyance justifiée par la pratique, on redoute beaucoup les constipations. Probablement cette diarrhée et les convulsions tiennent-elles à la même cause, surtout chez les petits enfants. Ceux qui reçoivent une alimentation grossière pour leur âge, auxquels on donne des aliments féculents trop tôt, ou en n'ayant pas le soin de les préparer d'une manière convenable sont sujets aux coliques, aux flatuosités, à la diarrhée et aussi aux convulsions, pour peu qu'ils y soient prédisposés. Dans ce cas l'aliment joue dans l'intestin le rôle de corps irritant, provoque directement les dérangements gastro-intestinaux et par action réflexe, les troubles de la motilité. Le lait lui-même, pour peu qu'il soit mal digéré, qu'il chemine le long de l'intestin en grumeaux qui ne sont autre chose que de la caséine coagulée, peut produire et produit souvent les effets ci-dessus. On a cité des cas où le lait d'une nourrice qui avait fait une grande course, qui s'était mise en colère avant de donner à téter, pouvait donner lieu à des convulsions. Qu'est-ce à dire? Y a-t-il là quelque chose d'inexplicable ? Nullement. On peut très-bien admettre que dans de telles conditions le produit de la sécrétion lactée ait été modifié et soit devenu indigeste. Cela doit être, même, dans de certaines proportions. Que l'enfant auquel ce lait est administré soit fort jeune, très-excitable et il n'en faudra pas plus pour faire éclater des convulsions.

J'ai vu trois enfants sur quatre, nés d'une femme qui avait la triste habitude de boire, être atteints de convulsions pendant qu'elle les allaitait, était-ce, dans ce cas, à la prédisposition héréditaire seule ou aux mauvaises conditions de l'allaitement qu'il fallait, dans ce cas, rapporter

© BIU Santé

les phénomènes convulsifs. Une particularité tendrait à incriminer l'allaitement, c'est que sur mon conseil, cette femme ayant mis, pour d'autres raisons que la crainte des convulsions, un quatrième enfant en nourrice, celui-là seul n'eut pas de convulsions. Je vous livre cette observation pour ce qu'elle vaut, car je sais bien que si l'alcoolisme maternel a permis le libre et plein développement de l'enfant pendant la période intra-utérine, il est étrange que par la voie de l'allaitement il ait eu la conséquence que j'ai supposée.

De tout ce que je viens de dire, quelles conclusions convient-il de tirer? C'est que tout ce qui peut troubler la digestion est capable de donner des convulsions, et que, rien qu'à ce point de vue seul, et il en est bien d'autres, l'alimentation du jeune enfant doit être l'objet d'une sollicitude dont le médecin ne peut se désintéresser, qu'il doit manifester en toute circonstance. En agissant ainsi il se fera peut-être traiter un peu ironiquement de père nourricier. J'ai entendu dire, assez irrévérencieusement, à une femme d'esprit d'ailleurs, parlant d'un de mes maîtres : Ah! ce cher docteur, quelle bonne nourrice il ferait s'il avait du lait. La même personne me disait : c'est au docteur que j'ai confié la police de ma *nursery*; quand il s'y passe quelque chose de travers, il est rare qu'il ne sache pas le découvrir. Il y a peu de temps encore j'étais demandé, pendant la nuit, pour un beau bébé que j'aime beaucoup et que je ne croyais pas devoir être atteint facilement de convulsions, tant je le savais solide et calme. En faisant le trajet en voiture avec le domestique, j'appris de lui que le soir même l'enfant se portait très-bien, qu'il avait bien mangé sa petite soupe et qu'à l'office même il avait mangé de celle de la nourrice: c'était trop. En faisant mon examen, je demandai à voir les linges où avaient été reçues des matières vomies et qu'y trouvai-je? Des fragments de carotte mélangés à d'autres matières alimentaires. Il n'y avait point de doute pour moi sur la cause occasionnelle. Je jugeai le cas sans gravité. Je ne fis qu'une recommandation : ne donner à l'enfant, qui tendait à revenir à lui, que de l'eau sucrée en attendant qu'il manifestât un désir pressant de téter et encore recommandai-je de ne pas le laisser téter longtemps pour les premières fois. Il aurait fort bien pu survenir, pour la moindre cause, de nouveaux mouvements convulsifs; car, suivant moi, les convulsions appellent les convulsions, c'est-à-dire que l'excitabilité de l'axe spinal étant mise en branle par une cause occasionnelle relativement puissante, une beaucoup plus légère peut avoir la même influence. D'autres fois vous trouverez, dans cet ordre de causes, que l'enfant a mangé des fraises, des cerises, qu'il a détaché d'une pomme ou d'une poire qu'on lui donnait plus pour le distraire que pour qu'il en mangeât, des fragments qui n'ont pas été digérés. Ces infractions au régime convenable, vous seront le plus souvent dénoncées par les parents, mais plus souvent encore vous les découvrirez par l'examen des matières vomies ou des garde-robes. C'est ici l'occasion de vous recommander de ne jamais omettre de vous faire présenter les couches d'un jeune enfant qui est souffrant. Sans doute ce petit commerce d'investigation dans les matières rejetées, d'examen des langes, ce soin minutieux qu'exige dans tant de cas la pratique médicale chez les enfants, paraissent bien minime et de peu d'importance comparés à ce qui se passe dans la pratique de la grande chirurgie, par exemple, et même dans la médecine appliquée aux adultes, mais ce qui doit les relever à vos yeux, c'est qu'avec leur aide vous sauverez, dans votre carrière, autant de vies humaines, si ce n'est plus, que le chirurgien le plus habile, que le médecin d'adulte le plus justement célèbre, et c'est là le but par excellence de l'art de guérir.

Je ne vous indiquerai qu'une faible partie des causes dont le point d'application est dans l'intestin, mais je ne puis quitter ce sujet sans vous parler des vers intestinaux. Tous les maux de l'enfance leur étaient autrefois attribués; aujourd'hui, on tend à les regarder comme des hôtes indifférents; c'est aller un peu trop loin dans une réaction juste. Ils sont certainement, dans un bon nombre de cas, l'occasion de phènomènes convulsifs.

Vous pourrez lire entre autre un intéressant mémoire de Legendre sur les accidents épileptiformes causés par le tœnia dans les archives générales de médecine. A Paris, nous ne voyons pas de convulsions dues à cette cause, par la raison simple que les enfants y ont peu de vers. Même dans les pays où il y en a beaucoup, on ne doit pas s'enquérir de leur existence chez un enfant nourri exclusivement au sein, par la raison également simple qu'il ne peut, dans cette condition, avaler les œufs ou les germes, sans lesquels le développement du parasite ne se comprend pas. Ce n'est qu'à l'âge où l'enfant prend part à l'alimentation commune, boit de l'eau, qu'on le voit avoir des vers. Mais, alors, il en a plus que l'adulte, placé, en apparence dans les mêmes conditions que lui. Je dis, en apparence, car il y a de grandes différences dans la manière de vivre de l'un et de l'autre. L'adulte boit souvent du vin, de l'eau-de-vie, des liqueurs fortes, prend des mets fortement épicés ; dans certaines campagnes, les adultes mangent, avec leur pain, des oignons, de l'ail; dans quelques régions vignobles, il est d'usage, pour la majeure partie de la population masculine, de prendre le matin, à jeun, un verre de vin, et cela s'appelle *tuer le ver*, expression très-vraie et qui n'est pas née par hasard. Toutes ces conditions ne sont pas faites pour favoriser le développement des helminthes et pour leur rendre agréable le séjour de l'intestin. Chez les enfants, les jeunes surtout, les conditions ci-dessus se trouvent éloignées par le fait de la simplicité du régime auquel ils sont soumis, et c'est là ce qui explique la paisible et sûre éclosion des œufs d'helminthes et l'abondance de ceux-ci. Je vous disais donc que les vers intestinaux sont la cause de convulsions, et j'en ai vu de dues à toutes les espèces. Mais, je veux vous citer un exemple de l'influence de l'espèce la plus vulgaire, du lombric ; cet exemple, vous donnera une idée de l'importance qu'il y a à tout observer dans certaines circonstances. Je fus appelé, au milieu de la nuit, à l'hôtel du Louvre, pour voir des enfants qui, me disait-on, étaient très-malades ; effectivement, j'en trouvai un, âgé de 4 à 5 ans, en proie à une véritable attaque d'éclampsie ou de convulsions épileptiformes, si vous voulez ; un, plus âgé d'un an ou deux, vomissait, allait en diarrhée, avait les yeux excavés, les mains un peu refroidies ; il ressemblait assez à un cholérique. Le troisième, plus vieux de quelques années, se plaignait seulement de coliques vives. J'étais sur le point de me laisser gagner par l'ahurissement de toute la famille, sans avoir de diagnostic, j'allais porter un pronostic grave ; mais, je restai là quelques instants, et, dans une garde-robe rendue avec force coliques, par l'enfant qui avait la diarrhée, je constatai plusieurs grands lombrics encore vivants. Je n'hésitai pas à attribuer tous les accidents, observés chez les enfants, à la présence des lombrics et j'instituai le traitement suivant, à celui qui avait une attaque éclamptique : je fis respirer du chloroforme, et aussitôt que ce fut possible, j'administrai une dose de santonine qui devait être renouvelée le matin. Aux deux autres, je fis également prendre de la santonine, prescrivant, en même temps, une potion avec 10 grammes de sirop diacode et 15 gouttes d'éther, dans le double but de calmer les coliques et d'agir sur les lombrics par l'éther. Ces enfants devaient reprendre une nouvelle dose de santonnie six heures après la première. Le traitement eut pour les trois un plein succès, et ils rendirent un nombre vraiment prodigieux de lombrics, après quoi tous les accidents se calmèrent. C'était bien probablement les vers intestinaux qui expliquaient tous les troubles, mais, comment se faisait-il qu'ils fissent sentir leur action sur les trois enfants en même temps? Voici l'explication à laquelle je me me suis arrêté, je vous la livre pour ce qu'elle vaut : cette famille venait d'une partie de l'Amérique du Sud où il y a beaucoup de lombrics, par un paquebot anglais, qui avait renouvelé son eau et ses vivres au port de départ : pendant la traversée les enfants avaient eu la nourriture simple du bord, le *Plain food* des Anglais, jusqu'au port de débarquement, d'où ils étaient partis la

© BIU Santé

veille pour se rendre à Paris. Arrivés ici, on avait naturellement bu de notre eau qui est très-bonne, mais un peu laxative, de plus on avait dîné au restaurant, pris des glaces, en un mot, vécu comme font les étrangers qui arrivent chez nous pour leur agrément, et les enfants avaient été admis à cette nouvelle manière de vivre; et sous son influence, je pense que les vers intestinaux étaient entrés en mouvement et avaient, chez chacun des enfants, produit les accidents que j'observais, tant directement que par action réflexe.

Si nous cherchons du côté des parties externes, nous y trouverons encore des causes de convulsions si nombreuses, que je renonce à les énumérer. Je ne vous parlerai pas des épingles enfoncées dans les parties molles, des brûlures, etc., vous devez, le cas échéant, examiner si aucune de ces causes n'existe. Mais, je veux attirer votre attention sur une cause de convulsions que je crois être très-réelle. Chez des petits enfants déjà malades, on applique un vésicatoire; si celui-ci est resté trop longtemps appliqué (chez les enfants d'un an le vésicatoire prend en une heure et demie à deux heures), dix ou douze heures par exemple, comme je l'ai vu, il produit une plaie relativement profonde qui est très-douloureuse, peut très-facilement persister et devenir le siége d'ulcérations; eh bien, dans ces conditions, le vésicatoire devient pour l'enfant un véritable supplice, la cause d'une excitation qui peut le conduire aux convulsions. Vous pourrez lire dans la clinique de Graves une page remarquable, où il parle de cette cause d'excitation convulsive et de prétendues méningites qu'il a guéries, en traitant par des cataplasmes opiacés ou autres, des vésicatoires à la nuque. Il suffit de vous signaler cette cause pour tracer la conduite à tenir en pareil cas, et aussi vous donner une idée des précautions qu'il faut prendre pour l'application des vésicatoires chez les petits enfants.

Vous parlerai-je des convulsions provoquées par une maladie locale ou générale? de celles qu'on a appelées sympathiques ou réflexes, bien qu'elles n'aient pas plus ce caractère que celles dues à une frayeur, à l'ingestion d'un aliment trop pesant, à l'éruption d'une dent, ou à l'influence d'un mauvais lait? Si je le fais ce sera très-brièvement. Chez un enfant prédisposé aux convulsions, qui en a déjà eu plusieurs fois, vous devez craindre leur explosion qui, d'ailleurs, ne vous inquiétera pas beaucoup dans ces conditions. Témoin l'exemple d'un jeune garçon qui, l'année dernière était, comme volontaire, le plus grand et le plus fort cuirassier de son régiment et qui, jusqu'à l'âge de 12 ans environ, avait eu des convulsions éclamptiques à propos des indispositions les plus légères; un mal de gorge, une bronchite, la rougeole bénigne, etc. Il est certaines maladies au début desquelles se montrent de préférence les convulsions, ainsi les fièvres éruptives, variole, rougeole, scarlatine; ces mouvements, pourvu qu'ils ne se répètent pas trop, qu'ils aient bien lieu au début, c'est-à-dire immédiatement avant ou en même temps que l'éruption, n'ont généralement pas une signification mauvaise, ils cessent d'apparaître dès que l'éruption s'est bien produite. Il n'en est plus de même dans la scarlatine, par exemple, quand les convulsions se trouvent concorder avec une angine violente, une hyperthermie considérable, une grande accélération du pouls, du délire ou du coma. Les convulsions sont une mauvaise note ajoutée à d'autres et caractérisent la nature ataxique du processus morbide.

Toutes ces réflexions s'appliquent aux convulsions qui surviennent au cours d'une maladie grave déjà par elle-même. Il y en a qui sont terminales et que l'on voit survenir à la fin des diarrhées longtemps prolongées et en général de toutes les causes d'épuisement portées très-loin. On peut les rapporter le plus souvent à une sorte d'anémie cérébrale. C'est un phénomène analogue à ce qui se produit chez un animal épuisé de sang dans un but expérimental, et chez lequel, on fait disparaître les convulsions, ou les syncopes, en lui plaçant la tête en bas. Ce que l'on obtient chez les individus qui ont eu des hémorrhagies excessives. Il est une condition spéciale de production des convulsions, c'est l'albuminurie consécutive ou non à la scarlatine. Vous verrez les néphrites s'accompagner facilement de convulsions chez les enfants lorsque l'excrétion urinaire devient très-minime. C'est une forme de l'urémie. Dans ce cas le mécanisme de la production des convulsions doit être cherché dans une adultération, ou empoisonnement du sang, par les matières excrémentitielles; d'où résulterait, d'après des recherches toutes récentes de M. Cuffer une diminution des globules rouges qui seraient, en même temps, pour ceux qui restent, altérés et moins propres à absorber l'oxygène. Quels que soient les agents toxiques ils agiraient sur le sang d'abord, et celui-ci sur le centre nerveux; et y provoqueraient directement les convulsions, comme cela doit se faire dans l'empoisonnement belladonique par exemple. Ces explications ne sont, toutefois, en partie du moins, que des conceptions hypothétiques encore à démontrer. C'est pour vous un champ de recherches. (*A suivre*).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Contribution à l'histoire clinique des tumeurs du testicule (1);

Par le Dr **G. POINSOT**, Chirurgien-adjoint des hôpitaux, etc.

Si mes tristes prévisions, un instant déconcertées par les résultats de l'examen microscopique, se réalisèrent malheureusement dans leur entier chez mon premier malade, elles furent, cette fois, démenties par l'évènement, alors que la nature du mal semblait annoncer une malignité toute spéciale, et que ce pronostic fatal avait un moment paru trouver sa confirmation dans les accidents locaux développés à la suite de l'opération. Certes, quand le cordon commença à se tuméfier, quand le malade accusa à ce point les mêmes douleurs dont s'était accompagné le développement de la tumeur primitive, il n'est pas un chirurgien qui n'eût accepté l'idée d'une récidive: telle fut, en effet, l'opinion à laquelle se rangèrent ceux que j'appelai en consultation. Et cependant, il ne s'agissait que d'une tuméfaction inflammatoire due à l'étranglement du cordon par la ligature en masse. Cette hypothèse ne me vint pas immédiatement à l'esprit: se fût-elle présentée, je l'eusse écartée tout aussitôt pour me rattacher au cas le plus probable, celui d'une récidive immédiate.

La guérison d'un cancer vrai (et le microscope ne nous avait pas permis le moindre doute à cet égard) est, en effet, tellement improbable qu'il n'était guère possible de la faire entrer en ligne de compte: elle se produisit cependant et aujourd'hui, plus de trois ans et demi après l'opération, M. A., continue à demeurer exempt de tout accident consécutif. Mais faut-il ne voir dans cette immunité inattendue qu'un répit momentané accordé par le mal ou une guérison définitive? La réponse à cette question ne saurait être formulée d'une manière absolue. Il n'est pas sans exemple que l'affection cancéreuse, après un répit de plusieurs années, reparaisse tout-à-coup dans un ou plusieurs organes et entraîne la mort d'un sujet que l'on regardait comme à l'abri de tout danger. Ce retour peut avoir lieu au bout d'un laps de temps considérable, et Ludlow, dans la statistique déjà citée, fait entrer un cas où la récidive ne se montra qu'après dix ans. Toutefois, c'est là un fait exceptionnel qui ne saurait fournir une base d'appréciation, et d'autre part on compte, dans la science, des faits bien authentiques où la guérison s'est maintenue au-delà même de ce terme ultime.

Un malade de Curling demeurait guéri plus de dix ans après l'opération, et un malade de César Hawkins, revu au bout de douze ans, n'avait pas été moins heureux (2). Il est encore possible de rapporter d'autres faits, qui, bien qu'observés dans un moindre laps de temps, ne laissent pas que d'être intéressants à mon point de vue. Behring, de Hanovre, donne l'histoire de quatre malades opérés par

(1) Voir les nos 28 et 29.
(2) Curling, *loc. cit.*, p. 401.

© BIU Santé

Rust, Langenbeck et Hagedorn (de Stade) et qui ne présentaient aucune trace de récidive, deux au bout de cinq ans, un au bout de trois ans, et le quatrième au bout de deux ans (1). Brodie apprit qu'un de ses opérés était bien portant quatre ans après l'opération. Velpeau signale un malade comme guéri au bout de six ans (2). Au bout du même laps de temps, un malade auquel Cock avait enlevé le testicule pour un cancer médullaire, était en bonne santé et partait pour l'Australie (3). Humphy a revu, au bout de quatre ans, un malade ayant subi la castration pour une tumeur de même nature (4).

Un officier de marine, opéré par Demarquay, d'un sarcome à petites cellules, allait très-bien au bout de quatre ans. Un garçon de magasin, ayant subi la castration en 1861 et revu par M. Després en 1875, ne présentait aucun accident. Enfin, deux opérés de M. Després, observés au bout de trois et deux ans, n'avaient pas été moins heureux (5).

De tels résultats, il faut en convenir, sont de nature à rendre le chirurgien moins hésitant à intervenir, même dans le cas d'une tumeur que tout l'autorise à juger maligne. Sans doute, au bout de quatre ans, six ans, la récidive est encore possible, mais n'eût-on obtenu d'autre résultat que de conserver pour ce temps, au malade, l'existence dans les conditions de la santé normale, est-ce donc là un mince encouragement? Je crois avoir raison d'insister sur ce fait, car quelques chirurgiens, découragés par les insuccès qui ont marqué le début de leur pratique, renoncent plus tard à opérer, privant ainsi leurs malades des résultats possibles, bien que rares, de l'intervention chirurgicale. D'ailleurs, les signes cliniques, pas plus que les résultats de l'examen microscopique, ne donnent une certitude absolue sur la nature et l'avenir de la tumeur en examen. Quelquefois, le chirurgien trouve réunis tous les symptômes qui ont été donnés comme caractéristiques d'une tumeur cancéreuse, et, après l'opération, son étonnement est grand de s'apercevoir que ce diagnostic était absolument erroné.

Il est vrai que cette sécurité, si bien assise en apparence sur un examen direct du mal, pourra aussi être trompée, une lésion de nature essentiellement maligne se cachant sous une autre que tout le monde s'accorde à déclarer peu grave et qui seule a attiré l'attention. Ce dernier ordre de faits vient encore à l'appui de ce que je disais au début touchant l'importance extrême qu'il convient d'accorder à la marche clinique, au mode de développement d'une tumeur dans la détermination de sa nature véritable.

Le lecteur trouvera, dans l'observation suivante, un exemple de ces faits exceptionnels.

Observation III. — *Hématocèle vaginale combinée avec une tumeur du cordon de nature suspecte. — Castration. — Guérison de l'opération. — Généralisation cancéreuse au bout d'un mois et demi.* — Le 4 mars, je fus prié par M. D... de lui donner mes soins pour un gonflement du testicule droit.

M. D..., âgé de 32 ans, d'une constitution athlétique, est malade depuis deux mois environ. A cette époque, il s'aperçut de l'existence d'une petite grosseur, du volume d'une noisette, dans la bourse gauche. Cette nodosité était dure, indolente; elle ne gênait nullement le malade dont l'attention fut attirée d'une manière fortuite.

Cette tumeur grossit peu à peu et finit par acquérir le volume d'un gros œuf. Préoccupé de cet état, M. D... appela son médecin ordinaire qui lui prescrivit des préparations iodurées intus et extra. Ce traitement demeura sans résultat: la tumeur continua à s'accroître bien que lentement; enfin, M. D... supposa qu'une intervention chirurgicale pouvait devenir nécessaire et me fit appeler pour le débarrasser de sa tumeur.

Celle-ci était alors grosse comme le poing d'un enfant. Elle était parfaitement régulière, ovoïde; la pression était douloureuse en certains points. La dureté de la tumeur était assez marquée et uniforme dans toute son étendue ; en avant seulement, il semblait exister une fluctuation analogue à celle produite par une lame de liquide que le doigt devrait déplacer avant d'arriver sur la tumeur véritable. La peau était saine, bien qu'irritée par les topiques employés antérieurement ; elle se déplaçait facilement sur la tumeur ; d'assez grosses veines la sillonnaient. Le cordon était absolument indemne. Comme je l'ai dit, M. D... est un homme très-robuste, et sa santé ne paraissait avoir reçu aucune atteinte fâcheuse. Interrogé au point de vue des antécédents morbides, il nie toute infection syphilitique et même tout accident vénérien. Quant à l'origine de la tumeur, il ne peut fournir sur ce point aucun renseignement : il ne s'est pas donné de coup, n'a fait aucun effort et affirme nettement qu'un mois avant il n'existait rien d'anormal dans la bourse droite.

Je portai le diagnostic de « tumeur solide, probablement de nature maligne. » Je ne pouvais en effet croire à une hydrocèle en l'absence de toute transparence et vu la dureté toute spéciale de la tumeur. Le mode du début et du développement de celle-ci, sa forme, me paraissaient incompatibles avec une hématocèle. J'étais d'ailleurs, porté à admettre une tumeur solide par l'existence de la fluctuation à la partie antérieure. Ce premier pas fait dans la voie du diagnostic, il me devenait impossible de ne point accorder à la néoplasie une grande malignité, vu la rapidité de sa marche.

Le malade désirant avoir l'opinion d'un autre chirurgien, j'appelai en consultation M. le professeur Oré, dont l'opinion s'accorda de tout point avec la mienne. Je fis, en sa présence, une ponction exploratrice avec un trocart de trousse ; il ne s'écoula même pas de sang ; en faisant mouvoir la pointe de l'instrument, on percevait la résistance que donnerait une tumeur colloïde. Le trocart, ramené à l'extérieur, ne rapporta aucune parcelle de tissu morbide.

Le diagnostic de cancer paraissant trouver sa confirmation, l'opération fut proposée au malade qui demanda quelques jours pour réfléchir.

Je ne le revis plus jusqu'au 12 mars, époque où il me fit prier de venir le voir en toute hâte pour fixer le jour de l'opération. Je trouvai, en arrivant près du malade, l'état de choses singulièrement modifié. Le lendemain de la consultation, M. D..., dissuadé par ses parents de se faire opérer, s'était à leur instigation, laissé appliquer, sur la partie antérieure de la tumeur, une large plaque de pâte de Vienne. Dès ce moment il avait éprouvé de très-vives douleurs qui avaient gagné la région inguinale et le privaient de tout sommeil. En même temps la tumeur avait sensiblement augmenté de volume ; le cordon, jusque là sain, s'était pris et avait bien le volume du pouce. Cette tuméfaction se perdait dans la fosse iliaque. Le malade avait un peu maigri, l'appétit était absolument nul ; aucun mouvement fébrile.

Dans ces conditions, je crus devoir refuser, au moins momentanément, l'intervention demandée. Je pensai en effet qu'il s'agissait d'un envahissement brusque du cordon par la néoplasie, qu'expliquait l'irritation produite par l'application intempestive du caustique. Cependant le gonflement du cordon pouvait aussi être purement inflammatoire : sans que cette dernière hypothèse me parût très-plausible, j'instituai un traitement antiphlogistique (cataplasmes émollients, onctions mercurielles sur la région inguinale, sangsues) ; sous l'influence de ces moyens, les douleurs du cordon se calmèrent, mais le gonflement persista tout en se limitant aux environs de l'anneau inguinal.

M. D..., tourmenté par des douleurs testiculaires et désespéré des suites de son imprudence, réclamait à grands cris une opération. Bien que fort peu confiant dans le résultat, et après avoir fait part à la famille des craintes que j'avais au sujet d'une prompte récidive, je pratiquai la castration le 26 mars.

L'opération fut faite sous un nuage phéniqué. Une incision elliptique, comprenant l'ulcération laissée par l'eschare, mit à découvert la partie antérieure de la tumeur que j'énucléai

(1) Curling, *loc. cit.*, p. 402.
(2) Velpeau. *Traité des maladies du sein*, 2e édition, p. 50.
(3) *Med. Times and Gazette*, vol. XIX, p. 287.
(4) Holme's. *System of Surgery*, t. V, p. 145.
(5) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1878, 20 mars.

© BIU Santé

presque complétement avec les doigts : je ne me servis du bistouri que pour l'isoler de la cloison du dartos. Je dégageai le cordon sur une assez grande hauteur et arrivai au-dessus de l'anneau inguinal que je débridai : j'incisai alors les enveloppes du cordon, le mis à nu, et, après l'avoir séparé en deux moitiés, je liai chacune d'elles avec le catgut.

Je liai également avec le catgut une artère cutanée et quatre artérioles de la cloison.

Une mèche *en crin de cheval* fut placée au fond de la plaie pour servir de drain. Trois points de suture profonde recouvrent la plaie dans sa profondeur; la peau fut exactement affrontée avec des points de suture entrecoupée ; je me servis pour cette suture de crin de cheval. La suture profonde fut faite avec un fil d'argent fixé sur des bouts de sonde.

La plaie fut recouverte d'un morceau de soie huilée jouant le rôle de *protective;* par dessus j'appliquai un morceau de *boracic lint* (charpie anglaise trempée dans une solution concentrée d'acide borique), et d'épais gâteaux de charpie trempée dans une solution phéniquée au 40e. Le tout fut recouvert d'un taffetas gommé, préalablement lavé dans la solution, et assujetti par des bandes.

Le malade remis dans son lit, j'examinai aussitôt la tumeur. Quelle ne fut pas ma surprise quand, l'incisant par la moitié, je tombai dans une cavité limitée par des parois cartilagineuses et remplie de caillots où l'inflammation avait commencé à naître ; çà et là apparaissait du pus. Les parois étaient tomenteuses, couvertes de fausses membranes. Le testicule était lie de vin, très-ramolli, comme diffluent. Quant au gonflement du cordon, il se présentait sous forme d'un noyau lardacé attenant à la partie supérieure de la tumeur : l'examen microscopique n'y *parut* révéler que des granulations inflammatoires. Les suites de l'opération furent des plus simples. A aucun moment le malade n'eut de fièvre ; le pouls ne dépassa pas 80e, et la température resta à 37e.

Le 28 mars, je défis le pansement. Bien qu'il se fût écoulé une certaine quantité de sérosité sanguinolente, la seule odeur que l'on pût percevoir était celle de la vieille graisse. Il n'y avait pas de suppuration. La réunion de la peau paraissait complète, sauf à la partie supérieure où le point de suture avait manqué. La suture profonde paraissant étrangler les tissus, je coupai les fils d'argent en les laissant en place. Même pansement. Le nuage phéniqué avait été entretenu autour de la plaie tout le temps qu'elle avait été exposée.

Le 30 mars, nouveau pansement. J'enlève les points de suture et la moitié du drain, ce qui s'opère avec la plus grande facilité. La réunion s'est maintenue. Absence totale de suppuration. 1er avril. Pansement. J'enlève le reste du drain. Le pansement est retardé jusqu'au 3 avril. A ce moment la réunion est complète ; à peine existe-t-il au niveau du passage du drain une ligne de bourgeons charnus exubérants. A la partie supérieure, sur une étendue d'un centimètre, la réunion n'a point été obtenue pour la raison que j'ai déjà indiquée. Comme les lèvres de cette espèce d'hiatus s'écartent un peu, je les rapproche avec de la mousseline collodionnée. La *guérison* a donc eu lieu en onze jours, et sans suppuration, grâce à la méthode antiseptique.

Le pansement de Lister avait donc fait merveille, et le résultat obtenu me parut assez beau pour être communiqué immédiatement à la Société de chirurgie. Je le fis d'autant plus volontiers que le crin de cheval n'avait point encore été employé en France pour les sutures et comme drain. D'ailleurs je jugeai le malade entièrement débarrassé de son affection et rien ne pouvait me faire prévoir les accidents qui allaient se produire.

Le 2 mai, je fus informé que mon opéré éprouvait, depuis plusieurs jours, des douleurs lombaires extrêmement vives et qui, s'irradiant dans le ventre, provoquaient des nausées et même des vomissements. J'allai le voir, mais, malgré l'attention que je mis à l'examiner, je ne pus découvrir dans les apophyses épineuses du rachis aucun point particulièrement douloureux. La pression était surtout pénible au niveau de la masse sacro-lombaire, et la douleur, ainsi réveillée, se propageait vers le flanc. Rien du côté de l'abdomen ; aucune trace de tuméfaction sur le trajet du cordon ; la cicatrice du scrotum est dans le meilleur état.

Sous l'influence des préparations de morphine, cet état de choses parut s'améliorer et déjà le malade se croyait hors d'affaire, quand il fut pris de douleurs très-vives dans les cuisses, en même temps les membres inférieurs devenaient le siége d'un œdème très-prononcé. La palpation faisait reconnaître sur le trajet de la veine fémorale un cordon volumineux que l'on pouvait suivre jusqu'au 1/3 inférieur de la cuisse ; la pression était très-douloureuse sur cette ligne ainsi que dans le creux poplité.

Au bout d'une quinzaine de jours, cet œdème, absolument analogue à la *phlegmatia alba dolens*, commença à diminuer ; le membre gauche reprit le premier son aspect normal.

Le malade se plaignit à ce moment d'une toux fatigante, amenant quelques crachats sanglants. Son aspect était mauvais : la peau décolorée, sans avoir de coloration jaune paille ; amaigrissement très-notable. L'appétit est nul ; les digestions sont pénibles et souvent les aliments sont rejetés.

Après que l'œdème eut complétement disparu, les douleurs lombaires et abdominales se montrèrent avec une nouvelle intensité, au point de priver le malade de tout repos. Le ventre était toujours souple, légèrement rétracté, mais je ne pouvais découvrir par la palpation aucune lésion profonde.

Les injections de morphine calmèrent presque complétement les douleurs, et le malade put prendre du repos et quelque nourriture. Mais, le 16 juin, la toux devint continue, elle était suivie d'une expectoration rouillée, souvent sanglante ; la voix commença à s'altérer.

Enfin, vers le 20 juin, je parvins à découvrir dans la fosse iliaque droite une tuméfaction profonde, très-dure, qui s'est développée avec une grande rapidité au point d'acquérir environ le volume du poing et de devenir très-facilement accessible. Cette tuméfaction est nettement distincte du canal inguinal et l'on peut dire qu'il n'y a pas trace de récidive locale.

Evidemment le malade va succomber à une généralisation cancéreuse ; mais s'agit-il ici d'une simple coïncidence de la diathèse avec une lésion testiculaire ou faut-il rattacher directement à cette lésion les accidents généraux qui évoluent de cette façon lamentable ? Quel rapport trouver entre une hématocèle vaginale et ces signes de la généralisation cancéreuse ? Aucun assurément : mais au-dessus de la vaginale ayant subi la dégénérescence cartilagineuse et lui formant comme un chapeau, j'avais rencontré, en examinant la tumeur, un noyau *lardacé*, dont l'aspect était exactement celui de l'encéphaloïde cru. Cet aspect me frappa et je confiai ce noyau à l'un de mes aides pour qu'il en fît l'examen microscopique. Il me fut plus tard dit que l'on y avait trouvé seulement des granulations inflammatoires, mais je demeure aujourd'hui persuadé que l'examen fut incomplet et que, mieux observée, la tumeur se fut révélée avec son véritable caractère de tumeur maligne. Ce fait d'une tumeur du cordon (primitive ou consécutive) coïncidant avec une hématocèle vaginale doit sans doute être assez rare, car je n'ai point trouvé d'observation analogue.

Si maintenant je rappelle les phases pronostiques par lesquelles j'étais passé dans ce cas, on verra d'abord que la marche rapide du mal, l'envahissement presque subit du cordon me firent admettre l'idée d'une production maligne; que plus tard l'examen de la pièce anatomique, en me montrant la vaginale cartilagineuse limitant une cavité remplie de caillots, me porta à écarter toute idée de malignité. Malheureusement les données cliniques, cette fois comme chez mon premier malade, n'eurent point tort et à cet envahissement anormal, exceptionnel du cordon dans une hématocèle vaginale a répondu ce fait non moins anormal d'un malade considéré comme atteint seulement d'hématocèle et succombant à une généralisation cancéreuse.

© BIU Santé

Qu'il me soit permis, en terminant, de dire quelques mots d'un symptôme que, d'après M. Gosselin, on s'accorde à regarder comme caractéristique d'une tumeur solide : je veux parler de la fluctuation existant à la partie antérieure de la tumeur. J'avais cru la trouver chez mon dernier malade, alors qu'il n'existait aucune collection liquide en avant de la tumeur : c'était là une erreur d'appréciation qui ne prouve rien contre la valeur du signe. Mais cette fluctuation peut quelquefois exister réellement, sans qu'il s'agisse d'une néoplasie solide. C'est ce que j'observai, pendant mon internat dans les hôpitaux, sur un malade atteint d'une tumeur de la bourse gauche. La fluctuation était manifeste en avant et ce signe, joint à la dureté, au mode de développement de la tumeur, firent porter le diagnostic de tumeur solide. Le premier coup de bistouri ouvrit une poche remplie de pus et formée entre les couches superficielles du scrotum. Cette fois encore, on avait affaire à une hématocèle.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Pensions de retraite des médecins-aliénistes.

Au courant de la dernière session des Chambres, un certain nombre de députés qui, membres pour la plupart du Corps législatif, auraient pu, dix ans plus tôt, donner carrière à leur sollicitude (1), ont, piqués d'une belle émulation, pris l'initiative d'un projet de loi tendant à assujettir à la loi du 9 juin 1853 les directeurs et médecins en chef des asiles publics d'aliénés. On sait ce qu'est cette loi, magnifique échantillon de socialisme pratique. Substituant la prévoyance de l'Etat à celle de l'individu incapable de penser à l'avenir, elle promet à presque tous les fonctionnaires et employés émargeant au budget, une pension de retraite pour leurs vieux jours, en échange d'une retenue opérée sur leur traitement tant qu'ils sont en exercice. Le premier effet de cette combinaison fut de transformer tous les futurs retraités en autant d'esclaves de l'Etat ; comme toujours, le protecteur devint un maître, un maître ne souffrant aucune contradiction, exigeant de tous ses protégés une approbation constante, un appui énergique ; dès lors l'Etat, c'est-à-dire le Gouvernement, c'est-à-dire l'Empire, eut un agent électoral plus ou moins actif, dans quiconque occupait une place conduisant à la retraite. Il fallait renoncer à toute indépendance ou s'exposer à perdre en quittant le service le montant des retenues déjà opérées. Le second résultat, fort contraire à la théorie qui prétendait garantir contre eux-mêmes les faibles et les imprudents, les mal chanceux et les maladroits, fut que les forts, les habiles et les heureux profitèrent seuls des bontés de l'Etat. Ceux qui vécurent assez longtemps ou furent assez adroits pour parvenir aux grades élevés et aux gros traitements se partagèrent, quand sonna pour eux l'heure de la retraite, les sommes constituées par l'accumulation des retenues prises sur le faible salaire de ceux qui avaient succombé dans les postes inférieurs. Tel avait la chance d'arriver en haut de l'échelle hiérarchique, le temps d'élever ses enfants, de les caser, de les établir ; tel autre mourait au début ou au milieu de la carrière, laissant des enfants encore jeunes et une veuve quelquefois sans ressources ; les prélèvements que l'État, protecteur prévoyant, avait faits sur les maigres revenus du second allèrent grossir la pension de retraite du premier. C'était d'une admirable habileté et cela caractérisait bien le régime : servitude pour tous et duperie pour le plus grand nombre. Si l'adoption de ce système avait été libre de la part des intéressés, il n'y eût eu que demi-mal, bien qu'une Société d'assurances sur la vie, eût rempli mieux que l'Etat et avec moins d'inconvénients le rôle qu'il s'arrogeait. Mais laisser les fonctionnaires maîtres d'opter et de repousser, s'il leur plaisait, la retenue et la retraite, c'était cesser de les tenir par la bourse, et l'empire n'en avait garde. Bon gré malgré, il leur fallut en passer par là.

Au moins, les heureux touchaient-ils leur pension de retraite, sans autre difficulté que les lenteurs de la liquidation. Pour les médecins et directeurs des asiles publics d'aliénés, il n'en alla pas ainsi. « Comme le traitement qui leur est attribué, disent les honorables députés auteurs du projet de loi, est prélevé directement sur les fonds des établissements auxquels ils sont attachés, les directeurs et médecins en chef des asiles publics d'aliénés, ne peuvent prétendre à pension sur le Trésor, ce bénéfice étant réservé aux agents rétribués sur les fonds de l'Etat. » En sorte que si médecins et directeurs étaient bien sûrs de laisser aux mains de l'économe une partie de leur traitement, ils n'avaient pas la même certitude d'être dédommagés plus tard. « Pour leur assurer une pension de retraite, le Gouvernement *obtint* qu'ils fussent admis à participer aux caisses départementales de retraites, instituées au profit des agents départementaux. » Car le système eût été incomplet, s'il n'avait englobé que les agents directs de l'Etat; les départements eux aussi avaient donc été changés en autant de petites sous-providences. Mais les médecins et directeurs d'asiles d'aliénés sont administrativement des fonctionnaires hybrides, moitié agents de l'Etat puisque, nommés presque toujours par le Ministre sur la présentation des inspecteurs généraux, ils appartiennent à un corps hiérarchiquement organisé pour la France entière, moitié agents du département, puisqu'ils sont payés sur les fonds départementaux, et que l'art. 5 du décret du 25 mars 1852 donne aux préfets le droit de les nommer directement, sans l'intervention du Gouvernement. On *obtint* donc de faire servir leur pension de retraite par les caisses du département, « sous la réserve qu'en cas de changement de résidence, les retenues qu'ils auraient précédemment subies seraient transférées à la caisse de retraites du nouveau département. » Ils purent ainsi dormir tranquilles en attendant le moment du repos.

Par malheur, cette mesure qui devait les satisfaire se trouva n'être pas du goût de tous les départements. Les inspecteurs généraux du service des aliénés proposant naturellement pour les asiles les plus importants les directeurs et les médecins les plus expérimentés, c'est-à-dire, en général, les plus anciens, ce fut dans ces asiles un défilé assez rapide de fonctionnaires venant y passer, avec le traitement maximum, les quelques années qui les séparaient encore de la retraite. « Ce sont donc les caisses de retraite de ces quelques départements qui, finalement, restent chargées du service des pensions des directeurs et médecins en chef des asiles publics d'aliénés, et se trouvent ainsi rémunérer des services, dont la plus grande partie a été rendue dans d'autres départements. Il est vrai qu'elles ont bénéficié des retenues afférentes à l'ensemble de ces services, mais

(1) MM. le baron de Mackau, Gévelot, Bianchi, Dugué de la Fauconnerie, de Soland, Victor Hamille, Gusman Serph, Lebourgeois, Anisson-Duperron, le comte de Maillé.

© BIU Santé

c'est là une compensation très-insuffisante. » Ainsi pensèrent les Conseils généraux qui se fatiguèrent de payer des pensions maxima en ne recevant que des retenues minima; ils trouvaient aussi que les inspecteurs généraux leur imposaient la charge de trop nombreuses pensions, les titulaires se succédant trop rapidement. Les inspecteurs généraux, en cherchant à sauvegarder les droits de leurs subordonnés, les conseillers généraux, en défendant les intérêts de leurs départements, sont également dans leur rôle ; mais ces derniers tenant les cordons de la bourse, les médecins et directeurs risquent dans ce conflit de n'en être pas les bons marchands. Ils seraient bien plantés si se réalisait l'intention manifestée par plusieurs Conseils généraux « d'exonérer les caisses départementales d'une charge si irrégulièrement répartie, en retranchant les directeurs et les médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la liste des tributaires des caisses locales. Ils subiraient la retenue toute leur vie et, quand il s'agirait de régler leur pension de retraite, on les renverrait de Caïphe à Pilate. Espérons donc que le Gouvernement obtiendra des susdits conseils généraux la suspension de cette mesure d'une légalité contestable ; le plus sûr est pourtant de ne pas trop s'y fier : il serait si doux pour quelques-uns de pouvoir à la fois se poser à grand fracas en gardiens jaloux des intérêts départementaux, et jouer un bon tour à la République en la rendant responsable d'un oubli de l'Empire.

Les honorables auteurs du projet de loi, qui n'ont évidemment pas d'arrière-pensée de ce genre, voudraient, avec d'autres Conseils généraux, « que l'Etat prît désormais à sa charge le service de ces pensions, en rattachant le directeur et les médecins à la caisse des pensions civiles. » Il suffirait, pour les placer dans les conditions prévues par la loi des pensions civiles, que les sommes fournies par les divers asiles pour le traitement de ces fonctionnaires fussent centralisées au budget de l'Etat, ainsi que cela a lieu déjà pour les commissions de surveillance administrative des chemins de fer, dont le traitement est payé par l'Etat, à l'aide des contingents versés par les compagnies.

Cette solution, au dire des honorables députés, concilierait tous les intérêts. Pourtant elle ne nous satisfait pas. Les médecins et directeurs des asiles publics d'aliénés forment en théorie un personnel ayant sa hiérarchie propre et ses conditions particulières d'avancement; on propose, pour le droit à pension, de les assimiler par un détour aux employés et agents rétribués directement par l'Etat; pourquoi ne pas aller jusqu'au bout ? Le service des aliénés, au moins quant au personnel médical, doit être un service de l'Etat, et si peu partisans que nous soyons en général de la centralisation, nous sommes persuadés que c'est là un des cas où elle est indispensable. Qu'on fasse donc de ce service un service d'intérêt général, relevant uniquement et directement du ministère, qu'on abolisse le décret, prétendu de décentralisation du 25 mars 1852, qui permet aux préfets de placer à la tête des asiles, des médecins absolument étrangers à la psychiatrie; qu'on rende ainsi à ceux qui entreront dans la carrière des garanties sérieuses d'avancement suivant leur mérite et leurs services; qu'on relève enfin des traitements trop médiocres auxquels ne viennent pas s'ajouter les bénéfices de la clientèle privée. Et alors on n'aura plus, en fait de retraites, qu'à appliquer la règle commune, si l'on ne veut prendre le parti, qui serait pour nous le meilleur, de supprimer et les retenues et les pensions.

E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 juillet 1878 (suite). — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

M. LABORDE explique l'erreur d'un grand nombre d'auteurs qui ont rangé l'aconitine parmi les poisons cardiaques ; ses graphiques et ses autopsies prouvent que l'animal meurt par la respiration et non par le cœur.

M. CHARCOT montre que l'hystéro-épilepsie, la grande hystérie, présente un type qui, à part des variations secondaires, reste toujours identique à lui-même dans les grandes lignes. L'attaque complète peut se diviser en quatre périodes précédées d'une aura. La première phase est *épileptoïde* et ne diffère du mal comitial qu'en ce qu'elle est susceptible de disparaître sous l'influence de la pression ovarienne ou d'un courant électrique : elle passe par un état tonique, puis viennent les secousses cloniques. Après une rémission passagère commence la période des *contorsions* ou des grands mouvements : à ce moment se produisent les premières hallucinations. La troisième phase est celle des *attitudes passionnelles* ; le visage exprime la joie, la terreur, la volupté ; la malade appelle ses amis ou évoque le souvenir de ses ennemis. Dans la dernière période, la malade, revenue à elle, est encore sous le coup d'hallucinations passagères, puis peu à peu ces derniers phénomènes disparaissent.

M. BERT montre que l'oxyde de carbone n'est pas seulement un poison du sang, mais qu'il agit sur la contractilité musculaire. Placé dans ce gaz comprimé à trois ou quatre atmosphères, la fibre musculaire perd sa contractilité. Est-ce sur le muscle ou sur la matière colorante qu'agit le poison ? La question est indécise. M. Bert rappelle que les fruits conservés dans l'oxygène comprimé font de l'alcool avec leur sucre. Il en est de même probablement des cellules animales comme le prouvent des expériences analogues faites avec un foie de chien. Mais la quantité d'alcool obtenu est très-petite et sa présence est difficile à reconnaître.

ELECTION. — Notre ami, M. P. BUDIN, est nommé membre titulaire de la Société.

Séance du 20 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

M. Fr. FRANCK fait une communication *sur la dissociation des filets irido-dilatateurs et des nerfs vasculaires au-dessus du ganglion cervical supérieur*. Dans une précédente communication (27 avril 1878), M. Franck a présenté à la Société le résultat de ses recherches sur le rôle des filets nerveux qui accompagnent l'artère vertébrale et se rendent au premier ganglion thoracique ou en émanent. Il a insisté sur l'assimilation qui semble devoir être faite entre le cordon cervical prévertébral du sympathique et le faisceau formé par les filets vertébraux.

Entre autres analogies, il a indiqué l'action dilatatrice des filets nerveux vertébraux sur l'iris, action directe, indépendante des réflexes médullaires, car on la produit après l'ouverture du canal rachidien en excitant le bout supérieur des filets vertébraux dont la sensibilité récurrente est suspendue par le fait de l'opération.

Il semblait logique de supposer que ces filets dilatateurs de l'iris, contenus dans le canal de l'artère vertébrale, pouvaient suivre cette artère elle-même et pénétrer avec elle dans la cavité crânienne, comme les filets dilatateurs émanant du ganglion cervical supérieur pénètrent dans le crâne en suivant le plexus carotidien chez l'homme.

C'est en cherchant à préciser ce trajet que M. Franck a remarqué sur le chien une branche ascendante du ganglion cervical supérieur qui s'engage avec les nerfs pneumo-gastrique et glosso-pharyngien dans le trou déchiré postérieur, abandonne chemin faisant un filet au moteur oculaire externe

© BIU Santé

et va se jeter dans le ganglion de Gasser à l'origine de la branche ophthalmique. Ce rameau est distinct du filet anastomotique ascendant que le ganglion cervical supérieur fournit chez l'homme et chez le chien aux nerfs pneumogastrique et glosso-pharyngien. Il établit une communication entre le ganglion cervical supérieur et le trijumeau. Or, l'expérience démontre que c'est par le rameau de jonction que passent les fibres dilatatrices de l'iris formées par le cordon cervical du sympathique : la section de ce filet, en dedans de l'apophyse mastoïde, sur l'animal vivant est suivie du rétrécissement de l'iris ; son excitation produit la dilatation de l'iris. Après sa section, les vaisseaux superficiels et profonds de la moitié correspondante de la tête ne se dilatent pas, tandis qu'on détermine leur dilatation en sectionnant le sympathique au cou. D'autre part, l'excitation du sympathique cervical ne produit plus la dilatation de l'iris quand le filet de jonction avec le trijumeau a été coupé.

C'est donc par ce filet que passent les fibres dilatatrices de l'iris isolées des fibres vasculaires fournies par le sympathique ; le premier fait permet de considérer comme indépendante des modifications circulatoires la dilatation de l'iris qui est produite par l'excitation du sympathique au cou.

De plus, la jonction de ce rameau du ganglion cervical supérieur avec le ganglion de Gasser peut expliquer en partie les effets produits sur l'iris par les sections du trijumeau, mais on n'en doit pas moins admettre dans le trijumeau des filets irido-dilatateurs directement empruntés au bulbe. (Cl. Bernard, Schiff.)

Dans une prochaine communication, M. Franck présentera ses recherches sur la branche ophthalmique, le ganglion ophthalmique et les nerfs ciliaires directs et indirects.

M. Pouchet a pu s'assurer qu'à une certaine période de la vie embryonnaire, chez plusieurs espèces animales, les hématies se développent aux dépens de l'aire vasculaire. Des cellules de l'aire vasculaire, les unes forment un endothélium, les autres donnent naissance à des hématies à noyaux. M. Pouchet fait remarquer que l'on pourrait se servir de la machine à écrire pour étudier le sens musculaire par la méthode graphique.

M. Bert rapporte un cas de mort à la suite de la décompression dont un médecin danois lui a fait part. A l'autopsie on a trouvé un emphysème généralisé.

M. Bert présente à la société plusieurs tracés qui expriment les phases horaires de la sécrétion de l'urée et de l'urine. Avec son régime habituel (200 grammes de pain, 300 de légumes et 200 de viande), il rend par jour 20 grammes d'urée environ. Quand on porte la quantité de viande à 305, 400, 500 grammes, la proportion d'urée s'élève de 7 grammes environ par 100 grammes de viande. Cette augmentation est brusque, cesse immédiatement après que le régime normal est repris. Au-delà de 500 grammes, la nourriture animale n'est plus digérée.

Quand celle-ci est entièrement supprimée, l'urée tombe à 13 gr. 55 et ne revient que lentement à son taux normal ; car il faut que l'économie recouvre ce qu'elle a perdu avant d'excréter de nouveau.

A travers les irrégularités de la courbe horaire, on distingue cependant un minimum vers midi, quelle que soit l'heure de sommeil ou du repas. L'organisme semble donc avoir pris une habitude dont il se défait difficilement.

La quantité d'urine varie avec celle de l'urée ; le sens des deux courbes est le même, mais il n'y a pas toujours proportionnalité. Les urines claires sont ordinairement pauvres en urée, mais non d'une manière absolue.

Dans une seconde communication, M Bert annonce avoir trouvé dans la mamelle une substance glycogène spéciale et en conclut que la lactose se forme dans cet organe.

M. de Sinéty fait remarquer que le sang veineux de la mamelle est plus pauvre en sucre que le sang artériel : fait contraire à la théorie de M. Bert.

Dans une troisième communication, M. Bert montre qu'il existe une taille maxima pour les animaux ; car il faut que le sang circule dans les régions supérieures et cela sous la pression du cœur qui est de 20 c. de mercure pour les mammifères. Un calcul simple prouve que ceux-ci ne peuvent avoir plus de 5 m. 20 (girafe africaine).

M. Gellé apporte des tracés sur lesquels sont représentés les mouvements de la membrane du tympan. L. D.-B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 juillet 1878. — Présidence de M. Richet.

M. Bouley, au nom d'une commission composée de MM. Pasteur, Colin, Davaine, Vulpian et Bouley, vient rendre compte des expériences entreprises pour vérifier les faits avancés par M. Pasteur et niés par M. Colin. Il s'agissait de savoir si oui ou non les poules peuvent, dans des circonstances déterminées, prendre le charbon. — Les expériences ont porté sur trois poules et l'autopsie a permis de constater la présence des bactéries non-seulement au point même où l'inoculation a été faite, mais même dans les viscères et notamment dans le cœur.

Election d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. Sont présentés en 1re ligne, M. Marc Sée; en 2e ligne, M. Tillaux; en 3e ligne, M. Polaillon. Votants : 73 — Majorité absolue : 37.

Au premier tour de scrutin, M. Marc Sée obtient 49 voix, M. Tillaux 24. En conséquence, M. Marc Sée est proclamé membre titulaire de l'Académie de Médecine. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. Colin, tout en acceptant les conclusions d'un procès-verbal qu'il n'a pas hésité à signer, tient à déclarer que les conditions expérimentales de M. Pasteur diffèrent entièrement de celles qu'il a coutume d'adopter. M. Pasteur violenterait ses animaux ce qui ne leur permettrait pas, en raison de la douleur et de leur dénutrition, de résister aux opérations entreprises; cet affaiblissement, cette émiaciation qui résulteraient de pareils procédés, prépareraient peut-être un terrain favorable à la production et à la multiplication des bactéries.

M. Pasteur ne saurait accepter une interprétation aussi peu fondée. Aucune violence ne saurait engendrer la maladie charbonneuse chez les poules. La situation est nettement établie. M. Colin n'a pu réussir à donner le charbon aux poules, après leur avoir préalablement fait subir un abaissement de la température. Le problème franchement posé est non moins franchement résolu. — Que M. Colin opère de la même façon, qu'il adopte les procédés expérimentaux de M. Pasteur, et il arrivera sans conteste à produire le charbon chez les poules.

L'Académie se constitue en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Lancereaux sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 3 mai. — Présidence de M. Berger.

6. Cancer latent de l'estomac. Pleurésie purulente, pyohémie; par E. Brissaud, interne des hôpitaux.

François G., teinturier, âgé de 57 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 4 mars 1878, dans le service de M. le docteur Millard. C'est un homme de moyenne taille, maigre, de visage pâle et fatigué. Il se plaint de douleurs vagues dans les membres, et dit avoir complétement perdu l'appétit depuis un mois environ. Il n'a de goût pour aucun aliment liquide ou solide et comme ses ressources sont excessivement restreintes, il s'est nourri d'une façon déplorable dans ces derniers temps.

D'ailleurs, il ne vomit pas, n'a pas de troubles digestifs, ne tousse pas, et n'était cette anorexie persistante qui a considérablement diminué ses forces, il ne se sentirait nullement malade.

Lorsque cet homme entra à l'hôpital, on rechercha minutieusement la lésion organique probable qui l'avait plongé dans cet état de cachexie profonde. Les membres inférieurs

© BIU Santé

étaient un peu œdématiés, mais l'urine ne renfermait pas d'albumine. Le cœur ne présentait pas de bruits morbides ; on entendait seulement à la base de la poitrine, à gauche et en arrière, quelques frottements de pleurésie sèche.

Tout en faisant des réserves, il était permis d'attribuer cette débilitation considérable à la misère, aux privations qu'avait supportées le malade, à l'humidité du logement qu'il habitait. Il resta dans le service pendant 22 jours, se trouvant tantôt mieux, tantôt plus mal, n'ayant jamais de fièvre, mais conservant toujours la même répulsion pour tous les aliments quels qu'ils fussent. Le 22 mars, comme il avait la mine un peu meilleure, on pensa qu'un séjour à l'asile de Vincennes pourrait le remettre tout à fait sur pied, et il était convenu qu'il quitterait l'hôpital le lendemain, lorsque, le soir même du jour où cette décision avait été prise, la fièvre se déclara avec une intensité notable. Le 23 mars, la poitrine fut examinée soigneusement, et l'on put constater que la pleurésie sèche de la base du côté gauche s'était transformée en pleurésie avec épanchement. Déjà depuis quelques jours, la douleur de côté s'était fait sentir plus intense, mais on avait médiocrement tenu compte de ce symptôme, pour la raison qu'il n'était accompagné d'aucun autre phénomène morbide.

Le 24, la température du matin est de 39°,5. Le soir, elle s'élève jusqu'à 40°,2. La langue est sèche, brunâtre. Les narines sont dilatées, la physionomie est anxieuse, le pouls est petit, rapide : somme toute, état général des plus inquiétants.

Le 25, à la visite du matin, l'infirmier de la salle avertit M. Millard que le malade a eu dans la nuit une selle sanguinolente. La probabilité d'une lésion organique du tube digestif semblait ainsi se confirmer.

En outre, les articulations des genoux, des coudes et des poignets étaient devenues très-douloureuses ; et comme ce nouveau symptôme coïncidait à peu près avec l'apparition de la fièvre et des frissons, on porte le diagnostic d'infection purulente. Le soir T. 40°.

26 *mars*. Le malade râle. Les articulations des genoux sont remplies de liquide. Celles des coudes sont gonflés, et il existe un épanchement assez abondant dans les gaines des extenseurs. Mort à 10 heures du matin.

A L'AUTOPSIE, on trouve un cancer de la petite courbure de l'estomac, étendu depuis le cardia jusqu'à la partie moyenne du bord supérieur de l'organe, avec adhérences et péritonite diffuse dans l'épiploon gastro-hépatique. Les articulations sont remplies de pus. La plèvre gauche renferme une poche purulente considérable.

Nous avons publié le résumé de cette observation pour ajouter un cas de plus à ceux que M. Chesnel a publiés dans son intéressant travail sur le cancer latent de l'estomac. Il était difficile d'affirmer ici que l'estomac fût le siége du mal. Tout se bornait à une anorexie pure et simple, et l'évacuation de sang, qui se fit par les garde-robes dans les derniers jours, ne permettait pas de supposer que l'estomac plutôt que l'intestin fût en cause.

Quant à la pleurésie purulente qui, chez notre malade, a terminé la scène, elle est, croyons-nous, une complication assez rare du cancer stomacal. Mais elle a succédé à une ancienne pleurésie sèche qui, elle-même, a pu être provoquée, conformément à la loi de Godelier par la péritonite circonscrite de la région gastro-hépatique ; et la formation rapide du pus dans la plèvre trouve une explication très-suffisante dans l'état de cachexie profonde où le malade était tombé.

M. HOUEL. Sur un grand nombre de pièces de cancer de l'estomac, où la lésion n'avait pas été diagnostiquée, j'ai fait la remarque que presque toujours l'altération cancéreuse siégeait soit au cardia, plus encore au niveau du bord postérieur et de la petite courbure de l'estomac. Je crois que ces faits sont encore assez mal connus.

M. BARIÉ. Les cancers latents de l'estomac sont signalés depuis longtemps, on en trouve des exemples remarquables notamment dans les cliniques d'Andral et de Trousseau, et dans une thèse de M. Loiseaux (1875), inspirée par M. Bucquoy. Le travail le plus récent et le plus complet que nous ayons sur ce sujet est la thèse de M. Chesnel (1877) ; or, sur quarante-trois observations rapportées dans ce mémoire, sept fois seulement le cancer siégeait au niveau du pylore, d'où il semble résulter que les cancers latents sont rarement localisés aux orifices.

M. VERNEUIL. M. le présentateur nous a dit que les abcès métastatiques trouvés chez ce malade avaient dû être consécutifs à la pleurésie purulente; je crois qu'il serait plus logique d'expliquer la marche des accidents de la façon suivante :

Tout autour de la tumeur cancéreuse ramollie, il se fait des thromboses veineuses ; de plus, on trouve des matières septiques sur la surface de la plaie stomacale ; celles-ci peuvent être, par embolie, entraînées vers divers organes et former des abcès métastatiques.

En second lieu, je ferai remarquer que l'anorexie est bien plus souvent liée à la stéatose du foie, qu'à aucune des maladies d'estomac. Lorsque, dans mon service, j'observe des malades qui s'éteignent dans l'épuisement avec anorexie complète, je diagnostique toujours stéatose du foie, et il m'arrive rarement de me tromper.

M. BERGER. M. Verneuil nous a parlé de la production de l'infection purulente à la suite d'ulcère cancéreux de l'estomac ; je crois que ces faits doivent être regardés comme absolument exceptionnels.

M. VERNEUIL. Cette complication, en effet, est très-rare ; j'en recueille tous les cas depuis la discussion intéressante qui s'éleva en 1869 sur la pyohémie ; Chassaignac la rattachait toujours à l'existence d'une plaie extérieure, et M. A. Guérin à la *théorie des germes* et de l'*extériorité*. Pour moi, bon nombre de cas de pyohémie, observés à la suite de la fièvre typhoïde, de la variole, des abcès sous-périostiques, ne sauraient être rapportés à une plaie, ou à la *théorie des germes*, ils ont une origine profonde.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 24 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. GUBLER.

M. DALLY donne lecture d'un rapport sur l'Ecole militaire de gymnastique de Joinville-le-Pont. Il est un fait connu de tous, c'est que les hommes qui ont subi un entraînement méthodique peuvent fournir un travail considérable, tout en ne recevant qu'une alimentation insuffisante. Par l'éducation, on peut amener des soldats à marcher pendant 18 heures avec armes et bagages. La question de l'armement mise de côté, il est prouvé qu'en 1870, les Allemands n'ont dû leur succès autour de Metz qu'à la supériorité de troupes rompues à la fatigue et pouvant supporter de longues marches. Il faut donc arriver à rendre nos militaires aptes à fournir à un moment donné un summum de travail, et c'est par un entraînement méthodique et spécial que l'on atteindra ce but. L'Ecole de Joinville, fondée en 1820, aidera à le réaliser ; elle a pour objet de former des moniteurs d'escrime ou de gymnastique destinés à l'armée. L'instruction que l'on y donne est complète, et la commission a pu constater les résultats presque prodigieux auxquels les élèves arrivent dans un espace relativement court. Pendant 5 heures, sous un soleil ardent, les hommes se sont livrés à des exercices variés, qui demandaient une énorme dépense de force.

Malgré le travail fourni (12 heures par jour), la mortalité est de 1/3, et les malades de 1/2 inférieurs au chiffre donné par les garnisons voisines. Certains hommes même qui avaient de l'anémie, une toux fréquente, ont vu leur état s'améliorer avec rapidité. Les accidents traumatiques sont rares, on n'a constaté que quelques entorses et une luxation du pied. Le docteur Chassaigne, médecin de l'école, a fait des mensurations pour constater le développement que prenaient les muscles des hommes soumis à l'entraînement. 90 hommes suivis pendant trois mois d'hiver ont fourni les moyennes suivantes : Périmètre thoracique, augmentation 1 cent. 15; biceps, augm. 1 cent.; cuisse, augm. 1 cent.; mollet, augm. 0 cent. 7. En même temps, ils avaient gagné au dynamomètre 23 kilogrammes pour la traction exercée de bas en haut. Leur poids avait diminué en moyenne de 319 gr. En résumé, l'école

© BIU Santé

réalise l'idéal demandé au fantassin en campagne, savoir excès de travail malgré l'alimentation insuffisante. La Commission émet cependant quelques désidérata ; elle trouve que le temps passé à l'école (9 mois) est un peu court, et que le recrutement d'office employé jusqu'alors, ne vaut pas le recrutement volontaire. Il serait bon d'ajouter à l'alimentation une ration de vin. On a remarqué aussi que sortant de leurs exercices, les hommes fatigués ne peuvent manger, il serait à désirer que l'on installât un service de douches, rien n'étant plus propre à reposer d'un travail musculaire exagéré.

M. LACASSAGNE demande à ajouter une remarque à celles qui ont été faites par le rapporteur. Dans leurs exercices, au moment du saut à la perche, les hommes poussent un cri prolongé qui commence au moment où ils prennent leur élan pour s'élever, et ne cesse que lorsqu'ils touchent terre, après avoir décrit un arc de cercle. Il croit que cette expiration bruyante est inutile, nuisible même, car elle constitue une perte de force au moment où l'effort doit être maximum. Il serait préférable de faire cet exercice en silence.

M. DALLY. L'observation est juste. Les exercices doivent reposer sur un emploi bien combiné de la respiration. Souvent ces cris servent à donner plus de précision aux mouvements, ils marquent le rhythme. D'une manière générale, on doit les blâmer lorsqu'ils sont saccadés et exigent par eux-mêmes une dépense de force.

M. GUBLER. Dans plusieurs corps d'état, les ouvriers poussent des cris pendant leur travail, surtout pendant le travail violent. Mais ce cri est poussé d'une façon particulière. Ainsi le forgeron voulant frapper fort, immobilise la cage thoracique et ferme sa glotte ; puis il lance son marteau. Ce n'est que lorsque le marteau est lancé qu'il pousse son cri, alors que l'effort est produit. Ce cri est salutaire ; il empêche l'emphysème pulmonaire de se produire. Cependant, dans le cas cité par M. Lacassagne, le cri commençant avec l'effort doit être rejeté comme constituant une dépense inutile.

M. DECAISNE, au nom de la commission nommée dans la dernière séance pour étudier les moyens d'obvier aux inconvénients signalés par M. Javal, relativement aux réclames touchant la guérison de l'astigmatisme, et par M. Reliquet au sujet de la mauvaise fabrication des sondes, lit un rapport dans lequel il tend à démontrer que le rôle de la Société d'hygiène doit être purement passif et doit se borner à des conseils aux médecins. Ces conseils sont formulés ainsi : de toutes les affections de la vue qui exigent l'intervention du spécialiste, l'astigmatisme est la plus fréquente. Cette affection a pour symptômes l'asthénopie et l'amblyopie lesquelles bien souvent ne reconnaissent pas d'autres causes. Il convient de mettre autant que possible les malades en garde contre les opticiens qui affichent la prétention de corriger l'astigmatisme.

Relativement aux sondes défectueuses, les conclusions sont les suivantes : 1° Ne se servir que de sondes dont le tissu fasse bien corps avec la matière emplastique ; 2° Rejeter toute sonde dont le calibre s'efface sous la pression entre le pouce et l'index ; 3° Rejeter toute sonde dès qu'elle a une rugosité ou dès qu'elle présente une petite fente transversale dans la matière emplastique.

Après quelques observations de MM. DALLY, NAPIAS, RELIQUET et GUBLER les conclusions du rapport sont adoptées.

M. GALIPPE donne communication d'un mémoire sur l'emploi des vases en cuivre pour les usages culinaires. Voici les conclusions de ce travail important : 1° L'usage des vases culinaires en cuivre est exempt de dangers ; 2° Pour se mettre à l'abri des inconvénients secondaires signalés ou ne pas faire usage des vases de cuivre ou les recouvrir d'une couche métallique isolante ; 3° L'étamage tel qu'il se pratique actuellement est illusoire ou dangereux ; 4° Il y a nécessité de chercher un nouveau moyen d'étamer les vases de cuivre servant à l'alimentation.

M. GUBLER. D'après la communication qui vient d'être faite, on pourrait croire que le cuivre n'est pas un poison. Pris à petite dose, je suis persuadé qu'il est inoffensif. Certaines eaux des Pyrénées (Balaruc) en contiennent en quantité notable et leur usage n'a jamais causé d'accidents ; tous les jours nous voyons des ouvriers qui travaillent le cuivre et jamais nous n'avons constaté chez eux de coliques comme chez ceux qui travaillent le plomb. Mais, à une dose plus élevée, il n'en est plus de même, le cuivre produit des nausées, des vomissements. Je crois que s'il était administré tous les jours à dose vomitive la mort surviendrait assez vite par débilitation et insuffisance de nutrition.

M. GALIPPE ne croit pas que l'empoisonnement puisse se produire de cette manière, il faudrait employer des doses considérables capables de déterminer des désordres locaux. Il y a très-vite tolérance du cuivre et bientôt les vomissements ne se manifestent plus, même quand cette dose est augmentée. Un chien vigoureux, mis en expérience, a pris 0,10 cent. de sulfate de cuivre qui ont produit des nausées au bout de 15 jours, il prenait 0,50 cent. sans ressentir aucun effet, et cette dose a été continuée pendant un an sans inconvénient. En Italie, le cuivre a été donné dans des affections de la peau. Des malades ont pris 0,15 et 0,20 cent. pendant plusieurs mois et il n'y a eu aucun accident.

M. LEROY DE MÉRICOURT. A Brest, j'ai donné à des phthisiques du tartre stibié à haute dose, au bout de quelques jours la tolérance était établie et j'ai pu le continuer pendant 4, 5 et 6 mois à la dose de 0,30 cent. sans inconvénients pour mes malades.

M. VALLIN emploie le même traitement dans son service.

Sur la proposition de M. LACASSAGNE la suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

M. GUBLER, annonce que le congrès international d'hygiène s'ouvrira le 1er août. A l'approche du congrès, les adhésions ont augmenté considérablement. De nombreuses délégations françaises et étrangères viendront y prendre part. A l'heure présente on compte 888 membres adhérents, savoir : 464 membres adhérents nationaux et 424 membres étrangers.

A. BLONDEAU.

MALADIES DES ENFANTS

I. Du traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant par la thoracentèse aspiratrice ; par **J.-F.-J. FONSON** ; Th. inaug. Paris 1877, chez O. Doin.

II. Recherches sur la trachéotomie ; par J.-H. MORIAU ; Th. inaug. Paris 1877, chez Delahaye et Cie.

III. Ostéo-périostite rhumatismale de la tubérosité antérieure du tibia chez les jeunes sujets ; par le Dr ARCHAMBAULT, (*Soc. clinique de Paris.*)

IV. Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie diphthéritique ; par DÉJERINE (*Arch. de physiologie*, n° 2, 1878).

V. Considérations sur les tours et les conséquences de leur suppression au point de vue de l'hygiène publique ; par Alph. LIGIER ; Th. inaug. Paris, O. Doin, 1877.

VI. Des causes de la mortalité comparée de la première enfance dans les principaux climats de l'Europe ; Rapport par le Dr KUBORN (*Congrès international d'hygiène* de Bruxelles, 1876.)

I. L'étude de dix-neuf cas de pleurésie purulente infantile amenés à guérison complète par la thoracentèse, permet au Dr Fonson d'établir, d'une part, que, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, la paracentèse peut suffire à guérir la pleurésie purulente chez l'enfant ; que, d'autre part, c'est à cette méthode, la plus simple, la plus facile, la plus dénuée de complications immédiates, la seule qui se fasse sans effusion de sang, que l'on doit donner la préférence sous la seule réserve de quelques rares contre-indications.

La lecture du tableau analytique dans lequel l'auteur a réuni ses dix-neuf observations montre que, c'est chez les sujets les plus jeunes que la ponction unique a été observée proportionnellement le plus grand nombre de fois, ce qui permet d'espérer que plus l'individu sera jeune, plus les chances de guérison seront grandes.

Pour ce qui est des raisons de ces guérisons habituelles chez l'enfant, absolument exceptionnelles chez l'adulte, à la suite des simples ponctions, l'auteur les trouvent : 1° dans la structure même de la cage thoracique dont la souplesse et l'élasticité sont d'autant plus grandes que les sujets sont plus

© BIU Santé

jeunes ; 2° dans l'expansibilité des organes pulmonaires qui, refoulés et modifiés par l'épanchement purulent reviennent plus facilement à l'état normal chez l'enfant que chez l'adulte; 3° dans l'état de suractivité vitale favorable à toute guérison dans lequel se trouvent les organes de l'enfant en vertu de leur développement.

La thoracentèse étant la méthode curative par excellence des pleurésies purulentes de l'enfant, à quel procédé doit-on donner la préférence? A la thoracentèse par aspiration pour laquelle on emploiera l'appareil de Dieulafoy ou celui de Potain ; à l'aide de ces appareils on évacuera la plus grande quantité de pus contenu dans la plèvre, la totalité même si c'est possible, et cela pour deux raisons : la première, c'est que les conditions anatomiques dans lesquelles se trouve, chez l'enfant, l'appareil pleuro-pulmonaire n'exposent pas aux accidents qui, parfois, surviennent chez l'adulte ; la seconde, c'est que la clinique (sept cas sur dix-neuf) prouve que la rapidité de la guérison est subordonnée à l'évacuation complète.

Quant aux indications de la thoracentèse aspiratrice, elles sont tout entières dans le diagnostic de la qualité de l'épanchement pleural : la ponction simple par inspiration est formellement contre-indiquée alors qu'il se fait une transformation putride de l'épanchement purulent ; ces cas deviennent justiciables, soit des injections médicamenteuses, soit de la pleurotomie qui, chez l'enfant, plus souvent encore que chez l'adulte, donnera des succès inespérés.

II. Le docteur Moreau s'est proposé, dans son travail inaugural, de réunir une foule de documents (bibliographie étendue, statistiques, observations) qui tous démontrent l'utilité de la trachéotomie et légitiment les conclusions de l'auteur : la trachéotomie n'est dangereuse ni par elle-même, ni par ses suites. Pour ce qui regarde le croup en particulier, jamais quand il est confirmé, il ne guérit sans opération.

La méthode qu'on devra employer dans la majorité des cas, est la méthode dite sanglante ou par le bistouri. Le procédé sera le procédé classique de Trousseau ou procédé lent : au cas où l'asphyxie serait imminente, on pourrait avoir recours au procédé mixte de Bourdillat.

III. M. Archambault appelle l'attention de la Société clinique sur une variété d'ostéo-périostite des enfants qui emprunte son intérêt à son siége et aux conditions dans lesquelles elle survient.

Cette ostéo-périostite consiste dans une inflammation limitée exactement à la partie du tibia qui répond à la tubérosité antérieure de cet os, là où le tendon rotulien et les tendons qui constituent la patte d'oie viennent prendre attache. La peau devient rouge en ce point et on constate par la vue et par le toucher qu'il existe une tuméfaction, un empâtement qui portent sur le tissu cutané, les tissus blancs sous-jacents et les parties osseuses.

L'affection se montre chez les enfants de 12 à 14 ans : jusqu'à présent elle n'a été observée que chez les garçons. Elle tient à deux causes premières : au rhumatisme et à une déviation du travail de nutrition qui exagère la production osseuse à laquelle est due la tubérosité antérieure du tibia ; les traumatismes jouent un rôle secondaire et occasionnel. Cette ostéo-périostite est symétrique, elle a une période subaiguë pendant laquelle tous les tissus de la région, depuis la peau jusqu'à l'os, participent au processus morbide, et une phase plus chronique où le tissu osseux paraît seul malade.

Elle ne suppure pas, elle a pour conséquences une hypertrophie de la tubérosité antérieure du tibia qui persiste et ne cause aucune gêne : elle cède toujours au repos et à un traitement simple.

IV. Les recherches de M. Déjerine qui portent sur l'étude patiente de cinq observations, contribueront à faire sortir définitivement la paralysie diphthéritique du cadre des paralysies *sine materia* dont le nombre va diminuant chaque jour. Ces recherches prouvent de la façon la plus nette qu'il existe dans les paralysies consécutives à la diphthérie une lésion des racines antérieures, lésion de nature inflammatoire, véritable névrite parenchymateuse.

Non-seulement cette lésion est constante, mais elle est rigoureusement correspondante aux phénomènes observés pendant la vie, étroite ou étendue suivant la délimitation ou la diffusion des troubles paralytiques, c'est ainsi que, dans les cas où la paralysie est bornée aux membres supérieurs, l'altération des racines ne s'observe plus à partir des premières paires dorsales.

Le degré de l'altération des racines paraît subordonné à la durée de la paralysie : plus cette dernière dure longtemps, plus les tubes nerveux sont altérés.

L'examen de la moelle épinière paraît démontrer que l'altération des racines antérieures est secondaire et qu'elle est consécutive à une altération médullaire.

L'altération médullaire primitive est vraisemblablement de nature inflammatoire, elle siége dans la substance grise sans affecter la substance blanche, elle paraît légère, elle semble être à la fois interstitielle et parenchymateuse, il s'agit, en somme, d'une téphro-myélite légère.

L'étude de ces lésions, jointe à bien d'autres considérations, semble infirmer la doctrine de la spécificité de la paralysie diphthéritique. Elle montre qu'il se fait, du côté de la moelle et, secondairement, sur les racines antérieures des processus d'irritation simple qui, pour être plus fréquents au cours de la diphthérie, ne lui sont pas particuliers, car on observe, au déclin de la variole, de la fièvre typhoïde, d'angines simples ou herpétiques, des troubles de la motilité ayant mêmes allures symptomatiques et probablement même anatomie pathologique que la paralysie diphthéritique.

V. La thèse du Dr Ligier est un chaud plaidoyer en faveur du rétablissement des tours.

Les arguments sur lesquels s'appuie l'auteur sont les suivants : depuis la suppression des tours, la proportion des enfants naturels loin de diminuer, a sensiblement augmenté.

Pendant le fonctionnement des tours, le nombre des enfants abandonnés n'a pas présenté un accroissement progressif, il est resté stationnaire.

Si le nombre des enfants légitimes abandonnés était autrefois de un vingtième, l'abus subsiste actuellement et le nombre des infanticides commis par les femmes mariées s'est élevé à un cinquième en 1862. Les avortements et les infanticides ont augmenté dans une proportion effrayante. Le nombre des mort-nés, de 27.000 s'est élevé à plus de 46.000.

Si la mortalité a diminué pour les enfants secourus allaités par leur mère, elle a considérablement augmenté pour les autres catégories, beaucoup plus considérables, d'enfants assistés. La mortalité générale des enfants a augmenté, la natalité a diminué.

VI. Nous ne pouvons analyser (des tableaux statistiques se consultent mais ne s'analysent pas) le volumineux rapport du Dr Kuborn sur les causes de la mortalité comparée de la première enfance dans les principaux pays de l'Europe, tout ce que nous pouvons dire, c'est que, au point de vue de la médecine sociale, les causes de la mortalité infantile, (quels que soient, du reste, les pays et les climats dans lesquels on les étudie) se résument en quatre termes : misère, ignorance et superstition, immoralité, institutions vicieuses.

L. LANDOUZY.

BIBLIOGRAPHIE

De la maladie charbonneuse; par le Dr G. A. HAUEUR, Th. de Paris, 1875.

L'auteur définit tout d'abord la maladie qu'il se propose d'étudier, en limitant sa définition aux deux premières formes de l'affection charbonneuse, pustule maligne et œdème malin ; il laisse intentionnellement en dehors de son travail la troisième forme, ou fièvre charbonneuse. Ensuite, après un très-court historique rappelant les principaux ouvrages publiés sur la maladie charbonneuse, il aborde successivement et avec détails l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et le traitement.

Dans le chapitre qu'il consacre à l'étiologie, M. Haueur ex-

© BIU Santé

pose en premier lieu les caractères avec lesquels la maladie se présente chez les animaux, et les conditions particulières qui favorisent son apparition chez eux : influences atmosphériques et telluriques, alimentation avec des fourrages secs plus ou moins altérés, absorption d'eaux impures....., encombrement, surmenage, etc. Il passe ensuite en revue les divers modes par lesquels l'affection charbonneuse se transmet des animaux à l'homme, soit directement, par inoculation ou par contact, soit indirectement, par l'intermédiaire de diverses espèces de mouches pourvues ou non d'une trompe à stylet pénétrant. Il examine enfin les questions controversées de la transmission du charbon de l'homme à l'homme, et de son développement à la suite de l'emploi alimentaire de viande provenant d'animaux morts de sang de rate ; sur ce dernier point, il se range à l'opinion du professeur Bouchardat, qui pense qu'une coction prolongée rend cette viande inoffensive.

Dans son chapitre « anatomie pathologique », M. Haueur accorde une large place à l'étude des bactéries et du rôle qu'elles jouent dans la pathogénie de l'affection. Après avoir résumé les belles expériences de M. Davaine et les diverses objections qui leur ont été faites par plusieurs autres auteurs, il se rallie à l'opinion du premier, qui admet que la virulence du sang charbonneux est due à la présence des bactéries, contrairement à la théorie de Robin et de Bilroth, qui ne considèrent ces organismes inférieurs que comme des véhicules du virus charbonneux.

L'auteur expose ensuite avec soin la symptomatologie de la pustule maligne et de l'œdème malin, résume le diagnostic et arrive au traitement, sur lequel il s'étend longuement. Ce dernier chapitre comprend, d'une part, le traitement prophylactique, de l'autre, le traitement curatif. Les moyens prophylactiques à opposer au développement et à la propagation de la maladie charbonneuse sont applicables, les uns aux animaux sujets à contracter cette maladie, les autres aux personnes qui, par profession, sont exposées au contact des animaux atteints des dépouilles de ceux qui ont succombé. Ils se déduisent presque tous des notions que fournit l'étiologie ; quelques-uns cependant, qui ont trait à l'espèce animale, sont plus ou moins empiriques, comme l'administration des boissons phéniquées aux animaux dès les premières atteintes du mal, l'emploi du carbonate de chaux à titre de préservatif, signalé par M. le comte de Launay, et la ponction de la rate, employée avec succès en Allemagne.

En ce qui concerne le traitement curatif, M. Haueur insiste surtout sur le traitement local, qui doit être institué tout d'abord, et il se borne à quelques indications sur le traitement général. Il montre combien peu l'on doit attendre des antiphlogistiques, de l'extirpation, des scarifications et incisions, lorsqu'on les met en usage à l'exclusion de la cautérisation, soit actuelle, soit potentielle, et il s'arrête sur le mode d'action et les avantages de cette dernière méthode. Il étudie ensuite, d'après les observations et les recherches expérimentales les plus récentes, l'action des substances réputées antivirulentes : ammoniaque, acide chromique, liqueur de Labarraque, iode et acide sulfurique. Il résume les expériences de M. Davaine sur la puissance de l'iode contre l'intoxication charbonneuse, puis les expériences contradictoires de M. Colin, et il apporte à l'appui des applications thérapeutiques que le premier de ces auteurs a déduites de ses travaux, une intéressante observation, due à M. Cézard, dans laquelle le traitement par l'iode, conseillé par M. Davaine, sauva la vie à un malade dont l'état était désespéré. Il signale enfin les succès obtenus par M. Guyon et par M. Trifet, dans des cas de pustule maligne, grâce à l'emploi des incisions suivies de cautérisation avec l'acide sulfurique monohydraté, lequel acide a donné d'ailleurs aux expérimentateurs des résultats à peu près semblables à ceux qu'avait fournis l'iode.

Plusieurs observations sont annexées à ce travail consciencieux et instructif, dans lequel sont rassemblés et résumés clairement un grand nombre de documents importants.

Ch. H. PETIT.

Topographie, histoire statistique médicale de l'arrondissement de Vouziers (Ardennes) ; par Ch. GUELLIOT (1).

Nous citerons une thèse sur la géographie médicale, que l'auteur a consacrée à l'étude de la topographie, à l'histoire et à la statistique médicale de l'arrondissement de Vouziers (Ardennes). C'est un travail consciencieux, utile à consulter. Il est à désirer que l'exemple, donné par M. Guelliot, trouve des imitateurs.

VARIA

Du rôle de l'anatomie pathologique (2) ;

Discours inaugural du professeur J. CONHEIM.

L'attrait des études anatomo-pathologiques tient à tout autre chose. S'il ne s'agissait que d'obtenir, par la méthode anatomo-pathologique, une rigoureuse détermination de la maladie, on ne recourrait guère à cette méthode, naturellement désagréable, dans les cas où l'observation du malade vivant ne laisse pas le moindre doute. En admettant, d'ailleurs que l'enseignement clinique a le plus grand intérêt à contrôler le diagnostic posé pendant la vie et à expliquer les symptômes cliniques par les résultats de l'autopsie, y aurait-il vraiment besoin du grand appareil dont partout aujourd'hui s'entoure l'anatomie pathologique ? Au lieu de vastes et coûteux instituts pathologiques, il suffirait, à mon avis, d'une simple salle d'autopsie, spacieuse et bien éclairée, comme en possèdent tous les hôpitaux urbains ; au lieu du professeur spécial avec ses assistants et ses sous-assistants, ce serait assez d'un simple prosecteur, que le mieux serait peut-être d'attacher en qualité d'assistant au professeur de clinique. En outre, qui aurait jamais l'idée d'autopsier un homme apporté à l'hôpital mourant ou déjà mort, et n'ayant par conséquent été le sujet d'aucune observation clinique ? Bien au contraire, l'anatomo-pathologiste ne fait point ces distinctions dans le choix des cadavres qu'il examine, et la cause en est que le rôle de l'anatomie pathologique est loin d'être épuisé quand elle a exactement constaté et décrit les résultats macroscopiques et microscopiques de l'autopsie. *Car l'anatomie pathologique n'est pas une science descriptive au même sens que l'anatomie normale.* Celle-ci rencontre aussi, on le sait bien, des variétés de toute sorte ; néanmoins, je puis décrire le larynx ou le foie, ou un os quelconque d'un homme adulte avec assez de précision et de clarté pour que même un profane reconnaisse l'organe dont il s'agit. Mais de l'intestin typhoïque ou dysentérique, du poumon enflammé, du foie cancéreux, je puis vous esquisser une série de descriptions complètement différentes l'une de l'autre et cependant toutes exactes et correctes. Dans ces conditions, vous en conviendrez, la constatation et la description des résultats nécropsiques ont isolément peu de valeur ; elles n'ont tout leur prix que si en même temps on s'efforce toujours d'*expliquer* ces résultats.

En effet, si l'organisme humain n'est pas une agglomération quelconque de parties constituées indifféremment de telle ou telle façon, si, au contraire, la structure en est régie par des lois déterminées, toute déviation de ces lois exige une explication. Ce qu'il faut expliquer, c'est en premier lieu la *cause* de la déviation. Car des principes généraux de biologie, résulte immédiatement et nécessairement cet axiome, qu'aucune maladie, qu'aucun état pathologique d'un organe quelconque ne peut se produire *sans cause*, ou, comme on dit, *spontanément*. Le germe humain sain se développe toujours, tant que les circonstances extérieures n'interviennent pas pour le troubler, en un individu sain et normal, qui reste tel en raison de son organisation physiologique, tant qu'il n'est pas exposé à des agents morbifiques dont cette organisation ne peut triompher. Quand donc, en examinant un cadavre, nous trouvons une particularité anormale d'un organe quelconque, nous en concluons, sans hésiter, ou bien que la disposition naturelle de l'individu était originairement vicieuse, ou bien qu'à un certain moment une cause morbifique a dû agir sur

(1) Paris, V. Delahaye et Cᵉ, place de l'Ecole-de-Médecine.
(2) Voir *Progrès médical*, 1878, p. 568.

© BIU Santé

lui ; de là les deux catégories de maladies auxquelles on applique les dénominations de maladies congénitales et de maladies acquises. A la vérité, ce n'est pas avec une exactitude parfaite, ni par conséquent à bon droit. Car, d'une part, les médecins connaissent depuis longtemps des maladies plus spécialement héréditaires et tenant indubitablement à une prédisposition vicieuse, qui néanmoins ne se déclarent que des années et même des dizaines d'années après la naissance; par exemple, diverses espèces de tumeurs et de tuberculoses, etc.; et, d'autre part, quand un enfant dont la mère a été atteinte de la petite vérole pendant sa grossesse, naît avec une éruption variolique, ou quand, à la suite d'une inflammation intra-utérine des valvules cardiaques, il vient au monde avec une sténose pulmonaire, ni la variole ni la lésion cardiaque n'ont le moindre rapport avec la prédisposition embryonnaire de l'enfant. Le criterium extérieur fourni par la date de l'apparition de la maladie est donc insuffisant pour en déterminer l'étiologie. L'anatomie pathologique est-elle en général capable de renseigner sur la cause d'une maladie ou d'une lésion, c'est-à-dire sur quelque chose qui doit nécessairement avoir *précédé* la maladie ? Au premier abord il semble étonnant, et cependant il est vrai que les plus beaux succès de la méthode anatomique ont été obtenus précisément sur le terrain de l'étiologie. Depuis longtemps déjà, l'étiologie a tiré parti, à l'aide de la statistique, des résultats des recherches anatomiques; grâce à ce procédé, on a démontré que certaines anomalies viscérales dépendent de la syphilis constitutionnelle, que certaines maladies des méninges et du foie ont leur source dans l'amour invétéré des liqueurs fortes, que des altérations très-remarquables du foie, des reins, etc., sont l'effet de l'empoisonnement phosphorique aigu. On ne peut certainement méconnaître qu'on est ainsi parvenu à un très-haut degré de probabilité relativement aux causes des maladies. Cependant, de toutes parts, on s'est récemment efforcé de les découvrir directement et immédiatement avec le seul secours des renseignements anatomiques ; ces efforts ont pu réussir parce que, en raison de sa nature, l'organisme animal ne réagit par des accidents morbides contre une influence quelconque, qu'autant qu'elle est en lui présente et agissante. C'est ainsi qu'on a montré dans les *trichines* la cause efficiente immédiate d'une maladie générale jusque-là énigmatique ; c'est ainsi, chose bien plus significative, que l'on a constaté pour le sang de rate, pour la fièvre à rechute, pour l'endocardite maligne, pour les traumatismes graves, la présence constante dans le sang ou dans les tissus d'organismes beaucoup moins élevés, mais tout aussi caractéristiques. Pour tout le groupe si considérable des maladies infectueuses, le *contagium animatum* des anciens auteurs a cessé aujourd'hui d'être une hypothèse, et c'est à bon droit que la science demande maintenant aux pathologistes de découvrir dans toute maladie infectieuse les organismes parasitaires qui la produisent. Il n'y a plus qu'à s'entendre sur les limites à donner à la classe des maladies infectieuses : certains auteurs accordant un caractère infectieux même aux tumeurs malignes, et d'autres n'hésitant pas à rapporter à l'infection tous les catarrhes, tout ce qu'on appelle des refroidissements. J'ai d'autant moins à discuter ici la valeur de ces vues que c'est toujours une question de plus ou de moins; car si l'hygiène, aujourd'hui cultivée avec tant de zèle, arrivait jamais non-seulement à connaître tous les agents d'infection, mais même à les éloigner ou à les rendre inoffensifs, la durée de la vie humaine n'en serait pas plus longue, et les maladies ne seraient pas, pour cela, supprimées. Ce serait peut-être une entreprise éternellement vaine que de vouloir pénétrer, par la méthode anatomique, les causes réelles de l'affaiblissement dû aux progrès de l'âge ou des maladies non infectieuses qui menacent notre santé, par exemple, de la goutte, du diabète, et surtout des maladies chroniques du système nerveux; à peine connaissons-nous seulement les signes anatomiques de la plupart d'entre elles ! Cependant, cette immense lacune ne constitue pas le défaut capital de la méthode anatomique appliquée à la recherche des causes ; il est beaucoup plus profond et tient à l'essence même de cette méthode, car jamais, c'est évident, elle ne peut fournir une preuve absolument convaincante des rapports de causalité ; cette preuve n'est faite pour nous que si l'on peut, à l'aide des causes supposées, reproduire à volonté l'effet correspondant, c'est-à-dire, ici, une maladie déterminée. En d'autres termes, la base la plus sûre de l'étiologie n'est pas la *méthode anatomique*, mais bien la *méthode expérimentale*. On n'a cessé de révoquer en doute et de contester le rapport de cause à effet entre l'empoisonnement phosphorique et les lésions organiques indiquées plus haut que du jour où l'on a provoqué les mêmes lésions chez des chiens et des lapins, en leur administrant du phosphore, et, aujourd'hui, nombre de savants travaillent dans divers laboratoires à démontrer expérimentalement que certaines maladies infectieuses dépendent des bactéries qui les caractérisent, démonstration qui, jusqu'à présent, n'a vraiment été faite d'une manière absolument suffisante et irréfutable que pour le sang de rate.

Mais, de quelque avantage que soit pour nous la connaissance des causes des maladies, quiconque a pris à tâche de comprendre l'enchaînement des faits pathologiques aura bien de la peine à s'en contenter. Pour l'hygiéniste qui veut avant tout prévenir la maladie, cela peut suffire, mais au médecin, appelé seulement quand il n'est plus temps de rien prévenir et surtout au pathologiste qui n'a pas un but pratique, il faut quelque chose de plus : *ils veulent saisir le lien intime entre la cause et l'effet;* ils veulent comprendre *comment et par quel mécanisme* se produisent les altérations par lesquelles l'organisme réagit contre les causes morbides. Tant qu'on n'en sera pas là, on ne pourra, selon moi, se dire scientifiquement satisfait; savoir certaines lésions organiques l'effet de l'intoxication phosphorique, ce n'est, à mon sentiment du moins, ni résoudre l'énigme ni diminuer le besoin d'explication ; celui-ci au contraire, s'en accroît bien plutôt.

Mais, demanderez-vous, la méthode anatomique permet-elle d'établir la filiation des accidents et des phénomènes morbides, ce qu'on appelle, d'un mot, la pathogénie ? Il fut un temps où la pathogénie a passé pour relever de l'anatomie, surtout aux débuts de l'intervention du microscope dans l'examen des objets pathologiques. Alors surgirent, sous la vive impression des innombrables détails qui se découvraient à l'œil étonné, quantité de théories qui nous paraissent aujourd'hui difficiles à comprendre. A cette époque primitive, on se faisait de singulières illusions sur la puissance du microscope. L'anatomie ne peut avoir pour objet que l'état actuel des organes et ceux de leurs modes de transformation que nous pouvons étudier en observant la série la plus complète possible des états successifs par lesquels passent ces organes, c'est-à-dire les processus de développement et de croissance. Là-dessus, il n'y a jamais eu d'obscurité pour les pathologistes d'autrefois. Et pourtant, c'est prendre au sens propre l'expression figurée de *stadium incrementi et decrementi*, ou celle de développement et de croissance d'une maladie. Ce sont là des expressions très-usitées : l'inflammation du poumon se développe, la lésion cardiaque grandit, l'hydropisie s'accroît ; mais qu'y a-t-il de commun entre cette façon de parler et le véritable processus de développement et de croissance de l'anatomie scientifique? Ce n'est pas qu'il n'y ait aussi, en pathologie, de processus de cette dernière espèce. Au contraire, le groupe entier des végétations vraies, une grande partie des vices de conformation, et toutes les régénérations se rangent dans cette catégorie, et il est impossible de comprendre ces processus si importants autrement qu'en étudiant avec le plus grand soin leurs détails anatomiques. Mais ces processus exceptés, et peut-être aussi quelques autres analogues, nous n'avons plus affaire en pathologie, absolument comme en physiologie, qu'à des modifications chimiques ou physiques dans l'état des tissus ou des appareils et aux modifications de fonctions qui en résultent. Quand nous voyons les cellules d'un organe remplies de graisse ou son tissu imprégné de sels calcaires, ou les surfaces articulaires empâtées d'urates, ou l'albumine protoplasmatique ordinaire, à fines granulations et d'aspect mat, remplacée par une substance luisante comme de la cire et à réactions insolites, l'explication de ces altérations se peut-elle chercher ailleurs que dans l'étude de leurs conditions chimiques? Ou bien encore, quand, dans le tissu d'une partie du corps, au lieu de la lymphe normale, peu

© BIU Santé

abondante, nous trouvons en grande quantité des exsudats dits hypostatiques ou même inflammatoires, comment parvenir à le comprendre autrement qu'en étudiant le mouvement du sang et de la lymphe de cette partie, la tension et la vitesse du courant, la perméabilité des parois vasculaires, etc? Le plus exact examen microscopique du sang ne donne, on le sait, pas la moindre indication relative au problème de la coagulation ; faut-il vraiment croire que l'on peut découvrir, par la voie anatomique, les conditions auxquelles le sang se fige dans les veines d'un homme vivant? Non, l'immense majorité des processus pathologiques ne peuvent s'expliquer que par la méthode dont use la physiologie, c'est-à-dire par l'observation de l'ensemble des phénomènes dans l'ordre chronologique et par l'expérimentation.

Vous me direz qu'observer la succession des phénomènes morbides est l'affaire de celui qui voit le malade vivant, et non pas de celui qui ne se trouve en face de lui qu'une fois la maladie terminée, en d'autres termes, que c'est du ressort du clinicien et non de l'anatomo-pathologiste. Cela semble très-juste, et cependant ce n'est qu'une apparence, car ce qu'observe le clinicien au lit du malade, ce n'est pas le processus de la maladie, mais seulement une série de signes appelés *symptômes cliniques*, dont on ne peut, quant à la manière dont les choses se passent réellement, conclure rien de plus que des signes anatomiques dévoilés par l'examen du cadavre. Quand nous trouvons une partie du corps rouge, gonflée, douloureuse, bref, dans l'état qui, de tout temps, a été regardé comme pathognomonique de l'inflammation, cela ne nous apprend, sur le processus essentiel de l'inflammation, c'est-à-dire sur la nature du trouble circulatoire, rien de plus que l'examen macroscopique, microscopique et chimique de l'exsudat que nous recueillons sur le cadavre. Voici un homme pris brusquement d'une dyspnée très-intense, son pouls est petit, sa face cyanosée, sa respiration embarrassée, bruyante et précipitée ; l'oreille perçoit à l'auscultation des râles très-étendus dans les deux poumons et la toux expulse un fluide écumeux et abondant. Nous affirmons que les alvéoles pulmonaires sont remplies d'un liquide aqueux aussi sûrement que si nous le voyions directement dans les poumons du mort ; mais ni ceci ni cela ne nous éclaire sur le processus morbide, sur la manière dont s'est produite cette inondation des vésicules pulmonaires. L'organisme humain est trop compliqué et les problèmes de la pathologie ne sont pas assez simples pour que la seule observation des symptômes cliniques puisse vraiment expliquer les faits pathologiques ; à la vérité, je l'ai déjà dit, la constatation des signes anatomiques est tout aussi insuffisante. Sans doute toutes deux sont absolument indispensables puisque sans elles nous ne nous douterions même pas de l'existence de la maladie ; elles se complètent le plus heureusement du monde et leur combinaison est si utile à nos spéculations, que nous ne comprenons plus rien au dédain réciproque jadis à la mode entre cliniciens et anatomo-pathologistes. Mais si exactement qu'un malade soit observé pendant sa vie, si soigneusement qu'il soit examiné après sa mort, tout ce que l'on peut dire, dans le plus grand nombre des cas, du processus essentiel de la maladie, c'est comment il s'est, *peut-être*, *probablement* produit ; dans les cas les plus favorables, on arrive à éliminer certaines hypothèses. Quant à la certitude absolue, elle ne s'obtient que par une analyse beaucoup plus délicate des différentes circonstances possibles, soit qu'on les apprécie comparativement dans les diverses combinaisons réalisées par les maladies, soit qu'on recoure au moyen qui permet de les examiner isolément et de les varier à volonté, c'est-à-dire à l'expérimentation.

Sans expériences, point de pathologie scientifique et point d'anatomie pathologique, à moins que, pour cette dernière, on veuille s'en tenir uniquement à l'étude de ces processus indiqués précédemment, que la méthode anatomique arrive toute seule à pénétrer. Mais quiconque s'intéresse aussi aux autres processus morbides, quiconque désire les comprendre renoncera difficilement à l'expérimentation. C'est là le terrain sur lequel se rencontrent naturellement les travaux de l'anatomo-pathologiste et du clinicien, sans qu'il soit possible de délimiter nettement le domaine de l'un et de l'autre. Voudrait-on réduire le premier à n'élaborer que cette partie de la pathogénie dont le but est d'expliquer les signes anatomiques ? Cet amoindrissement de son champ de travail lui serait bien cruel, — s'il était possible ! En vain l'anatomo-pathologiste essaierait-il de se borner aux problèmes de pathologie humaine les plus purement anatomiques en apparence, toujours il serait entraîné, par l'infinie complication de l'organisme humain et de son économie, vers des questions parfaitement étrangères à l'anatomie. Ainsi l'hypertrophie de l'une ou de l'autre moitié du cœur, consécutive à certaines lésions cardiaques ou pulmonaires, est sans doute une affaire de processus d'accroissement; mais c'est bien plus sûrement encore un problème anatomique; et cependant il est absolument impossible de comprendre comment se produisent et se constituent ces hypertrophies, sans connaître l'influence sur ces lésions du fonctionnement du cœur et la façon dont cette influence s'exerce. Ainsi encore, l'anatomo-pathologiste, étudiant l'inflammation, peut-il ne s'occuper que du gonflement et tout au plus de la rougeur, négligeant la chaleur et la lésion fonctionnelle ? Et en néphro-pathologie, s'en tiendra-t-il aux complications cardiaques et à l'œdème, sans s'inquiéter de l'urémie parce qu'elle n'a pas de criterium anatomique ? Je ne nie pas, cela va sans dire, que certaines questions de pathologie relèvent plus naturellement ou de la clinique ou de l'anatomie : par exemple, aucun anatomo-pathologiste ne prétendra pouvoir déterminer le mode de production des bruits cardiaques et pulmonaires avec plus de succès que le clinicien, et celui-ci abandonnera volontiers à l'autre l'étude de la pathogénie des incrustations. Mais il n'y a là aucune différence de principe. Le clinicien et l'anatomo-pathologiste ont tous deux pour tâche scientifique l'exploration dans tous les sens du processus morbide, et pour but la connaissance des lois de la vie morbide.

Pour qui entend ainsi l'anatomie pathologique et n'y voit pas une science purement morphologique, il n'y a pas à se demander s'il est possible de *séparer complètement l'anatomie pathologique de la physiologie pathologique*, et si le corps médical enseignant doit s'efforcer d'y arriver. Il est facile de comprendre que l'on ait agi ainsi pour l'anatomie et la physiologie normales. La séparation partout accomplie entre elles dans les dix dernières années a grandement favorisé leurs progrès, mais, à mon avis, il ne faut espérer rien de pareil pour les deux sciences pathologiques correspondantes. Car l'anatomie et la physiologie normales sont deux sciences vraiment distinctes, indépendantes l'une de l'autre, possédant chacune en propre des méthodes différentes. L'anatomo-pathologiste, en ne cultivant pas la physiologie pathologique, renoncerait à comprendre désormais la plus grande partie du sujet de ses études, tout comme le clinicien qui se contenterait de constater les symptômes de la maladie. Pour sentir combien, d'autre part, serait peu avantageux l'isolement complet de la physiologie pathologique, il suffit de jeter un coup d'œil sur les chaires et les instituts de pathologie expérimentale de la plupart des universités d'un pays voisin, les universités allemandes n'étant, que je sache, jamais tombées jusqu'à présent dans une pareille erreur. Presque tout ce qu'on a fait de bon dans ce pays est relatif à la physiologie, étranger à la pathologie. C'est chose facile à comprendre! La pathologie expérimentale qui ne compte que sur elle-même, qui ne veut avoir aucun rapport ni avec le lit du malade, ni avec la salle d'autopsie, manque de ce qui ne fait jamais défaut à la physiologie ; il ne se pose point de questions devant elle. C'est seulement de l'observation des signes de la maladie que surgissent, pour le pathologiste, les problèmes étiologiques et pathogéniques, et sans l'occasion constante d'observer bien exactement les signes morbides, soit cliniques, soit anatomiques, l'homme le plus intelligent et le plus pénétrant a bientôt épuisé la série des problèmes pathologiques, à moins d'entrer sur un terrain où ne le suit pas l'intérêt du médecin. Pour découvrir les lois de la vie morbide, en d'autres termes, pour faire progresser la pathologie générale, il faut un clinicien ou un anatomo-pathologiste. Demander auquel des deux il est préférable de confier l'enseignement didactique, c'est

© BIU Santé

faire une question oiseuse, qui ainsi posée d'une manière générale ne mérite pas de réponse; mais on peut soutenir que le mieux serait de le partager entre eux deux ! En cas qu'au point de vue pratique cette division ne soit pas acceptable, il serait bien permis de recommander en règle générale, en présence des droits si grands et si justifiés qu'ont sur le temps et le travail du clinicien l'enseignement, l'hôpital et même le public, de confier de préférence cet enseignement à l'anatomo-pathologiste. Pour cette solution milite d'ailleurs une circonstance extrinsèque, mais non dénuée d'importance, je veux dire le caractère expérimental du cours de pathologie générale. L'idée de préparer et d'instituer des expériences dans un hôpital effraiera tout le monde, et à juste titre, tandis que toutes les conditions préliminaires à ce indispensables sont dores et déjà réalisées dans les établissements anatomo-pathologiques qui, précisément en cultivant la pathologie expérimentale et générale, deviendront des *Instituts pathologiques*.

Et maintenant, croirez-vous que ce fût présomption insoutenable quand, en commençant, je revendiquais pour l'anatomie pathologique le privilége de jeter un pont sur l'abîme qui sépare la physiologie de la clinique et de faire comprendre au jeune médecin, après la première moitié de ses études, ce qui l'attend au lit du malade ? Certes si le professeur d'anatomie pathologique n'avait d'autre rôle que de pratiquer soigneusement ses autopsies, de bien préparer ses pièces, de les bien examiner au microscope, et enfin de décrire exactement et fidèlement le résultat de son examen, il ne pourrait guère, si utiles que soient ses travaux, prétendre à une influence considérable sur l'esprit et la manière de voir des étudiants, et à coup sûr il ne l'obtiendrait pas. C'est seulement à condition d'être pathologiste, à condition de tenir l'anatomie pathologique en contact intime et permanent avec la pathologie générale qu'il l'élève à la hauteur d'une science véritable et de la servante de la clinique en fait la digne et légitime sœur. Sans doute, à mesure que le but grandit s'accroît la distance où il est encore de nous. Aussi ceux qui demandent aux sciences la satisfaction particulière que procurent les chefs-d'œuvre dont toutes les parties sont également complètes et achevées, ceux-là peuvent s'éloigner mécontents de l'anatomie pathologique ainsi définie. Mais, sous cet aspect, elle aura le plus grand charme pour ceux qui, loin de s'effrayer du nombre des problèmes non encore résolus, y puisent sans cesse de nouveaux encouragements à essayer leurs propres forces.

Conditions à remplir pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe.

Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts ; vu les titres II et III de la loi du 21 germinal an XI et l'arrêté du Gouvernement du 25 thermidor de la même année; vu l'article 14 de la loi du 14 juin 1854 ; vu le décret du 22 août de la même année, portant règlement financier des établissements d'enseignement supérieur, et notamment les articles 2, 15 et 16 ; vu le décret du 28 octobre 1854 ; vu l'avis du conseil supérieur de l'instruction publique ; le conseil d'État entendu, décrète :

Article premier. — Les études pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe durent six années, dont trois années de stage dans une officine et trois années de cours suivis, soit dans une école supérieure de pharmacie ou une Faculté mixte, soit dans une école de plein exercice. Toutefois, pendant les deux premières années, les cours peuvent être suivis dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Les aspirants doivent produire, au moment où ils prennent la première inscription, soit de scolarité, soit de stage, le diplôme de bachelier ès-lettres ou celui de bachelier ès-sciences. Ils ne seront admis à prendre la cinquième, la neuvième et la onzième inscription qu'après avoir subi avec succès un examen portant sur les matières enseignées dans les deux premières années et le premier semestre de la troisième année.

Art. 3. — Les examens probatoires sont au nombre de trois ; ils sont subis devant les écoles supérieures ou les Facultés mixtes, après le cours complet d'études, et portent sur les objets suivants :

Premier examen. — Physique, chimie, toxicologie et pharmacie.

Deuxième examen. — Botanique, zoologie, histoire naturelle des drogues simples, hydrologie et histoire naturelle des minéraux.

Troisième examen. — Préparations chimiques et pharmaceutiques.

Au premier examen, l'aspirant fera une analyse chimique, et, au deuxième examen, une préparation micrographique. Quatre jours sont accordés pour effectuer, sous la surveillance d'un professeur, les préparations exigées au troisième examen. L'épreuve orale de cet examen comprend deux séances.

Art. 4. — Les inscriptions des aspirants au titre de pharmacien de 2e classe ne seront, en aucun cas, converties en inscriptions d'aspirants au titre de pharmacien de 1re classe pour les élèves en cours d'études ; cette conversion pourra être autorisée en faveur des pharmaciens de 2e classe qui auront exercé la pharmacie pendant un an au moins.

Art. 5. — Le diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe pourra être délivré, à la suite de la soutenance d'une thèse, aux pharmaciens de 1re classe, licenciés ès-sciences physiques ou ès-sciences naturelles, ou qui, à défaut de l'une de ces licences, justifieront : 1° avoir accompli une quatrième année d'étude dans une école supérieure ou dans une Faculté mixte; 2° avoir subi avec succès un examen sur les matières des licences ès-sciences physiques et naturelles appliquées à la pharmacie.

Les pharmaciens de 1re classe qui auront obtenu le diplôme supérieur pourront être nommés, concurremment avec ceux qui sont docteurs ès-sciences physiques ou naturelles, aux emplois de professeurs ou agrégés dans les écoles supérieures ou aux emplois de professeurs ou agrégés des sciences pharmaceutiques dans les Facultés mixtes.

Art. 6. — L'examen prévu au précédent article est divisé en épreuves écrites, en épreuves pratiques et en épreuves orales. Les épreuves écrites consistent en deux compositions, dont l'une portant sur un sujet pris dans le programme de la licence ès-sciences physiques, et l'autre sur un sujet tiré du programme de la licence ès-sciences naturelles. Les épreuves pratiques et orales portent, au choix du candidat, sur les sciences physiques ou sur les sciences naturelles. Le sujet de la thèse est choisi par le candidat.

Art. 7. — Les jurys chargés des examens probatoires conduisant au titre de pharmacien de 1re classe et au diplôme supérieur sont composés d'examinateurs choisis parmi les professeurs ou agrégés des écoles supérieures ou des Facultés mixtes devant lesquelles ces épreuves sont subies. Dans les Facultés mixtes, ces jurys sont composés de professeurs des sciences pharmaceutiques.

Art. 8. — Les travaux pratiques sont obligatoires ; chaque période annuelle de ces travaux est fixée à huit mois. Tout excédant de recettes constaté sur le produit des contributions pour travaux pratiques, après payement des frais afférents à ces travaux, sera employé en prix et encouragements aux élèves les plus méritants.

Art. 9. — Les droits à percevoir des pharmaciens de 1re classe sont fixés ainsi qu'il suit :

12 inscriptions à 32 fr. 50 (y compris le droit de bibliothèque).	390 fr.
3 années de travaux pratiques à 50 fr. par semestre.....	300
2 examens de fin d'année et un examen semestriel placé au mois d'avril de la 3e année, chacun à 50 fr.....	150
1er examen de fin d'études.....	80
2e examen de fin d'études.....	80
3e examen de fin d'études (y compris 100 fr. pour frais matériels).....	200
3 certificats d'aptitude à 40 fr.....	120
1 diplôme.....	100
Total.....	1.420 fr.

Art. 10. — Les droits à percevoir des aspirants au diplôme supérieur sont fixés ainsi qu'il suit :

4 inscriptions à 2 fr. 50 (y compris le droit de bibliothèque)..	130 fr.
1 année de travaux pratiques à 50 fr. par semestre.....	100
1 examen.....	30
1 thèse.....	40
1 diplôme.....	100
Total.....	400 fr.

Les certificats d'aptitude de l'examen et de la thèse seront délivrés gratuitement. Les aspirants, licenciés ès-sciences physiques ou naturelles, n'auront à payer que les droits de thèse et de diplôme.

Art. 11. — Tout candidat qui, sans excuse reconnue valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué, est renvoyé à trois mois et perd le montant des droits d'examen qu'il a consignés.

Art. 12. — Les droits acquittés par les élèves des écoles supérieurses ou des Facultés mixtes sont versés au Trésor public. Ceux qui sont acquittés par les élèves des écoles de plein exercice ou des écoles préparatoires sont versés dans les caisses municipales.

Art. 13. — Le présent décret recevra son exécution à partir du 1er novembre 1879. Toutefois les inscriptions de quatrième année pourront être prises à partir du 1er novembre 1878.

Art. 14. — Toutes les dispositions contraires au présent réglement sont et demeurent abrogées.

Art. 15. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 12 juillet 1878.

Congrès sur le service médical des armées.

Le ministre de l'Agriculture et du Commerce, vu notre arrêté en date du 10 mars 1878, instituant huit groupes de conférences et de congrès pendant la durée de l'Exposition universelle internationale de 1878 ; vu le règlement

© BIU Santé

général des conférences et congrès ; vu l'avis du comité central des conférences et congrès ; arrête :

Article premier. — Un congrès international sur le service médical des armées en campagne est autorisé à se tenir au Palais des Tuileries, les 12, 13 et 14 août 1878.

Art. 2. M. le sénateur, commissaire général, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 20 juillet 1878. TEISSERENC DE BORT.

Programme du congrès international sur le service médical des armées en campagne. — 1° Organisation des secours sur le champ de bataille : soldats brancardiers, places de secours. Matériel servant au transport des blessés et des objets de pansement.

2° Dans quelle mesure l'hospitalisation sur place des blessés *chirurgicalement* intransportables peut-elle se substituer au système des évacuations ? Existe-t-il des types de tentes-hôpitaux, de lits spéciaux permettant cette hospitalisation ?

3° Quel est le meilleur mode d'utilisation des voies ferrées et du matériel des chemins de fer, pour le transport des malades et des blessés ?

4° Quel doit être le rôle des sociétés civiles de secours aux blessés ? Comment leur action peut-elle se combiner utilement avec le fonctionnement du service médical de l'armée ?

Congrès pour l'étude de l'alcoolisme.

Le ministre de l'Agriculture et du Commerce, vu notre arrêté en date du 10 mars 1878, instituant huit groupes de conférences et de congrès pendant la durée de l'Exposition universelle internationale de 1878 ; vu le règlement général des conférences et congrès ; vu l'avis du comité central des conférences et congrès, arrête :

Article premier. — Un congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme est autorisé à se tenir au Palais des Tuileries, les 13, 14 et 16 août 1878.

Art. 2. — M. le sénateur, commissaire général, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 20 juillet 1878. TEISSERENC DE BORT.

Programme du congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme. — Première question. — Etudier par des expériences faites sur les animaux la puissance toxique des divers alcools et des eaux-de-vie du commerce.

Deuxième question. — Existe-t-il des procédés usuels et pratiques pour reconnaître la nature et les quantités des alcools renfermés dans les eaux-de-vie du commerce et les boissons alcooliques ?

Troisième question. — Etudier les symptômes et les lésions anatomiques des affections individuelles et héréditaires que détermine l'abus des boissons alcooliques ; en faire ressortir les conséquences au point de vue de la santé physique et morale des populations.

Quatrième question. — Démontrer par des recherches statistiques comparées les inconvénients qui résultent de l'abus des diverses boissons alcooliques.

Cinquième question. — Etudier les moyens législatifs, administratifs et fiscaux qui sont de nature à prévenir ou à réprimer l'abus des boissons alcooliques.

Conférences internationales de statistique.

Le ministre de l'Agriculture et du Commerce, vu notre arrêté en date du 10 mars 1878, instituant huit groupes de conférences et de congrès pendant la durée de l'Exposition universelle internationale de 1878 ; vu le règlement général des conférences et congrès ; vu l'avis du comité central des conférences et congrès ; arrête :

Article premier. — Des conférences internationales de statistique sont autorisées à se tenir dans l'une des salles du palais du Trocadéro, les 22, 23 et 24 juillet 1878.

Art. 2. — M. le sénateur, commissaire général, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 20 juillet 1878.

TEISSERENC DE BORT.

Programme des conférences internationales de statistique. — 1° Des moyens de mesurer la fécondité des populations ; — 2° Des moyens de mesurer la mortalité par âges (tables de mortalité ; mortalité des enfants en bas âge, des enfants assistés) ; — Des moyens de mesurer la mortalité dans les milieux à population variable (hôpitaux, hospices, asiles, prisons, etc.) ; — 4° Des moyens de mesurer la dépopulation des campagnes ; — 5° Des moyens de mesurer la consommation des boissons alcooliques ; — 6° Des moyens de mesurer les crises économiques ; — 7° Recherche des éléments les plus propres à l'établissement d'une statistique agricole et industrielle ; — 8° Recherche des éléments les plus propres à l'établissement d'une statistique du commerce extérieur ; — 9° Recherche des éléments les plus propres à l'établissement d'une statistique des transports (routes, canaux, chemins de fer) ; — 10° Recherche des éléments les plus propres à l'établissement d'une statistique de l'instruction primaire ; — 11° Des procédés graphiques employés en statistique (cartes, diagrammes, courbes, etc.) ; — 12° Des moyennes et des rapports en statistique, de leur choix et de leur valeur relative en ce qui concerne la représentation des faits.

Congrès international d'hygiène de Paris en 1878, avec le patronage du gouvernement français.

ORDRE DES TRAVAUX. — Les séances ont lieu le matin, au palais des Tuileries, pavillon de Flore, guichet des Lions, et dans l'après-midi, au palais du Trocadéro, salle du côté de Paris.

Jeudi 1er août. — Séance générale d'ouverture à trois heures, au Trocadéro.

Vendredi 2 août. — Séance à 9 heures, aux Tuileries. Séance à 4 heures, au Trocadéro. — Discussion du rapport de MM. J. Bergeron, Bertillon et Marjolin sur l'hygiène du nouveau-né.

Samedi 3 août. — Séance à 9 heures, aux Tuileries. Séance à 4 heures, au Trocadéro. — Discussion du rapport de MM. Durand-Claye et Proust, sur l'altération des cours d'eau. — Dimanche 4 août. — Excursion.

Lundi 5 août. — Séance à 9 heures, aux Tuileries. Séance à 3 heures, au Trocadéro — Discussion du rapport de MM. Bouley et Nochard, Bouchardat et A. Gautier, sur l'hygiène alimentaire.

Mardi 6 août. — Excursion.

Mercredi 7 août. — Séance à 9 heures, aux Tuileries. Séance à 3 heures, au Trocadéro. — Discussion du rapport de MM. E. Trélat et O. Du Mesnil, sur les logements des classes nécessiteuses. — Jeudi 8 août. — Excursion.

Vendredi 9 août. — Séance à 9 heures, aux Tuileries. Séance à 3 heures, au Trocadéro. — Discussion du rapport de MM. Gubler et Napias, sur l'hygiène professionnelle.

Samedi 10 août. — Séance à 9 heures, aux Tuileries. Séance à 3 heures, au Trocadéro. — Discussion du rapport de MM. Fauvel et Vallier, sur la prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses. — Séance de clôture, à 5 heures.

Les séances générales de l'après-midi sont exclusivement réservées à la discussion des questions ci-dessus indiquées. Les membres du Congrès qui sont dans l'intention d'y prendre la parole sont priés de s'inscrire à l'avance.

Les séances du matin ont pour but de permettre à l'initiative des membres du Congrès de traiter tels sujets qu'ils désirent, sous condition d'en avoir à l'avance référé au Comité d'organisation. (Art. 4 du règlement général.) Pour ces séances, le Congrès sera divisé en six sections qui siégeront trois par trois et chacune trois fois pendant la durée de la session. Les auteurs des mémoires envoyés seront prévenus à l'avance du jour et de la section où ils seront appelés à les présenter.

Parmi les communications qui seront faites dans les séances du matin, nous pouvons dès ce moment indiquer les suivantes : Edwin-Chadwick, de Londres : Des attributions du ministre de la santé publique. (Cette communication sera faite le 5 août.) — Hinckes Bird, de Londres : De l'air des égouts, etc. (Cette communication sera faite le 7 août.) — Dr Javal, de Paris : Hygiène de la vue. — Barbe : De l'hygiène de l'ouvrier mineur. — Barthélemy : Hygiène des terres arables. — Bouley : Prophylaxie de la rage. — Bonjean : Prophylaxie de la rage. — Marmisse : Mortalité des médecins. — Roth, de Londres : Enseignement populaire de l'hygiène pratique. — Tollet : Sur les logements collectifs. — Billaudeau : Enseignement de l'hygiène élémentaire dans les écoles primaires. — Bambas, d'Athènes : De l'emploi des substances alimentaires, en Grèce. — Landolt : Méthode simple pour déterminer l'éclairage des salles d'écoles. — A. Robin : Appareils destinés à empêcher les accidents dans les manufactures. — Manouvriez : Amblyopie des préposés des fabriques de sucre et distilleries. — Français : Rapatriement des blessés et malades des armées. — De Grosz : Organisation des affaires de l'hygiène publique, en Hongrie. — Chambrelent : Assainissement et mise en valeur des landes de Gascogne, etc., etc.

Des excursions et des visites auront lieu les dimanche 4, mardi 6 et jeudi 8. Le programme en sera ultérieurement indiqué. Sont en préparation : Visite aux égouts et à la presqu'île de Gennevilliers. Visite du nouvel hôpital de Ménilmontant, etc., etc. M. Menier invite les membres du Congrès, le jeudi 8 août, à venir visiter les maisons et cités ouvrières de son usine de Noisiel. Par les soins du secrétariat, toutes facilités seront données aux membres du Congrès pour visiter tous les établissements de la capitale qui intéressent l'hygiène.

Une notice sommaire sera publiée fournissant toutes les indications pour retrouver, dans le palais de l'Exposition universelle, les institutions, appareils, procédés, etc., du ressort de l'hygiène privée ou publique.

Un banquet par souscription réunira les membres du Congrès à l'hôtel Continental, le dimanche 4 août. La souscription est de 20 francs. On est prié de se faire inscrire aussitôt que possible. Tous les membres non résidant à Paris sont priés de vouloir bien donner leur adresse dans cette ville dès leur arrivée.

Les bureaux de l'Agence du Congrès sont ouverts au palais des Tuileries, pavillon de Flore, guichet des Lions, 2e étage, au fond du couloir à gauche, tous les jours, dimanche excepté, de une heure à cinq heures.

Enseignement médical libre.

COURS D'ACCOUCHEMENT. — MM. BUDIN et PINARD commenceront le jeudi 1er août, à 4 h. 1/2, un nouveau cours d'accouchement. Ce cours qui sera complet en deux mois, comprendra : 1re partie : Grossesse normale et pathologique. — 2e partie : Eutocie. — 3e partie : Opérations et Dystocie. —

© BIU Santé

4e partie : Exercices pratiques. — Pour les renseignements et pour s'inscrire, s'adresser, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le dr Latteux, chef de laboratoire de la Faculté, commencera un nouveau cours, le lundi 5 août, à 4 heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi et le continuera tous les jours à la même heure. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure de faire les analyses qu'exige journellement la pratique médicale. On s'inscrit chez le dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de midi à une heure.

Mortalité a Paris. — Recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 25 juillet 1878, on a déclaré 984 décès, savoir : fièvre typhoïde, 19 ; rougeole, 10 ; scarlatine, » ; variole, » ; croup, 14 ; angine couenneuse, 18 ; bronchite, 27 ; pneumonie, 35 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 56 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 1 ; affections puerpérales, 1 ; érysipèle, 2 ; autres affections aiguës, 317 ; affections chroniques, 387, dont 146 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 54 ; causes accidentelles, 43.

Concours pour trois places de médecin au bureau central. — Jeudi 18 a commencé la dernière épreuve (deux malades) à laquelle prennent part MM. Tenneson, Raymond, Landrieux, Landouzy, Ducastel, Chouppe, Homolle, Joffroy et Muzelier. Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Tennesson, F. Raymond et Landrieux.

Nous sommes heureux d'apprendre à nos lecteurs la nomination de notre ami et dévoué collaborateur F. Raymond.

C. du Bureau central (chirurgie). — Il vient de se terminer par la nomination de MM. Bouilly et Blum.

C. du clinicat. — Il vient de se terminer par la nomination de MM. Barié et Tapret, comme chefs de clinique titulaires, et par celle de MM. Hutinel et Dreyfus-Brisac, comme chefs de clinique adjoints.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par décret du Président de la République, en date du 19 juillet courant, M. Moussous, docteur en médecine, a été nommé professeur de clinique d'accouchements à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Labat, décédé.

Faculté de médecine de Lyon. — H. Tedenot est nommé second prosecteur à la Faculté, pour une période de deux années. M. le dr Patel est nommé aide de clinique médicale.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Gayrand, agrégé, est rappelé à l'exercice jusqu'à la fin de l'année scolaire 1877-78, en remplacement de M. Penières.

École de médecine de Limoges. — M. Pillault, pharmacien de 1re classe, est institué suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale, et histoire naturelle, pour une période de dix années.

École de médecine de Marseille. — Sont nommés chefs de clinique, pour une période de deux années, les docteurs en médecine, anciens internes des hôpitaux, dont les noms suivent, savoir : MM. Dagoût-Bailly, clinique obstétricale, — Bousquet, clinique chirurgicale (1re chaire) ; — Vidal, clinique chirurgicale (2e chaire) ; — Garsin, clinique médicale (1re chaire) ; — Fallot, clinique médicale (2e chaire).

Nécrologie. — M. Amusat, fils du dr Amusat de l'Académie de médecine, vient de mourir à Paris. Ses principales publications sont les suivantes : *Mémoire sur la cautérisation circulaire de la base des tumeurs hémorrhoïdales, compliquées de procidence de la muqueuse rectale* (1854). — *Observation d'hypospadias*, traité avec succès malgré l'arrêt de développement des parties (Un. méd.). — *Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvano-caustique thermique* (1871). — *De l'emploi de la galvano-caustique dans le traitement de quelques affections des voies urinaires* (1871). — *Amputation de la verge par le galvano-cautère* (1874). — *De l'emploi d'un réflecteur dans le traitement des affections de l'utérus* (1871). — *Mémoire sur la galvano-caustique thermique*, in-8, 1876. — (*Art médical*). — On annonce la mort du dr Lasluyaux d'Ormay, médecin en chef de la marine qui vient de succomber aux suites d'un affection des centres nerveux dont il avait ressenti les premières atteintes en Cochinchine. M. G. Gaultier de Claubry, membre de l'Académie de médecine (section de physique et de chimie médicale), vient de mourir à Paris, à l'âge de 86 ans. Il a traduit en français les *Éléments de chimie expérimentale*, de H. William, et recueilli les *Leçons de chimie* de Gay-Lussac. Il a rédigé le *Répertoire de chimie scientifique et industrielle* (1837), en collaboration avec MM. Ch. Martin et J. Hoffmann. On lui doit encore un *Rapport sur la panification* et de nombreux acticles de revues et de dictionnaires. — M. Ménard vient de mourir à Bocqueville (Seine-Inférieure). Il avait soutenu une thèse en 1840, sur la *Valeur sémiotique de la léthargie*. — M. Chadebec, reçu docteur à Montpellier, en 1860 (*Du redressement de la fausse ankylose du genou*), est mort à Lyon, à l'âge de 45 ans (*France médicale*). — Nous apprenons la mort de M. Lamoure, interne de l'asile de Ville-Evrard. Ce jeune homme, qui laisse parmi ses camarades d'excellents souvenirs, s'est noyé en se baignant dans la Marne. Il avait soutenu il y a six mois une thèse de doctorat sur : *L'abaissement de la température dans la lypémanie avec stupeur*. — M. le dr Patoureau, chirurgien en chef des hospices de Nantes, vient de mourir dans cette ville. Comme homme et comme praticien, il avait su se concilier l'estime de ses concitoyens et emporte tous leurs regrets.

Avis. — Un étudiant en médecine de quatrième année demande à remplacer, pendant le temps des vacances, un interne dans un asile d'aliénés de province. — S'adresser aux bureaux du *Progrès médical*.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, rue Hautefeuille, 19, près le boulevard Saint-Germain.

Daremberg (G.). — Comparaison des climats d'hiver sur les côtes africaine et française de la Méditerranée, Genève, 1878, brochure in-8 de 41 pages.

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Lespille-Moutard (J.). — De la névrite optique dans l'intoxication saturnine. Paris, 1878, brochure in-8 de 39 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Librairie LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

Leblond (A.). — Traité élémentaire de chirurgie gynécologique. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 670 pages avec 281 figures dans le texte. — Prix : 10 fr.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *juillet* est paru : Un an : Paris, 18 fr., Départements, 20 fr.

Librairie G. MASSON, boulevard Saint-Germain et rue de l'Eperon.

Moinet (C.). — Des indications particulières des eaux de César et des Espagnols à Cauterets (Hautes-Pyrénées), Paris, 1877, brochure in-12 de 75 pages. Prix : 1 fr.

Zabé. — Manuel de l'allaitement mixte et de l'allaitement au biberon, Paris, 1878, 1 petit vol. in-12 de 105 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Publications étrangères.

Thiatg-Sebeuth. — Annal report, of the hospital for consumption and diseases, of the Chest. Brompton, London, Sw. 1878, petit vol. in-12 de 70 pages.

The nature and treatment of rabies or hydrophobia, being the report of the special commission appointed by the Medical Press and Circular, with valuable additions, 1 vol. cartonné in-8 de 287 pages, Baillière, Tindall, and Co, London.

Marion Sims (J.). — Cholecystotomy for the removal of Gall-Stones, in Dropsy of the Gall-Bladder. Brochure in-8 de 20 pages. T. Richards, à Londres.

Davy (R.-B.). — Relation of physical exercise to consumption, brochure in-8 de 16 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. — Clinique infantile : M. Archambault, vendredi, à 8 heures. — M. Bouchut terminera ses démonstrations de *cérébroscopie et d'ophthalmologie médicale*, le 7 août, à 9 heures du matin.

Hôpital de Lourcine. — Pathologie générale de la syphilis : M. Cornil, mardi, à 9 heures 1/2.

Hôpital Saint-Antoine. Service de M. Ball. Salle Saint-Louis : 9, hémiplégie droite; 17 *bis*, contracture de la main gauche; 19, gastrite alcoolique; 18, typhilite; 25, ataxie locomotrice (fracture de la tête du fémur); 34, ataxie locomotrice; 35, affection mitrale, troubles cérébraux (accès de fureur); 43, délire érotique, hallucinations. — Salle Sainte-Thérèse : 4, ulcération du col; 7, hystérie (forme comateuse); 9, pneumonie chronique; 15, 18, fausses couches; 11, affection mitrale (hémoptysie).

Service de M. Lancereaux. Salle St-Antoine : 5, alcoolisme; 7, otite moyenne; 9, arthrite blennorrhagique; 11, néphrite interstitielle, urémie; 12, ataxie locomotrice; 15, gangrène des extrémités, hémorrhagie cérébrale; 31, paralysie agitante. — Salle Sainte-Adélaïde : 1, alcoolisme chronique; 4, pleuro-pneumonie; 5, hépatite syphilitique; 7, endartérite généralisée; 12, cancer de l'estomac; 13, néphrite interstitielle; 15, accouchement, albuminurie; 21, ictère catarrhal.

Service de M. Constantin Paul. Salle Saint-Eloi : 27, tuberculose pulmonaire, rhumatisme; 26, tuberculose pulmonaire, phlébite variqueuse; 20, pleurésie gauche; 33, hématurie traumatique; 34, péritonite chronique; 38, aphasie; 39, atrophie musculaire progressive; 44, rhumatisme chronique déformant; 46, cystite tuberculeuse; 49, sacro-coxalgie. — Salle Ste-Jeanne : 2, kyste hydatique du foie; 4, cancer du foie; 6, syphilis cérébrale; 10, carcinôme utérin; 12, diabète; 13, pelvi-péritonite; 13 *bis*, pleurésie chronique; 24, ataxie locomotrice.

Service de M. Fernet (suppléant M. Quinquaud). Salle Saint-Etienne : 6, insuffisance aortique; 7, monoplégie brachiale droite; 11, épilepsie; 13, paralysie génésale.

Pavillon des femmes : 3, hémiplégie hystérique, 11, cirrhose alcoolique; 13, polyarthrite déformante progressive.

Service de M. Le Dentu. Salle Saint-Christophle : 1, lymphadénôme; 4, rupture de l'urèthre; 9, paraplégie, nécrose d'un métatarsien; 11, hémiplégie, hémianesthésie traumatique; 21, luxation de l'extrémité externe de la clavicule; 25, phlegmon diffus des bourses; 44, trépanation de l'apophyse

© BIU Santé

mastoïde. — Salle Sainte-Marguerite : 1, fracture de l'olécrâne; 6, kyste pileux du petit bassin ouvert dans la vessie; 11, rupture du ligament rotulien; 13, luxation de l'extrémité externe de la clavicule.

Service de M. B. Anger. Salle Sainte-Marthe : 2, rupture d'un col rotulien; 12, hernie crurale opérée; 13, tumeur du sein; 19, corps fibreux sous-péritonéaux. — Salle Saint-Joseph : 39, polype du rectum; 54, fracture du col du fémur; 15, épithélioma de la langue et du voile du palais.

Hôpital Cochin. Chirurgie. Service de M. Desprès. Visite tous les jours à 8 h. 1/2. Consultation tous les jours à 10 h. (Hommes) Baraque I : 1, amputation de cuisse, guérison; 3, abcès urineux; 5, hernie inguinale volumineuse, atrophie consécutive de la cuisse; 8, nécrose du maxillaire inférieur (accidents consécutifs à l'évolution de la dent de sagesse); 34, lymphadénôme. — Baraque II : 20, plaie par arme à feu de la région palmaire; 25, plaie du coude, névrite du cubital. — Baraque III : 6, amputation de cuisse, guérison; 13, contusion cérébrale, troubles de la motilité et de la sensibilité; 16, fracture de côtes, contusion du poumon, hématômes pulmonaires. — Salle Saint-Jacques : 1, fracture de l'humérus, fracture du bassin; 5, ostéomyélite chronique; 9, hernie inguinale étranglée, réduction, persistance des vomissements fécaloïdes pendant 6 jours; 11 périostite phlegmoneuse diffuse; 12, conjonctivite blennorrhagique; 17, fracture intra-capsulaire de l'humérus; 19, plaie par arme à feu de la main, pansement par l'irrigation continue. — (Femmmes). Salle Cochin : 4, lymphôme du mamelon et de l'aréole; 6,

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** » au **Bromure de Camphre**, sont employées » avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système » circulatoire et surtout sur le système nerveux » cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et » un *hypnotique* des plus efficaces. »
(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** » ont servi à toutes les expérimentations faites » dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du Dr **Clin** renferme 0,20 } Bromure de
Chaque **Dragée** du Dr **Clin** renferme 0,10 } Camphre pur.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le » plus parfait pour administrer certains médica- » ments à odeur et à saveur désagréables.

» L'**Essence** de **Santal**, associée au Copahu » et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès » dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite » du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections » des organes génito-urinaires.

» Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les » plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

Nota. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

Gros : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — Détail : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les Dragées et l'Elixir au Protochlorure de Fer du Dr Rabuteau régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du Dr **Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr **Rabuteau** destiné aux enfants.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du Dr **Clin**.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

En vente aux Bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à 5 heures.

Biot (C). Contribution à l'étude du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes (avec tracés pneumographiques et sphygmographiques). Paris 1876, in-8. — Prix : 1 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 60 c.

Bourneville et Regnard. Iconographie photographique de la Salpêtrière. Mode de publication : Chaque livraison comporte de 8 à 16 pages de texte et 4 photographies. — Prix : 3 fr. — Pour les *abonnés* du *Progrès médical*, 2 fr. Douze livraisons sont en vente, formant le 1er volume, pages de texte, 40; photographies et 5 figures sur bois. Prix : 30 fr. Pour les abonnés, 20 fr. Nous avons fait relier quelques exemplaires dont le texte et les planches sont montés sur onglets; demi-reliure, tranche rouge, non rognés. — Prix de la reliure, 5 fr.

Bourneville. Science et miracle : *Louise Lateau* ou la *Stigmatisée belge*. In-8 de 72 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau forte dessinées par P. Richer, 2 fr. 50. 2e édition, revue, corrigée et augmentée. — Prix : 2 fr. 50 Pour nos abonnés. 1 fr. 50.

Bourneville. Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots, suivi d'une étude sur la médecine légale des aliénés. Paris, 1863. Gr. in-8 de 28 pages à deux colonnes. 1 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, 70 cent.

Bourneville. Socrate était-il fou ? Réponse à M. Bailly, membre de l'Académie de médecine. Paris, 1864. In-8 de 16 pages, 0 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

Bourneville. Le choléra à l'hôpital Cochin (Etude clinique). Paris, 1865. In-8 de 48 pages, 1 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, 70 cent.

Bourneville et Teinturier. G. V. Townley, ou du diagnostic de la folie au point de vue légal. Paris, 1865. In-8 de 16 pages. 0 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

Bourneville. De l'emploi de la fève de Calabar dans le traitement du tétanos. Paris 1867. In-8 de 16 pages. 50 c. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

Bourneville. Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux. Premier fascicule : Hémorrhagie et ramollissement du cerveau. Paris 1872. In-8 de 168 pages avec 22 fig. 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50.

Deuxième fascicule : Urémie et Eclampsie puerpérale; Epilepsie et Hystérie Paris, 1873. In-8 de 160 pages, avec 14 fig. 3 fr. 50. Pour nos abonnés. 2 fr. 50.

Bourneville. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie. In-8 de 200 pages avec 3 fig. dans le texte et 3 planches. 4 fr. — Pour nos abonnés. 2 fr. 75.

Bourneville. Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde. In-8° compacte de 80 pages, avec 10 tracés en chromo-lithographie. 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

Bourneville et L. Guérard. De la sclérose en plaques disséminées. Vol. gr. in-8 de 240 p. avec 10 fig. et 1 pl. 4 fr. 50. — Pour nos abonnés. 3 fr.

Bourneville et Voulet. De la contracture hystérique permanente ou appréciation scientifique des miracles de Saint-Louis et de Saint-Médard. In-8. 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 75.

Médaille d'argent — Médaille d'honneur — Diplôme d'honneur



Exposition internationale — A Leamington — Exposition régionale

BAIN DE PENNÈS

SUPPLÉANT LES BAINS DE MER

RECONSTITUANT, STIMULANT ET RÉSOLUTIF

Préconisé depuis 1854, par un très-grand nombre de Médecins

CONTRE

Aménorrhée, Anémie, Asthénie, Cachexies variées, Chlorose
Cholérine, Dermatoses variées et sans inflammation
Douleurs arthritiques ou rhumatismales
Engorgements lymphatiques, scrofuleux et viscéraux
OEdème ou enflures des extrémités

VINAIGRE DE PENNÈS

ANTISEPTIQUE, DÉSINFECTANT, DÉTERSIF, CICATRISANT

Ce nouveau produit vient d'être expérimenté avec succès dans 33 hôpitaux, pour assainir l'air vicié des salles de malades; pour déterger, désinfecter des *ulcères de mauvaise nature.*

Utilisé en lotions ou injections, il a donné la facilité de guérir ou modifier la *Leucorrhée*, l'*Ozène*, le *Prurit*, les *Varices ulcérées*, etc.

Employé pour les soins hygiéniques du corps, il remplace avec de grands avantages tous les liquides aromatiques et goudronnés.

Mêlé à 100 parties d'eau ou de sable fin et répandu sur le sol, il rafraîchit et parfume l'air respiré en détruisant les émanations malsaines.

NOTA. — Eviter les contrefaçons et imitations frauduleuses de ces deux produits, en exigeant qu'ils soient revêtus du *Timbre de l'Etat français*. (Lire les Notices). — Dépôt dans les Pharmacies.

Vente en gros : rue Jean-de-Latran, 2, Paris

© BIU Santé

pelvi-péritonite; 7, prolapsus utérin, allongement hypertrophique du col; 21, abcès des grandes lèvres ; 24, cataracte opérée; 26, coxalgie hystérique.

Hôpital de Lourcine. Service de M. Cornil. Spéculum les lundi, mercredi, vendredi. Consultations les jeudis. Leçons théoriques sur la syphilis les mardi, à 9 h. Leçons pratiques sur la syphilis (examen des entrantes), les samedi, à 9 heures. — Salle Saint-Clément : 1, plaques muqueuses de la langue, roséole; 2, vaginite; 4, plaques muqueuses vulvaires; 7, plaques muqueuses vulvaires, papules syphilitiques ; 10, carcinôme utérin; 12, papules syphilitiques des bras et des cuisses; 11, iritis syphilitique; 13, plaques muqueuses vulvaires; 16, chancre induré excisé; 18, syphilides papulo-crustacées des bras et des jambes; 21, plaques muqueuses de la gorge; 26, plaques muqueuses de la gorge et de la vulve; 32, impétigo confluent de la face et du cuir chevelu; 34, roséole ; 38, papules syphilitiques; 43, angine de poitrine; 46, tubercules syphilitiques de la face. — Salle Saint-Ferdinand : 6, exostoses syphilitiques du frontal; 4, arthrite syphilitique des deux genoux; 8, syphilis, abcès du sein.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

BROMURE de ZINC

SIROP — 50 centigr. par cuillerée à soupe.
PILULES — contenant 20 centigrammes.
PILULES ARSENICALES — contenant 5 centigr. Br. de Zinc et 1 mill. Br. d'arsen.

Très-utile dans les cas de *Saturation* ou d'*Anémie bromurique*, le Br. de Zinc est beaucoup plus actif que le Br. de Potassium.—Doses de 0,20 à 4 gr. par jour.— FREYSSINGE, Ph., 97, r. de Rennes — PARIS.

KOUMYS EDWARD Marque déposée

EXTRAIT DE KOUMYS EDWARD

Seul adopté dans les Hôpitaux de Paris.—Méd. d'Or, Paris 1875

Chaque flacon d'Extrait contient 3 ou 6 doses transformant trois ou six bouteilles de Lait en Koumys.

BIÈRE DE LAIT Marque P.E.K déposée

Brevetée s. g. d. g.

Obtenue par la fermentation alcoolique du Lait et du Malt avec du Houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou entre les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

Dépôt Central : à l'Établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, Rue de Provence, Paris.

ACIDE SALICYLIQUE BREVET KOLBE

SEULS CONCESSIONNAIRES, SEULS FABRICANTS

SCHLUMBERGER & CERCKEL, 26, rue Bergère, PARIS.

MÉDICAMENTS Salicylés PRÉPARÉS

RHUMATISMES..... **SALICYLATE de SOUDE** dosé à 50c.
GOUTTE, GRAVELLE. **SALICYLATE de LITHINE**, pil. 10
SALICYLATE DE QUININE, paquets..... 10
ACIDE SALICYLIQUE MÉDICINAL, pilules..... 10
RHUME, Affections de la Gorge, PASTILLES SALICYLÉES.
VIN Tonique SALICYLÉ. — Ouate, Glycérine SALICYLÉES.

Par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, r. du Faubourg-Montmartre, 21, PARIS.

VIN TANNIQUE

DE BAGNOLS - SAINT - JEAN

NATUREL

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinaire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. BITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.

EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE

RAKOCZY DE BUDE

La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.

25 gram. de Sulfate de Magnésie
20 gram. de Sulfate de Sodium } par litre.

EXIGER RIGOUREUSEMENT L'ÉTIQUETTE BLEUE EN VENTE AU DÉPÔT GÉNÉRAL :

8, Rue de la Chaussée d'Antin, Paris ou chez tous les Marchands d'Eaux minérales et Pharmaciens de Paris et de Province.

DRAGÉES BLOT au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opiat*, Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à Toulouse : toniques, dépuratives, anti-blennorragiques, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires*, catarrhe vessie. Bte 4f, fco 4.20.

Pour éviter imitation exiger : Ets Blot Toulouse

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

M. GALLEPIE, pharmacien, 50, *rue Monge*, fera une remise spéciale à MM. les étudiants, sur les **Dragées Blot** et sur tous les médicaments en général.

A vendre ou à louer de suite une maison occupée actuellement par un médecin qui désire en même temps céder sa clientèle. Facilités de paiement. S'adresser à M. Nicoleau, médecin à Nieul-le-Dolent (Vendée).

Un docteur demande à faire un remplacement dans Paris. S'adresser au *Progrès médical*.

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan, par le Dr C. Miot, in-8 de 56 pag. orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix : 1 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr.

Iconographie Photographique de la Salpêtrière, par BOURNEVILLE et REGNARD, paraissant tous les mois par livraison de 8 ou 16 pages de texte et 4 photographies. — 12 livraisons sont en vente et forment le premier volume. — Prix : 3 fr. la livraison, 32 fr. le volume complet. — Pour *les abonnés* du *Progrès médical*, 2 fr. la livraison ; le volume 20 fr. — La 4e et la 5e livraisons du 2e volume viennent de paraître.

Essai de topographie cérébrale par la cérébrotomie méthodique, par Bitot, père. — Conservation des pièces normales et pathologiques par un procédé particulier. In-8e avec 7 figures dans le texte et 7 planches en photographie. — Prix : 12 fr.; pour les abonnés, 9 fr.

Maladies du Système nerveux Leçons faites à la Salpêtrière par M. le professeur CHARCOT, recueillies et publiées par BOURNEVILLE. Tome I, 2e Edition. Vol. in-8 de 416 pages avec 25 figures dans le texte, 9 planches en chromo-lithographie et une eau-forte. Prix : 13 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 10 fr.

Sirop gastrothénique anti-nerveux, d'écorces d'oranges amères au vin de Madère, de Blottière, pharm., rue de Sèvres, 56. Employé avec succès contre les *gastrites, gastralgies, coliques d'estomac et d'intestin, constipations, affections du cœur, hypochondrie, hystérie, scrofules, lymphatismes*, 5 fr.

CROISIC (Loire-Inférieure)

ÉTABLISSEMENT DES BAINS DE MER de vapeurs térébenthinées, etc.; Hydrothérapie marine. Traitement spécial et héroïque, des affections des os et des engorgements chroniques de la matrice, des maladies nerveuses et rhumatismales. — Guérison de la scrofule à tous ses degrés par les Eaux-mères.

ÉPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)

DOSES : De 1/2 à 6 milligram. par jour.

LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, PARIS.

MÉDICATION PROPYLAMIQUE

DRAGÉES MEYNET D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE

100 dragées, 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Une Dragée MEYNET remplace 2 cuill. à bouche d'huile. Paris, Ph., 34, r. d'Amsterdam, et princ. pharm.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 31. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 3 AOUT 1878

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

De l'érosion des dents au point de vue de la séméiologie.

Par le Dr E. MAGITOT.

Conférence recueillie par le Dr AGUILHON (1).

Messieurs,

Parmi les modifications de forme extérieure que peuvent présenter les dents, il en est une sur laquelle je désire appeler plus particulièrement votre attention. Ce sont les anomalies de structure désignées sous le nom d'*érosion*.

Tous les observateurs ont rencontré ces dents dont la surface, au lieu d'être lisse et polie, est couverte de dépressions, de saillies généralement disposées suivant une ligne horizontale, et formant des bandes circulaires qui circonscrivent toute la couronne.

Avant d'en faire la description, il convient de vous prémunir contre l'idée que peut faire naître dans l'esprit le terme d'*érosion*, consacré par l'usage, et qui semble indiquer une action directe et externe sur la couronne; il n'en est rien; cette altération, au contraire, constitue une anomalie vraie, survenue pendant la vie intra-folliculaire, à la suite de certains troubles généraux de l'économie. La dent fait son éruption avec les caractères spécifiques et indélébiles de l'*érosion*. Il en résulte que cette action morbide, d'origine intra folliculaire, s'étend non-seulement à tous les tissus dentaires, mais encore à toutes les dents dont le développement est assez avancé pour qu'elles puissent être simultanément atteintes de la même modification morphologique.

C'est, en effet, le premier caractère fondamental de l'érosion de n'être jamais isolée à une seule dent, mais d'affecter constamment au même niveau, à un degré égal, et sous une forme identique, les dents homologues d'une mâchoire ou des mâchoires opposées. Suivant l'âge auquel apparaissent les accidents, la couronne est altérée plus ou moins loin de son bord libre; enfin, leur fréquence, leur durée, leur gravité, laissent des traces variables et qu'il est impossible de méconnaître.

L'érosion affecte différentes formes qui correspondent aux noms divers sous lesquels on les a désignés : tantôt le bord libre, c'est-à-dire la partie la plus élevée de la couronne, offre un aspect spécial bien qu'un peu différent sur les incisives, les canines et sur les molaires. Sur les incisives, on observe une échancrure semi-lunaire ou ellipsoïde, qui change en une dépression courbe la ligne festonnée normale : c'est l'*érosion en coup d'ongle*. Pour les canines, c'est le sommet lui-même qui a disparu, ce qui donne à cette dent l'aspect d'un cône tronqué. Dans les molaires, les saillies des tubercules sont changées en mamelons ou en pointes aiguës dont la base est entourée d'un sillon dépourvu, plus ou moins complétement, de tissu adamantin. Dans les deux cas, l'échancrure ou le sillon sont limités par un bourrelet épais d'émail sain qui recouvre un ivoire également normal. Cette saillie surmontant une dépression, est un caractère important pour le diagnostic différentiel d'une fracture ou d'une carie dont les bords sont tranchants et n'offrent aucune différence d'épaisseur ou de niveau avec le reste de la couronne.

Une seconde variété, dite *érosion en nappe*, consiste, non plus dans une échancrure, mais dans un aspect particulier de la couronne qui apparaît comme rongée par l'action d'un acide dans une certaine étendue, laquelle est presque complétement ou complétement privée de sa couche d'émail. Sa couleur est jaune ou brune. Si elle existe vers le sommet de la couronne, celui-ci est aminci, bordé d'un gros bourrelet d'émail, au-delà duquel la partie altérée apparaît comme un petit moignon qui semble implanté dans la couronne. Souvent, au moment de l'éruption, ce petit moignon délicat et fragile se détache, et il se produit une échancrure telle que nous l'avons décrite plus haut, et qui est ainsi due à une véritable fracture secondaire du bord libre.

Dans une forme plus simple, on n'observe qu'un trait léger, une simple ligne déprimée granuleuse ou pointillée, sans changement de coloration et sur laquelle l'émail est en grande partie conservé. Souvent même, on y retrouve la cuticule.

C'est dans les cas de ce genre que M. Ch. Tomes, observant quelques-unes de ces dépressions légères, a vu cette membrane y former un repli au fond duquel se trouvent parfois des cellules identiques aux ostéoplastes. Il a pu en conclure que la cuticule avait une structure organique analogue à celle du cément, avec cette différence qu'elle n'a point été calcifiée. Elle représenterait donc chez l'homme le rudiment de l'organe du *cément* qui recouvre, comme on sait, l'émail des dents des herbivores.

L'érosion en nappe ou le trait simple que nous venons de décrire, peuvent être isolés ou multiples, c'est-à-dire se reproduisant en même temps sur plusieurs points de la couronne. Dans ce dernier cas, les traits sont toujours superposés régulièrement. C'est à cette disposition que MM. Tomes et Broca ont donné le nom d'*érosions en étages* ou *en escaliers*.

Enfin, dans une dernière variété, les dents présentent des altérations si nombreuses, si confluentes, qu'il n'est plus possible de reconnaître leur nombre et leur forme. Tomes les désigne sous le nom de dents en *gâteau de miel*. La couronne toute couverte de dépressions, presque entièrement privée d'émail, d'une coloration brun-noirâtre, est devenue extrêmement friable et incapable de résister au moindre agent de destruction.

Les divers aspects extérieurs que je viens de vous décrire correspondent à des altérations profondes de l'ivoire, visibles sur des coupes de ce tissu et à un grossissement de 200 diamètres environ. On peut ainsi observer sur une préparation en coupe verticale d'une dent frappée d'érosion jusqu'à trois et quatre zones superposées qui se distinguent de la dentine saine par des irrégularités de structure. Ces irrégularités consistent dans des espaces limités par des lignes courbes qui représentent la surface de globules sphériques ou ellipsoïdes tangents les uns aux autres.

C'est cette disposition, déjà observée par quelques auteurs, Raschkow, Huxley, R. Owen, sous le nom de *globules de dentine et espaces inter-globulaires*. Les tubes dentinaires traversent régulièrement ces masses globulaires, ou bien interrompent leur trajet au niveau des espaces pour le reprendre au-delà. Cette disposition est analogue à celle de la couche granuleuse située immédiatement au-dessous de l'émail, et plus semblable encore à celle de ces grains de dentine que l'on rencontre quelquefois au sein même du bulbe, au moment de sa période d'activité. On peut donc la comparer à celle de l'ivoire encore incomplétement formé, et en conclure que ces couches résultent d'une calcification troublée et incomplète.

La direction générale de ces couches globuleuses est parallèle à la surface de la couronne aussi bien qu'à celle de la cavité de la pulpe. Leur forme est à la coupe celle d'un croissant dont les extrémités se terminent aux côtés de la couronne. Elles indiquent donc que les couches de dentine altérées ont la disposition de capuchons superposés.

L'érosion de l'ivoire offre, en outre, cette particularité

(1) *Clinique des maladies de la bouche et de l'appareil dentaire.*

© BIU Santé

que l'altération est bien plus prononcée dans la couche rapprochée du bord libre, et diminue dans les zones inférieures, au point que les dernières sont parfois difficilement perceptibles. Faut-il attribuer ce phénomène à une diminution dans l'intensité des accidents successifs, ou bien à une plus grande résistance de l'ivoire? Nous sommes tenté de croire que cette différence résulte d'un travail ultérieur dû à l'activité fonctionnelle de la pulpe, qui répare les pertes des substances dans les couches les plus rapprochées d'elle.

Les lésions de l'émail, traits simples, nappes ou sillons, correspondent donc exactement à des zones morbides de la profondeur de l'ivoire Sur une coupe préparée avec précaution, on ne trouve pas de tissus adamentin à leur niveau. Il a disparu par le fait de l'érosion. Au-dessus et au-dessous, il est normal. Cependant, il a été constaté que les parties d'émail qui persistent encore et les bourrelets qui limitent l'érosion, sont le siége de déformations Au lieu de présenter une structure normale, on aperçoit que les prismes de l'émail sont disposés sans ordre, enchevêtrés et formant comme des tourbillons, des nodosités, des mamelons au travers desquels la lumière irrégulièrement réfractée donne sous le microscope, l'aspect de plaques opaques.

Au niveau des racines, l'ivoire est généralement normal. Il renferme parfois des traces d'espaces interglobulaires, mais vagues et effacées, et ne présentant nullement le caractère tranché de l'érosion. Il en est de même du cément qui est très-peu épais, comme on sait, chez l'homme.

Cette anomalie de l'érosion, très-commune chez l'homme, paraît cependant exister chez d'autres animaux. J'en ai observé un exemple frappant sur les incisivesd'un bœuf; la pièce appartient au musée d'Alfort.

Ainsi les caractères anatomiques de l'érosion sont très-nets : sillons, nappes ou échancrures, situés horizontalement, occupant le même niveau de la couronne sur une ou plusieurs dents homologues et correspondant à un état globulaire de l'ivoire ; lésion limitée nettement par des tissus normaux. Un tel état résulte évidemment d'une cause qui a paru brusquement et a cessé de même, après avoir agi pendant un temps suffisant pour modifier la nutrition et suspendre momentanément la vie folliculaire.

Or, il est admis depuis longtemps déjà que l'érosion peut être attribuée aux troubles qu'apportent certaines maladies de l'enfance au développement régulier des tissus dentaires.

John Tomes pense qu'une pyrexie, même légère, telle qu'une rougeole, suffit à produire un sillon appréciable. M. Broca semble disposé à se rallier à cette opinion. Plus récemment, le Dr Castanié a publié un certain nombre d'observations qui tendraient à faire de l'érosion une conséquence de la scrofule et du rachitisme. Enfin Hutchinson signale comme symptôme de la syphilis héréditaire, la variété dite en coup d'ongle ou en échancrure.

Telle n'est pas mon opinion : sans méconnaître l'influence des maladies générales et des diathèses sur le système dentaire, je crois qu'elles lui impriment des traces d'un caractère différent ; ce sont des vices de forme et de structure généraux, inhérents à toute la masse des dents et analogues à celle des os et de certains autres tissus.

Ce sont des modifications de cet ordre qui ont été signalées par le Dr Bourneville chez les crétins et les idiots La syphilis héréditaire est dans le même cas, et le prétendu signe d'Hutchinson doit être complètement rejeté. En ce qui concerne les affections ordinaires de l'enfance, l'observation prouve qu'elles apportent simplement quelques modifications de composition anatomique très-secondaires, et dans tous les cas imperceptibles directement à l'examen extérieur.

Dans l'érosion, rien de semblable ; elle frappe en un seul point des dents qui peuvent être parfaitement conformées dans toutes leurs autres parties. Elle atteint brusquement, au même instant, toutes celles qui sont en voie de développement ; puis son action cesse au moment où la santé reparaît dans le follicule, ainsi que dans tout le reste de l'organisme. En parcourant le cadre nosologique de l'enfance, on ne trouve ce caractère d'invasion et de disparition brusques que dans les affections à forme convulsive, notamment l'*éclampsie*. Nos recherches, à ce point de vue, ont porté sur un grand nombre de sujets, et les renseignements précis que nous avons recueillis souvent, nous permettent d'assigner uniquement pour cause à l'érosion dentaire, les *convulsions* ou l'*éclampsie infantile*.

C'est ainsi que nous avons pu réaliser cette démonstration par un double procédé : d'une part tous les sujets chez lesquels des attaques d'éclampsie avaient été observées dans l'enfance, ont été trouvés porteurs de sillons d'érosion en nombre égal à celui des attaques elles-mêmes, ou offrant un sillon profond correspondant à une série d'attaques rapprochées. D'autre part, il nous est arrivé maintes fois, sur des sujets affectés de sillons, d'affirmer l'existence antérieure de l'éclampsie sans recevoir jamais un démenti. Il y a donc à la fois contemporanéité entre l'éclampsie et l'érosion et égalité parfaite de nombre entre les attaques et les sillons indélébiles de la couronne.

Cette démonstration pourrait, du reste, s'appuyer encore sur une autre recherche que l'observation simple permet de faire et qui est, d'autre part, susceptible de réalisation expérimentale. En effet, puisque le mécanisme de production de l'érosion consiste dans l'interruption de formation d'une zone double d'émail et d'ivoire, il faut admettre que pendant les quelques heures que dure une série d'attaques convulsives et son influence sur la nutrition, il peut se déposer une quantité suffisamment appréciable de tissus pour que les perturbations de ceux-ci restent perceptibles ultérieurement. Or, la quantité de dentine et d'ivoire formée normalement en quelques heures est très-reconnaissable à l'examen direct; il suffit, pour s'en convaincre, d'observer les dents en voie d'éruption et de reconnaître que dans l'espace de quelques heures, d'une nuit par exemple, la dent peut effectuer une saillie d'une quantité égale parfois à quelques dixièmes de millimètres. Qu'on suppose maintenant une série d'attaques convulsives pendant cette période, et cette zone de quelques dixièmes de millimètres restera frappée d'érosion indélébile.

La démonstration expérimentale s'effectuera de la manière suivante : que sur un chien nouveau-né en pleine voie d'éruption, on enlève d'un côté un chapeau de dentine qu'on pèsera avec soin ; que, d'autre part, laissant s'écouler 24 heures, on pèse ensuite le chapeau dentinaire de la dent homologue du côté opposé, la différence donnera la quantité de dentine et d'émail produite pendant ce temps et permettra d'apprécier en poids, la zone de tissus qu'une intervention morbide a pu altérer.

Il nous sera facile maintenant de comprendre pourquoi certaines dents sont plus fréquemment atteintes En premier lieu, on ne rencontre point cette anomalie sur les dents temporaires, ce qui, par parenthèse, contribue à infirmer l'opinion d'Hutchinson, à propos de la syphilis héréditaire. Ces dents se développent presqu'entièrement pendant la vie intra-utérine, et si quelques troubles apportés à la santé de la mère, peuvent réagir sur elles, ils n'entraînent pas d'effets comparables à ceux de l'érosion. Ils consistent simplement dans des modifications moléculaires uniformes de la composition des tissus, qui plus tard résistent mal aux influences extérieures et deviennent le siége de ces caries si fréquentes chez les enfants.

D'autre part, les dents permanentes les plus fréquemment érodées sont celles dont le chapeau de dentine apparaît à une époque rapprochée de la naissance. Telles sont la première molaire et les incisives inférieures et supérieures ; puis viennent les canines et les prémolaires. La seconde molaire et la dent de sagesse sont rarement altérées.

Enfin, la place occupée sur la couronne par un sillon ou une nappe, varie avec l'état de son développement, c'est-à-dire avec l'époque plus ou moins tardive à laquelle ont lieu les attaques convulsives. L'observation dans tous ces cas divers est toujours d'accord avec la théorie. Nous n'insisterons pas plus longuement sur tous ces détails qui sont

© BIU Santé

très-faciles à saisir et dont chacun pourra à l'occasion vérifier l'exactitude.

L'influence de l'éclampsie sur le système dentaire consiste donc essentiellement dans une simple interruption ou suspension du travail physiologique de formation des tissus de l'émail et de l'ivoire. Les cellules de l'émail éprouvent un arrêt dans leurs fonctions, parce que les matériaux calcaires qui exsudent par leur extrémité centrale désignée sous le nom de *plateau*, ne leur sont plus fournis par l'organe de l'émail. Elles subissent alors une sorte d'atrophie et deviennent impropres à former de nouveaux prismes adamantins. Une ou plusieurs rangées de cellules, étant ainsi frappées d'inaction, laissent à la surface du chapeau de dentine une raie ou un sillon plus ou moins large et entièrement dépourvu de revêtement d'émail.

Les cellules de l'ivoire éprouvent des modifications analogues, mais non aussi complètes. Les éléments calcaires, au lieu de se déposer molécule à molécule, régulièrement et sans interruption, de manière à être parfaitement soudées ensemble et homogènes, se produisent par une série d'intermittences séparées par des temps de repos. C'est ainsi que les poussées de production dentinaire amènent la formation de *globules*, et les temps de repos celle des *espaces interglobulaires*.

Nous savons aujourd'hui que les dents doivent être considérées comme une dépendance du système tégumentaire. Ce sont, suivant une théorie célèbre de de Blainville, des *phanères* et dans les acceptions de la science moderne des *produits* ainsi que les désigne Ch Robin. Il était donc indiqué de chercher des analogies à l'érosion dans d'autres tissus ou organes de même nature, et particulièrement de lui comparer ces sillons, décrits par Beau, et qui surviennent sur l'ongle pendant le cours des maladies. Ces derniers diffèrent néanmoins de l'anomalie dentaire en ce qu'ils ne sont pas indélébiles et qu'ils disparaissent à mesure que l'ongle pousse et se renouvelle. De plus, ils se montrent sous l'influence d'affections légères, mais qui doivent avoir cependant un brusque début, ou un caractère fébrile, ce qui n'a pu être reconnu à l'érosion dentaire.

Les conséquences pathologiques de l'érosion sont faciles à prévoir : friabilité extrême de l'organe, affaiblissement de ses résistances, ce qui le dispose aux fractures ; état anfractueux de la couronne qui favorise le séjour des agents destructeurs à sa surface ; manque de protection naturelle de la dentine qui se trouve ainsi fatalement exposée aux altérations de la carie.

Maintenant, nous allons signaler en terminant, un trait fort intéressant de l'histoire de cette curieuse anomalie, c'est l'application qui a été faite récemment par M. Broca et par nous à une question d'anthropologie de l'étude des causes ou mécanisme de l'érosion

On sait, en effet, que plusieurs crânes, recueillis dans des sépultures de l'âge de la pierre polie, c'est-à-dire de l'époque préhistorique des dolmens et découverts par le docteur Prunières (de Marvejols), portaient des traces évidentes de trépanation, pratiquée non sur des adultes, mais chez des enfants qui ont pu survivre à ces mutilations, puisque les ouvertures sont limitées par des cicatrices osseuses (1). Dans quelle intention cette opération était-elle pratiquée ? M. Broca a pensé que les ouvertures du crâne n'avaient d'autre but que de servir de porte de sortie aux possessions démoniaques dues à la présence d'un malin esprit. Or, on sait que, dans les idées mystiques et superstitieuses des peuples primitifs, les possessions se manifestent par l'agitation des membres, c'est-à-dire les convulsions, et de nos jours même on trouverait dans les campagnes bien des gens convaincus que les malades en proie à des convulsions sont possédés du diable. Le moyen de vérifier cette hypothèse était simple ; il s'agissait de rechercher des traces d'érosion sur les dents de ces crânes. Cette recherche amena la découverte de sillons caractéristiques dans plusieurs de ces pièces et nous avons pu de la sorte démontrer qu'aux temps préhistoriques, comme de nos jours, l'érosion dentaire n'avait d'autre cause que l'éclampsie.

(1) Voir pour tous les détails relatifs à cette question : *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, 1876, p. 236 et suiv.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — **M. ARCHAMBAULT.**

Des convulsions (1).

Leçon recueillie par PETEL, interne.

J'abandonne cette étude des causes, bien incomplète sans doute, pour arriver à un point plus immédiatement pratique, le traitement. Mais avant, deux mots du pronostic pour compléter ce que j'ai pu vous en dire incidemment. L'âge joue ici un grand rôle ; autant vous devez être alarmé, par l'explosion de convulsions chez un enfant de 6 ou 7 ans, autant le même symptôme chez un bébé de 1 à 2 ans doit vous laisser relativement calme. Cette différence tient à ce que, chez le premier, il y a de grandes probabilités pour que la cause soit puissante, grave et consiste, par exemple, en quelque altération cérébrale. Comme chez l'enfant de 6 à 7 ans l'excitabilité du centre excito-moteur se rapproche de ce qu'elle est chez l'adulte, il faut qu'il soit puissamment sollicité pour produire des convulsions. Chez le petit enfant c'est tout autre chose, il a pour ainsi dire le droit d'avoir des convulsions ; et celles-ci se produisent, comme nous l'avons vu, sous l'influence des causes les plus légères. Dans l'une et l'autre de ces conditions d'âge, les convulsions, tout en étant les mêmes comme généralisation, comme intensité, ont une importance différente qui relève de leur cause probable.

La forme des convulsions a aussi une importance considérable. Quelle que soit l'intensité des convulsions généralisées vous pourriez espérer les voir disparaître sans laisser de traces, tant que la respiration reste libre ou n'est que médiocrement troublée, mais si le contraire a lieu, ce dont vous jugerez par les contractions irrégulières ou suspendues des muscles respiratoires ; s'il se produit des signes de spasme de la glotte vous devez craindre que les convulsions n'amènent une mort immédiate par asphyxie, ceci se produit assez vite dans la coqueluche, par exemple, chez les tous jeunes enfants.

Les convulsions partielles qui frappent toujours les mêmes groupes de muscles, qui existent dans un côté seulement où y prédominent notablement, doivent attirer toute votre attention, dans ce sens qu'elles peuvent avoir pour cause une affection cérébrale, ou même médullaire, localisée, et dans ce cas, ce n'est pas la convulsion en elle-même mais la cause dont elle procède qui établit la gravité du cas.

La forme et la cause ne doivent jamais être perdues de vue si l'on veut bien se rendre compte de l'importance des convulsions. Prenez celles de l'urémie, par exemple, et si vous arrivez à cette conclusion que vous ne pouvez faire disparaître la cause, le cas doit être jugé par ce fait même de la plus haute gravité. J'aurai l'occasion, un grand nombre de fois, de revenir sur ces questions à l'occasion de faits particuliers de mouvements convulsifs survenant sous l'influence de causes diverses. Passons au *traitement*.

Ici vous retrouvez encore l'importance de la division que nous avons prise pour base de l'étude des convulsions, toutes vos médications devront avoir pour but soit de calmer la surexcitabilité du système nerveux, soit de faire disparaître ou d'atténuer autant que possible l'influence de la cause qui, par action réflexe ou sympathique comme vous voudrez, est l'occasion de l'explosion des mouvements convulsifs.

Les convulsions jettent la terreur dans les familles et c'est toujours en hâte qu'on vous appelle. Arrivé en présence du petit malade, que devez-vous faire? D'abord rétablir l'ordre qui manque, calmer les assistants qui se présentent chacun avec un remède, quelquefois capable de pro-

(1) Voir les nos 29 et 30.

© BIU Santé

duire le mal qu'il est destiné à combattre. Vous faites placer l'enfant dans son lit, la tête élevée; ou bien, s'il est tout jeune, sa nourrice le tient sur ses genoux étendu sur un oreiller de crin; vous le débarrassez de tout ce qui peut gêner la respiration et vous procédez à la recherche de la cause occasionnelle. Je suppose que vous l'avez reconnue il faut la faire disparaître ou l'atténuer en même temps que vous calmerez l'excitabilité par un des moyens que je vais vous indiquer. Supposez que cette cause soit due à la blessure faite par une épingle, à l'irritation de la peau par une brûlure, par un vésicatoire, votre conduite est toute tracée : vous enlevez l'épingle, vous appliquez sur la brûlure une substance qui calme la douleur, liniment oléo-calcaire ou autre, et vous conservez l'épiderme, autant que possible, si l'accident est récent; vous nettez la surface dénudée à l'abri de l'air. En même temps vous agissez puissamment sur le centre excito-moteur par un des moyens indiqués ci-dessous.

Dans le cas de convulsions dues à l'ingestion de substances indigestes ou à une véritable indigestion, comme je vous en ai cité des exemples, deux cas se présentent : l'enfant se débarrasse par le vomissement et se purge; dans ce cas vous n'avez point à vous préoccuper d'agir contre la cause occasionnelle, les choses se font d'elles-mêmes.

Vous calmerez seulement l'excitation du système nerveux par les moyens appropriés. Que si au contraire, la cause occasionnelle consiste bien dans une indigestion et que l'enfant ne vomisse pas, vous devez provoquer cet acte et dans ce cas le moyen le plus expéditif est le meilleur, vous ne demandez pas à l'agent employé une action générale hyposthénisante ou autre; s'il pouvait n'avoir que l'action vomitive, ce serait pour le mieux. L'idéal serait la provocation du vomissement par titillation de la luette avec une barbe de plume, si on ne craignait que cette titillation agissant par action réflexe ne devînt elle-même une cause d'excitation du système spinal; je ne redoute pas beaucoup cette influence passagère. Mais il faut dire que la titillation n'est pas souvent facile chez un enfant convulsé et qu'elle ne réussit pas toujours à provoquer facilement le vomissement. L'émétique à la dose de 0,025 milligr. à 0,05 centigr. suivant l'âge de l'enfant dans une couple de cuillerées d'eau sucrée qu'on administre par cuillerée à café toutes les 5 minutes, provoque rapidement le vomissement, et sans causer d'accidents, en raison précisément de la promptitude avec laquelle se fait le rejet. D'ailleurs, si l'émétique n'était pas rejeté aussi promptement, son séjour dans le tube digestif n'aurait pas d'inconvénients sérieux. On a pu craindre que l'effort du vomissement provoqué ne fût une cause de congestion cérébrale, et ne contribuât ainsi à entretenir les mouvements convulsifs. Cette vue théorique qui n'est qu'une hypothèse, ne peut détourner de la pratique très-efficace que je vous conseille. Il n'y a ici qu'une difficulté, bien reconnaître l'origine de la convulsion par indigestion. Celle-ci une fois reconnue, la conduite à tenir est toute tracée.

Le sulfate de cuivre est encore un bon agent : mais il ne faut pas recourir ici à l'ipéca, ce vomitif habituel de l'enfance, son action n'est pas assez prompte.

A l'aide d'un *lavement laxatif*, on provoquera l'évacuation de l'intestin aussitôt après le vomissement obtenu. Si l'enfant est habituellement très constipé, et qu'à cette cause vous croyez pouvoir rapporter l'attaque convulsive actuelle, vous devrez tout d'abord donner un lavement laxatif et comme il s'agit de faire vite, vous emploierez ce que vous avez sous la main, par exemple une couple de cuillerées de glycérine dans un verre d'eau tiède ; la même quantité, ou un peu plus si l'enfant est plus grand d'eau de savon, ou bien un lavement huileux fait à l'instant en émulsionnant avec un jaune d'œuf de l'huile ordinaire, ou bien de l'huile de ricin si vous en avez sous la main; on ajoute à cette émulsion la quantité voulue d'eau tiède. Ces lavements provoquent, en général, une ou deux garde-robes et sont préférables à ceux avec le sel ou la décoction de séné, la mélasse même qui donnent des coliques. En même temps que vous agissez sur l'extrémité inférieure du tube digestif, vous pouvez le faire sur l'estomac en donnant une, deux cuillerées à café ou plus d'huile de ricin. Il est rare que dans les convulsions les plus intenses, il n'y ait pas des moments où la déglutition soit assez libre pour permettre l'ingestion de quelques cuillerées de liquide.

Dans le cas où l'enfant atteint de convulsions a de la diarrhée, c'est habituellement depuis longtemps; sauf le cas toutefois où ce symptôme tient à une mauvaise digestion récente: dans cette dernière condition il doit être respecté, dans la première il est bon d'agir contre la diarrhée en combattant ses causes; mais, cette intervention ne peut guère avoir une action immédiate sur les convulsions et, il faut agir directement d'abord sur le centre nerveux. S'il y avait des coliques, vous agirez utilement en donnant un quart de lavement avec 1, 2, 4 gouttes de laudanum, suivant l'âge, et en faisant sur le ventre des frictions avec l'huile de camomille camphrée. J'entre dans tous ces détails, Messieurs, quand je pourrais me contenter de vous donner des indications générales, vous laissant le choix des moyens; mais il ne faut pas oublier que nous faisons de la pratique et de la pratique appliquée à de petits enfants, laquelle comporte plus que toute autre les détails. D'ailleurs votre présence ici et votre attitude me prouvent que je suis dans la question telle qu'elle vous intéresse. Nous avons dit que la dentition était une cause fréquente de convulsions, et nul n'en peut douter quand on voit ces troubles se produire chez un même enfant au moment de la sortie des dents, pendant que le calme règne dans les temps de repos qui séparent l'éruption de chaque groupe dentaire. Que convient-il de faire à un enfant qui est actuellement atteint de convulsions par cette cause? Il faut inciser là où les gencives gonflées par la dent prête à sortir. Cette pratique trop exagérée peut-être chez nos voisins les Anglais est ici trop négligée.

Je puis vous affirmer que dans bon nombre de cas elle est suivie d'un calme et d'une cessation tellement immédiate des mouvements convulsifs qu'il est impossible de ne pas lui rapporter ces résultats. Vous devrez donc y avoir recours quand l'enfant sera en train de faire un groupe de dents, et qu'une ou plusieurs de celles-ci feront fortement bomber la gencive; en un mot toutes les fois que ces conditions jointes à l'absence d'autres causes palpables de convulsions se montreront d'une manière bien distincte. On recommande en général de bien veiller au fonctionnement régulier de l'intestin chez les enfants pendant la période active de l'évolution dentaire. La constipation est très-redoutée et on fait tout ce qui est possible pour s'y opposer. La diarrhée au contraire est plutôt regardée comme salutaire. Si j'accepte sans conteste la première manière de voir, je ne puis souscrire à la seconde. Sans doute une diarrhée modérée pas plus qu'une constipation légère n'a de grands inconvénients. Mais il n'est pas douteux qu'une diarrhée abondante, indice d'un dérangement fonctionnel ou d'une légère entérite ne dispose les enfants en travail de dentition à avoir des convulsions. Il ne faudrait donc pas que la pensée contraire vous empêchât d'arrêter ces diarrhées, préjudiciables d'ailleurs à d'autres titres, et qui pourraient devenir périlleuses par les convulsions elles-mêmes, il faut donc modérer toute diarrhée qui survient chez un jeune enfant en dentition; aussi bien que chez tout autre; et ici interviennent les soins apportés au régime, la suppression momentanée des aliments si l'enfant est jeune et a une bonne nourrice. L'emploi des alcalins, eau de Vichy, eau de chaux, s'il y a des garde-robes vertes et acides. Enfin, une potion avec le bismuth à la dose de 1 à 4 grammes en vingt-quatre heures sont très-efficaces.

Si vous avez lieu de croire que les vers sont la cause des mouvements convulsifs, votre conduite est toute tracée, dès que vous savez à quelle sorte de ver vous avez à faire. Contre les lombrics, vous emploierez le semen-contra et surtout les pastilles de santonine qui contiennent chacune 0 gr. 025 de cette substance, de deux à quatre suivant l'âge; données le matin à jeun pendant deux ou trois jours elles attein-

© BIU Santé

dront toujours le but. Contre le tænia vous emploierez la racine de grenadier, la semence de courges, etc. avec les précautions que je vous indiquerai. S'il s'agissait d'oxyures, vous porteriez vos moyens d'action sur la partie inférieure de l'intestin.

Mais en voilà assez à propos des causes occasionnelles. Nous nous résumerons en disant que toutes les fois que ce sera possible vous devrez chercher à les faire disparaître par le procédé le plus expéditif et que si vous ne pouvez atteindre à ce résultat, vous lutterez autant que faire se pourra contre les effets de ces causes.

Les moyens proposés pour arrêter les convulsions et calmer la surexcitabilité de l'axe spinal sont nombreux, les uns ne sont applicables que pendant les accès, les autres à ce moment et dans leurs intervalles.

Emissions sanguines. — Leur emploi est rarement indiqué, la pensée d'y recourir ne peut venir que lorsqu'il s'agit d'un enfant robuste, manifestement sanguin ; quand le pouls est fort vibrant, que la face est fortement congestionnée. On a proposé la saignée générale du bras ou de la jugulaire, mais il faut pour cela que l'enfant soit déjà assez âgé; je n'ai jamais proposé et exécuté de saignée que contre les convulsions dues à une néphrite aiguë primitive ou surtout consécutive à la scarlatine. Dans ce cas la saignée agit plutôt contre la cause des convulsions que contre celles-ci mêmes: il en est ainsi des ventouses scarifiées qu'il est avantageux en pareil cas de placer sur les lombes. J'ai plusieurs fois employé les sangsues chez des enfants robustes qui avaient des signes évidents de congestion vers la tête ; dans ce cas, suivant l'âge, on place une ou deux sangsues derrière les oreilles et on surveille l'abondance de l'écoulement sanguin. On a aussi proposé de mettre les sangsues aux malléoles ou à l'anus. Ce qu'il importe de bien constater c'est que les convulsions ne soient pas dues à une indigestion, à un trouble gastro-intestinal, etc. Les émissions sanguines sont formellement indiquées, dans le cas d'une méningite aiguë ou d'une affection aiguë de la moelle.

Compression de la carotide. — Inutile de vous exposer le modus faciendi. Je dois vous dire que Trousseau se louait beaucoup de ce moyen d'arrêter les convulsions; s'il s'agit de convulsions prédominant d'un côté on réussit mieux, dit-on, en comprimant le vaisseau de ce côté. Je ne peux vous donner d'informations sur cette particularité ni sur la compression elle-même. Ce que je sais c'est qu'elle ne m'a jamais donné de résultat; et que je ne l'ai pas vue plus efficace entre les mains des autres, mais on a publié des cas de succès réels.

Chloroforme. — C'est certainement l'agent le plus actif que l'on puisse employer pour modérer et arrêter promptement les convulsions de l'ordre de celles dites essentielles, c'est-à-dire résultant de l'influence d'une cause très-légère sur un système excito-moteur très-impressionnable. Si donc vous vous trouvez en face d'un enfant dont les convulsions ne puissent pas être rattachées à des causes d'excitation puissantes, comme une affection cérébrale, une maladie fébrile, une forte indigestion, commencez par arrêter les mouvements convulsifs, par calmer la surexcitabilité nerveuse de l'axe spinal à l'aide du chloroforme en inhalations. On le proscrit, en général, quand les causes sont celles que je viens d'énumérer en dernier lieu. Mais je ne pense pas que, même dans ces circonstances il puisse avoir une action nuisible.

J'ai plusieurs fois employé le chloroforme pour calmer des convulsions liées à une albuminurie scarlatineuse, et avec le plus grand avantage, en même temps que par d'autres moyens, j'agissais contre la cause. Le chloroforme, doit être administré par le médecin lui-même, ou par une personne qui le sache faire d'une manière raisonnée.

Vous verrez dans tous les livres les dérivatifs indiqués comme d'utiles agents pour combattre les convulsions en luttant contre la congestion cérébrale. Ainsi, l'enveloppement avec des linges chauds, l'application de cataplasmes arrosés de vinaigre, de sinapismes, de vésicatoires même. Je n'ai pas grande objection à faire contre l'emploi des plus doux de ces moyens; mais quant aux sinapismes et aux vésicatoires, je demande à faire des réserves. D'abord, si vous employez les sinapismes pendant la convulsion, il faut avoir bien soin d'en surveiller l'action et de ne pas les oublier sur place, sous peine de produire une vésication étendue et même une destruction du derme. C'est ce qui est maintes fois arrivé dans le trouble où la convulsion jette l'entourage du petit malade. C'est de la même façon qu'on a échaudé de pauvres enfants que l'on voulait simplement mettre dans l'eau tiède, laquelle s'est trouvée bouillante. Mais, sans admettre ces accidents dus à une imprudence, je pense que les révulsifs énergiques peuvent tout aussi bien être nuisibles qu'utiles, et que la douleur, l'irritation qu'ils laissent à la peau peut parfaitement devenir une cause d'excitation morbide pour le système nerveux. Les mêmes réflexions s'appliquent aux vésicatoires ; aussi comme l'action thérapeutique utile de ces agents ne me paraît pas bien établie, je suis dans l'habitude de m'en abstenir.

Nous voici arrivés à l'étude d'agents thérapeutiques qui trouvent leur application pendant l'accès lui-même, mais plus souvent après l'accès passé et dans un but préventif, en calmant la surexcitabilité du système nerveux.

Hydrate de chloral. — On peut le donner pendant l'accès même, si la déglutition s'exécute bien, ce qui a lieu souvent. Dans ce cas, il faut donner à un enfant d'un an une cuillerée à café de sirop contenant 0.15 à 0,20 centigr., et voir quel est l'effet, si les convulsions se calment momentanément pour reparaître une heure après, par exemple. On peut renouveler la même dose, mais il faut toujours agir avec prudence et bien surveiller le petit malade. Dans les intervalles des convulsions, on peut donner toutes les trois ou quatre heures, une cuillerée de sirop de chloral titré pour une cuillerée à café de 0.05 à 0,10 de façon à donner de 0,30 à 0.60 centigr. dans les 24 heures à un enfant d'un an, et un peu plus à mesure que l'âge s'élève.

Bromure de potassium. — Il se donne dans l'intervalle des accès, à la dose totale de 1 gramme par 24 heures pour un enfant d'un à trois ans, soit dans du sirop, soit dans de l'eau sucrée, au titre de 0,10 à 0,15 de bromure de potassium pour une cuillerée à café ; donner une cuillerée toutes les trois ou quatre heures. La dose serait double pour un enfant de 3 à 5 ans. Il faut toujours observer l'influence de ce médicament dont l'action déprimante n'est pas douteuse. J'ai pu donner à des enfants naissants atteints de convulsions de 0,50 centigr. à 1 gramme de bromure de potassium avec beaucoup d'avantage, mais en les surveillant de très-près.

L'*oxyde de zinc* a été employé et peut se donner à la dose de 0,025 à 0,05 toutes les 4 heures, dans l'intervalle des accès. C'est un anti-spasmodique utile, mais inférieur au bromure de potassium. On peut en porter la dose jusqu'à 0 50 à 0,60 dans les 24 heures pour un enfant de 3 à 5 ans. L'*extrait de jusquiame* se donne dans les mêmes conditions et à peu près aux mêmes doses.

Le *musc* est un médicament qui jouit d'une grande faveur en Angleterre, surtout lorsqu'il y a tendance au spasme de la glotte. Il a une action réelle, mais un peu lente, et ne convient que dans l'intervalle des crises. On le donne dans une potion à la dose de 0,15, 0,20 cent. jusqu'à 0,50 centigr. à un enfant de 4 à 5 ans. Il faut même que la dose soit assez élevée pour qu'il agisse.

La *teinture d'ambre*, à la dose de 10 à 40 gouttes dans une potion, a joui d'une réputation anti-spasmodique qui ne paraît pas tout à fait imméritée.

Je ne puis songer à passer en revue toute la thérapeutique applicable aux convulsions, et dans ce que je viens de vous dire, je crois avoir signalé à votre attention les moyens les plus efficaces en accordant à chacun la valeur qu'il mérite. Il en est un dont nous aurons à parler à propos de la scarlatine maligne. C'est l'eau froide appliquée au traitement des convulsions et autres accidents nerveux dus en partie à l'hyperthermie. Ce n'est pas ici le lieu de traiter de ce moyen dont l'appréciation est d'ailleurs encore à l'étude.

© BIU Santé

OPHTHALMOLOGIE

Rétino-choroïdite palustre (1).

Par **F. PONCET** (Cluny), agrégé libre du Val-de-Grâce, médecin en chef de l'hôpital militaire de Philippeville (Algérie).

L'ophthalmoscope révèle dans les maladies palustres un œdème péri-papillaire, une névrite optique avec saillie de la papille et une teinte gris sale de la zone moyenne du nerf optique, des hémorrhagies rétiniennes, ponctuées à la périphérie et très-larges au pôle postérieur.

Toutes ces lésions sont confirmées histologiquement. L'œdème péri-papillaire est fourni par un liquide granuleux, incolore, épanché sous la limitante interne de la rétine, près de la papille, au-dessus de l'expansion du nerf optique, et dissociant, détachant les travées de Muller de leur attache à la membrane anhyste.

La névrite optique est causée, comme toujours, par une vascularisation exagérée, avec œdème interstitiel ; mais ici la teinte gris-sale de la papille doit être rapportée au grand nombre de globules blancs pigmentés renfermés dans ces vaisseaux hypérémiés.

Les hémorrhagies de la rétine sont encore bien plus nombreuses que ne l'indique le miroir ; elles sont à peu près constantes à la zone ciliaire, dans les accès pernicieux comateux et les cachexies palustres ; elles sont rares, en plaques étendues, au pôle postérieur. Elles contiennent beaucoup de globules blancs au centre.

Comme un très-grand nombre d'organes, la rétine et la choroïde renferment dans leurs vaisseaux de grandes quantités de globules blancs tachés de pigment, et beaucoup de ces énormes cellules mesuraient plus de 40 μ, toutes imprégnées de particules mélaniques.

Le pigment, comme le démontrent des préparations du péritoine, n'est qu'un reliquat des globules rouges absorbés par les leucocytes. L'abondance des globules blancs pigmentés, la rareté de globules rouges, donnent aux capillaires l'aspect de bandes piquetées en mosaïque. Les granulations pigmentaires mélaniques peuvent être aussi libres dans les vaisseaux ou placées entre les hématies et les leucocytes.

Les capillaires de la rétine ou de la choroïde peuvent être obstrués par ces éléments morbides, qui sont alors une cause d'hémorrhagies rouges.

Les extravasations de globules blancs sont très-abondantes dans la trame même de la choroïde, qui augmente alors de volume et devient irrégulière, œdémateuse ,comme l'ophthalmoscope l'indiquait, du reste, près de la papille. Il y a ainsi véritablement choroïdite.

L'inflammation de la tunique interne des vaisseaux de l'œil ne paraît pas très-active dans les accès pernicieux ou les cachexies.

Les amauroses, *sine materia*, liées aux fièvres intermittentes, dans lesquelles l'ophthalmoscope n'avait pas trouvé de lésion, doivent être rangées dans les rétino-choroïdites palustres, avec embolies des leucocytes *mélaniques* dans les capillaires.

Dans plusieurs cas où le microscope a reconnu l'existence de la mosaïque mélanique dans les capillaires rétiniens, le miroir, à l'image droite, n'avait rien indiqué sur ces mêmes capillaires.

De même qu'il existe une néphrite albuminurique palustre, de même nous avons une rétino-choroïdite albuminurique palustre. Celle-ci renferme toutes les lésions du tissu rétinien appartenant à la rétinite albuminurique simple ; mais elle est caractérisée par une très-vive inflammation, proliférative, puis progressive, de la paroi interne des artères et la présence de gros éléments pigmentés dans les capillaires.

(1) Les conclusions du travail de M. Poncet ont été communiquées à la *Société de Biologie*, 27 juillet 1878.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

L'enseignement de l'obstétrique.

Des réformes qu'attend l'enseignement pratique de la Faculté de Paris, une des plus urgentes est celle qui concerne l'obstétrique. A qui en douterait, nous conseillerions de lire la thèse d'agrégation de notre collaborateur, P. Budin. Le sort lui avait imposé l'obligation de traiter *Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels ;* il lui a donc fallu, les faits étant nécessairement la base de son travail, recueillir les exemples les plus frappants des accidents qu'il devait étudier, et les présenter tous à la fois au lecteur. Il en résulte qu'après avoir parcouru cette thèse, on éprouve une impression fort analogue à celle qu'on ressent en sortant de certaines expositions d'objets de torture, et qu'instinctivement, s'il fallait la qualifier et la définir, on l'appellerait un *Musée des horreurs*. Le compliment est singulier sans doute ; pourtant nous n'hésitons pas, l'ouvrage ayant droit à des éloges d'autre nature, et M. Budin n'ayant certainement pas plus visé à obtenir celui-là que l'auteur de la question ne songeait, en la mettant dans l'urne, au tableau que devait fatalement présenter la réponse. Comme presque constamment les lésions traumatiques n'ont pas eu d'autre origine qu'une erreur de diagnostic ou une faute opératoire, il s'ensuit que la thèse de M. Budin repose sur une collection de méfaits médicaux et constitue, contre l'enseignement obstétrical actuel jugé par ses résultats, un réquisitoire où les chefs d'accusation abondent. Nous ne pouvons reproduire ici toutes les observations données par M. Budin ; mais il nous suffira d'en résumer brièvement quelques-unes pour justifier ce que nous venons de dire et appuyer nos réflexions ultérieures.

Passons sous silence les cas de déchirure du périnée ou du vagin, par la main ou par le *casse noisette* de l'opérateur, et arrivons aux lésions de l'utérus.

Sur une femme, enceinte pour la seconde fois, *trois médecins* appliquent inutilement le forceps ; un chirurgien le réapplique, s'obstine d'abord à des tentatives infructueuses, malgré les observations d'un assistant, auquel la position de l'instrument paraît douteuse, puis s'en va, laissant le forceps en place, revient au bout de deux heures avec des collègues qui terminent l'accouchement. La femme meurt, bien entendu, et à l'autopsie on trouve l'utérus fendu, le col en trois lambeaux et détaché du vagin, la vessie perforée. C'est évidemment l'œuvre du forceps vigoureusement, mais maladroitement manié. A Beaujon, une femme succombe deux jours après son accouchement, pour lequel on a dû faire une application de forceps au détroit supérieur. MM. Pitres et Champetier de Ribes constatent à l'autopsie que les bords antérieurs des deux cuillers avaient, pour ainsi dire, scié l'utérus sur les branches du pubis. M. Pajot a vu le forceps appliqué sur le segment inférieur de l'utérus par des médecins qu'arrêtaient, trop tard, les cris poussés par la patiente.

D'autres fois, c'est le céphalotribe qui, introduit à travers le cul-de-sac postérieur du vagin, saisit l'utérus, le déchire et quelquefois même l'arrache. — Un chirurgien arrache avec les ongles des lambeaux du corps de l'utérus en état d'inversion ; il eût tout déchiré si les assistants ne s'étaient

© BIU Santé

opposés à ce qu'il continuât ses manœuvres. — D'autres introduisent la main dans la vessie à travers les parois vaginales. — Un officier de santé, essayant de pratiquer la version, sent quelque chose qui lui paraît être le cordon, ne réussissant pas à atteindre les pieds, il pense qu'il serait plus heureux s'il se débarrassait de ce cordon ; il l'attire, et amène au dehors une anse intestinale, détachée du mésentère, d'une longueur de plus d'un mètre. Ne sachant que faire et perdant la tête, il coupe cette anse et la jette sur le fumier. — Un médecin et une sage-femme prennent le cul-de-sac vaginal pour le col, veulent le dilater, le déchirent et allant par cette voie à la recherche du placenta, arrachent violemment deux anses d'intestins, dont la longueur était de 14 pieds. Les lésions du squelette sont fréquentes, soit qu'il y ait simple disjonction de la symphyse, soit qu'il y ait fracture du pubis. Parfois les os sont respectés, mais à la face postérieure du pubis, le forceps a enlevé les parties molles et râclé le périoste aussi nettement que s'il eût été gratté avec une rugine ; enfin, il est arrivé, que des médecins, s'imaginant agir sur le crâne de l'enfant, ont appliqué un perforateur sur l'angle sacro-vertébral.

On peut arrêter ici cette énumération incomplète; par ces faits bien constatés, on peut juger de ceux qui ont passé inaperçus, et dont les auteurs ne se sont pas vantés. Combien sont restés inconnus de cas analogues à ceux qu'a réunis M. Budin, on ne saurait le dire, mais on peut affirmer qu'ils sont nombreux. Sans doute, on doit convenir, car il faut être juste, que les maîtres les plus habiles et les plus expérimentés en matière d'accouchements n'échappent pas toujours à des accidents imprévus et commettent quelquefois des méprises. Nous devons ajouter même que les fautes lourdes ne sont pas le monopole de nos compatriotes, et M. Budin a relevé, dans les auteurs étrangers, des exemples de maladresse ou d'incurie que nous avons systématiquement écartés, mais qui n'ont rien à envier à ceux que nous avons cités. Et s'il était possible d'établir exactement, pour chaque pays, la balance comparative des homicides perpétrés par les accoucheurs, peut-être le plateau de la France ne serait-il pas le plus chargé. Mais le mal de l'un ne guérit pas celui de l'autre, et la poutre dans l'œil du voisin ne doit pas nous empêcher de voir la paille du nôtre.

Or, quel que soit le rang que nous assignerait sur la liste funèbre une statistique parfaite, il sera toujours trop élevé, fût-il le dernier. Ceci revient à dire qu'on ne saurait trop perfectionner l'enseignement pratique de l'art des accouchements, qui demande tant d'expérience et de sang-froid. Aujourd'hui, quelles sont les sources auxquelles se peuvent puiser cette expérience et acquérir ce sang-froid ? En tout et pour tout, du chef de la Faculté, elles se réduisent aux 60 lits de l'hôpital des Cliniques. D'autre part, on peut évaluer, au bas mot, à un millier le nombre des élèves qui devraient fréquenter les salles de cet hôpital. Qu'on mette en regard l'un de l'autre ces deux chiffres : 60 lits et 1.000 élèves, et que l'on dise s'il est possible au professeur le plus habile, le plus zélé, de donner une instruction pratique suffisante, d'ajouter l'enseignement de la médecine opératoire à celui de la clinique.

Il est vrai, qu'en fait, le nombre des assistants à la Clinique n'est peut-être pas tout à fait aussi grand, mais il est encore assez fort pour que la plupart d'entre eux n'aient que rarement l'occasion de se rompre aux manœuvres obstétricales sous les yeux du professeur.

Si, à la clinique de la Faculté, la masse des élèves trouvent l'enseignement sans la pratique, par contre dans certains hôpitaux de l'Assistance publique, ils peuvent rencontrer le moyen de faire un peu de pratique tocologique ; mais là, l'enseignement et la direction leur font presque toujours défaut; ils agissent et opèrent sans guide et sans conseil. D'un côté, à la Faculté, des professeurs excellents sans moyens suffisants d'enseigner; de l'autre, tous les matériaux d'instruction et point de professeurs. Faut-il après cela s'étonner de la richesse de la thèse de M. Budin, composée pourtant avec la rapidité qu'exigent les thèses d'agrégation ? Un pareil état de choses est déplorable, le moyen d'y mettre un terme est tout indiqué : il suffirait de réunir les éléments d'instruction aujourd'hui dispersés, de mettre à la tête des services d'accouchements des hôpitaux des hommes compétents chargés d'enseigner les élèves attachés à ces services. Et pourtant il est à craindre que rien ne soit de longtemps changé à une situation insoutenable, parce que la Faculté ne peut rien dans les hôpitaux, qu'il ne lui est pas loisible d'y créer les services nécessaires à son enseignement, qu'elle n'est pas même maîtresse de distribuer les services existants à ses agrégés suivant leur spécialité, qu'il lui est interdit, par exemple, de donner une salle d'accouchement à un agrégé de la section des accouchements, parce qu'en un mot la Faculté est obligé d'abandonner l'instruction de l'immense majorité de ses élèves à l'Assistance publique, dont cette instruction est le moindre souci.

Nous ne voulons pas reprendre ici et plaider avec ces nouveaux arguments notre ancienne thèse (1) de la souveraineté absolue de la Faculté sur l'Admnistration des hôpitaux. Convaincu qu'il faudra l'adopter ou inversement créer dans les hôpitaux une faculté relevant de l'Assistance, nous nous contenterons, en attendant, de faire appel au Conseil municipal de Paris qui ne saurait rester indifférent à ces questions. Cette année, sur l'initiative de notre rédacteur en chef et de plusieurs de ses collègues, il a, par son ordre du jour du 4 mai, invité l'administration de l'Asssistance publique : 1° à confier à des médecins accoucheurs, les services hospitaliers destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices ; 2° à nommer les médecins accoucheurs, à la suite d'un concours, imposant des connaissances générales et spéciales ; 3° à ne pas augmenter le nombre des lits dans les services d'accouchements qu'il y a lieu de pourvoir d'accoucheurs. En votant cet ordre du jour, il est entré dans une voie qui peut mener à la solution de la question particulière d'enseignement qui nous occupe. Mais c'est à condition de faire quelques pas de plus. Si l'Assistance publique en tient compte, son invitation aura pour les femmes en couches d'heureux résultats sur lesquels il est inutile de revenir après l'exposé qu'en a fait le rapporteur de la 4e commission (2). Nous voulons toutefois signaler en passant, dans la thèse de M. Budin, une réponse topique à l'argument sur sur lequel s'appuyait M. Delpech pour repousser le projet de délibération. « Les médecins ordinaires, disait-il, sont par-

(1) *Progrès médical*, 1876, n° 45.
(2) *Progrès médical*, 1878, n° 19.

© BIU Santé

faitement aptes à s'acquitter de la mission pour laquelle on réclame des spécialistes. »— Si cela est vrai en général, il y a des exceptions, et le chirurgien dont il s'agit plus haut (le premier cas emprunté à M. Budin), en était une. Pourtant ce n'était pas le premier venu, et, d'après ses propres paroles relatées dans l'observation, on peut croire qu'il eût été, contre M. Delpech, de l'avis de M. Bergeron : « Le nouveau projet d'organisation du service des accouchements dans les hôpitaux de Paris sera une excellente occasion de réaliser une amélioration dont nous croyons que les conséquences ne tarderaient pas à se faire sentir (1). »

Ce que dit M. Bergeron au point de vue de la mère et du nouveau-né, nous le repèterons au point de vue de l'instruction des élèves, si le Conseil municipal veut bien compléter les propositions précédentes par les suivantes : 1° Il y aura un service d'accouchements dans chaque hôpital d'adultes; — 2° les services d'accouchements seront confiés aux accoucheurs nommés au concours; — 3° les médecins accoucheurs des hôpitaux agrégés ou non devront faire un cours clinique pratique aux élèves attachés à leur service; —4° l'Assistance réservera ces services aux élèves assez avancés dans leurs études pour profiter des leçons qui y seront données.

Il nous semble superflu de démontrer les avantages que les élèves retireraient pour leur instruction de l'adoption de ces mesures qui rendraient, nous l'espèrons, plus ardues à l'avenir les thèses du genre de celle de M. Budin. Mais, cette considération devant peu toucher l'Assistance publique, nous lui redirons avec notre ami Bourneville : « Enfin — et ce serait là une question à étudier — cette création des médecins accoucheurs permettrait d'organiser les accouchements à domicile qui seraient faits par les étudiants en médecine, sur le point d'être reçus docteurs, sous la direction de l'accoucheur de l'hôpital. L'administration de l'Assistance publique rendrait ainsi de nouveaux services, tout en y trouvant un bénéfice; elle pourrait secourir, chez elles un certain nombre de femmes pauvres qu'elle n'aurait à entretenir ni à l'hôpital, ni chez les sages-femmes. » A l'Assistance publique donc, de comprendre qu'en donnant cet enseignement gratuitement aux élèves, au lieu et place de la Faculté empêchée, elle fera une bonne action et une bonne spéculation E. T.

(1) *Hygiène du nouveau-né*, rapport pour le Congrès international d'hygiène de Paris, 1878, par M. Bergeron, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Congrès international d'hygiène.

Le Congrès d'hygiène a été solennellement inauguré hier 1er août, au palais du Trocadéro. Nos lecteurs trouveront plus loin un certain nombre de documents qui leur permettront de se rendre compte de l'importance des séances du Congrès, de la constitution de ses bureaux, de l'ordre de ses travaux. Nous avons fait suivre ces renseignements de la publication d'une note intitulée : *Guide de l'hygiéniste à l'Exposition universelle*, dont l'utilité n'a pas besoin d'être démontrée.

Les efforts faits par le *Progrès médical* pour propager la connaissance de l'hygiène, et faire modifier nos institutions à cet égard, nous font un devoir de donner une analyse détaillée des séances du Congrès.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 juillet 1878. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. DÉJERINE fait en son nom et au nom de M. MAYOR une communication sur l'état de la moelle et des nerfs du moignon, chez les amputés d'ancienne date. On sait, depuis les travaux de MM. Vulpian, Dickinson et Hayem, que la moelle épinière présente une diminution de volume du côté correspondant à l'amputation. On sait aussi que cette atrophie remonte plus ou moins haut dans la moelle épinière et l'on ne discute plus guère que sur des points de détails, à savoir, s'il existe ou non un état irritatif de la névroglie du côté de l'amputation.

Les recherches faites par MM. Déjerine et Mayor ont porté sur 7 moelles d'amputés de date plus ou moins ancienne; dans deux cas, il s'agissait d'amputations remontant à 40 ans. Ces auteurs ont confirmé les résultats annoncés par les auteurs précédents; toutefois, ils ont trouvé dans un cas (amputé de cuisse au 1/3 supérieur depuis 40 ans), une diminution très-marquée du nombre des cellules de la corne antérieure du côté correspondant, ce qui n'est pas signalé dans les travaux antérieurs. En outre, ils n'ont jamais constaté, dans la moelle, de trace de processus inflammatoire, la névroglie n'était pas plus épaissie d'un côté que de l'autre.

Pour ce qui concerne l'état des nerfs du moignon, M. Déjerine rappelle que, dans un travail antérieur (1), il avait déjà parfaitement indiqué la lésion que l'on observe dans ces cas, altération qui a été observée depuis par M. Hayem, qui, toutefois, en donne une interprétation un peu différente de la sienne. Le renflement que présente l'extrémité du nerf est dû à une névrite interstitielle, très-accusée marchant de pair avec une atrophie complète des tubes nerveux, qui sont réduits à leur gaine de Schwann, sans vestige de myéline, ni de cylindre-axe. Cette altération, névrite interstitielle et atrophie des tubes nerveux, diminue à mesure que l'on examine des parties plus élevées du nerf et disparaît complétement, à une distance plus ou moins grande de l'extrémité terminale du nerf. Cette altération est d'autant plus marquée que l'amputation est de date plus ancienne, ce qui montre bien que les gaines vides, que l'on rencontre en si grand nombre, sont des nerfs atrophiés et non des nerfs en voie de régénération.

Quelle que soit l'ancienneté de l'amputation, jamais dans ces recherches il n'a été constaté la moindre altération des racines appréciable au microscope, en tant que processus irritatif, et il n'y a jamais été observé de gaines vides, ou de nerfs en voie d'altération.

Cette absence d'altération des racines présente un grand intérêt, car elle démontre que l'atrophie que l'on observe dans la moelle du côté de l'amputation est une atrophie simple, par inertie fonctionnelle, sans processus irritatif aucun, et qu'il ne saurait être question ici de névrite ascendante, les altérations constatées dans les nerfs s'arrêtant toujours à une grande distance des racines.

M. ONIMUS cherche à expliquer les troubles de la motilité chez les ataxiques par un certain état de contracture permanente des muscles qu'il propose d'appeler contracture : à l'appui de cette opinion, il raconte l'histoire d'un malade chez qui le tabes dorsal eut pour premier symptôme un spasme de la glotte.

M. DURET dit avoir observé souvent dans le cours de ses expériences sur les traumatismes cérébraux, de l'ataxie et de la roideur des mouvements sur des animaux; au niveau des cordons postérieurs existaient dans ces cas des foyers hémorrhagiques.

M. LABORDE dit qu'il en est de même dans certaines intoxications par l'aconitine entr'autres.

M. DUMONTPALLIER fait observer que la théorie de M. Onimus s'accorde difficilement avec ce fait que les phénomènes

(1) Cossy et Déjerine. *Recherches sur la dégénérescence des nerfs*, in *Arch. de Phys.*, 1875.

© BIU Santé

ataxiques s'exagèrent quand le malade a les yeux fermés. De plus, à l'état de repos, les muscles sont entièrement souples.

L. D. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 juillet 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

Election d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique. — Sont présentés en première ligne, M. J. Parrot; en deuxième ligne, M. Cornil; en troisième ligne et *ex æquo*, MM. Hayem et Auguste Voisin.

72 votants. — Majorité absolue, 37. Au premier tour de scrutin, M. Parrot obtient 51 voix; M. A. Voisin 15; M. Cornil 6. — M. Parrot ayant obtenu la majorité des suffrages est nommé membre titulaire de l'Académie de médecine. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. BOUILLAUD tient à compléter l'historique des mouvements du cœur, qu'a retracé, dans une des précédentes séances, M. Gavarret. Après avoir rendu un légitime hommage aux travaux de Harvey, l'immortel auteur de la découverte de la circulation sanguine, il établit un parallèle entre la théorie de Beau et celle de Harvey; tandis que ce dernier fait coïncider le choc de la pointe du cœur avec la systole ventriculaire, Beau pensait qu'il avait lieu pendant la diastole ventriculaire, déterminée par la systole de l'oreillette. M. Bouillaud, après avoir longuement médité et observé, croit pouvoir diviser les diverses phases d'une révolution cardiaque en quatre temps : 1° systole ventriculaire; 2° petit repos; 3° diastole ventriculaire; 4° grand repos. Quant aux mouvements du cœur observés chez les animaux, M. Bouillaud a toujours vu la contraction énergique du ventricule et n'a jamais pu constater la systole auriculaire. Le cœur serait un instrument hydrodynamique qui pomperait et refoulerait le sang. M. Bouillaud admet également deux mouvements artériels, l'un dyastolique, l'autre systolique. Le pouls dicrote serait le pouls normal et devrait être attribué au double mouvement de diastole et de systole artérielle. Dans l'évolution d'un mouvement artériel, M. Bouillaud reconnaît trois temps : 1° la diastole; 2° la systole; 3° le repos.

M. MAREY ne partage pas les idées de M. Bouillaud sur le rôle que joueraient le cœur et le pouls. La systole artérielle, que M. Bouillaud attribue à la contraction musculaire, doit être mise sur le compte de l'élasticité de l'artère. Quant au dicrotisme, il convient d'établir une différence entre celui qui est normal et celui qui est pathologique. Les tracés sphygmographiques sont très-précis et très-concluants sur ces nuances.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 10 mai. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Hypertrophie concentrique du cœur, sans lésions valvulaires, chez un jeune homme de 18 ans; par J. DÉJERINE, interne des hôpitaux.

X..., 18 ans, garçon couvreur, entre le 20 avril 1878, salle Saint-Charles, lit n° 20. Ce malade ne présente aucun antécédent morbide quelconque, sa santé a toujours été très-bonne, il n'est ni alcoolique ni syphilitique. Pas de rhumatismes. Il exerce une profession assez pénible qui l'oblige à porter chaque jour d'assez lourds fardeaux sur le dos.

Entré pour des douleurs dans les membres inférieurs, le malade succombe en quelques jours à une myélite ascendante (1). Pendant tout son séjour à l'hôpital, l'examen du cœur fut pratiqué à plusieurs reprises et ne fit constater rien d'anormal, si ce n'est peut-être un peu d'exagération dans la force du choc de la pointe. Pas de souffle. Pas de frémissement.

A l'autopsie, le cœur présentait un aspect tout à fait remarquable, ses dimensions en longueur et en largeur sont normales, mais le ventricule gauche est beaucoup plus saillant et plus dur qu'à l'état normal; en faisant une coupe perpendiculaire au grand axe du ventricule, on constate que ses parois ont plus de trois centimètres d'épaisseur et la cavité ventriculaire n'est plus représentée que par une fente. La diminution de volume de la cavité est telle qu'elle n'admet qu'avec peine l'index, et on ne peut, même en faisant un certain effort, l'agrandir davantage, ce qui montre bien que la cavité est diminuée, et qu'il ne s'agit pas là d'un simple phénomène de rigidité cadavérique. Le myocarde a sa couleur rouge habituelle, il est dur, résistant et paraît absolument normal (1). Il n'y a aucune espèce de lésions aortiques ou mitrales.

Le ventricule droit a son volume et son épaisseur habituels, il ne présente pas de lésions d'orifices. Le poids du cœur est de 270 grammes. L'aorte et les artères du cou et des membres ne sont pas rétrécies ni athéromateuses.

Les reins sont congestionnés, mais sans la moindre trace de néphrite interstitielle, pendant la vie; l'urine, examinée tous les jours, fut trouvée normale, sauf le jour qui précéda la mort, où elle contenait un nuage d'albumine.

L'examen microscopique n'a dénoté dans les reins aucune lésion, si ce n'est de la congestion.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous paraît être un exemple très-net d'hypertrophie du ventricule gauche avec diminution de la cavité ventriculaire. Ce fait est d'autant plus intéressant que l'hypertrophie paraît s'être développée sans causes nettement appréciables.

En effet, nous n'avons trouvé chez ce malade aucune des causes qui peuvent produire ce genre de lésions : rétrécissement de l'aorte thoracique, athérome artériel, néphrite interstitielle; il n'y avait pas non plus de lésion valvulaire, aussi croyons-nous qu'il s'agit ici d'un cas tout à fait particulier d'hypertrophie concentrique, et dont la pathogénie est encore indéterminée.

Sacro-coxalgie et mal de Pott lombaire (arthrite vertébrale); par VERMEIL et ERNEST GAUCHER, internes des hôpitaux.

La nommée M... (Elisabeth), âgée de 38 ans, entrée à l'hôpital de la Pitié le 28 mai 1878, a été successivement soignée dans le service de M. POLAILLON, et dans celui de M. GOMBAULT.

Nous n'avons pu recueillir, M. Vermeil et moi, sur les antécédents de cette femme, que des renseignements très-incomplets. Elle paraît avoir été bien portante dans son enfance. Elle a eu huit enfants et est actuellement enceinte de son neuvième. C'est dans le cours de sa dernière grossesse, il y a un an et demi environ, qu'elle a ressenti pour la première fois des douleurs dans la hanche gauche et dans les lombes. Ces douleurs augmentèrent graduellement, et bientôt une tumeur molle, fluctuante, de plus en plus volumineuse, apparut à la partie inférieure de la fesse gauche.

A son entrée à l'hôpital, on trouve un abcès froid énorme de la région fessière étendu en bas jusqu'au grand trochanter. La malade ressent des douleurs très-vives dans la hanche, dans le genou et même dans le pied; la cuisse est fléchie sur le bassin, l'extension est douloureuse; le membre inférieur est naturellement dans l'adduction; mais l'abduction est possible ainsi que tous les autres mouvements de la cuisse sur le bassin. Il est d'ailleurs impossible de faire lever la malade, très-difficile même de la remuer. Il y a de la fièvre, une température oscillant entre 38° et 39°, pas de frissons, peu d'appétit et une soif assez vive. Les douleurs sont très-fortes surtout la nuit; elles arrachent des cris à la malade, qui, ne parlant pas le français, n'a pas d'autre moyen de se faire entendre. On porte le diagnostic de sacro-coxalgie ou de mal de Pott siégeant à la partie inférieure du rachis. Cette femme est, de plus, enceinte de huit mois et demi à neuf mois, presque à terme (Pos. O. I. D. P.).

30 mai. M. Polaillon pratique, dans la collection purulente de la fesse, une ponction sous-cutanée et retire par l'aspiration environ 800 grammes de pus non fétide. Cette aspiration est suivie d'une injection dans le foyer d'eau phé-

(1) L'observation clinique et l'autopsie avec examen histologique, seront publiées prochainement.

(1) La pièce a été déposée au musée Dupuytren.

© BIU Santé

niquée à $\frac{1}{50}$. Traitement tonique : vin de quinquina, potion de Tood. Le soir : temper. Axill. : 38°, 2.

2 *juin*. Dans la soirée, la malade ayant uriné sous elle, dans son lit, la religieuse du service confond l'urine avec le liquide amniotique, se figure que la poche des eaux vient de se rompre, et que le travail est commencé. Sans consulter l'interne de garde, elle fait transporter la patiente dans la salle d'accouchement.

Les jours suivants, l'état général empire très-rapidement, sans qu'on puisse constater de nouveaux phénomènes morbides autres que la fièvre hectique. Le *5 juin*, à onze heures du matin la femme est moribonde ; le col est complètement effacé : la dilatation, qui a commencé la veille au soir, a atteint les dimensions d'une pièce de 2 fr. ; mais les contractions utérines ne sont plus perceptibles, le travail semble complètement arrêté.

M. Gombault fait appeler M. Polaillon, qui, pour sauver l'enfant, se décide à hâter l'accouchement. Au moyen de trois incisions latérales, il agrandit l'orifice du col, assez pour permettre l'application du forceps de Levret au détroit supérieur ; l'extraction se fait sans grande difficulté. L'enfant est retiré vivant, mais à moitié asphyxié ; ranimé par l'insufflation, il est mort le lendemain. Quant à la femme elle succombe une heure après l'accouchement, sans avoir été délivrée et sans hémorrhagie.

Autopsie, pratiquée le 6 juin. Elle démontre l'existence d'une *sacro-coxalgie gauche* et d'une *arthrite vertébrale* siégeant entre les 4e et 5e vertèbres lombaires. On ne trouve aucune lésion de l'articulation sacro-vertébrale, non plus que de l'articulation du corps de la 3e avec la 4e vertèbre lombaire. La symphyse pubienne et l'articulation sacro-iliaque de l'autre côté sont intactes.

Les surfaces de l'*articulation sacro-iliaque* sont complètement disjointes et seulement maintenues en arrière ; les ligaments antérieurs sont détruits. Cette lésion est le point de départ d'un abcès par congestion, qui, passant par l'échancrure sciatique, a inondé la fosse iliaque externe ; c'est cet abcès qui a été ponctionné.

D'autre part, *le disque interarticulaire*, qui sépare *les 4e et 5e vertèbres lombaires*, est presque entièrement détruit. Les surfaces osseuses sont profondément lésées, surtout l'inférieure, qui présente sur son pourtour des stalactites osseuses. De ce mal de Pott lombaire descend un autre abcès ossifluent, qui, au-dessous de l'angle sacro-vertébral, se confond à gauche avec le premier, mais, à droite, suit un trajet indépendant, et remplit la fosse iliaque interne de ce côté ; de sorte que les organes du petit bassin baignent pour ainsi dire dans le pus. Les autres organes ne présentent aucune lésion remarquable ; les poumons seuls contiennent quelques granulations tuberculeuses disséminées, probablement l'ébauche d'une tuberculose miliaire qui n'a pas eu le temps d'évoluer.

Il n'y a nulle part d'abcès métastatique ni d'embolus ; aucune lésion matérielle ne peut expliquer la rapidité de la mort.

Kyste multiloculaire de la prostate ; par H. Butruille, interne provisoire.

Delorme, Jacques, âgé de 69 ans, homme de peine, entre le 23 avril dans le service de M. Després, à l'hôpital Cochin, baraque II, lit n° 21. Cet homme s'était présenté le matin à la consultation, se plaignant d'une rétention d'urine, durant depuis plusieurs jours. Jamais, dit-il, il n'avait eu de chaudepisse ni d'accident vénérien. On pratiqua immédiatement le cathétérisme à l'aide d'une sonde molle ; quelques tentatives restèrent infructueuses, puis on vit que la sonde était engagée dans une fausse route, au niveau de la prostate. On finit néanmoins par lui passer dans la vessie une sonde qu'on fixa à demeure. Le soir, le malade eut un peu de fièvre, déclara qu'il éprouvait au niveau du col de la vessie une grande douleur et pria l'interne de garde de lui retirer la sonde. Comme le lendemain, 24, il n'avait pas uriné, on lui passa de nouveau sa sonde et on l'exhorta à la garder. Contre la fièvre du soir, on prescrivit le sulfate de quinine à la dose de 40 centigrammes. Le toucher rectal permit alors de constater au niveau de la prostate une énorme tumeur molle et fluctuante. Abcès de la prostate.

La journée du 24 et celle du 25 se passèrent sans incident bien notable. Le 26, le malade fut un peu agité dans son lit, ne présentant pas beaucoup de fièvre ; on dut lui remettre deux fois la sonde à demeure.

Le 27 au matin, après la visite, il éprouva quelques légers frissons et fut pris d'un violent point de côté à droite, de dyspnée et de toux. L'examen de la poitrine, pratiqué à la contre-visite, ne donna aucun renseignement : on ne constatait ni à droite, ni à gauche, aucun souffle, aucun râle qui pût permettre d'affirmer l'existence d'une pneumonie. Mais les symptômes fonctionnels, la température qui monta le soir à 39°,6, permettaient de croire à une pneumonie centrale. Néanmoins, pas de crachats rouillés.

29 *avril*. Apparition des crachats de pneumonie. Mais les signes physiques ne sont pas encore bien nets : on constate à gauche quelques râles sous-crépitants assez fins, mais, en aucun point, il n'y a de souffle ni de râles crépitants. T. M. 38°2 ; T. S. 39°,8. Pas de nouveau frisson. Le malade, très-inquiet, demande avec instance à quitter l'hôpital. Il refuse, du reste, l'introduction de la sonde.

30 *avril*. L'état s'est considérablement aggravé ; la langue est sèche et fuligineuse, la peau chaude ; le malade veut absolument s'en aller. A 1 heure de l'après-midi, des parents viennent le voir et veulent également l'emmener. Il meurt au bout de quelques instants.

Autopsie. — *Appareil urinaire*. — La muqueuse de l'urèthre est intacte dans sa portion bulbeuse et spongieuse ; au niveau de la région prostatique, on constate à droite une fausse route baignée de pus sanguinolent. A gauche, à la portion antérieure de la prostate, on constate les particularités suivantes : Une tumeur présentant tous les caractères d'un kyste multiloculaire, transparente, occupe la partie antérieure de la prostate, recouverte seulement, du côté de l'urèthre, par un pont assez mince de tissu prostatique qui se déchire.

Cette tumeur ou plutôt ce kyste multiloculaire est recouvert sur ses parties latérales par l'aponévrose latérale de la prostate, dépendance du muscle releveur de l'anus ; elle appartient donc bien à la loge prostatique. De plus, elle est recouverte sur sa moitié postérieure par du tissu prostatique qu'on peut voir se prolonger au même niveau que du côté opposé. On peut donc affirmer que ce kyste appartient à la prostate ou tout au moins a empiété sur celle-ci.

A la partie postérieure, le kyste remonte jusque vers la vessie, mais en est parfaitement distinct ; on constate également l'intégrité des vésicules séminales.

La vessie elle-même est épaissie, présente un peu de cystite chronique et quelques taches ecchymotiques, dues probablement à la sonde à demeure. Les reins présentent en plusieurs points des petits abcès miliaires et l'aspect macroscopique de la néphrite interstitielle. Leur atmosphère graisseuse a diminué d'épaisseur et paraît avoir été comprimée.

Les poumons sont fortement congestionnés ; le droit présente à son sommet des noyaux multiples de pneumonie centrale, ce qui explique bien l'absence de signes physiques de pneumonie pendant la vie. Détail plus intéressant : on trouve à la base de ce même poumon droit une *hydatide solitaire*, du volume d'une noix environ.

Le foie est absolument sain. La rate est volumineuse, diffluente ; de plus, elle présente à sa partie inférieure et sur sa partie corticale une plaque indurée, assez étendue, infiltrée de sels calcaires, qui témoigne d'une périsplénite ancienne.

L'*examen histologique* du kyste a été fait par M. Chambard, dans le laboratoire de M. Ranvier, au Collége de France.

Le kyste, ouvert à sa partie postérieure, est formé de cinq à six loges qui contiennent du liquide citrin sans crochets d'hydatides. A première vue, la coloration des parois qui ressemblent à du blanc d'œuf cuit paraissent indiquer qu'on a affaire à un kyste hydatique.

Une coupe perpendiculaire aux parois du kyste montre qu'elles sont formées uniquement par du tissu fibreux mêlé d'assez nombreux faisceaux de fibres musculaires lisses et se prolongeant dans la cavité kystique sous forme de papilles

© BIU Santé

peu saillantes et arrondies. Sur les coupes on ne constate pas de revêtement épithélial ; mais le degré d'altération de la pièce ne donne pas à cette constatation de valeur positive. En résumé, il s'agit d'un kyste creusé dans l'épaisseur du tissu prostatique et formé par ce tissu.

Le degré de dessiccation de la poche trouvée dans le poumon n'a pas permis d'en faire l'examen histologique, mais cette pièce présentait bien les apparences d'une hydatide solitaire.

Sarcome fibro-plastique de la jambe récidivé; — Ablation; — Phlébite infectieuse; par J.-B. Gauché, interne des hôpitaux.

Le nommé B..., âgé de 52 ans, entre le 26 novembre 1877, salle Saint-Landry, lit n° 8, service de M. le professeur Richet.

Ablation, en septembre par M. Blum, suppléant, d'un sarcome fibro-plastique de la jambe gauche (diagnostic microscopique de M. Chambard), de la grosseur d'une tête de fœtus au sixième mois. La tumeur sous-aponévrotique était parfaitement enkystée et isolable, sauf au voisinage des jumeaux dont une portion dut être enlevée. — Pansement rare à l'eau phéniquée. — La plaie cicatrisait lentement; mais l'opéré, forcé de sortir pour son commerce, ne put attendre la guérison complète. Il se fatigue et revient atteint d'une récidive de la tumeur.

26 *novembre*. Etat actuel. A la partie supérieure du mollet, on constate une plaie plate à fond rosé pâle, à bords indurés et saillants. L'induration se prolonge au-delà de la marge de la solution de continuité et des reliefs se constatent à la vue et au toucher de la partie avoisinante de la peau. La plaie saigne facilement, surtout vers sa partie centrale. Au tissu cutané fait suite une bordure de tissu cicatriciel de 5 millimètres, de couleur grisâtre et entièrement sain. Il est douteux que les ganglions inguinaux, correspondants, explorés par le palper vertical, aient échappé à la dégénérescence. C'est ce doute qui détourne M. le professeur Richet de l'idée d'une amputation au-dessus du siége du sarcome et lui fait adopter une ligne de conduite spéciale.

5 *décembre*. S. 37°,3. Ablation par la méthode mixte de M. le professeur Richet, après application préalable de la bande d'Esmarch.

Cette méthode se compose de deux temps: 1° incision avec le bistouri, de toute la partie accessible et visible du tissu morbide ;

2° Application pendant 24 heures d'une couche de pâte de Canquoin, destinée à atteindre les portions plus éloignées de tissu morbide et à préserver la plaie opératoire contre toute absorption de l'extérieur. La douleur est combattue par des injections de morphine.

6 *décembre*. T. M. 37°,4 ; S. 38°,6. Premier pansement à l'alcool camphré, après lavages, la pâte une fois enlevée. La plaie est complètement grise et sèche et forme enclave.

7 *décembre*. M. 38°,4 ; S. 39°,7. L'élévation de la température est mise sur le compte de la fièvre traumatique.

8 *décembre*. M. 39°,0 ; S. 38°,5.

9 — M. 37°.6; S. 37°,2. — La veille et dans la journée ont éclaté deux frissons violents qui jettent l'opéré dans l'inquiétude et font penser à la possibilité d'une pyohémie. — Potion avec alcoolature d'aconit, 10 gr.

10 *décembre*. 37° ; 38°,2. Troisième frisson, même potion.

11 *décembre*. 39°,2 ; 37°,2. L'eschare de la plaie est tombée, mais il n'y a pas de suppuration. Dans la journée, hémorrhagie peu abondante.

12 *décembre*. T. 37°,2 ; 39°,4. Point de côté gauche. Signes stéthoscopiques d'une pneumonie probablement métastatique au niveau du lobe inférieur.

13 *décembre*. 39°,4 ; 36°,2. Plaie grisâtre.

14 *décembre*. 37°,4 ; 40°,6. Teinte subictérique des sclérotiques.

15 *décembre*. 38°,6 ; 38°,3. Mort.

Autopsie le 17 *décembre*. — Thorax. Abcès de la grosseur d'un œuf à la base du lobe inférieur du poumon gauche.

Membre inférieur gauche. — Les veines profondes étant isolées et fendues longitudinalement, on constate la présence d'un caillot fibrineux grisâtre ancien, qui se prolonge depuis la plaie jusque dans toute la longueur de la veine poplitée. En outre, il adhère à la paroi, mais non dans tout son pourtour, ni en particulier aux points de ramollissement. L'endoveine fémorale est uniformément rouge en bas, puis plus haut, présente seulement des stries rosées, et la veine iliaque externe n'acquiert un aspect tout à fait normal qu'au niveau de son abouchement dans l'iliaque primitive.

Réflexions. — Cette pièce anatomique est un exemple de plus des rapports de la phlébite et de la pyohémie ou de l'endophlébite infectieuse, si bien établie avec un cas anatomo-pathologique à l'appui, dans une leçon de M. le professeur Richet (*Clinique chirurgicale, ancien Hôtel-Dieu*), leçon recueillie par M. Ch. Richet, interne du service, et à laquelle nous renvoyons pour tout commentaire. (*L'Ecole de médecine*, 1874).

Des hémorrhagies pulmonaires dans la broncho-pneumonie; par F. Balzer, préparateur d'histologie à l'Amphithéâtre des hôpitaux.

(Mémoire lu à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.)

On rencontre parfois, dans les autopsies de broncho-pneumonie, des hémorrhagies pulmonaires qui s'observent tantôt sous la plèvre, tantôt dans le parenchyme pulmonaire, et qui varient de fréquence et d'intensité suivant leur siége. Très-fréquentes sous la plèvre où elles se montrent sous la forme d'ecchymoses ou de petits foyers plus ou moins étendus, elles se présentent sous des aspects très-différents dans le poumon: quelquefois elles ressemblent à de véritables infarctus lorsqu'elles forment des noyaux nettement limités à un seul lobule ; quelquefois, au contraire, l'épanchement semble se confondre avec la congestion extrême dont les parties voisines sont le siége. Ces foyers pulmonaires sont plus rares que les hémorrhagies sous-pleurales et celles-ci se montrent habituellement en même temps qu'eux.

Leur étiologie toute spéciale, l'absence de symptômes particuliers qui puissent les caractériser et en faciliter le diagnostic, placent ces hémorrhagies dans une classe à part, et l'on s'explique aisément que l'étude de ces lésions n'ait point trouvé une place importante dans les descriptions classiques qui ont été données des diverses hémorrhagies pulmonaires.

Elles ont été étudiées surtout par les auteurs qui ont écrit sur la diphthérie, M. Millard les signale dans sa thèse inaugurale (1858) et dans son étude sur les lésions pulmonaires consécutives au croup (Gazette hebdomadaire, 1863) M. Peter en signale un cas qu'il attribue à l'intensité de la congestion. Plus récemment, MM. Bouchut et Labadie-Lagrave les ont rattachées aux apoplexies pulmonaires d'origine embolique, en les considérant comme causées par le développement de l'endocardite diphthéritique. Enfin, M. Sanné, dans son Traité de la diphthérie étudie d'une manière spéciale cet accident qu'il a eu occasion d'observer 18 fois. Il examine les conditions étiologiques qui lui donnent naissance, les lésions qui l'accompagnent, et le fait procéder en résumé, de deux causes : l'asphyxie et l'infection, celle-ci étant admise à titre de cause prédisposante et favorisant les hémorrhagies dans le poumon, au même titre que dans les autres parties de l'organisme, par les modifications de la composition du sang. Nous aurons occasion de revenir plus loin, à propos de l'examen microscopique sur le mode d'action de ces causes, nous dirons seulement ici qu'elles nous ont semblé déterminer la production d'hémorrhagie plus fréquemment que ne l'admet M. Sanné d'accord avec les autres auteurs. Les hémorrhagies sous-pleurales s'observent, pour ainsi dire, journellement, surtout dans la diphthérie, et, quant aux hémorrhagies pulmonaires, nous en avons vu un nombre suffisant pour que nous puissions considérer cet accident comme n'étant pas très-rare.

Sur quelques autopsies, notre collègue et ami. M. Talamon a trouvé 8 fois des ecchymoses sous-pleurales dans des cas d'angines toxiques ou secondaires: trois fois ces ecchymoses s'accompagnaient de noyaux d'apoplexie intra-pulmonaires. Il a noté de plus l'apparence hémorrhagique des noyaux de broncho-pneumonie dans 9 autres cas, dont 7 à la suite d'angine infectieuse, et 2 à la suite du croup. En dehors de la diphthérie, il n'a noté ces hémorrhagies que dans une seule broncho-pneumonie, suite de coqueluche. De même, notre

© BIU Santé

ami M. Dreyfous, interne de M. Bergeron, a trouvé des noyaux hémorrhagiques très-nets dans trois cas de broncho-pneumonie. J'en ai observé également dans quatre cas, dans le service de mon excellent maître, M. Cadet de Gassicourt.

Les hémorrhagies siégent presque toujours aux parties postérieures et inférieures des poumons, où les noyaux recouverts par la plèvre, ont l'aspect d'une masse noire et indurée.

Le nombre de ceux-ci est très-variable; on peut n'en trouver qu'un seul; dans un cas, nous en avons trouvé, pour ainsi dire, autant qu'il y avait de noyaux de broncho-pneumonie à la partie postérieure des poumons. Leur volume varie suivant que l'hémorrhagie reste limitée à un seul lobule ou envahit les lobules voisins. Sur la coupe, ils se présentent sous l'aspect de noyaux noirs au milieu desquels on distingue parfois des traînées grisâtres.

Ces hémorrhagies pulmonaires se rencontrent plus souvent dans les broncho-pneumonies diphthéritiques que dans celles qui succèdent aux bronchites génératrices de diverses natures. Cependant on les y observe également et avec les mêmes caractères.

M. Roger les montre siégeant surtout à la partie postérieure des poumons, formant de véritables apoplexies lobulaires corticales, dans les points où la congestion est le plus intense. Dans les cas déjà cités, nous avons vu les foyers hémorrhagiques nettement isolés et entourés par un parenchyme pulmonaire normal. Ils se présentaient sous l'apparence de noyaux noirs, arrondis, durs, saillants, variant depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une petite amande. Notre collègue H. de Boyer en a présenté un cas semblable à la société en 1875.

Comme le fait remarquer M. Sanné, l'étude de ces hémorrhagies pulmonaires ne présente d'intérêt réel qu'au point de vue de l'anatomie pathologique. Les symptômes de la broncho-pneumonie masquent complétement ceux de l'apoplexie. Il n'a jamais constaté d'autres symptômes que la dyspnée et les râles de la broncho-pneumonie.

Voilà donc une hémorrhagie pulmonaire, parfois étendue, assez fréquente, surtout dans la diphthérie, et qui ne se trahit par aucun phénomène appréciable. Le fait s'explique facilement en ce qui concerne les hémorrhagies sous-pleurales. Mais l'absence de tout symptôme et en particulier l'absence de l'expectoration sanguinolente mérite une explication, en ce qui concerne les hémorrhagies pulmonaires. Comme nous l'avons dit, celles-ci se présentent sous deux formes différentes : les foyers apoplectiques, bien circonscrits, entourés par un tissu pulmonaire sain sont disséminés dans l'épaisseur du parenchyme, ou bien ils sont pour ainsi dire, noyés dans une atmosphère de tissu congestionné.

La fréquence de ces dernières lésions doit être assez grande, mais il est difficile de l'apprécier exactement, à cause des différences peu accentuées qui existent parfois entre un noyau très-congestionné de pneumonie lobulaire et un noyau d'apoplexie. Il est très-commun à l'examen microscopique de trouver, dans les alvéoles, du sang qui provient de la rupture des petits vaisseaux, consécutive à la congestion qui accompagne la formation des noyaux de broncho-pneumonie; il y a ainsi bon nombre d'hémorrhagies peu étendues qui passent inaperçues à l'examen macroscopique. La difficulté n'est plus la même quand il s'agit d'un noyau apoplectique assez étendu dans lequel le sang coagulé apparaît formant une masse noire et compacte.

Nous avons fait cet examen après durcissement dans l'alcool et coloration des coupes par le picro-carminate d'ammoniaque dans quatre cas, sur lesquels deux nous ont été fournis par MM. Talamon et Dreyfous, les deux autres provenant du service de M. Cadet de Gassicourt.

Dans le cas de M. Dreyfous, il s'agissait d'un vaste épanchement survenu à la partie postérieure du poumon gauche, dans un cas de diphthérie. Sur les coupes, on voit d'abord la bronche lobulaire avec son artère entourée par le nodule inflammatoire que M. Charcot a démontré comme constituant la lésion caractéristique de la broncho-pneumonie; autour de ce nodule péri-bronchique formé en majeure partie de leucocytes, on voit les lobules du sang épanché remplissant les alvéoles et se répandant jusque sous la plèvre où ils forment, par suite du dessèchement, des masses compactes et fendillées. Au milieu de ces globules, on aperçoit quelques leucocytes plus ou moins abondants, suivant les points.

On aperçoit aussi, soit dans l'intérieur des vaisseaux, soit dans le sang épanché, des cristaux d'hématine volumineux et agglomérés de façon à former des masses irrégulières. Il est à noter aussi que la bronche est remplie non par le sang, mais par des produits inflammatoires, leucocytes et cellules épithéliales colorés, ainsi que le nodule péri-bronchique, par l'hématine dissoute.

La disposition du sang épanché est donc caractéristique, il circonscrit les nodules péribronchiques, les déforme, mais sans jamais les pénétrer entièrement. Au contraire, il se répand à la périphérie du lobule, dans les zones de splénisation, et pénètre dans les travées conjonctives interlobulaires, où il n'est pas rare de rencontrer les espaces lymphatiques remplis de globules sanguins. Les trois cas nous ont offert des lésions absolument analogues.

Le cas de M. Talamon présente cette seule différence que la broncho-pneumonie étant plus ancienne, l'épaississement des travées interlobulaires et interacineuses y est beaucoup plus marqué. Au milieu des alvéoles remplis de sang, on trouve les gros vaisseaux également bourrés de globules rouges; fréquemment les gaînes lymphatiques péri-vasculaires sont pleines également de globules sanguins. La congestion existe dans les lobules voisins du noyau hémorrhagique. Les bronches, avons-nous dit, ne contiennent pas de sang, mais seulement des leucocytes et des cellules épithéliales, fait qui établit une différence importante entre ces hémorrhagies et celles qui succèdent aux embolies.

A l'examen microscopique, les hémorrhagies sous-pleurales nous ont paru produites tantôt par la rupture des vaisseaux propres de la plèvre, tantôt par celle des vaisseaux alvéolaires voisins. Le sang se répand sous la plèvre et s'infiltre au loin, en dissociant les faisceaux de tissu conjonctif et élastique, où il forme des amas peu étendus. Les globules rouges sont habituellement intacts, souvent l'hémoglobine s'est dissoute, et le foyer forme une masse amorphe et compacte fortement colorée en rouge brunâtre.

La pathogénie de ces hémorrhagies est assez complexe, et nous ne pouvons l'exposer longuement ici, car elles sont entièrement sous la dépendance des congestions qui se développent dans la broncho-pneumonie.

L'obstruction des bronches et des canaux alvéolaires empêche l'hémorrhagie de se manifester à l'extérieur par l'expectoration sanguinolente, et joue un rôle important dans sa production.

La congestion du lobule lui est due en grande partie : celle-ci s'établit à la périphérie du nodule péribronchique, et ainsi se trouve constitué l'état du tissu pulmonaire qui a été désigné sous le nom de splénisation, et qui est caractérisé histologiquement par la congestion et par les lésions de la pneumonie catarrhale, exsudation de leucocytes et multiplication des cellules épithéliales. Cette réplétion exagérée des vaisseaux est favorisée par la tendance au vide consécutive à l'obstruction des canaux alvéolaires et lobulaires. Ces congestions sont souvent assez intenses pour causer à elles seules l'hémorrhagie, comme dans les broncho-pneumonies catarrhales. Mais celle-ci se produit encore plus sûrement dans les broncho-pneumonies diphthéritiques où la lésion pulmonaire présente une plus grande gravité, non-seulement à cause des efforts que nécessite la gêne respiratoire, mais encore à cause des modifications du sang qui succèdent à l'infection générale.

On peut dire, en somme, que les hémorrhagies pulmonaires dans la broncho-pneumonie sont liées à l'évolution de la broncho-pneumonie elle-même et sont régies par les mêmes conditions pathogéniques. C'est avant tout l'hypostase qui amène cet accident : les foyers hémorrhagiques, comme la congestion, comme les noyaux de pneumonie lobulaire, se forment dans le système bronchique postérieur. Le système bronchique antérieur en est habituellement indemne, et les autres causes de congestion et d'hémorrhagie, troubles de l'in-

© BIU Santé

nervation vaso-motrice, efforts respiratoires, modifications du sang, n'agissent qu'à titre de causes adjuvantes ou déterminantes. Les hémorrhagies sont le résultat d'une congestion passive, et si elles se montrent plus souvent dans la diphthérie, c'est parce que toutes ces causes s'y trouvent réunies et favorisent leur production d'une manière exceptionnelle.

En résumé, l'hémorrhagie se fait dans les parties splénisées des lobules atteints de broncho-pneumonie ; elle est le résultat d'une congestion exagérée, qui donne lieu à la rupture des capillaires des alvéoles. Le sang s'épanche dans les cavités alvéolaires, autour du nodule péri-bronchique, dans le tissu conjonctif sous-pleural et même dans les travées conjonctives qui circonscrivent les lobules. L'étendue de l'épanchement varie ; celle-ci peut n'occuper qu'un lobule et ressemble à un infarctus d'origine embolique, ou se répandre dans plusieurs et former ainsi des noyaux assez volumineux. Si le malade survit quelque temps à la production de cet accident, l'inflammation lobulaire continue son évolution, le nodule péri-bronchique augmente par suite de l'accumulation des leucocytes. Le centre de l'infarctus devient grisâtre, purulent, comme l'ont observé MM. Bouchut, Picot et d'Espine. Ces auteurs attribuent à une suppuration du noyau hémorrhagique cet état, qui n'est que la suite naturelle de l'évolution ordinaire du nodule péri-bronchique. On est même en droit de supposer que cette suppuration du lobule doit se produire au niveau des foyers hémorrhagiques plus facilement qu'en tout autre point. Il faut se rappeler, en effet, ce qui se passe dans les noyaux d'origine embolique, autour desquels se développe rapidement une irritation assez vive, qui se traduit par une pneumonie et une pleurésie de voisinage. C'est le seul mode de terminaison que nous connaissions pour ces foyers hémorrhagiques : ils se développent toujours dans des circonstances tellement graves, qu'on ne peut avoir l'occasion de savoir les transformations régressives qu'ils peuvent subir, mais qu'on est en droit de croire semblables à celles qui s'observent dans les autres hémorrhagies pulmonaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. GUYON.

Séance un peu maigre, qui s'est évidemment ressentie de la température sénégalienne dont nous jouissons. Parmi les pièces de la correspondance, signalons une observation d'amputation de la verge pratiquée au voisinage de la prostate par un praticien de province M. le docteur Cabadé. L'opération, nécessitée par un épithélioma de la verge, qui avait récidivé deux fois, a parfaitement réussi. Depuis deux ans, il n'y a pas de nouvelle récidive.

Au nom de M. GROSS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, M. *Verneuil* présente un mémoire manuscrit intitulé : *La méthode antiseptique de Lister à l'hôpital Saint-Jean, de Nancy.* Ce travail, qui contient une analyse de 19 observations de plaies traitées par le pansement de Lister, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Delens, Périer et Lucas-Championnière.

M. SIGMONDI (de Vienne) présente quelques spécimens d'appareils plâtrés qu'il emploie dans le traitement des diverses fractures. Naturellement le chirurgien autrichien trouve ses appareils supérieurs à tous les autres ; il donne lecture d'un long document pour démontrer cette supériorité.

M. LARGET, médecin militaire, donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Des causes de la déformation du moignon dans les amputations partielles.* (Commissaires MM. Després, Gillette et Farabeuf.)

M. LE DENTU fait un rapport sur un travail de M. le docteur Chalot, qui vient d'être nommé professeur agrégé à la Faculté de Montpellier. Il s'agit d'une observation de plaie de la région fronto-pariétale avec enfoncement des os du crâne. Le malade alla bien jusqu'au neuvième jour; à ce moment, il fut pris de symptômes de méningo-encéphalite. M. Dubrueil, chef de service, pratiqua la trépanation au niveau d'une esquille, et trouvant intacte la table interne du crâne, il fendit la dure-mère. Il ne s'écoula pas de pus par l'ouverture. Le malade mourut ; et à l'autopsie on constata les lésions d'une méningo-encéphalite de la convexité. L'incision de la dure-mère correspondait au pied des deux premières circonvolutions frontales. Malgré la vive injection et les fausses membranes qui existaient à ce niveau, on n'avait noté pendant la vie ni paralysie ni contracture.

M. Le Dentu, tout en faisant des réserves sur l'utilité de la trépanation dans ce cas, s'associe aux conclusions formulées par M. Chalot, à savoir *que les lésions de l'extrémité postérieure des deux premières circonvolutions frontales ne produisent dans bien des cas ni convulsions ni paralysies.*

M. TILLAUX et avec lui M. Lucas-Championnière estiment que, dans le cas de M. Dubrueil, la trépanation était tout à fait inutile.

Traitement du pannus par l'excision du cul-de-sac conjonctival. — M. GALEZOWSKI soumet à la Société un mode de traitement qu'il a adopté pour le pannus de la cornée et les granulations de la conjonctive, et qui consiste dans l'excision du cul-de-sac conjonctival. Suivant M. Galezowski, cette pratique lui a donné sur 227 cas 213 guérisons, obtenues dans une période variant de trois mois à deux ans. Le procédé opératoire est des plus simples : On saisit avec une pince le cul-de-sac conjonctival, supérieur ou inférieur, et on l'excise sans toucher au cartilage tarse. Cette opération, dit M. Galezowski, n'amène pas de complications immédiates ; elle arrête les inflammations cornéennes, et le chirurgien n'a plus qu'à traiter les granulations de la conjonctive, qui deviennent beaucoup moins rebelles. On pourrait croire que l'excision du cul-de-sac conjonctival est susceptible d'entraîner soit l'entropion soit l'ectropion. M. Galezowski n'a jamais vu survenir cette complication chez ses malades, parce qu'il a bien soin de ne pas toucher au cartilage tarse. Deux fois seulement il a observé une fonte purulente de l'œil à la suite d'excision du cul-de-sac conjonctival.

Enfin M. LE DENTU présente un calcul, plus gros qu'un œuf de pigeon, qu'il a extrait de la vessie d'une jeune fille de 20 ans. Le calcul s'était formé sur la tête d'une épingle à cheveux, que la jeune fille s'était par mégarde introduite dans la vessie pendant un exercice qui se devine aisément. Le corps étranger a séjourné six mois dans la vessie. Pour l'extraire, M. Le Dentu a dilaté progressivement le canal de l'urèthre, de manière à pouvoir introduire le doigt ; l'opération s'est faite sans difficulté. Dans les cinq jours qui ont suivi, la malade n'a pas eu d'incontinence d'urine, ni aucun signe de cystite. Elle est sortie de l'hôpital paraissant bien guérie. Ch. AVEZOU.

Séance du 31 juillet 1878. — PRÉSIDENCE DE M. GUYON.

M. TRÉLAT fait un rapport sur le travail de M. Boucheron, relatif à un nouveau procédé de strabotomie, dont nous avons donné l'analyse dans un précédent compte-rendu. Le rapporteur se montre grand partisan de ce procédé, qui a donné dans son service les meilleurs résultats.

M. TILLAUX fait quelques réserves au point de vue anatomique. -- M. GIRAUD-TEULON déclare que les oculistes font *à peu près* dans la strabotomie ce que conseille M. Boucheron. Il reconnaît cependant à M. Boucheron le mérite de mieux préciser.

M. VIBERT (du Puy) expose, dans une commmunication pleine de bonhomie, les résultats de sa pratique pour les opérations de cataracte dans le département de la Haute-Loire. On avait, au dix-septième siècle, le *Philosophe sans le savoir*, nous avons aujourd'hui, grâce à M. Vibert, l'*Opéré sans le savoir*. Le chirurgien du Puy a conté fort spirituellement sa façon d'agir à l'égard des malades qu'il se propose d'opérer : sous prétexte de faire une petite répétition qui les prépare à l'opération pour le lendemain ou le surlendemain, M. Vibert rend les malades tout-à-fait dociles, et il enlève la cataracte sans qu'ils s'en doutent. Dès le début, M. Vibert employait le procédé de Daniel, qui ne lui donnait pas de brillants succès. Plus tard, il adopta le procédé de de Græffe; enfin, depuis deux ans, il opère par un procédé spécial, qui lui a donné 52 succès sur 59 opérations. Dans ce nombre sont comprises les opérations risquées, dont quelques-unes ont cependant réussi.

Au lieu de faire l'incision à la limite du rebord cornéen, M. Vibert divise la cornée perpendiculairement au voisinage

© BIU Santé

du centre, et suivant un diamètre oblique, il ne craint pas de vider la chambre antérieure, parce qu'il a remarqué, dans des expériences faites sur les animaux, que l'écoulement du liquide de la chambre antérieure, dans des cas de plaie de la cornée, n'amène pas de complication. M. Vibert a fait venir exprès du Puy, pour le montrer aux membres de la Société, un brave Auvergnat de 72 ans, qu'il a opéré avec succès par son procédé. Quelques années auparavant, ce malade avait été opéré à Lyon sur l'autre œil, par le procédé de de Græffe ; le résultat obtenu par M. Vibert est incontestablement bien supérieur.

Ch. AVEZOU.

CONGRÈS D'HYGIÈNE

Le Congrès international d'Hygiène a tenu au Trocadéro, jeudi 1er août, sa séance générale d'ouverture. L'assemblée était très-nombreuse ; les notabilités scientifiques de la France et de l'étranger avaient répondu à l'appel du comité d'organisation et venaient prendre part à ces grandes assises de la science où doivent être discutées les graves questions d'hygiène et de salubrité publique.

A trois heures précises prenaient place au bureau MM. Teisserenc de Bort, Bouchardat, Gubler, Liouville, Roussel, Cornil, E. Trélat, Lacassagne, Fauvel, Kœchlin-Schwartz, etc., MM. Edwin Chadwick, délégué de l'Angleterre, Crocq, sénateur, délégué du gouvernement belge, Pacchiotti, délégué italien, baron Mayden, délégué de la Russie. — M. le MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE a ouvert la séance par l'allocution suivante :

Messieurs,

Au moment d'ouvrir la séance, je vous demande la permission de prendre un instant la place de votre honorable président pour vous souhaiter une cordiale et sympathique bienvenue. Je tiens également à remercier d'une façon toute particulière les intelligents organisateurs du Congrès, ainsi que les savants venus de tous les points du monde pour nous apporter le tribut de leur expérience et l'autorité de leur précieux concours.

Il ne m'appartient pas, assurément, devant une assemblée composée d'hommes spéciaux, d'insister sur l'importance des questions d'hygiène. La plupart d'entre vous, Messieurs, ont déjà traité ces questions dans des Congrès antérieurs, et principalement au Congrès de Bruxelles en 1876. Mais les transformations industrielles sont si rapides, les progrès de la science et les changements dans les habitudes et les mœurs sont si prompts, qu'à de très-courtes distances, on voit surgir des problèmes nouveaux. D'autre part, la multiplication des moyens de communication, et par suite des rapports internationaux permettent aux hommes de se concerter plus facilement qu'autrefois contre tout danger menaçant la santé publique.

Messieurs, le champ ouvert à vos investigations est immense. L'humanité à laquelle vous avez déjà rendu tant de services, va bientôt vous en devoir de nouveaux. Il n'est pas douteux que ce Congrès ne profite à la science autant qu'aucun de ceux qui l'ont précédé et ne contribue aussi à nous assurer ces deux biens considérables : la santé et la vie.

M. GUBLER, président, remercie le ministre du bienveillant concours donné par l'administration au Congrès de 1878. Il esquisse rapidement ce qui a été fait jusqu'à présent pour l'hygiène publique, démontre son immense importance et exprime l'espoir qu'un jour viendra, où ce desideratum d'un grand nombre de médecins et de savants, la création d'un ministère de la santé publique, sera chose accomplie. Il fait également l'éloge du regretté docteur Laussedat qui fut une des lumières du congrès de Bruxelles et dont les conseils et le savoir auraient été si précieux.

M. LIOUVILLE, secrétaire général, donne le compte-rendu de la situation. Il constate l'empressement avec lequel les savants de tous les pays ont répondu à l'appel qui leur avait été fait. A l'heure actuelle, 1025 adhésions ont été données au congrès, parmi lesquelles 500 venant de l'étranger et se répartissant ainsi : Belgique 210, Angleterre 78, Italie 33, Amérique 34, Espagne 29, Allemagne 23, Russie 20, Autriche-Hongrie 9, Portugal 7, Suisse 7, Pays-Bas 7, Grèce 5, Suède-Norwége 4, empire Ottoman 4, Danemark 3, Roumanie 3, Luxembourg 2, Chine 2, Japon 1, Maroc 1.

MM. Crocq, sénateur, délégué du gouvernement belge, et Lory-Marsh, représentant du *Sanitary Institute of Great Britain*, prennent ensuite la parole.

M. le professeur PACCHIOTTI, délégué de Turin, dans une chaleureuse improvisation, affirme l'amitié de l'Italie pour la France. « Nous sommes, a-t-il dit, de la même race ; nos langues ont la même origine, nos intérêts sont les mêmes, enfin, notre sang s'est si souvent mêlé pour une cause commune que je puis dire que le même sang coule dans nos veines. Au nom de tous les délégués italiens, je déclare que notre union est indissoluble, et que jamais on ne pourra séparer l'Italie de la France. » Des applaudissements répétés et unanimes ont prouvé aux délégués italiens quel écho les paroles cordiales de M. Pacchiotti avaient trouvé dans les cœurs.

M. LACASSAGNE, secrétaire général-adjoint, donne un exposé de l'organisation des bureaux du Congrès, et invite les membres adhérents étrangers à procéder, à l'issue de la séance, à la désignation de leurs présidents et vice-présidents.

Bureaux.

Le comité d'organisation du congrès a décidé que les bureaux seraient formés de membres nommés les uns pour les séances de section du matin, et les autres pour les séances générales de l'après-midi. Les bureaux sont ainsi composés : 1 président français, 1 président étranger, 2 vice-présidents étrangers, 2 secrétaires français. Suivant les errements du congrès de Bruxelles, le comité a choisi les membres français ; les adhérents étrangers choisiront eux-mêmes ceux qu'ils désirent appeler au bureau. Les membres choisis par le comité d'organisation sont pour les adhérents nationaux :

I. 1re séance : *Président*, Th. ROUSSEL. *Secrétaires*, PINARD et RAYMOND. — 2e séance : *Président*, BOULEY. *Secrétaires*, NOCARD et BUDIN. — 3e séance : *Président*, FAUVEL. *Secrétaires*, TOLLET et COLLINEAU. — 4e séance : *Président*, KŒCHLIN-SCHWARTZ. *Secrétaires*, GOYARD et RELIQUET. — 5e séance : *Président*, BERGERON. *Secrétaires*, ALLAAD et HUDELO. — 6e séance : *Président*, ROCHARD. *Secrétaires*, MÉGNIN et LEBLOND.

II. MATIN. — 1re section. Hygiène générale et internationale. *Président*, THULIÉ. *Secrétaires*, ROBIN et FABRE. — 2e section. Hygiène privée. Hygiène des organes des sens. *Président*, GIRAUD-TEULON. *Secrétaires*, DROUINEAU et CHASSAGNE. — 3e section. *Président*, Léon COLLIN. *Secrétaires*, BOULANGER et MANOUVRIEZ. — 4e section. Science de l'ingénieur appliquée à l'hygiène. *Président*, SCHLŒSING. *Secrétaires*, LOYET et DISLERE. — 5e section. Science de l'architecte appliquée à l'hygiène. *Président*, E. TRÉLAT. *Secrétaires*, MATHELIN et MAURIAC. — 6e section. Hygiène professionnelle. *Président*, DELPECH. *Secrétaires*, DEGEORGE et CATELAN.

Ordre des travaux.

Les séances de sections ont lieu le matin, au Palais des Tuileries, pavillon de Flore, guichet des Lions. Les séances générales ont lieu dans l'après-midi, au Palais du Trocadéro, salle du côté de Paris.

Vendredi, 2 août. — I. Séance des sections, à 9 heures. *Section* I. — MM. ROTH, de Londres : Enseignement populaire de l'hygiène pratique. — De GRŒSZ : Organisation des affaires de l'hygiène publique en Hongrie. — DRYSDALE : De l'accroissement trop rapide de la population en Angleterre et en France. — KUBORN : De l'organisation de l'hygiène publique en Belgique et de l'institution des Sociétés de médecine publique. — *Section* II. — JAVAL : Hygiène de la vue dans les écoles. — LANDOLT ; Méthode simple pour déterminer l'éclairage dans les salles d'écoles. — GOYARD : Influence du tabac sur le développement des organes et des fonctions. — *Section* III. — BOULEY : Prophylaxie de la rage. — BONJEAN : Prophylaxie de la rage.

II. Séance du soir, à 4 heures. — Discussion de la 1re question du programme. *Hygiène du nouveau-né*. — Rapports de MM. J. BERGERON, BERTILLON et MARJOLIN.

Samedi, 3 août. — I. Séance des sections, à 9 h. — *Section* IV. — MM. CHAMBRELENT : Assainissement et mise en valeur des landes en Gascogne. — BARTHÉLEMY : Hygiène des terres arables. — *Section* V. John BALBINSKI : Des changements réclamés par l'hygiène dans la construction des maisons. — DEGEORGE : Sur l'école Monge. — *Section* VI. — ROBIN : Appareils destinés à empêcher les accidents dans les manufactures. — MARMISSE : Mortalité des médecins. — BURQ : De l'immunité cholérique des ouvriers en cuivre.

II. Séance du soir, à 4 h. — Discussion sur la 2e question du programme. — De l'*altération des cours d'eau*. — Rapport de MM. DURAND-CLAYE, PROUST et SCHLŒSING.

Dimanche 4 août. — A 9 heures du matin, *visite de l'École Monge*, 145, boulevard Malesherbes. A 3 heures de l'après-midi, visite du nouvel hôpital de Ménilmontant. Cet hôpital est situé derrière la mairie du XXe arrondissement (rue Pelleport et rue de Chine). Les membres du Congrès sont priés de se rendre à ces deux établissements à l'heure précise indiquée.

Lundi 5 août. — I. Séance des sections à 9 heures. — *Section I.* — MM. CHADWICH : Ministère de la santé publique. — BELVAL (de Bruxelles) :

© BIU Santé

De la suppression des débits de boissons dans les maisons de tolérance. — S. Podolinski : Les villages dans la Russie méridionale. — Drysdale (de Londres) : La prostitution à Londres et à Paris. Hygiène des maladies vénériennes. — Medinilla Y Bedez : Sociétés d'hygiène. — *Section II.* — Manouvriez : Amblyopie des préposés des fabriques de sucres et des distilleries. — Riant : De l'hygiène scolaire (enseignement primaire et secondaire). — Billaudeau : Enseignement de l'hygiène dans les écoles primaires. — *Section III.* — De Beauvais : Régime élémentaire et hygiène de la prison de Mazas. — Bambas : De l'emploi des substances alimentaires en Grèce. — Hip. Kuborn : Sur la présence du sulfate de cuivre dans le pain.

II. Séance du soir. à 3 heures. — Discussion sur la troisième question du programme. — *Hygiène alimentaire.* — Rapports de MM. Bouley et Nocard, Bouchardat et A. Gautier.

Mardi 6 août. — *Excursion à la presqu'île de Gennevilliers* et visite dans les *Égouts de Paris*. Départ de la gare Saint-Lazare à 8 heures, pour la station d'Asnières. Arrivée à Asnières à 8 h. 15. Visite de l'usine élévatoire de Clichy et des irrigations de la presqu'île de Gennevilliers. Départ d'Asnières à 11 h. Arrivée à Paris à 11 h. 15. — A 3 heures du soir, visite des égouts de Paris. Rendez-vous, fontaine du Chatelet pour les porteurs de cartes *rouges*, et place de la Madeleine pour les porteurs de cartes *lilas*. Les cartes qui permettront de prendre part aux excursions de ce jour doivent être retirées au secrétariat.

Mercredi 7 août. — Séance des sections à 9 heures. — *Section* IV. MM. Hinckes-Bird : De l'air des égouts. — *Section* V. Boulanger : Mémoire sur les habitations ouvrières dans Paris. — *Section* VI. Bouvet : Des modifications que l'air éprouve quand on fait varier sa température. — Burq : De l'influence des poussières professionnelles chez les porcelainiers, les plâtriers, etc. — Layet : Sur une nouvelle cause de saturnisme.

Séance du soir à 3 heures. — Discussion de la quatrième question du programme. — *Des logements des classes nécessiteuses.* — Rapports de MM. Emile Thélat et O. du Mesnil.

Jeudi 8 août. — *Excursion à Noisiel*, pour visiter les maisons et les cités ouvrières de M. Ménier. Départ à midi, par la gare des chemins de fer de l'Est, place de Strasbourg Arrivée à midi 45, à Lagny. De Lagny à Noisiel, trajet en bateau à vapeur, en 25 minutes. Visite de l'usine, des maisons et des cités ouvrières. Lunch. Départ de Noisiel pour Lagny par le bateau, à 5 h. 30. Départ de Lagny, à 6 h. 38, arrivée à Paris, à 7 h. 27. Le nombres des personnes pouvant faire partie de cette excursion étant limité à 250, les membres du Congrès sont priés de retirer leur carte le plus tôt qu'il leur sera possible.

Vendredi 9 août. — Séance des sections, à 9 heures. — *Section I.* — MM. Coshien Pacha : Hygiène internationale en Egypte. — J. Jager (d'Amsterdam) : Des mesures légales à prendre pour garantir la qualité de l'eau potable destinée aux habitants. — Charbonnier : Introduction à un cours d'hygiène. — Girault : Sur l'extinction de la variole par une loi obligatoire de la vaccination et de la revaccination. — *Section II.* — Dally : De l'éducation corporelle en France, son état présent, ses lacunes, etc. — Galezowski : Hygiène professionnelle de la vue. — Gibert (du Havre) : Etude sur un dispensaire pour les maladies des enfants au Havre — Hip. Kuborn : Sur l'enseignement de l'hygiène professionnelle dans les Ecoles. — *Section III.* — Kingzett (de Londres) : Le nouveau désinfectant naturel appelé Sanitas. — Huguet : Appareil pour la pulvérisation des eaux minérales et des solutions hygiéniques par l'électricité.

Séance du soir à 3 heures. — Discussion sur la 5e question du programme. — *Hygiène professionnelle.* — Rapport de MM. Gubler et Napias.

Samedi 10 août. — Séance des sections à 9 heures. — *Section IV.* — MM. Riant : De la crémation. — Baubez : Etude sur la crémation. — *Section V.* — Tollet : Sur les logements collectifs. — *Section VI.* — Barbe : De l'hygiène de l'ouvrier mineur. — Mercier : Mémoire sur un voile préservateur pour les ouvriers. — Pegge : Capuchons ventilateurs épuisants.

Séance du soir à 3 heures. — Discussion sur la 6e question du programme. — *Prophylaxie des maladies contagieuses.* — Rapport de MM. Fauvel et Vallin.

Guide sommaire de l'Hygiéniste à l'Exposition universelle.

I. CHAMP-DE-MARS.

Au centre du palais, au milieu des galeries des beaux-arts, le pavillon de la ville de Paris, contenant l'exposition de tous les services de la ville, matériel de secours aux asphyxiés et aux blessés, asiles, hospices et hôpitaux, voirie, égouts, habitations, monuments publics, documents administratis concernant l'hygiène. Tournant le dos à la Seine, à gauche, exposition française, à droite, expositions étrangères.

France. — Galerie la plus proche du centre, à la hauteur du pavillon de la ville de Paris, exposition de la classe 14, médecine, hygiène et assistance publique ; — même galerie, en se dirigeant vers la Seine, méthodes, appareils et procédés de l'enseignement primaire, secondaire et supérieur ; — même galerie, en se dirigeant vers l'Ecole militaire, au milieu de la géographie, l'exposition de statistique avec quelques cartes démographiques. Près de la statistique et à gauche, dans la galerie parallèle, quelques appareils de chauffage, de ventilation et d'éclairage. Galerie des produits avoisinant celle des machines, un peu après le milieu de la galerie, produits chimiques et pharmaceutiques. Galerie de l'alimentation, le tiers le plus éloigné de la Seine, de la galerie extérieure à celle des machines.

Dans le jardin avoisinant l'Ecole militaire, pavillon du Ministère de l'Intérieur, service des asiles, hospices et hôpitaux, des sociétés de secours, des prisons et pénitentiers, de l'hygiène des villes pour toute la France. Près de là, pavillon des ambulances, hôpitaux système Tollet, ambulances des ministères de la Guerre et de la Marine, modèles de tentes, brancards, appareils, wagons, lits ; à côté, modèle de Mairie et de Maison d'école. Dans le jardin longeant les galeries près de la porte Rapp, pavillon des eaux minérales.

Dans le parc en avant du Palais, en allant d'amont en aval de la Seine, pavillon de l'éclairage et du chauffage, pavillon du Ministère des Travaux publics, exposition de la Compagnie parisienne du gaz, pavillon du Creuzot (maison et cité ouvrière), pavillon de la Société protectrice des animaux (hygiène des animaux et des habitations qui leur sont destinées). Observatoire de Montsouris.

Cottages anglais ; Exposition de la société de secours aux blessés, comprenant modèles de tentes, d'appareils, de voitures, de brancard et un train sanitaire complet ; pavillon de l'assistance aux mutilés pauvres. — Sur le quai de la Seine, en aval du pont d'Iéna, pavillon de l'Hydrothérapie.

Nations étrangères. En général, ce qui intéresse l'hygiène dans leurs expositions est placé dans la galerie la plus proche de la rue dite « des Nations ». — *Pays-Bas.* Hôpital d'Amalia, brancards, matériel de secours, maisons d'école. Dessèchement du Zuyderzée, et dans la galerie des machines, remarquable voiture d'ambulance. — *Grèce.* Modèles d'hôpitaux et hospices. — *Belgique.* Dans la galerie avoisinant celle des machines, appareils de secours, voitures, brancards, ambulances, baraques, instruments et appareils ; organisation de la société royale de médecine publique. Dans l'annexe du jardin en dehors de la galerie des machines, grande exposition de mobilier scolaire, tentes-ambulances, dans le jardin au pied de cette annexe. — *Suisse.* Monuments publics, habitations, hôpitaux, maison mortuaire, mobilier scolaire et dans la galerie avoisinante, instruments et appareils de pansements ; voiture de secours un peu plus loin. — *Russie.* Musée pédagogique de Saint-Pétersbourg comprenant une importante section consacrée à l'hygiène ; à côté de l'exposition des pianos, quelques appareils.

Pour les sections étrangères, les appareils de chauffage et de ventilation sont disséminés dans les galeries qui avoisinent celle des machines, ainsi que les produits chimiques et pharmaceutiques. La classe des produits alimentaires est exposée dans la galerie longeant en dehors celle des machines.

II. TROCADÉRO.

Dans le parc, au-dessus de la mosquée algérienne, habitations construites en Algérie par la Société d'Alsace-Lorraine. A côté de ces habitations, le pavillon de la météorologie. Maisons forestières un peu plus loin. Pavillon de l'anthropologie en dehors du parc en passant par la passerelle au-delà du pavillon chinois ; exposition très-complète de démographie. Constructions étrangères permettant de se faire une idée de l'hygiène des habitations dans les divers pays. A. Blondeau.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation Médecine.

III. Du froid en thérapeutique ; par le Dr F. Labadie-Lagrave.

Le sujet de thèse échu à M. Labadie-Lagrave était vaste ; car : « Aimez-vous la muscade ? On en a mis partout. » Ainsi en est-il du *froid* en thérapeutique. Mais prenant la question

© BIU Santé

au point de vue scientifique : « Qu'une analyse rigoureuse, » dit-il, préside désormais à l'examen des faits et que la mé- » dication par le froid, arrachée à l'empirisme aveugle et fana- » tique prenne définitivement sa place à côté des précieux » moyens dont la thérapeutique dispose », l'auteur s'est appliqué à la description de l'action physiologique du froid sur nos tissus et nos organes, étudiant d'abord l'action topique de cet agent, ses effets sympathiques ou réflexes, enfin son action générale sur l'organisme. Au point de vue thérapeutique, le froid est envisagé comme : modificateur de la circulation ; il agit en tant qu'hémostatique et antiphlogistique ; — modificateur de la température et de la calorification : antithermique ; — modificateur du système nervo-musculaire : il exerce sur ce système une action excitante ou sédative, suivant que son application sur les téguments est courte ou prolongée, suivant que la réfrigération locale est faible ou énergique. Un chapitre spécial est consacré au froid considéré comme tonique et reconstituant. Puis, l'auteur décrit les divers procédés d'application du froid et termine en rapportant un certain nombre d'observations de cas de fièvre typhoïde, traités par les bains froids, avec tracés graphiques à l'appui. En somme, beaucoup d'érudition dans la thèse de M. Labadie, et l'index bibliographique qui l'accompagne constitue à lui seul un véritable travail.

BESSON.

Compte-rendu des thèses d'agrégation : Chirurgie.

Des ophthalmies sympathiques; par Paul RECLUS. Paris 1878. — Bureaux du *Progrès médical* et A. Delahaye.

L'auteur de la thèse que nous analysons s'est déjà fait connaître, il y a plusieurs années, par une monographie remarquable sur le *Tubercule du testicule et l'Orchite tuberculeuse*, mémoire riche de vues nouvelles sur les altérations histologiques des canaux séminifères, si brillamment élucidées par Malassez. L'ophthalmie sympathique se prêtait peu à des recherches immédiates de concours, aussi la partie histologique a-t-elle été sacrifiée, cette fois, au point de vue tout à fait pratique. Sauf cette lacune, inévitable quand par hasard des matériaux n'ont pas été accumulés personnellement sur la question, la thèse d'agrégation de M. Reclus constitue le meilleur résumé actuel de la science sur un sujet où tout est encore indécis ; étiologie, pathogénie, voire même la thérapeutique qui reste absolument empirique. Dans ce travail, c'est encore l'école de la Salpêtrière qui nous donne une interprétation physiologique et rationnelle des faits. Si, pressé par le temps, M. Reclus n'a pu se livrer à des recherches spéciales sur l'évolution anatomique de l'ophthalmie sympathique, il aura au moins le mérite d'avoir indiqué aux chercheurs le point précis qui doit être le but des investigations futures : ce point, disons-le de suite, c'est la névrite des noyaux d'origine de la cinquième paire (branche sensitive).

L'auteur a divisé sa thèse volumineuse en deux parties principales : la première comprend l'exposition historique et critique du sujet ; la seconde, les documents, les observations les plus importantes qui ont servi à sa structure. Une excellente et complète bibliographie termine le volume. Il nous suffirait peut-être de citer textuellement la table des matières pour donner la meilleure idée possible de cette thèse. Cette table est faite avec un soin tout particulier, c'est assurément le cadre primitif fort complet, bien ordonné, qui a servi de canevas aux développements de l'auteur : historique, étiologie, pathogénie, symptômes, diagnostic, traitement, tels sont les chapitres principaux dont quelques-uns méritent toute notre attention.

Née en 1844 avec Mackensie, l'ophthalmie sympathique fut peut-être entrevue en 1696 par Thomas Bartholin, puis en 1780 par Tissot. En 1818, Demours devenait beaucoup plus explicite sur cette bizarre et dangereuse affection. Himly, en 1843, constate nettement l'ophthalmie sympathique et l'attribue à une propagation de la névrite : nous n'avons pas beaucoup ajouté à cette conception. Prichard, en 1854, proposa l'énucléation. Telles sont les dates principales de la question. Ajoutez-y la thèse de de Rondeau en 1858, les recherches de H. Muller sur les lésions des nerfs ciliaires, les travaux modernes de Donders, Laqueur, le résumé de Dransart, les conclusions pratiques de Rossander (1876), les préceptes de Warlomont, la vaste expérience clinique de Gayet (de Lyon), et vous aurez à peu près toutes les phases scientifiques de cette question, une des plus difficiles de l'ophthalmologie, qu'elle domine encore d'une force inconnue.

Comment naît donc cette maladie sympathique ? Tout en admettant, il le faut bien, des causes prédisposantes chez ceux qui en sont atteints, les blessures de la région ciliaire ne sont pas les seules en cause. La zone dangereuse paraît s'étendre à l'orbite, à la nuque même (Courty) pour les traumatismes. La cataracte, les iridectomies, l'œil artificiel lui-même, les piqûres de sangsues (!), les lésions profondes des membranes, sont motifs à explosion de l'ophthalmie sympathique. Il est encore d'autres causes spontanées : l'irido-choroïdite, les sarcômes, les ectasies de l'iris, les atrophies du globe, le glaucôme, l'hydrophthalmie, tels sont les plus fréquents.

« Quelle est la voie que suivent les irritations parties du premier œil pour provoquer dans le second les troubles fonctionnels ou nutritifs? » C'est le problème qui avait été assurément posé en première ligne à M. Reclus pour sa thèse d'agrégation, sous le titre général d'*Ophthalmie sympathique*.

Mackensie incrimine les vaisseaux, les ciliaires et le nerf optique. Personne ne songe plus aux premières, bien que dans le mémoire que nous analysons, nous ayons vu reparaître la *tétanie* des artères. Les cilaires et le nerf optique se disputent la véritable voie. En 1849, Tavignot battait en brèche la névrite du nerf optique et devait être plus tard soutenu par Muller, Pagenstecher et Czerny. Avec la section et l'irritation du grand sympathique par Claude Bernard, après les expériences de Brown-Sequard et Tholozan sur la sympathie frigorifique des deux bras, il fallait songer à l'action vaso-motrice réflexe : malheureusement, il est prouvé que l'action du grand sympathique ne peut produire que des troubles passagers et non permanents, tandis que la lésion de la cinquième paire amène des lésions trophiques durables. C'est une expérience lumineuse de Duval et Laborde qui confirme cette action. Ces deux expérimentateurs en piquant le noyau d'origine de la cinquième paire (branche sensitive) ont produit des troubles trophiques sur l'œil du côté lésé. Il devient alors probable, possible (mais non démontré) que le mal naissant par l'irritation première des nerfs ciliaires, gagne la branche ophthalmique, redescend jusqu'au bulbe à travers le ganglion de Gasser. Là, l'inflammation se propage du côté opposé, et redescend.

Telle est la théorie, sinon nouvelle, du moins plus classiquement exposée que paraît préférer M. Reclus. Il s'appuie en outre sur les travaux modernes qui semblent avoir trouvé la névrite des ciliaires.

La nouvelle interprétation est séduisante, mais que l'auteur veuille bien nous laisser faire remarquer que cette théorie n'a pour elle, en dehors des recherches sur les ciliaires, aucun examen histologique suivant la névrite depuis l'ophthalmique de Willis, jusqu'au ventricule, ni encore moins du côté opposé. La remarquable expérience de MM. Duval et Laborde est très-attractive, les troubles trophiques paraissent démontrés *directement*, mais, de là, ne nous hâtons pas de conclure, par hypothèse, sans preuves à l'appui, à la lésion sympathique.

Nous irons plus loin : ni les recherches de Muller, ni celles de Czerny, ni celles de Goldzieher ne nous semblent avoir démontré d'une façon indéniable la névrite ciliaire. Les résultats décrits : la prolifération des cellules voisines du nerf de la choroïde, l'état irrégulier du nerf, ne sont pas des témoignages suffisants ; la technique, les préparations sont à modifier.

D'un autre côté, le nerf optique est un peu relégué au second plan par M. Reclus. Si les ophthalmologistes, les anatomistes ne l'ont pas accusé, c'est qu'il cache bien ses secrets, et que sa structure, même normale, est à peu près inconnue dans ses derniers détails. Tous les auteurs ont répété que, dans beaucoup de cas d'ophthalmies sympathiques, le nerf optique était atrophié et que, par conséquent, ce détritus granuleux ne pouvait conduire les douleurs sympathiques. Erreur, croyons-nous ; car si le tube nerveux a disparu, la névroglie, difficile à voir il est vrai, reste, et celle-ci prolifère activement dans ces ophthalmies irritatives.

© BIU Santé

Pour ces fines cellules connectives du nerf optique, aucun doute n'est possible, l'irritation existe, et se prolonge le long du tronc nerveux. Elle a été méconnue le plus souvent au milieu de la régression graisseuse des fibres propres du nerf et pour nous, elle constitue un fait d'une certitude autrement solide que la névrite des ciliaires que nous n'oserions pas affirmer, sans pièces normales à l'appui.

Du reste, M. Reclus a raison, ce n'est plus au globe oculaire qu'il faut s'arrêter ; le processus doit être poursuivi par les deux seules voies ouvertes, le chiasma, les bandelettes, les tubercules d'une part, la branche ophthalmique, le ganglion, le quatrième ventricule de l'autre ; en redescendant par la même route du côté opposé. Tâche longue, difficile ; labeur de plusieurs mois, mais la vérité est à ce prix.

Dans la symptomatologie, l'auteur fixe le début des accidents au plus tôt dans les premières semaines (7 jours — 8 semaines) pour le traumatisme. Dans les cas spontanés, il n'y a pas de règle fixe. Les premiers signes à étudier sont les troubles fonctionnels « sans lésions appréciables » dit M. Reclus : il n'est pas encore question des réponses histologiques. La névralgie, la photophobie, le blépharospasme, le larmoiement, la diminution de l'acuité, forment un ensemble bien établi de faits *irritatifs*. Les formes inflammatoires comprennent l'irido-choroïdite plastique et séreuse, depuis longtemps connue et sur lesquelles l'histologie pourrait bien émettre aussi plus tard une opinion en désaccord avec la division classique.

Ajoutons la kératite sympathique, décrite en 1864 par Rheindorf, appuyée par Galezowski, mais à laquelle manquent encore de plus solides observations.

Les troubles vasculaires de la rétine et de la papille, le décollement de la rétine sont des formes très-rares.

Nous désirons faire à l'égard de cette dernière complication des réserves, quant à la rareté même de son apparition dans l'ophthalmie sympathique. Si on entend par décollement de la rétine cette seule forme qui subitement soulève la rétine au milieu du corps vitré, sous un exsudat flottant, oui, cette forme est rare ; mais si nous parlons de cet exsudat qui mesurant 1/10 à 1/2 millimètre d'épaisseur sépare néanmoins la rétine de la choroïde, la fréquence change, et nous affirmerions, pièces en mains, l'immense fréquence de ces accidents surtout dans les cas spontanés ; c'est l'irido-choroïdite séreuse.

Le diagnostic présente peu de difficultés : la douleur ciliaire, provoquée ou spontanée, est un guide infaillible.

« Depuis que l'ophthalmie sympathique a été définitive-« ment reconnue, son mode de traitement a beaucoup varié. »

Mais Wardrop qui, imitant les vétérinaires, imagina l'énucléation, a cependant du premier coup trouvé le remède héroïque. Assurément, il est possible de calmer par un traitement antiphlogistique sévère des poussées successives ; toutefois, chaque étape conduit à l'atrophie de l'œil sympathisant malgré l'énergie des moyens employés. L'énucléation partielle, la suppuration des membranes profondes, quoique bornées, ne mettent pas toujours à l'abri d'accidents ultérieurs. L'iridectomie, favorable au début, n'arrête pas toujours l'évolution et peut même l'accélérer si la traction choroïdienne est enflammée au moment de l'opération. L'occlusion permanente de Verneuil avec blépharorrhaphie est à l'étude depuis 1874. Nous ne dirons rien de la section du nerf optique, ou des ciliaires, sinon que les ciliaires (nous possédons des pièces qui le prouvent), se régénèrent après 2 mois chez les lapins.

Rien ne saurait donc être comparé à l'énucléation, non pas qu'elle réussisse toujours dans l'effet à produire ; Gayet (de Lyon), dont Vignaud nous a fait connaître la pratique si étendue, a échoué plus d'une fois ; mais en somme c'est la plus simple, la plus inoffensive des méthodes, celle que l'expérience a consacrée par l'immense majorité des résultats curatifs immédiats ou prochains. L'école de Lyon en a du reste posé les indications avec la plus grande précision.

Cette esquisse rapide du travail de M. Reclus indique que tous les points scabreux dans l'histoire de l'ophthalmie sympathique y ont été discutés ; mais il en est un surtout qui paraît avoir captivé le jugement de l'auteur. C'est la théorie de l'iritis sympathique transmise par la 5e paire et passant au bulbe d'un côté à l'autre. Des recherches ultérieures démontreront si MM. Duval et Laborde, dans leur heureuse expérience, ont véritablement soulevé un coin du voile qui cachait jusqu'ici la vérité.

F. PONCET (Cluny).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

De l'influence du phosphate de chaux dans la phthisie pulmonaire.

Dans une note publiée en mars 1877 par la *Gazette des hôpitaux*, n° 27) et par plusieurs autres journaux de médecine, je disais que le chlorhydro-phosphate de chaux, dont j'avais expérimenté les effets dans un très-grand nombre de cas, particulièrement dans les maladies des os, le développement difficile des enfants à la mamelle, les malaises de la croissance, l'épuisement occasionné par l'allaitement, m'avait donné de beaux résultats, et j'ajoutais que je considérais ce médicament comme devant avoir une action très-salutaire sur la scrofule et la phthisie pulmonaire.

J'ai aujourd'hui un exemple bien authentique de guérison de cette maladie, dont je vais raconter les phases principales, afin que mes confrères soient eux-mêmes juges de l'influence du chlorhydro-phosphate de chaux.

OBSERVATION. — Eugénie R... a 19 ans ; ses parents sont scrofuleux ; l'une de ses sœurs a une déviation de la colonne vertébrale ; son frère aîné porte plusieurs traces d'adénites suppurées ; son frère plus jeune n'a pu se soutenir et marcher que trois ans après sa naissance ; elle-même est atteinte d'engorgements ganglionnaires de la partie latérale gauche du cou depuis quatre ans. La première année (1873), ces engorgements, qui étaient arrivés au volume du poing, disparurent à la suite d'un traitement iodé, pour reparaître et reprendre, six mois après, le même volume qu'ils ont gardé jusqu'en janvier 1878. A cette époque déjà, cette jeune fille avait parfois une toux sèche, sans lésion apparente. Elle présentait un peu de diminution du murmure vésiculaire au sommet des poumons. Elle suivait avec persistance un traitement iodé et ferrugineux sans résultat. Je ne la voyais que rarement. Le 29 août 1877, je fus appelé pour examiner la malade, qui avait eu plusieurs jours de suite des crachats sanguinolents. L'amaigrissement était évident, l'expiration prolongée ; respiration bronchique, craquements humides sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse gauches ; fièvre le soir ; sueurs nocturnes abondantes ; engorgements ganglionnaires aussi volumineux qu'à l'ordinaire, et s'étendant en chapelet jusqu'à l'épaule. Constipation, au lieu de la diarrhée qui se montre ordinairement dans les cas analogues : perte de l'appétit.

Je prescrivis, avec le traitement ordinaire : vésicatoires volants, renouvelés sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse, et chlorhydro-phosphate de chaux (solution Coirre). Pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre, la maladie suivit sa marche ordinaire, et malgré tous les soins et la température uniforme de l'air ambiant, la malade se trouvait dans un tel état, les crachats purulents, souvent striés de sang, étaient si abondants ; la réparation si difficile par suite du dégoût des aliments, que je considérai l'issue funeste comme inévitable. Le traitement fut cependant continué, et, à ma grande surprise, l'appétit reparut dans les derniers jours de décembre. A partir de cette époque, tous les symptômes s'amendèrent. Les règles reparurent en février, et, à la fin de ce mois, l'expectoration se bornait à deux ou trois crachats le matin. Il survint à cette époque une nouvelle constipation qui eut pour résultat la cessation de l'appétit ; mais cette nouvelle complication fut de courte durée ; et, au mois de mars, de tous les symptômes si graves que j'avais observés, il ne restait que la diminution du murmure respiratoire.

Le plus surprenant, c'est que l'engorgement ganglionnaire [illegible], qui a persisté pendant quatre années, a presque complétement disparu. Il ne reste qu'une petite tumeur du volume d'une noisette, qu'on fait rouler sous le doigt.

[illegible] en ce moment, à une enfant de 3 ans qui, il y a quatre mois, ne marchait pas encore et ne pouvait même conserver l'équilibre devant une chaise. Aujourd'hui,

© BIU Santé

elle se tient facilement et va d'un meuble à l'autre sans aucun secours. J'ajoute ceci comme complément à mes premières observations relatives à l'action du phosphate de chaux sur le développement tardif des enfants. Dr T. PAUTIER.

VARIA

Ecoles d'infirmières laïques à la Salpêtrière et à Bicêtre.

Dans la séance du 1er août du Conseil municipal, nous avons déposé la proposition suivante :

« Les soussignés, prenant en considération les efforts faits par l'Administration de l'Assistance publique pour la création d'une *Ecole d'infirmières à la Salpêtrière* et d'une *Ecole d'infirmiers à Bicêtre*,

« Demandent au Conseil municipal d'accorder une subvention de 2.000 fr. à chacune de ces écoles laïques, afin de faire face aux frais occasionnés par leur installation et pour donner des récompenses (livrets de Caisse d'épargne, livres, etc.) aux élèves qui ont suivi avec le plus de zèle et d'assiduité les *cours primaires* et les *cours professionnels*.— Ont signé : Bourneville, Collin, F. Combes, Harant, Hovelacque, Lafont, A. Lamouroux, Lauth, Métivier, Sigismond Lacroix, Thulié. »

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Du 22 au 27 juillet. — 386. M. Apostoloff : Des fistules urinaires chez l'homme. Considérations surtout au point de vue de leur développement. — 387. M. Moret : Des complications péri-utérines de la blennorrhagie; — 388. M. Doolé : Question d'hygiène publique. — Altération et insalubrité de la Seine par les eaux d'égout. — Epuration et utilisation de ces eaux : de leur inocuité par les irrigations sur le sol. — 389. M. Navault : Observations cliniques sur les effets physiologiques de l'acide arsénieux. — 390. M. Bloch : Du jaborandi. — Son emploi thérapeutique en particulier dans le mal de Bright. — 391. M. Santos : De l'état mental chez certains diabétiques. — 392. M. Sabadiné : Contribution à l'étude pathogénique et au traitement des tumeurs et des fistules du sac lacrymal. — 393. M. Marcou : De la dilatation du col de l'utérus contre les vomissements incoercibles de la grossesse. — 394. M. Dupoy : De quelques préjugés et abus populaires concernant l'hygiène de la première enfance et des dangers de la plupart d'entre eux. — 395. M. Vergnes : De l'adipose sous-cutanée dans ses rapports avec les atrophies musculaires, valeur séméiologique de ce signe. — 396. M. Alvarez de Linera : De l'ichthyose. — 397. M. Etienne : Essai sur les troubles médullaires qui peuvent entraîner les lésions traumatiques. — 398. M. Coronado : Annotations sur les quinquinas des Etats-Unis de Colombie et sur l'emploi thérapeutique de la cinchonidine. — 399. M. Patey : Des fractures spontanées.

Société de médecine légale.

Programme des questions proposées pour la session extraordinaire des 12, 13 et 14 août (1).

Des experts en justice et de l'expertise médico-légale ; — De la valeur des ecchymoses sous-pleurales en médecine légale ; — Les paupières peuvent-elles se fermer spontanément après la mort ? et dans quelles conditions ? — Renseignements que l'examen de la pupille peut fournir à la médecine légale ; — De l'intervention du médecin-expert dans les questions de blessures, plaies et fractures du crâne ; — De la désunion des os du crâne, au point de vue médico-légal ; — Questions médico-légales relatives à l'emploi des anesthésiques. (Conditions requises pour avoir le droit de les employer. Précautions indispensables. Responsabilité en cas de mort ou d'accident grave. Crimes commis pendant le sommeil anesthésique, etc...) ; — Questions médico-légales se rapportant à la séparation de corps ; — Des conditions de la vitalité des spermatozoïdes, au point de vue de la fécondation ; — Questions médico-légales relatives aux blessures primitivement légères, qui, par suite de circonstances exceptionnelles, peuvent s'aggraver et entraîner la mort ; — Applications de la linguistique à la médecine légale ; — De la viabilité ; — De la survie ; — Questions médico-légales pouvant être soulevées à l'occasion des assurances sur la vie ; — Les voleuses dans les magasins de nouveautés ; — D'autres questions, posées par les adhérents, pourront, après examen du Bureau, être soumises aux délibérations de l'Assemblée.

Médecins militaires.

Par décret du Président de la République, en date du 18 juillet 1878, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre : 1° *A deux emplois de médecin principal de 1re classe* : (Choix), M. Suret (Edouard-Florent), médecin principal de 2e classe, à l'hôpital Saint-Martin, à Paris, en remplacement de Combarieu, retraité. — (Choix), M. Reeb (Florent-Théophile), médecin principal de 2e classe, à l'hôpital de Vincennes, en remplacement de M. Mallet, retraité. — 2° *A deux emplois de médecin principal de 2e classe* : (Choix). M. Maroche (Georges-Auguste), médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Oran, en remplacement de M. Suret, promu médecin principal de 1re classe. — (Choix). M. Lagarde (Charles-Théodore), médecin-major de 1re classe à l'hôpital Saint-Martin, en remplacement de M. Reeb, promu médecin principal de 1re classe. — 3° *A sept emplois de médecin-major de 1re classe* : (Ancienneté), M. Deslande (Adrien-Pierre), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Oran, en remplacement de M. Dufay, dit Sanial Dufay, décédé. — (Choix), M. Talon (Jean-Emile-Germain), médecin-major de 2e classe au 59e régiment de ligne, en remplacement de M. Vallois, retraité. — (Ancienneté). M. Sotinel (Alexandre-Joseph-Marie), médecin-major de 2e classe au 41e régiment d'infanterie de ligne, en remplacement de M. Portafax, retraité. — (Choix), M. Dufour (François-Léon), médecin-major de 2e classe au 16e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Lecard, retraité. — (Ancienneté), M. Fachan (Jean-Dominique-Marie-Sir-Ernest), médecin-major de 2e classe au 137e régiment de ligne, en remplacement de M. Bal, retraité (Choix), M. Morisson (Louis-Auguste-Paulin), médecin-major de 2e classe. — (Ancienneté), M. Courtin (Jean-Calixte), médecin-major de 2e classe au 5e régiment de chasseurs, en remplacement de M. Lagarde, promu médecin-principal de 2e classe.

(1) Voir le numéro 29 du *Progrès médical*.

MORTALITÉ A PARIS. — Recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 1er août 1878, on a déclaré 939 décès, savoir : fièvre typhoïde, 19 ; rougeole, 10 : scarlatine, 2 ; variole, 2 : croup, 12, angine couenneuse, 23 ; bronchite, 22; pneumonie, 36 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 94 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 2 ; affections puerpérales, 6 ; érysipèle, 3 ; autres affections aiguës, 301 ; affections chroniques, 337, dont 121 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 43 ; causes accidentelles, 27. — Les 939 décès ci-dessus donnent une proportion de 24,6 par 1,000 habitants et pour l'année.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours de l'adjuvat*. — Ce concours s'est terminé mercredi par la nomination de MM. Nélaton et Reynier ; voici quelles ont été les questions posées : *Anatomie*. Duodénum ; dure-mère. — *Physiologie*. Rôle des tissus élastiques ; influence du système nerveux sur la circulation. — *Pathologie externe*. Fracture du rocher; kystes du maxillaire inférieur. — *Médecine opératoire*. Ligature de l'humérale à la partie moyenne du bras ; désarticulation du petit doigt et du 5e métacarpien.

— Le concours de chef des travaux anatomiques s'est terminé samedi dernier par la nomination de notre ami le dr FARABEUF.

— Le concours pour le *clinicat* (*accouchements*) vient de se terminer par les nominations suivantes : *Chef de clinique*, M. le docteur P. BUDIN ; *chefs de clinique adjoints*, Ribemont et Porak.

Nos lecteurs apprendront avec plaisir, nous n'en doutons pas, la nomination de M. P. BUDIN. Ils ont pu apprécier les qualités scientifiques de notre ami, en lisant les *Mémoires* et les *Revues* qu'il publie régulièrement, sur les accouchements, dans le *Progrès médical*, depuis sa fondation. Ils se rappelleront aussi que l'un des chefs de clinique adjoint, M. Ribemont, appartient à la rédaction du journal.

COLLÉGE DE FRANCE. — *La succession de Cl. Bernard*. On sait que l'assemblée des professeurs du Collége de France avait présenté pour succéder à Claude Bernard : en première ligne, M. Brown-Séquard ; en deuxième ligne, M. Dareste. Dans sa dernière séance, appelée à son tour à présenter un candidat, l'Académie des sciences a désigné également en première ligne M. Brown-Séquard par 25 voix contre 22 accordées à M. Dareste.—(*L'Union médicale*).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — *Prix Ernest Godard*. Ce prix n'ayant pas été donné pour l'année 1876, et conformément au texte du testament, le prix pour l'année 1878 sera de 1,000 francs.

Il sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie. Les mémoires doivent être adressés au secrétaire général de la Société de biologie avant le 1er septembre 1878. (*Gazette médicale*).

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE MENTALE. — Programme : Le 5 et le 6 août, administration des asiles, législation, statistique.— Question : Des mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels.

Le 7 et le 8 août, pathologie mentale et nerveuse. — Question : Des variétés cliniques de la paralysie générale.

Le 9 et le 10 août, médecine légale. — Question : Des délires instantanés, transitoires, délires par accès, au point de vue de la médecine légale des aliénés.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Le Conseil municipal a voté dans une de ses dernières séances une subvention de 30,000 fr. en faveur de ladite Association.

HOPITAUX DE BORDEAUX. — M. le Dr Pitres vient d'être nommé médecin adjoint des hôpitaux de Bordeaux.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE tiendra sa prochaine

© BIU Santé

séance, mercredi, 14 août, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre. Ordre du jour : 1° Election de membres titulaires et d'associés libres étrangers. — 2° Constitution médicale du mois de juillet. Policlinique. — 3e Discussion du mémoire de M. Matteï. — 4° Morceau de fer extrait de la vessie, par M. Delefosse. — 5° Traitement de la blépharite ciliaire par l'application de rondelles de caoutchouc vulcanisé ; par M. Le Roy.

Congrès démographique. — Le conseil municipal a voté une subvention de 1,500 fr. à ce congrès.

Nécrologie. Nous avons à annoncer la mort de l'illustre anatomo-pathologiste viennois Rokitansky ; — du docteur Laussedat, député, ancien rédacteur en chef de l'*Art médical* de Bruxelles ; nous leur consacrerons prochainement un article spécial. — Nous apprenons aussi la mort du docteur Th. Maudüit, ancien chirurgien de la marine.

Annuaire de l'internat. — Une commission, nommée au dernier banquet de l'internat, a été chargée de la publication d'une nouvelle édition de l'*Annuaire de l'internat*. Elle prie les anciens internes des hôpitaux qui auraient à signaler quelque erreur, ou quelque modification survenue depuis la dernière édition de vouloir bien en informer M. Cuffer, rue du Monthabor, 25.

Pour paraître à partir du 10 Août :

MANUEL DE LA GARDE-MALADE

ET

DE L'INFIRMIÈRE

Anatomie. — Physiologie. — Pansements et bandages. — Administration des médicaments.

(2e édition).

Mode de publication : Le Manuel de la garde-malade sera publié hebdomadairement, par livraison de 32 pages in-16 couronne, et sera composé de 20 livraisons qui formeront trois volumes contenant, dans leur ensemble, tout ce que la garde-malade et l'infirmière doivent savoir.

Prix de la livraison : **25** c. — Prix de l'ouvrage complet : **5** fr.

Nous recevons les souscriptions au bureau du *Progrès médical*. Les personnes qui souscriront avant la mise en vente, recevront franco les livraisons au fur et à mesure de leur apparition. Aussitôt l'ouvrage terminé, le prix sera augmenté.

En vente au PROGRÈS MÉDICAL, 6, rue des Écoles.

Brissaud (E.) et Monod (E). Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, 1877, in-8 de 16 pages. — Prix : 50 cent. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

Budin (P). De certains cas dans lesquels la docimasie pulmonaire hydrostatique est impuissante à donner la preuve de la respiration. Paris, 1872, In-8 de 16 pages, 50 c. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

Budin (P.). Recherches physiologiques et cliniques sur les accouchements. Paris, 1876. In-8 de 36 pages avec figures. 1 fr. — Pour nos abonnés, 65 cent.

Budin (P.). De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8 de 112 pages, avec de nombreux tableaux, dix figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. Prix : 10 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, 6 fr.

Cartaz (A.). Notes et observations sur le tétanos traumatique. In-8 de 20 pages, 50 cent. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

Chabbert (L.). De l'anthrax des lèvres, ses complications, son traitement Paris 1877, in-8 de 44 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr.

Charcot (J.-M.). Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par Bourneville. Tome I : Troubles trophiques ; — Paralysie agitante ; — Sclérose en plaques ; — Hystéro-épilepsie. Paris, 1875, 2e édition. In-8 de 428 pages avec 25 figures et 10 planches en chromo-lithographie. 13 fr. — Pour nos abonnés, 10 fr.

Charcot (J.-M.). Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par Bourneville. Tome II : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice* ; — *De la compression lente de la moelle épinière* (mal de Pott, cancer vertébral, etc.) ; — *Des amyotrophies* (paralysie infantile, paralysie spinale de l'adulte, atrophie musculaire protopathique, sclérose des cordons latéraux, etc.). — *Tabes dorsal spasmodique* ; — *Hémichorée post-hémiplégique* ; — *Paraplégies urinaires* ; — *Vertige de Ménière* ; — *Epilepsie partielle d'origine syphilitique* ; — *Athétose* ; — *Appendice, etc.* — Prix : 14 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 10 fr.

Charcot (J.-M.). Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau, recueillies et publiées par Bourneville. In-8 de 168 pages avec 45 figures dans le texte. Prix : 5 fr. — Pour les abonnés, 4 fr.

Charcot (J.-M.). Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins, faites à la Faculté de médecine de Paris, recueillies et publiées par Bourneville et Sevestre. Un volume in-8 de 400 pages, orné de figures et de sept planches chromo-lithogr. — Prix : 10 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 7 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

Gallard (T.). — Sur les dispositions législatives qu'il conviendrait de prendre, afin de protéger efficacement la société contre les actes violents des aliénés et des épileptiques reconnus dangereux. Paris, 1877, 1 vol. in-8 de 103 pages.

Librairie G. MASSON, boulevard Saint-Germain et rue de l'Eperon.

Béclard (J.). — Notice et portraits, éloges lus à l'Académie de médecine. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 323 pages. — Prix : 5 fr.

Dor (H.). — Echelle pour mesurer la vision chromatique, Paris, 1878, atlas contenant 6 planches in-8 en chromo-lithographie.

Hayem (G.). — Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang. Paris, 1878, 1 vol. grand in-8 de 144 pages avec planches et figures noires dans le texte. — Prix : 5 fr.

Mauriac (C.). — Leçons sur les myopathies syphilitiques. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 208 pages. — Prix : 4 fr.

Rames. — Aperçu sur le fonctionnement du système nerveux. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 106 pages. — Prix : 2 fr.

Minod (H.). — La police des mœurs, gardienne de la santé et de la morale, lettre à M. A. S. Morin, conseiller municipal, à Paris, en réponse à ses articles sur la police des mœurs, publiés dans le *Progrès de Lyon* du 1er et du 4 mai 1878. Petite brochure in-12 de 23 pages. — Neufchâtel, au bureau du *Bulletin continental*.

Gibert. — Une visite au bureau d'hygiène de Bruxelles, lettres adressées au journal *Le Havre*, brochure in-12 de 62 pages, Le Havre, imp. F. Santallier.

Guiraud. — Notes statistiques et cliniques sur l'action thérapeutique du climat de Menton dans la phthisie. Brochure grand in-8 de 13 pages. Genève, 1878, imp. Ramboz et Schuchardt.

Publications étrangères.

Muller (F.). — Neuropathologische Studien, brochure in-8 de 19 pages avec une figure noire dans le texte, Berlin, L. Schumacher.

Giacomoni (C.). — Nuovo Processo per la conservazione del cervello, brochure in-8 de 31 pages, Torino, Vercellino et comp.

De Castro (J.-M.). — Dissertação secção medica cadeira de therapeutica purgativos indigenos do Brasil, 1 vol. grand in-8 de 186 pages. Rio-de-Janeiro, typ. de Mareira Maximia et Ce.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Lailler. Mercredi, consultation

Vin de Catillon à la Glycérine ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans constipation et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, anémie, chlorose, diabète*, etc.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de migraine venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon

0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre de diluer la créosote, ce qui est une condition essentielle de ses succès dans la phthisie. Grâce à sa solubilité le titre de cette préparation a pu être élevé à 0 gr. 20 par cuillerée. Cette dose, délayée dans un verre d'eau rougie, lui donne la saveur d'un vin coupé d'eau de goudron un peu forte et se prend sans plus de difficulté.

Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

externe à 8 h. 1/2. — Vendredi, clinique au lit des malades. — Samedi, consultation externe et traitement des teignes.

Service de M. Vidal. Lundi, leçon clinique à 9 h. 1/2. — Mercredi, traitement du lupus et des nœvi-materni par les scarifications. — Jeudi, consultation externe, à 9 h. — Vendredi, examen des malades entrants et clinique au lit des malades

Service de M. Fournier. Lundi examen des malades entrants. — Vendredi, conférence clinique, à 9 h. 1/2. — Samedi, consultation externe.

Service de M. Besnier. Ordre des travaux : Lundi, à 9 h., consultation externe. — Mardi, à 8 h., visite des nouveaux. — Mercredi, à 9 h., conférence clinique. — Jeudi, à 8 h. 1/2, policlinique. — Vendredi, à 8 h. 1/2, étude au musée pathologique. — Samedi, à 8 h. 1/2, revue des malades en traitement; opérations dermatologiques.

Service de M. Duplay. Visite des malades tous les matins à 8 h. 1/2.— Consultation externe le mardi, le jeudi et le samedi. Le jeudi, leçons cliniques à l'amphithéâtre et opérations.

Service de M. Péan. Consultation externe le lundi, le mercredi et le vendredi. — Visite des malades tous les jours, à 9 h. — Le samedi, leçons cliniques à l'amphithéâtre et opérations.

Hôpital Necker. — Service de M. Chauffard. — Salle Saint-Jean (H.): 2, insuffisance mitrale; 4, œdème de la glotte ; 10, pleurésie ; 14, fièvre typhoïde; 15, synovite blennorrhagique ; 19, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Eulalie (F.): 12, insuffisance mitrale; 26, ataxie locomotrice; 28, affection mitrale ; 29, insuffisance mitrale.

Service de M. Delpech. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 1, fièvre typhoïde ; 2, fièvre typhoïde; 3, bronchite; 4 cancer de l'estomac ; 5, bronchite ; 12, intoxication saturnine. — Salle Sainte-Anne (F.): 3, fièvre typhoïde; 10, insuffisance mitrale ; 19, pneumonie ; 15, rhumatisme articulaire.

Service de M. Blachez. — Salle Saint-Louis (H.) : 3, insuffisance mitrale, asystolie ; 5, pleurésie gauche ; 7, pleurésie purulente ; 9, paralysie générale ; 11, 13, 15, fièvre typhoïde ; 22, cirrhose hypertrophique ; 24, gangrène sénile ; 25, paralysie radiale ; 26, insuffisance mitrale ; 27, ataxie ; 29, pleurésie gauche : 31, typhlite ; 32, pleurésie droite. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 3, fièvre continue ; 5, insuffisance mitrale ; 9, néphrite interstitielle ; 11, cancer de l'estomac ; 13, insuffisance mitrale ; 14, myome utérin ; 15, néphrite interstitielle, syphilis ; 16, pleurésie droite ; 21, hématocèle rétro-utérine ; 25, 29, chorée.

Service de M. le professeur Broca. — Salle Sainte-Marie (F.) : 1, carcinome du sein ; 2, fracture sous-trochantérienne ; 3, cystite ; 4, arthrite blennorrhagique ; 5, rétrécissement du rectum ; 11, coxalgie ; 19, hydarthrose ; 13, fracture de jambe ; 14, abcès ossifluent ; 15, cystite ; 16, pied bot ; 17, éléphantiasis ; 18, amputation du col; 19, arthrite blennorrhagique ; 20, 21, amputation du col ; 25, désarticulation de l'épaule ; 26, kyste dermoïde. — Salle Saint-Pierre (H.): 2, ostéo-périostite ; 7, filaire de Médine ; 12, ostéo-périostite ; 18, phlegmon diffus ; 20, ostéo-périostite ; 22, fongus de la vessie; 23, phlegmon diffus ; 26, hygroma ; 28, fracture bi-malléolaire ; 30, fracture de la clavicule ; 44, gangrène sénile ; 46, fracture de l'avant-bras ; 52, fracture de l'humérus ; 56, coxalgie.

Service de M. le professeur Guyon. — Salle Saint-Vincent (H.) : 1, rétrécissement, infiltration d'urine ; 2, rétrécissement, fistule périnéenne ; 3, fongus de la vessie ; 6, rétrécissement, uréthrotomie interne ; 5, calculeux; 8, tuberculose vésicale ; 9, carcinome de la prostate ; 15, rétention incomplète d'urine, broncho-pleuro-pneumonie ; 23, fausse route dans la région prostatique ; 25, calcul de la vessie. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 1, abcès du sein ; 4, sarcome de l'ovaire ; 3, 4, tumeur blanche ; 6, carcinome du rectum, anus contre-nature ; 9, abcès froid symptomatique ; 13, phlegmon de l'aisselle ; 15, brûlures ; 17, chute de l'utérus ; 19, ganglion suppuré; 20, adénite et péri-adénite inguinale. — Salle Saint-André (H.) : 1, fracture du radius ; 2, arthrites des gros orteils ; 3, fracture des deux coudes ; 4, bubon strumeux ; 5, arthrite du genou ; 8, phlegmon de l'avant-bras ; 10, 12, fractures de jambe ; 13, anévrysme poplité ; 14, amputation de jambe (pansement ouaté); 15, iritis ; 16, cancroïde de la jambe ; 19, abcès ossifluent du bassin ; 20, fracture bi-malléolaire ; 24, amputation d'un orteil ; 26, fracture du coude ; 27, plaie du genou : 28, fracture de la rotule.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

QUINOIDINE D'EMILE DURIEZ

Mémoire a l'Académie de Médecine. — Séance du 21 mai 1878.

Remplace les préparations de Quinquina et le Sulfate de quinine. Même efficacité. — Economie de 80 pour 100.

10 gr. en 100 dragées : 4 fr. PARIS, 20, place des Vosges. 2 gr. en 20 dragées : 1 fr.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DE DUCRO

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, Anémie, Convalescence.

Gros : Paris, 20, place des Vosges. — Détail : Toutes les Pharmacies.

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE — ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. — PILULES 20 cent. p. pilule.

FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — Paris.

Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

GRANULES FERRO-SULFUREUX DE J. THOMAS

Chaque granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'**hydrogène sulfuré** et le **fer à l'état naissant** sans **éructations** ni **troubles** d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris — Pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie — Paris

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles. Imp. Cerf et fils, 59, rue Duplessis

Élixir toni-radical au Colombo, de Blottière, pharm., 56, rue de Sèvres, Paris, contre les dyspepsies, gravides, chlorotiques, syncopales, flatulentes, cardialgiques, symptomatiques du cancer, diarrhées, dysenteries, fièvres pernicieuses, convalescences, 5 fr.

Un docteur demande à faire un remplacement dans Paris. S'adresser au *Progrès médical.*

Nice médical organe officiel de la Société de médecine et de climatologie de Nice, paraissant le 1er de chaque mois. — Prix d'abonnement : Nice et les Alpes-Maritimes, 12 fr. — France et union postale, 15 fr. — Les abonnements sont reçus à Paris : aux bureaux du *Progrès médical*, de midi à 5 heures.

ÉPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine.* (1 mill. par cuil.) Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.

LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE

RAKOCZY DE BUDE

La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.

25 gram. de Sulfate de Magnésie } par litre.
20 gram. de Sulfate de Sodium }

EXIGER RIGOUREUSEMENT L'ÉTIQUETTE BLEUE

EN VENTE AU DÉPÔT GÉNÉRAL :

8, Rue de la Chaussée d'Antin, Paris

ou chez tous les Marchands d'Eaux minérales et Pharmaciens de Paris et de Province.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 32. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 10 AOUT 1878

Le Progrès Médical

MALADIES DU PREMIER AGE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. PARROT.

SIXIÈME LEÇON (1).

Anatomie pathologique. — Les syphilides bulleuse, maculeuse et en plaques.

Messieurs,

L'anatomie pathologique est indispensable à la clinique ; car seule, elle peut nous montrer la justesse ou l'imperfection des hypothèses formulées durant la vie, sur le siége et la nature du mal. Nulle étude ne le montre avec plus d'évidence que celle de la syphilis héréditaire. J'ajoute que, dans l'espèce, l'anatomie pathologique a considérablement étendu les limites du diagnostic, tout en lui donnant une certitude exceptionnelle.

Fidèle à l'ordre que j'ai précédemment suivi, je m'occuperai d'abord des altérations de la peau.

Tandis que, sur certains cadavres très-émaciés, son épaisseur est à peine de 2 à 3 millimètres, sur d'autres, elle est doublée d'une couche adipeuse très-épaisse.

Le pannicule graisseux d'une petite fille de quatre mois, que j'ai autopsiée en 1871, avait, à la région moyenne de la cuisse, 14 millimètres ; pourtant dans les cinq derniers jours, elle avait perdu 715 grammes. En 1872, sur un garçon de six mois, à la même région, l'épaisseur du tégument était de 19 millimètres.

Ne faut-il pas voir dans cette adiposité précoce, une manifestation diathésique, comparable à l'obésité excessive de certains scrofuleux ?

Les syphilides cutanées ont été suffisamment décrites au point de vue morphologique; je n'y reviendrai pas, cela étant du ressort de la clinique ; j'ajouterai seulement que les modifications dont elles sont le siége, dans les derniers instants de la vie, s'exagèrent beaucoup, aussitôt qu'elle a cessé et les rendent méconnaissables — Actuellement je dois vous faire connaître les lésions intimes des tissus affectés.

La syphilide bulleuse, vous le savez, se présente la première à notre étude. Lorsque la bulle est dans sa période d'état et bien caractérisée, il y faut considérer deux choses : Une capsule ou cavité close et une matière fluide qui s'y trouve contenue. Cette dernière est constituée par un liquide où l'on voit des flocons blancs et opaques, déchiquetés sur leurs bords, et où l'on trouve, suivant l'observation de MM. Ollivier et Ranvier, des globules de pus, quelques granulations fibrineuses et des cellules du corps muqueux, qui, pour la plupart, sont altérées à des degrés divers. Dans la partie liquide, il y a les mêmes éléments, mais en quantité beaucoup moins considérable et isolés les uns des autres.

La capsule bullaire, est formée par deux parties bien distinctes : l'une saillante ou opercule; l'autre légèrement déprimée, qui est en quelque sorte, la base de la bulle. Les rapports et la structure de ces deux parties, sont très-apparents sur des tranches minces, détachées au niveau de la lésion, perpendiculairement à la surface de la peau, après que celle-ci a été soumise à l'action des réactifs capables de fixer ses éléments histologiques et de la durcir.

L'opercule, dans presque toute son étendue, est uniquement constitué par la lame cornée, c'est à-dire par ce qu'il y a de plus résistant dans l'épiderme. On y distingue encore des ondulations très-nettes. C'est seulement au voisinage de sa zone d'adhérence qu'il s'épaissit, par l'adjonction d'une partie de la couche la plus profonde de la lame cornée, dont elle se distingue, par une teinte différente et par la présence dans sa profondeur, de cellules fusiformes, à noyau distinct et dont le grand axe est dirigé perpendiculairement à la surface cutanée.

Les altérations de la cupule bullaire sont bien autrement importantes que celles de l'opercule. Il faut les étudier successivement dans l'épiderme et dans le derme ; le premier, formant à la surface du second une couche pultacée, dont la constitution, comme vous allez le voir, est à peu près la même que celle des flocons déchiquetés.

En dehors de la bulle, un peu avant que la lame cornée se détache, le corps muqueux tout entier est augmenté de volume et ses cellules les plus superficielles se multiplient par la segmentation de leur noyau et, çà et là, deviennent granulo-graisseuses.

Au niveau de la bulle, où ce travail devient très-évident, le corps muqueux se divise assez nettement en deux couches, dont l'épaisseur varie suivant les points où on le considère. L'une superficielle, qui, à l'état frais, est en contact avec le liquide de la bulle, est beaucoup plus épaisse à la périphérie qu'au centre. Sa surface est très-irrégulière, déchiquetée ; on y voit des cellules isolées ou en amas, qui semblent sur le point de s'en détacher. Toute stratification y a disparu et les éléments constituants y sont complétement dissociés. Quelques-uns sont devenus hydropiques et ont pris un tel accroissement de volume et une telle transparence, qu'ils simulent des espaces vides.— La seconde couche est comme la précédente, plus épaisse à la périphérie de la bulle qu'à son centre Son accroissement, qui commence un peu avant la ligne de séparation de l'opercule, atteint son maximum au niveau de cette ligne, pour décroître ensuite d'une manière assez rapide. Peu à peu, la portion superficielle qui se trouve en rapport immédiat avec la couche précédente, et qui, sur plusieurs points, se confond avec elle, perd son épaisseur. En même temps, les colonnes du corps muqueux diminuent très-notablement. Elles sont aplaties, étouffées par les papilles hypertrophiées; et au centre de la cupule, elles sont réduites à des lamelles tellement minces, que l'on croirait à leur disparition complète; on n'y peut plus distinguer les éléments cellulaires.

La lésion du derme est incontestablement la mieux caractérisée, la plus importante et la plus ancienne. Elle affecte surtout le corps papillaire, mais n'y est pas limitée, puisque l'on en trouve des traces autour des glandes sudoripares, et même plus profondément. Apparente déjà, à la périphérie de la bulle, par un accroissement rapide, elle acquiert toute son intensité au centre de celle-ci. Les vaisseaux papillaires et les troncs qui leur donnent naissance, sont manifestement injectés et entourés de corpuscules embryonnaires très-nombreux, surtout vers le centre, où les papilles notablement hypertrophiées, ne ressemblent plus à des cônes, mais à des cylindres remplis de corpuscules lymphoïdes. Elles ne sont plus séparées les unes des autres, par d'épaisses couches de cellules épidermiques comme à l'état normal. Ces dernières, je vous l'ai dit, sont réduites à de très-petites proportions; et çà et là même, on pourrait croire qu'elles ont disparu. — Dans l'atmosphère des glandes sudoripares, les éléments nouveaux forment des amas opaques et fortement colorés par le picro-carmin. Les glandes elles-mêmes sont peu modifiées, mais le calibre de quelques canaux excréteurs s'est sensiblement accru. Au centre même de la cupule bullaire, l'hyperplasie du tissu conjonctif a dépassé la région des glandes et s'est étendue jusqu'aux loges adipeuses.

Cette analyse anatomique serait sans profit, et ne méri-

(1) Voir les nos 44 et 47 de 1877 et les nos 1, 4, 18, 20, 22, 25 et 27 de 1878.

© BIU Santé

terait pas le temps que je lui ai donné, si je ne m'en servais pour refaire la bulle synthétiquement, et pour vous montrer dans son ensemble ce processus, un des plus compliqués de la syphilis héréditaire. L'ayant bien compris, vous trouverez plus simple la genèse des autres altérations. Voici donc comment on peut concevoir l'évolution d'une bulle. — En se localisant dans un point de la peau, l'irritation spécifique frappe d'emblée le tissu conjonctif, qui devient le siége d'une prolifération rapide, d'abord autour des vaisseaux papillaires, puis dans toute l'épaisseur du derme, jusqu'au dessous des glandes sudorales. Le sang est appelé vers ces parties et la marche y est gênée par la compression que les éléments embryonnaires exercent sur les canaux qui le contiennent. Il en résulte un trouble nutritif du corps muqueux et l'épanchement d'une certaine quantité de sérosité au sein des tissus malades. Alors les cellules épidermiques prolifèrent sur un petit nombre de points, deviennent sur d'autres granulo-graisseuses ou hydropiques; et toutes, elles sont soumises à l'action de l'exsudat dermique qui, poussé vers la périphérie, les désagrège, les altère; et finalement, vient s'accumuler sous la couche cornée qui, étant imperméable, se laisse détacher des parties sous-jacentes. Formée de la sorte, cette cavité bullaire est agrandie peu à peu et remplie par de la sérosité, les leucocytes qui ont traversé les vaisseaux avec elle, et les cellules du corps muqueux altérées à des degrés divers et que la poussée séreuse a disloquées d'abord, puis détachées isolément ou en groupes. — Ainsi, vous le voyez, c'est dans le derme qu'est le foyer du mal, et c'est le tissu conjonctif qui est le premier atteint; son altération est primordiale, les autres sont secondaires et sous sa dépendance.

Tel est, suivant toute apparence, le mode évolutif de la syphilide bulleuse. Ce n'est là, je vous le répète, qu'une hypothèse; mais tout nous autorise à la considérer sinon comme l'expression même de la réalité, du moins comme un schéma qui s'en rapproche beaucoup.

Je devrais maintenant suivre la bulle dans son évolution ultérieure et rechercher ce que deviennent les tissus malades dans les cas où il se produit une ulcération. Mais comme je vous l'ai déjà dit, toutes les ulcérations de la syphilis héréditaire se ressemblent, quelle que soit la lésion primitive; ce n'est donc qu'après avoir passé en revue les diverses syphilides, que je m'occuperai du travail ulcératif.

De la lésion cutanée la plus complexe, je passe à la plus simple, y étant obligé par l'ordre clinique que j'ai suivi.

Dans la syphilide maculeuse, le microscope révèle au niveau de la tache, une légère tuméfaction due à un épaississement du chorion et de l'épiderme.

Les colonnes du corps muqueux de Malpighi sont plus volumineuses, surtout plus hautes, ce qui tient à une dilatation de leurs cellules. — Mais le principal et le véritable siége de la lésion est dans le derme. Les papilles plus saillantes, semblent pénétrer dans le corps muqueux. Cette hypertrophie est due à une infiltration de leur tissu, par des corpuscules de nouvelle formation, véritables cellules embryonnaires, principalement groupées autour des vaisseaux papillaires, mais visibles aussi et parfois en groupes compacts, autour des troncs vasculaires, qui rampent dans la région la plus élevée du chorion.

Cette description se rapproche beaucoup de celle qui a été donnée de la roséole syphilitique de l'adulte, par MM. Biesiadecki et Moriz Kaposi.

Ils ont vu que la tunique adventice des vaisseaux qui pénètrent dans la papille, est remplie de cellules rondes et fusiformes. Mais en outre, ils ont constaté autour des capillaires, des amas de cellules, qui, par leur volume et leur constitution, rappellent les globules blancs. Ils parlent aussi de corps migrateurs. Ces deux dernières particularités ne m'ont pas frappé; mais elles constituent des faits secondaires; celui qui est capital, et qui donne à la lésion son véritable caractère, c'est le développement de noyaux embryonnaires dans l'enveloppe conjonctive des vaisseaux; or, c'est précisément là l'altération principale des macules de la syphilis héréditaire.

La syphilide en plaques présente plusieurs traits de ressemblance avec les précédentes. — Dans les cas les plus simples, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a encore ni desquamation, ni érosion, l'épiderme, sur presque tous les points, a pris une ampleur anormale, surtout au niveau de ses prolongements interpapillaires, dont la hauteur est plus que triplée. Cela est dû à une augmentation très-manifeste du nombre de ses cellules, et surtout de leur volume. — Quand les plaques sont lisses et luisantes, la couche muqueuse est amincie à des degrés divers. Sur quelques points, elle se confond avec le chorion, et l'on ne distingue plus ses colonnes, que les éléments nouveaux, en les comprimant, ont fait disparaître. En outre, plusieurs cellules sont individuellement altérées. Il n'y a plus de dentelures périphériques; elles sont devenues plus transparentes, et présentent des vacuoles.

La couche papillaire et les régions sous-jacentes du derme sont parsemées de corpuscules embryonnaires, isolés ou en amas, parfois assez nombreux, pour masquer les autres éléments. L'on y voit aussi très-distinctement, et c'est peut-être là le trait caractéristique de cette syphilide, un réseau signalé par M. Kaposi dans les papules de l'adulte. Vivement coloré par le picro-carmin, il se détache d'une manière très-nette, sur les éléments histologiques auxquels il est mêlé. Ses mailles polygonales sont irrégulières et d'inégale grandeur. Les tractus, cylindroïdes ou un peu aplatis, qui les forment n'ont pas tous le même diamètre et celui-ci varie pour un même filament. Plusieurs d'entre eux semblent partir d'une souche, comme une touffe de radicelles; d'autres affectent par rapport à un centre commun d'émergence, la disposition si connue des canalicules primitifs des os autour du corpuscule osseux. Très-rarement rectilignes, ils sont presque toujours onduleux. Ceux qui sont nés autour d'un même centre, sont reliés entre eux, par des fibrilles transversales, mais ils s'anastomosent surtout, avec ceux du voisinage. Bien que la coupe sépare un grand nombre de fibres, de leur centre d'émergence, celui-ci est visible sur un grand nombre de points, où il apparaît le plus souvent comme un corps ovoïde ou fusiforme, quelquefois très-allongé, légèrement granuleux, à contour peu net, entouré souvent de quelques granulations très-fines et foncées.

Le réseau est plus net dans les parties profondes du derme qu'au niveau des papilles; et il semble qu'il y ait une sorte d'antagonisme entre son développement et l'abondance des corpuscules embryonnaires. Ceux-ci sont très-peu nombreux là où le réseau est bien développé et ils n'y forment que de très-petits amas. Plusieurs sont entourés de fines granulations semblables à celles que je vous signalais tout à l'heure autour des nœuds du réseau; et comme ces derniers, ils émettent des prolongements, il est vrai, plus courts, plus grands, moins nets et d'une structure souvent granuleuse; mais d'ailleurs tout à fait semblables. Dans les points où les corpuscules se groupent en amas considérables, le réseau n'est pas apparent, mais l'on distingue d'une manière très-nette, des prolongements rudimentaires, qui le constituent à l'état d'ébauche.

Cette dernière disposition existe, mais très-atténuée, dans la macule et dans la bulle; par là encore, ces deux syphilides se rattachent à celle en plaques.

De la description qui précède, et surtout de certaines dispositions, sur lesquelles j'ai insisté à dessein, il me semble permis de conclure que les centres d'émergence des fibres et des fibrilles, sont en réalité ces cellules embryonnaires, nées dans le derme, qui, lorsqu'elles sont en proportion moyenne, et non trop accumulées en une place restreinte, mais répandues dans des espaces qui suffisent à les faire vivre, — sous l'influence du stimulus diathésique, tout à la fois prolifique et organisateur, tendent vers la forme histologique la plus commune qui est le tissu conjonctif. Plus tard et peu à peu, par le développement, par

© BIU Santé

l'organisation plus complets du réseau, par la rétraction de ses fibres, la fonte, et la résorption des corpuscules isolés qui sont répandus dans ses mailles, il se fait dans le corps même de la peau une rétraction, qui détermine à sa surface une dépression cicatricielle longtemps violacée et finalement blanche. Longtemps après, on la trouve comme la trace indélébile de la papule et elle reste comme un témoin irrécusable de diathèse. Si la roséole et le pemphigus non ulcéré n'en laissent pas de semblables, c'est que le réseau, restant en quelque sorte à l'état rudimentaire, ne s'organise jamais d'une manière assez complète, pour assurer la rétraction intra-dermique qui fait la cicatrice. — La peau n'est pas le seul organe où s'accomplisse le travail que je viens de vous décrire, vous verrez qu'une genèse et des transformations identiques, s'accomplissent dans certains viscères, tels que le foie, par exemple, et le testicule.

Dans la description qu'il donne de la syphilide papuleuse de l'adulte, M. Kaposi parle d'un second réseau formé par des colonnes beaucoup plus volumineuses, très-colorées comme celles du premier, et très-espacées les unes des autres. Ces colonnes existent dans la syphilide en plaques, mais elles ne constituent pas un réseau nouveau, n'étant en réalité, que des troncs vasculaires préexistants, autour desquels se sont accumulés en quantité variable, des corpuscules embryonnaires.

ANATOMIE NORMALE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. FOLET.**

IIIe LEÇON. — **Cervelet** (1).

Messieurs,

Le cervelet est un segment de l'encéphale ayant vaguement la forme d'un ellipsoïde à grand axe transversal et aplati de façon à présenter : un petit axe oblique de bas en haut et d'arrière en avant ; une circonférence légèrement échancrée aux deux extrémités du petit axe, ce qui lui donne la figure d'un 8 couché (∞) ; et enfin, deux faces.

La face qui, sur l'encéphale extrait du crâne, paraît tout à fait inférieure, et qui est en réalité *inféro-antérieure* sur l'encéphale placé dans sa position normale, cette face, dis-je, est profondément accidentée ; elle présente les trois lobes du cervelet : un lobe médian, relativement plus petit chez l'homme que chez beaucoup d'animaux et deux lobes latéraux, dits *hémisphères cérébelleux*. La face inféro-antérieure du cervelet est en rapport avec le bulbe et l'isthme de l'encéphale, qui, nous l'avons vu, s'adossent à elle. Ce rapport n'est pas un simple rapport de contiguité ; la face en question est reliée à l'isthme et au bulbe par trois paires de prolongements que nous avons déjà rencontrés et partiellement décrits en examinant le bulbe et l'isthme, (corps restiformes, pédoncules moyens et supérieurs), et sur lesquels nous reviendrons plus loin dans une exposition d'ensemble. Les parties latérales de la face inféro-antérieure du cervelet débordent à droite et à gauche le bulbe et l'isthme et s'appuient sur les fosses occipitales.

La face supéro-postérieure du cervelet est beaucoup plus régulière que la précédente. Une simple éminence médiane et deux méplats latéraux y représentent la division en trois lobes. Cette face est en rapport de simple contiguité avec la face inférieure de ce repli de la dure-mère que l'on nomme la tente du cervelet, repli qui la sépare de la face inférieure des lobes postérieurs du cerveau.

Pour pouvoir constater facilement et les dispositions que je viens d'esquisser et les détails que je vais vous donner tout à l'heure, il est bon de se servir de deux pièces. L'une d'elles laisse le cervelet adhérent au bulbe et à l'isthme : l'ensemble de ces trois segments sera seulement séparé du cerveau par une simple section des deux pédoncules cérébraux. L'autre pièce présente le cervelet isolé ; pour l'obtenir, on sectionnera, ainsi que nous l'avons fait déjà pour étudier l'isthme, les pédoncules cérébelleux supérieurs, moyens et inférieurs, en ayant soin ici de les sectionner non plus le plus près, mais le plus loin possible du cervelet, afin de laisser à ces pédoncules toute leur longueur (1).

Reprenons maintenant en détail l'étude des deux faces et de la circonférence du cervelet ; puis nous aborderons l'étude de la texture. Enfin nous annexerons à l'histoire du cervelet celle du quatrième ventricule.

Face inféro-antérieure. Les parties latérales de cette face, convexes et arrondies, forment les *hémisphères cérébelleux* et sont en rapport avec les fosses occipitales inférieures. La portion médiane s'offre sous l'aspect d'un sillon large et profond que l'on nomme *scissure médiane du cervelet* ; c'est dans cette scissure qu'est reçu le bulbe. Si l'on écarte les deux bords de cette scissure médiane, on aperçoit au fond une saillie qui représente la partie inférieure du lobe médian. Cette saillie, sillonnée de stries transversales, semble constituée par des lamelles qui se prolongent latéralement à gauche et à droite dans l'épaisseur des hémisphères cérébelleux ; d'où un aspect annelé qui rappelle assez bien la chrysalide d'un ver à soie. Cette comparaison fait donner à cette saillie le nom de *vermis inferior* (2). L'extrémité postérieure du vermis inferior proémine, sous la forme d'un tubercule, dans l'échancrure postérieure de la circonférence cérébelleuse. La face annelée de ce vermis achève de constituer en bas la paroi postérieure du quatrième ventricule dont la moitié supérieure, vous vous le rappelez, est formée par la face inférieure de l'étage supérieur de l'isthme ou, si vous l'aimez mieux, par la réunion des deux pédoncules cérébelleux supérieurs qu'unit la valvule de Vieussens. L'extrémité antérieure du vermis inferior, petit mamelon saillant, flotte dans l'intérieur de la cavité du ventricule ; on l'a comparée pour la forme à la luette du voile du palais et appelée pour cette raison *luette de Malacarne* (2). De chaque côté de cette luette se voit une lamelle qui affecte tout à fait la forme d'une valvule sigmoïde de l'aorte. Ces lamelles, dites *valvules de Tarin* (4) ont un bord antérieur libre et un bord postérieur adhérent dont l'extrémité interne se confond avec la base de la luette de Malacarne, dont l'extrémité externe se continue avec un des lobules constitutifs du cervelet qui a reçu le nom de *lobule du pneumogastrique*. Le méat, le gousset que forment les valvules de Tarin est une cavité en forme de nid, ouverte en avant et limitée en bas par la valvule, en haut par la paroi cérébelleuse du quatrième ventricule. Les valvules de Tarin sont formées d'une lamelle de substance nerveuse blanche comprise entre deux lames de la séreuse qui tapisse les ventricules.

Face supéro-postérieure. Recouverte par la tente du cervelet, elle offre de chaque côté un plan incliné en bas et en dehors. Sur la ligne médiane, une saillie qui constitue la partie supérieure du lobe médian beaucoup plus vaguement délimité qu'à la face inféro-antérieure. Cette saillie est plus prononcée en avant où elle proémine pour recouvrir les tubercules quadrijumeaux postérieurs, la valvule de Vieussens et les pédoncules cérébelleux supérieurs, qu'en arrière où elle s'efface graduellement. Elle porte le nom de *vermis superior*, parce qu'elle est aussi sillonnée de stries transversales et a un aspect annelé beaucoup moins net toutefois que celui du vermis inferior.

Circonférence. Forme de 8 couché (∞). Les deux courbes latérales limitent les hémisphères cérébelleux. L'échancrure antérieure loge la protubérance annulaire. L'échancrure postérieure loge la bosse occipitale interne et la base du repli de dure-mère appelé faux du cervelet. Au fond de cette échancrure s'aperçoit la saillie postéro-inférieure du vermis inferior.

(1) Voir les nos 26 et 27.

(1) Voyez aussi les planches de Sappey, T. III, p. 112, fig. 485 ; p. 413, fig. 486 ; p. 114, fig. 487 ; p. 119, fig. 489.

(2) Ou éminence vermiforme (ou vermiculaire) inférieure.

(3) Ou éminence mamillaire de Vicq d'Azyr.

(4) Ou voiles médullaires postérieurs de Reil ; ou lames semi-lunaires de Vicq d'Azyr.

© BIU Santé

Texture du cervelet : Le cervelet est composé de substance grise et de substance blanche. La substance grise est périphérique, la substance blanche, centrale.

La périphérie du cervelet, aussi bien les deux faces que la circonférence, est parcourue par des sillons parallèles et concentriques que l'on distingue suivant leur profondeur en deux ordres : les sillons profonds et les sillons superficiels :

A. Sillons profonds : Ils sont au nombre de 12 à 15 et divisent le cervelet en autant de lobules. Le plus remarquable d'entre eux est celui qui occupe toute la circonférence. Ces sillons creusent toute la substance grise cérébelleuse et pénètrent jusqu'à la substance blanche. Ceux de la face supéro-postérieure décrivent tous une courbe à concavité antérieure, ils se prolongent d'une façon ininterrompue d'un côté à l'autre de cette face en passant sur le vermis superior qu'ils intéressent. Ceux de la face inféro-antérieure ne vont pas d'une façon continue d'une extrémité latérale de l'organe à l'autre; ils décrivent sur chaque hémisphère des courbes concentriques à concavité tournée en dedans et en avant pour les postérieurs, directement en dedans pour les antérieurs. Les extrémités internes d'un certain nombre des courbes d'un hémisphère sont reliées aux extrémités internes des courbes correspondantes de l'autre hémisphère par les stries transversales qui sillonnent le vermis inferior. Les lobules que circonscrivent les sillons profonds de la face inféro-antérieure diminuent de volume à mesure que l'on s'approche de la protubérance et du bulbe. Le lobule le plus antérieur et le plus petit porte, vu le voisinage de l'émergence du nerf de la dixième paire, le nom de *lobule du pneumogastrique*, c'est ce lobule qui est continu avec l'extrémité externe de la valvule de Tarin. De chaque côté du bulbe existe un lobule plus gros appelé l'*amygdale* (1).

B. Sillons superficiels. Parfaitement concentriques, aussi bien à la face supéro-postérieure qu'à la face antéro-inférieure, aux sillons profonds entre lesquels ils sont situés. Ces sillons superficiels sont extrêmement nombreux; néanmoins le nombre de sept à huit cents indiqué par Malacarne et Chaussier me paraît singulièrement exagéré. Ils n'intéressent qu'une faible épaisseur de la substance grise et subdivisent les lobules délimités par les sillons profonds en lames et lamelles.

La substance blanche centrale du cervelet qui représente à peu près la moitié de la masse totale de l'organe, est entourée de toutes parts par la substance grise. Ce *centre médullaire du cervelet*, peu considérable dans la région du lobe médian, se renfle dans les hémisphères cérébelleux. La substance blanche, dont la périphérie est partout recouverte par la substance grise, envoie dans cette substance grise des prolongements présentant une forme arborescente et se divisant en branches, rameaux et ramuscules pour constituer l'axe blanc des lobules, lames et lamelles dont la substance grise les revêt partout. Ces axes de substance blanche sont désignés par les auteurs sous le nom d'*irradiations intrinsèques*. Des coupes parallèles et perpendiculaires aux faces du cervelet montrent d'un coup d'œil et plus clairement que toutes les descriptions cette disposition arborescente dont l'ensemble a été désigné sous le nom d'*arbre de vie*.

La substance blanche cérébelleuse est constituée en réalité par des faisceaux de fibres qui, nées des cellules de l'écorce grise de chaque hémisphère du cervelet, convergent, à la façon des rayons d'une sphère, vers un noyau ovoïde gris-jaunâtre qui se voit vers le centre de chaque hémisphère. Ces deux noyaux s'aperçoivent aisément sur une coupe antéro-postérieure et transversale pratiquée au niveau de l'origine des pédoncules cérébelleux moyens. Ils portent le nom de *corps rhomboïdaux* (2). Entourés d'une membrane jaunâtre très-manifestement plissée sur elle-même, ils sont fort analogues, d'aspect et de structure, à l'olive du bulbe.

(1) Ou lobule tonsillaire, ou lobule du bulbe.
(2) Ou corps dentelé, ou corps festonné, ou olive cérébelleuse.

De ces corps rhomboïdaux naissent aussi trois paires de prolongements blancs qui se portent hors du cervelet et méritent pour cette raison le nom d'*irradiations extrinsèques*. Ces faisceaux ou cordons blancs, se portent vers le bulbe et l'isthme. Nous les connaissons déjà sous le nom de pédoncules cérébelleux. Il en existe, disons-nous, trois paires.

α. *Les pédoncules cérébelleux supérieurs* sont deux cordons cylindroïdes, un peu aplatis qui du centre médullaire se portent en avant, réunis entre eux par une lamelle cérébelleuse, laquelle s'avance avec eux et n'est autre que la *valvule de Vieussens*. Le pont ainsi constitué a été décrit déjà, pour obéir aux traditions classiques, comme formant l'étage supérieur de l'isthme. En réalité, c'est une dépendance, un processus du cervelet. Vous vous rappelez que les deux pédoncules dont nous parlons vont s'appliquer sur l'origine des pédoncules cérébraux et se fusionner avec eux. La surface quadrilatère qui résulte de cette fusion supporte, vous le savez, les tubercules quadrijumeaux. Les fibres des pédoncules cérébelleux supérieurs, unies à celles des pédoncules cérébraux, se portent vers les couches optiques et les hémisphères cérébraux.

ε. *Les pédoncules cérébelleux moyens*, les plus gros des pédoncules cérébelleux, horizontaux, se portent en avant et en dedans vers la protubérance dont ils forment les fibres transversales et sur laquelle ils se prolongent tangentiellement d'un hémisphère cérébelleux à l'autre, formant ainsi la commissure intra-cérébelleuse.

γ. *Les pédoncules cérébelleux inférieurs*, les plus courts, descendent obliquement en bas vers les corps restiformes (continuation des pyramides médullaires postérieures) avec lesquels ils se confondent par une portion de leur masse qui semble beaucoup plus considérable qu'elle ne l'est réellement. La plupart des fibres de ces pédoncules vont se perdre dans l'olive du bulbe du côté opposé.

L'endroit où les trois pédoncules cérébelleux, naissant du corps rhomboïdal, divergent pour se porter : le supérieur en avant, le moyen en dedans, l'inférieur en bas et en arrière, cet endroit, dis-je, forme une cavité angulaire qui n'est autre chose que l'angle latéral du quatrième ventricule. Nous allons étudier l'ensemble de ce ventricule, maintenant que nous avons examiné en détail les organes qui le circonscrivent.

Quatrième ventricule ou ventricule du cervelet.

La protubérance et le bulbe s'adossent, comme nous l'avons vu, à la face antéro-inférieure du cervelet ; or, cet adossement n'a pas lieu entre surfaces planes. La surface grise ininterrompue que forment les faces postérieures de la protubérance et du bulbe est sensiblement excavée. De plus, le bulbe et la protubérance sont reçus, comme enchâssés, dans la scissure médiane du cervelet, sans toucher le fond de ce vaste sillon. On comprend donc aisément qu'entre le cervelet d'une part, le bulbe et la protubérance de l'autre, existe une cavité que l'on nomme le quatrième ventricule, ou ventricule du cervelet.

Ce quatrième ventricule a une forme losangique. Que l'on se figure, par la pensée, une coque d'amande vide, mais intacte, dont les deux pointes seules sont ouvertes, et dont chaque bord curviligne, au lieu d'être constitué par une courbe continue, est formé de deux lignes réunies, au milieu du bord, par un angle obtus : Voilà la figure approximative de la cavité du quatrième ventricule. Le grand axe de cette cavité est dirigé de bas en haut et d'arrière en avant; les deux faces sont l'une supéro-postérieure, l'autre antéro-inférieure (nous les désignerons, pour plus de commodité et de clarté, sous les noms de *voûte* et de *plancher* du quatrième ventricule) ; les quatre bords du ventricule sont deux supérieurs et deux inférieurs ; enfin, des quatre angles, deux seront latéraux et obtus, les deux autres, le supérieur et l'inférieur, aigus.

Un mot sur chacun de ces éléments.

Le plancher du quatrième ventricule est formé par les faces postéro-supérieures du bulbe et de la protubérance

© BIU Santé

se faisant suite sur le même plan, sans démarcation. Gris, losangique, excavé, le plancher présente à la pointe inférieure le bec du calamus scriptorius, avec le ventricule d'Arantius et l'orifice du canal épendymaire; il est parcouru de bas en haut par le sillon médian qui est regardé comme la tige du calamus; latéralement il offre, vers la partie inférieure, les racines blanches antérieures du nerf acoustique constituant les barbes du calamus, plus haut l'eminentia teres, le noyau correspondant à l'origine du moteur oculaire externe. Nous avons décrit toutes ces choses.

La voûte présente une moitié antérieure, régulière, lisse, humide, blanche, formée par les pédoncules cérébelleux supérieurs et par la valvule de Vieussens étalée entre eux; formée en d'autres termes par la face inférieure de l'étage supérieur de l'isthme. La moitié postérieure de la voûte grise, striée, est constituée sur la ligne médiane par la partie la plus antérieure du vermis inferior, et latéralement par l'extrémité supérieure des amygdales. A la jonction de la moitié antérieure et de la moitié postérieure, s'observent sur la ligne médiane la saillie de la luette, et de chaque côté les valvules de Tarin, plus en dehors encore une petite portion du lobule du pneumogastrique.

Les *bords supérieurs* du ventricule répondent à la ligne d'union des bords externes des pédoncules cérébelleux supérieurs avec la protubérance, autrement dit à l'accolement latéral des deux étages de l'isthme, accusé extérieurement par le sillon latéral de l'isthme.

Les *bords inférieurs* du ventricule ne résultent pas, comme les précédents, de l'accolement des bords juxtaposés des deux parois ventriculaires, lesquels restent à une certaine distance l'un de l'autre. L'intervalle est comblé et les bords inférieurs du ventricule sont formés par deux lamelles cellulo-fibreuses, dépendantes de la pie-mère bulbaire et étendues des parties latérales du bulbe à la partie supérieure et interne du lobule cérébelleux dit l'amygdale. Ces lamelles ne vont pas tout à fait jusqu'à l'extrémité inférieure des bords latéraux des ventricules; elles ne se réunissent pas au niveau du bec de calamus, mais elles cessent d'exister à 2 millimètres de ce bec et laissent, par conséquent, l'angle inférieur du ventricule ouvert.

Les *angles latéraux* obtus, arrondis sont formés par la divergence des trois pédoncules cérébelleux. Le sommet de l'angle de divergence répond à l'extrémité antérieure du corps rhomboïdal.

L'*angle supérieur* du ventricule est situé au fond de l'angle dièdre rentrant que constituent les deux étages de l'isthme en se fusionnant en avant. Au sommet de cet angle supérieur s'ouvre l'orifice postérieur de l'aqueduc de Sylvius qui, cheminant sous les tubercules quadrijumeaux, va, comme nous l'avons vu, s'ouvrir en avant dans l'espace interpédonculaire et fait ainsi communiquer le quatrième ventricule avec le troisième.

L'*angle inférieur* est aussi un orifice, orifice limité en bas et en avant par le bec du calamus, en arrière et en haut par la face inférieure du vermis inferior, sur les côtés par la terminaison inférieure des lamelles fibreuses qui forment les bords inférieurs du ventricule. Cet orifice est comme voilé par l'arachnoïde qui passe, à la manière d'un pont, de la face postérieure du bulbe à la face inféro-antérieure du cervelet. C'est cette disposition que l'on nomme l'espace sous-arachnoïdien postérieur. Il y a donc, on le voit, par l'angle inférieur du quatrième ventricule, communication entre la cavité située entre l'arachnoïde et la pie-mère (cavité sous-arachnoïdienne où se loge le liquide céphalo-rachidien) et le quatrième ventricule. Or, comme ce quatrième ventricule communique par l'aqueduc de Sylvius avec le troisième, et que ce troisième lui-même, comme nous le verrons bientôt, communique par les trous de Monro avec les deux ventricules latéraux, l'on peut dire que les quatre ventricules sont en libre communication entre eux et avec la cavité arachnoïdienne.

Le quatrième ventricule est tapissé d'une mince membrane de structure séreuse qui se continue par l'aqueduc de Sylvius avec la séreuse des ventricules cérébraux et sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Dans l'intérieur du quatrième ventricule pénètrent, par l'orifice inférieur, deux replis de la pie-mère, nés de la pie-mère médullo-bulbaire au niveau même de l'angle inférieur du ventricule. Ces replis supportent un lacis vasculaire très-riche. Ils se portent en haut et en dehors vers les lobules du pneumogastrique où ils se terminent en se renflant; on les appelle les *plexus choroïdes du quatrième ventricule*. (*A suivre*).

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Sur l'action physiologique de l'aimant et des solénoïdes;

Par MM. CHARCOT et REGNARD (1).

De toute antiquité, on a signalé les propriétés médicales de l'aimant. Il était naturel qu'à des époques où l'on essayait, en thérapeutique, toutes les substances qui se rencontrent dans le monde minéral, cette matière singulière, douée de propriétés pour ainsi dire mystérieuses, attirât l'attention et qu'on lui prêtât une action médicatrice exagérée.

Sans remonter jusqu'à Pline-le-Jeune, on rencontre dans l'histoire de la science deux hommes qui parlent de la puissance des aimants employés contre les maladies; ce sont Paracelse et Albert-le-Grand. Mais l'esprit mystique qui guidait ces deux expérimentateurs ne permet guère de s'arrêter à leurs assertions.

Au dix-huitième siècle, à un moment où l'on commençait déjà à s'occuper beaucoup des propriétés thérapeutiques des agents physiques, à une époque où l'électricité statique, non-seulement était entrée dans le traitement des maladies, mais jouissait encore d'une vogue qui l'avait introduit jusque dans les salons et en avait fait une distraction mondaine, à ce moment, disons-nous, on découvrit la possibilité de transmettre au fer l'aimantation des aimants naturels. Cette aimantation artificielle se faisait par simples frictions; on essaya aussitôt de fabriquer de grands aimants artificiels et de les appliquer au traitement des maladies.

Les résultats qu'on obtint sont consignés dans un mémoire remarquable d'Andry et Thouret. (*Mémoires de la Société royale de médecine*, 1780.) Ce travail, exécuté sur la demande de l'ancienne Académie de médecine, marque le début d'une ère nouvelle dans cette sorte d'étude. Non pas qu'il contienne des résultats bien positifs, mais cette fois, au moins, l'étude de l'aimant était dégagée de tout ce cortége de mysticisme dont les anciens s'étaient plu à l'entourer.

C'est à la même époque que Mesmer commençait à remuer toute l'Europe avec le récit de ses singulières expériences. Il nous raconte lui-même (*Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*. Genève, 1779.) comment il fut conduit à sa découverte. Ayant à soigner une jeune fille qui, d'après les symptômes qu'il rapporte, était manifestement atteinte d'hystérie, il eut l'idée d'approcher d'elle un aimant. Les résultats qu'il observa furent si étranges qu'il convoqua, pour les voir avec lui, deux autorités scientifiques de l'époque : le physicien Ingenhousz et le jésuite Hell. Il obtint même du préparateur de ce dernier une grande quantité de plaques aimantées, qui devaient lui servir à multiplier ses recherches. Mais subitement nous le voyons prendre une autre route et proclamer que l'action de l'aimant est simplement analogue à celle d'un principe général qui remplit le monde animé et auquel il donne, encore par analogie, le nom de magnétisme animal. Et c'est alors que commence sa lutte avec Ingenhousz, le physicien tenant pour l'agent physique, Mesmer soutenant l'action du principe mystérieux. C'est ainsi que naquit le magnétisme animal, et c'est sur ces entrefaites qu'Andry et Thouret entreprirent leur travail. Leur mémoire ne con-

(1) Communication faite à la *Société de biologie*. Séance du 6 juillet 1878.

© BIU Santé

tient pas moins de 48 observations. Toutes manquent malheureusement de précision clinique. Dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'affections vagues, mal définies, sans diagnostic précis. Les résultats thérapeutiques ne sont guère plus nets. Il est pourtant possible de reconnaître que les applications d'aimant ont eu une influence positive dans l'amélioration de tics douloureux et de diverses manifestations de l'hystérie.

De 1780 à 1829, nous ne trouvons rien sur le sujet qui nous occupe. Aussi bien les physiciens délaissent-ils un peu, à cette époque, l'étude du magnétisme, les grandes découvertes sur le courant de la pile occupant uniquement les savants et les médecins.

En 1829, Becker (*Der mineralische Magnetismus, und seine Anwendung in der Heilkunde.*) apporte quelques résultats nouveaux, mais ils manquent encore trop de précision pour que nous en puissions tenir compte.

Ce n'est plus qu'après quarante années que le professeur Maggiorani (*La Magnete e i Nervosi*. Milano, 1869.) revient à la question de l'action physiologique des aimants. Les résultats auxquels il est arrivé sont consignés dans le mémoire que nous venons de citer et dans divers envois à l'*Academia dei Lincei* (1873).

Maggiorani expérimente d'abord sur des sujets sains : selon lui quelques-uns ont la sensibilité magnétique, les autres ne l'ont pas. Cette sensibilité magnétique est à son *summum* dans certaines maladies, en tête desquelles il faut citer l'hystérie, l'ataxie, le diabète.

Les effets produits par l'approche d'un aimant consistent dans des variations de température, des convulsions, des spasmes toniques, des anesthésies, des hyperesthésies. Et c'est ainsi que l'aimant, provoquant la maladie à se démasquer, peut devenir un moyen de diagnostic.

Les instruments employés par Maggiorani sont des barreaux aimantés très-faibles et des spirales parcourues par un courant.

Les expériences du médecin italien sont bien supérieures à toutes celles qui avaient été faites jusqu'alors. On remarque pourtant encore le manque de précision et de précautions expérimentales dans sa manière de procéder. C'est dans cet état que nous avons repris la question. Nous avons essayé de lui donner une précision vraiment scientifique.

Un mot d'abord sur le matériel que nous avons employé:

Les aimants qui nous ont servi consistaient en barreaux recourbés présentant par conséquent leur point neutre à l'une de leurs extrémités. Nous avons aussi utilisé des électro-aimants, et en particulier le puissant électro-aimant de Faraday qu'avait bien voulu nous confier, grâce à la bienveillance éclairée de son directeur, l'administration générale des télégraphes. Cet aimant était animé par quinze grands couples de Bunsen. Enfin, nous avons employé des solénoïdes formés de bobines de caoutchouc durci et de gutta, entourées d'un fil fin et long.

Les premiers résultats ont été obtenus avec le concours de M. Vigouroux qui les a déjà communiqués à la *Société de biologie*. Aujourd'hui nous en apportons la confirmation certaine et l'explication probable.

Et même comme les résultats que nous avons à faire connaître sont en dehors des faits généralement reconnus, comme certaines personnes en doutent encore, nous avons voulu répéter nos expériences devant la Société, et nous avons amené devant elle deux des malades qui nous ont servi dans nos recherches.

La première malade que nous présentons, la nommée Angèle, est hystérique et anesthésique à gauche, elle est de plus à peu près complétement aveugle par suite de lésions profondes des globes oculaires datant de l'enfance. Nous traversons son bras ~~droit~~ avec cette pointe d'acier, elle ne manifeste aucune douleur. Nous approchons du bras anesthésié le point neutre de ce barreau aimanté. Quelque temps que nous attendions, il ne se manifeste rien. Mais, sans que la malade s'en doute, retournons l'aimant et présentons au bras les deux pôles de l'aimant. Au bout de quelques minutes, voici que la sensibilité est revenue à gauche. Mais en revanche elle a disparu à droite, et nous pouvons maintenant perforer le bras droit que tout à l'heure la malade retirait au moindre contact. Bien plus le phénomène que vous voyez se produire au bras vient de se passer au même instant dans les points symétriques du membre inférieur. La jambe gauche jouit maintenant de sa sensibilité et la jambe droite l'a perdue.

Laissons l'aimant continuer son action. Voici que la sensibilité disparaît de nouveau à gauche et revient à droite. Enlevons maintenant l'aimant, la sensibilité revient rapidement à gauche et disparaît à droite, puis elle revient à droite et disparaît à gauche définitivement. Après une triple oscillation les choses sont revenues à leur état primitif. Nous venons d'assister au curieux phénomène du *transfert*, déjà signalé pour l'action des courants faibles.

La seconde malade que nous avons à vous présenter se nomme Louise Gl... Elle est hystérique et absolument anesthésique du côté droit. Nous traversons sa main de part en part avec ce poinçon : elle ne s'en aperçoit même pas.

Nous avons pensé que si l'aimant agissait par les courants d'induction ou les tensions qu'il peut produire à distance, une spirale parcourue par un courant, un solénoïde, aurait sur l'hémianesthésie une action identique à l'aimant lui-même, puisque physiquement elle lui est identique.

Nous introduisons le bras gauche de Gl... dans ce solénoïde, et nous envoyons le courant qui, pendant cinq minutes, traverse la spirale.

Maintenant, vous le voyez, le bras droit est redevenu sensible, le bras gauche a perdu, par transfert, toute sa sensibilité. Les points symétriques ont été aussi affectés. Mais bien plus, la sensibilité ne reste pas localisée, elle remonte pour ainsi dire, elle gagne peu à peu, elle atteint le coude, le bras, l'épaule, le corps tout entier, et même la vision des couleurs qui était abolie à droite, est maintenant complétement rétablie. En revanche, elle a disparu à gauche.

Nous interrompons le passage du courant et tous les phénomènes d'oscillations observés sur Angèle se reproduisent.

Le solénoïde a agi identiquement comme l'aimant. La durée nécessaire à la production des phénomènes est très-variable. Ici il a fallu quelques minutes.

Chez une malade nommée Witt.... il suffit de quelques secondes ; chez la nommée Alphonsine Ba..., le solénoïde est à peine traversé par le courant que tout le côté du corps anesthésié tout à l'heure a recouvré sa sensibilité.

Il ne faudrait pas croire que les hystériques soient seules influencées par les aimants et les solénoïdes. Un homme, atteint d'hémorrhagie cérébrale, était anesthésique de tout le côté droit. Ce malade fut envoyé par M. le Dr Grancher. Sa main fut placée entre les branches de l'aimant de Faraday. Au bout de vingt minutes, la sensibilité était revenue et fixée à tout jamais sans transfert ni oscillations cette fois. Le récit détaillé de ce cas a déjà été publié par M. le Dr Vigouroux.

En somme, nous avons répété des centaines de fois et sur un grand nombre de malades de la ville et des hôpitaux, les expériences que nous venons de montrer à la Société et le résultat a toujours été le même.

Ainsi, voilà des courants qui passent à côté des malades et qui agissent sur elles (Solénoïdes, aimants).

Comment est-il possible d'expliquer ce fait. Dans l'état actuel de nos connaissances, il nous semble qu'il convient d'invoquer ici l'*induction*.

On sait que chaque fois que l'on approche un aimant ou un circuit d'un autre circuit ouvert ou fermé, on donne lieu à la production, dans le deuxième circuit, d'un courant en sens inverse du courant inducteur. Si l'aimant est retiré, il se produit aussitôt un courant de même sens que le courant du circuit inducteur.

Dans nos expériences, les aimants et les solénoïdes sont immobiles, mais les malades remuent sans cesse, ne fut-ce qu'à chaque pulsation artérielle, et chaque fois a lieu sur elles une induction qui modifie tantôt dans un sens, tantôt

© BIU Santé

dans un autre, les courants qui les parcourent, et en particulier probablement le courant nerveux qui se trouve augmenté ou diminué d'autant.

Notre opinion n'est pas susceptible d'une démonstration directe sur les malades. Aussi ne la donnons-nous, en attendant mieux, que comme très-vraisemblable.

Mais l'identité absolue entre l'action des aimants et celle des solénoïdes semble l'appuyer singulièrement. Elle rattache d'ailleurs l'action de l'aimant à celle des plaques métalliques et des courants faibles, et jette une véritable lumière sur ces phénomènes bizarres de la métalloscopie qui semblent tout d'abord si mystérieux.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

De l'Insolation.

Les funestes effets produits sur l'homme par une chaleur exagérée ou par l'action directe des rayons du soleil, sont connus de toute antiquité et seraient même, à ce qu'il semble, signalés jusque dans la Bible. De nos jours encore, les gens du monde attribuent volontiers au soleil une influence assez néfaste, et cependant il est peu d'états morbides qui soient plus mal connus des médecins que ceux auxquels on donne le nom d'accidents d'*insolation*, de *coup de soleil*, etc. Les livres classiques n'en font point mention, et lorsqu'on cherche à se faire une idée des symptômes qui peuvent en être la conséquence, on ne trouve guère à notre époque, sauf un ou deux travaux, que des observations isolées, et n'ayant pas toutes, d'ailleurs, une égale valeur.

L'année dernière, à la *Société médicale des hôpitaux*, M. Lacassagne, professeur agrégé au Val-de-Grâce, voulut attirer sur ce point l'attention des médecins (1). Il rapporta un certain nombre de faits observés chez des soldats à la suite de la revue du bois de Boulogne, et pensant avec quelque apparence de raison, que des accidents analogues avaient dû se développer parmi les nombreux spectateurs assistant à la revue, il invitait les médecins civils à publier les cas qui avaient pu se présenter à leur observation ; cet appel est resté sans écho, et cette année encore, bien que nous ayons eu à supporter d'assez fortes chaleurs, bien que des accidents imputables à l'insolation aient dû se développer (et nous croyons savoir qu'il y en a eu au moins quelques cas dans certains services d'hôpitaux), aucun fait n'est venu s'ajouter aux travaux antérieurs. Nous avons donc pensé que, pour solliciter de nouvelles observations, il ne serait peut-être pas inutile de résumer brièvement quelques-unes des particularités qui se rattachent à l'insolation.

Les effets de l'insolation peuvent être assez différents suivant qu'ils résultent de l'élévation générale de la température de l'air ambiant, ou suivant qu'ils sont produits par l'action directe des rayons du soleil.

M. Lacassagne a particulièrement insisté sur cette distinction, et pour la caractériser mieux encore, il veut que l'on désigne les premiers de ces accidents sous le nom de *coup de chaleur* et les autres sous celui de *coup de soleil*. Ces dénominations sont d'ailleurs empruntées à d'autres auteurs qui souvent les employaient indifféremment l'une pour l'autre. Nous croyons que cette distinction a, en effet, une certaine importance. Le *coup de chaleur* est surtout une maladie des pays chauds, et augmente de fréquence à mesure que l'on se rapproche de l'équateur; il peut cependant être observé dans nos climats pendant les grandes chaleurs de l'été, ou chez les ouvriers soumis à une source artificielle de calorique (dans les chaufferies des navires à vapeur, les raffineries de sucre, etc.). Ces accidents peuvent survenir en dehors de l'action directe du soleil, et assez souvent même on les observe sous la tente, dans les baraquements, à l'abri du soleil, ou encore pendant la nuit. M. Lacassagne, après d'autres observateurs, en signale un certain nombre de cas ; en voici un exemple que nous trouvons dans un travail de Arndt (1) :

« Dans les derniers jours de juillet 1870, la 1re division du 2e corps prussien, cantonné autour de Berlin, dut faire une marche militaire des plus fatigantes. Des soldats en grand nombre furent atteints de coup de soleil (ou plutôt de coup de chaleur), surtout à la fin de la journée, où cependant, chose extraordinaire, on marchait sous un magnifique ombrage. Sept d'entre eux succombèrent à la maladie. »

Dans le coup de chaleur, le calorique porte son action sur tout l'organisme qu'il élève à une température incompatible avec la vie. En même temps que la chaleur excessive de la peau et l'élévation de température de tout le corps (qui persiste même après la mort), on note trois autres ordres de symptômes : une céphalalgie intense, une constriction énergique à la région épigastrique, et des besoins pressants et très-fréquents d'uriner. M. Hestrés, qui a étudié le coup de chaleur (2) en le confondant un peu avec le coup de soleil, insiste sur cette « triade » symptomatique.

Les malades succombent avec des phénomènes asphyxiques, et à l'autopsie, on trouve généralement une congestion intense de tous les organes et particulièrement des poumons ; le sang est profondément altéré ; les muscles ont subi des modifications importantes, etc.

Le *coup de soleil* au contraire peut être observé partout et même peut-être plus fréquemment dans les climats tempérés, où l'on se met moins que dans les pays chauds à l'abri des rayons du soleil. Les rayons solaires portent leur action sur une partie quelconque du corps, ordinairement l'encéphale ; les accidents consécutifs sont en rapport avec l'intensité de cette cause et la réaction du sujet atteint, et lorsque les individus succombent, c'est toujours à des accidents cérébraux et à leurs conséquences.

On se fait difficilement une idée de la température que peut atteindre une partie du corps exposée pendant un certain temps à l'action directe du soleil. M. Vallin (3) a fait sous ce rapport quelques expériences fort intéressantes, mais malheureusement trop peu nombreuses et qu'il serait nécessaire de répéter en les variant un peu. Tandis qu'un thermomètre suspendu au soleil pendant une demi-heure ne dépassait pas 31°,8, M. Vallin a vu un instrument identique reposant sur une pièce d'ouate de couleur brune, atteindre jusqu'à 80°,6 au bout d'une demi-heure, la température à l'ombre étant de 27°,2.

Dans deux cas, au mois de juillet, après une promenade d'une heure au soleil, le même observateur a trouvé à l'in-

(1) *Bull de la Soc. méd. des hôp.*, 27 juillet 1877, et *Union médicale*, janvier et février 1878.

(1) *Arch. für pathol. Anat. und Phys.*, t. LXIV, et *Revue des sciences médicales* (Hayem), t. VI, p. 459.

(2) Etude sur le coup de chaleur. Thèse de Paris, 1872.

(3) *Recherches expérimentales sur l'insolation et les accidents produits par la chaleur.* — *Arch. de médecine*, 1870. — V. aussi du même auteur une revue critique, in : *Arch. de médecine*, 1871.

© BIU Santé

térieur d'un chapeau de soie ordinaire, 42° et 46°, alors que la sensation de chaleur à la tête n'était réellement pas pénible.

« Mais, ajoute-t-il, ce n'est jamais avec une coiffure légère et perméable qu'on voit survenir des accidents : ce sont les militaires surtout qui en sont atteints, et il faudrait connaître la température intérieure du casque en métal, des shakos épais en drap ou en cuir, le plus souvent de couleur noire. Il est de notoriété que les cavaliers se brûlent parfois la main en la portant sans précaution à leur casque, après être restés plusieurs heures immobiles au soleil, à la suite des revues par exemple : la température des parois doit s'élever facilement dans ce cas à 70°; le renouvellement de l'air intérieur est à peu près nul, cet air est constamment saturé d'humidité, et il ne serait pas impossible que la tête des hommes supportât le degré de chaleur qui, sous la calotte d'eau chaude, provoquait des accidents chez les animaux en expérience. » (page 158).

Les accidents de l'insolation dans nos climats se produisent surtout pendant les grandes chaleurs ; cependant, ainsi que l'avait remarqué Tissot, ils ne sont pas absolument rares au printemps, mais sont alors beaucoup moins graves. Les conditions météorologiques paraissent avoir une certaine importance, et les accidents sont surtout à craindre au moment des orages.

L'influence de l'âge est indéniable : chez les enfants, les coups de soleil sont fréquents, et ils sont d'autant plus graves, que les enfants sont plus jeunes : c'est un fait que démontrent bien les observations de Soltmann (1). Les vieillards et les femmes sont aussi plus souvent affectés que les hommes adultes. L'exposition au soleil est d'ailleurs toujours dangereuse chez les individus à circulation cérébrale défectueuse (aliénés, épileptiques, athéromateux, etc.).

Le sommeil est une condition des plus fâcheuses. Van Swieten parle de deux moissonneurs qui s'étaient couchés au soleil la tête nue et qui moururent. Tissot cite aussi l'exemple de deux faucheurs qui s'endormirent sur un tas de foin la tête nue ; ayant été réveillés par les autres, ils chancelèrent, prononcèrent quelques mots qui n'avaient point de sens et moururent.

Les fatigues ou les travaux pénibles, les vêtements trop lourds et trop chauds, les privations et surtout les habitudes alcooliques, sont aussi des causes très-funestes.

Enfin, comme il est facile de le comprendre, les professions exercent une influence considérable. C'est chez les maçons, les couvreurs, les *moissonneurs* et surtout chez les *soldats en marche*, que les coups de soleil frappent avec le plus d'intensité. Dans l'armée, les fantassins sont plus souvent affectés que les cavaliers ; et ceux qui se trouvent au centre de la colonne sont plus que les autres exposés aux accidents ; aussi les Anglais, dans l'Inde, conservent-ils un large espacement entre les hommes dans les troupes en marche.

Les accidents produits par l'insolation ou le coup de soleil sont extrêmement variés, et suivant l'expression de Handfield Jones (2) « il n'est peut-être pas un trouble fonctionnel du système nerveux qui ne puisse être produit par une chaleur excessive. »

Ces symptômes que nous ne pouvons malheureusement suivre dans tous leurs détails, ont surtout été bien étudiés par Tissot (3) et par M. Lacassagne. On trouvera aussi des faits intéressants épars çà et là dans divers recueils, et particulièrement dans les journaux anglais.

M. Lacassagne admet trois degrés dans le coup de chaleur : — Dans le *premier degré*, il y a d'abord lassitude, faiblesse dans les membres inférieurs, puis douleurs dans la poitrine avec dyspnée plus ou moins intense ; l'individu sent qu'il étouffe, présente une congestion de la face, une turgescence des vaisseaux de la peau (*forme asphyxique*) ; — plus souvent il tombe à terre, tout-à-coup, parfois même au milieu d'une conversation, éprouvant une douleur à la base de la poitrine, mais sans dyspnée ; il est très-pâle (*forme syncopale*). D'autres enfin (*forme mixte*) présentent à la fois de l'oppression et un état vague et indéfinissable de syncope menaçante.

Souvent, les phénomènes graves ont été précédés d'un état de malaise avec céphalalgie, faiblesse extrême, brouillards devant les yeux, étourdissements, etc. — Le lendemain, les phénomènes du coup de soleil ont disparu plus ou moins complètement, mais les malades présentent à peu près constamment une constipation, sur laquelle insiste M. Lacassagne, et qui lui paraît devoir être rattachée à l'impression subie par le système nerveux.

Le *coup de soleil au deuxième degré* est décrit avec soin dans le travail de M. Lacassagne, par un médecin militaire qui en a été atteint d'une façon assez sérieuse. Le vague des idées (on le trouvait *tout drôle*), des vertiges, des troubles intellectuels plus ou moins accusés, puis un coma d'intensité variable, une fièvre légère, s'ajoutent aux phénomènes déjà signalés pour le premier degré.

Dans le *troisième degré*, où l'excès de chaleur ambiante paraît s'ajouter, pour produire les accidents, à l'action des rayons solaires sur l'encéphale, les phénomènes peuvent être extrêmement graves et la mort peut survenir très-rapidement ; certains malades sont pour ainsi dire foudroyés.

L'insolation ne produit pas seulement des effets immédiats ; elle peut aussi amener des effets plus éloignés et des troubles plus durables. On a cité des cas de délire, survenant en quelque sorte d'une façon épidémique. — La folie paraît aussi débuter quelquefois sous l'influence d'un coup de soleil.

« Le jour que le roi (Charles VI) issit et se départit du Mans, dit Froissart, il fit très-asprement chaud ; et bien le devoit faire, car il étoit en le plein mois de hermi (août), que le soleil par droiture et nature étoit en sa greigneur force. Le soleil étoit bel, clair et resplendissant à grands rais ; et si plein de force et de chaleur que plus ne pouvoit être, car il tapoit de telle manière que l'on étoit tout transpercé par la réverbération, et avoit tout ce le sablon échauffé grandement, lequel échauffoit moult les chevaux. Il n'y avoit si joli ni si usé d'armes qui ne fut mésaisé de chaleur. » On comprend, ajoute M. Lacassagne, auquel nous empruntons cette citation, que lorsque le fou se jeta à la bride de son cheval, le roi en ressentit une vive impression, et de ce jour perdit la raison.

L'influence de l'insolation sur le développement ou la manifestation de l'aliénation est signalée par un certain nombre d'auteurs ; d'autres rappellent aussi que les accès de manie, les attaques d'épilepsie, les suicides sont plus fréquents en été que dans toute autre saison.

L'influence de l'insolation sur le développement de la méningite a été signalée par la plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des enfants (Rilliet et Barthez, Bouchut, West, etc.) ; et Soltmann, cité plus haut, a insisté sur les différences des accidents suivant l'âge des enfants qu'il avait observés.

(1) Drei Fälle von Insolation. *Jahrb. für Kinderk.* 20 octobre 1875, et *Revue des Sciences médicales* (Hayem), t. VII, p. 221.

(2) Handfield Jones. Clinical Lecture on a case of Sunstroke, *Med. Times and Gazette*, 16 mars 1878.

(3) Avis au peuple sur sa santé, t. I, p. 178.

© BIU Santé

Les auteurs anglais ont signalé même des cas de paralysie, d'hémiplégie, particulièrement chez des enfants, et l'observation de Handfield Jones est sous ce rapport particulièrement intéressante. Voici le sommaire de cette observation :

« Coup de soleil : délire, puis perte de connaissance; stupeur, prostration; paralysie de la motilité et de la sensibilité dans le bras gauche; éruption de roséole; névralgie frontale ; guérison en quinze jours de tous les accidents. »

Parmi les autres accidents qui peuvent résulter de l'action du soleil, nous signalerons particulièrement les troubles gastro-intestinaux et spécialement la constipation que M. Lacassagne considère comme des phénomènes d'ordre réflexe. Rappelons aussi l'éruption érythémateuse produite par l'action directe des rayons solaires, et qui peut exister d'ailleurs indépendamment de tout symptôme grave, ou coïncider seulement avec une céphalalgie d'intensité variable.

Dans l'exposé des symptômes que nous venons de faire, beaucoup de points intéressants ont été nécessairement laissés dans l'ombre, et nous avons dû nous borner à signaler les faits principaux pour ne pas allonger démesurément cette revue déjà longue ; pour la même raison nous négligerons complètement tout ce qui concerne le diagnostic et la pathogénie de ces accidents, ainsi que le traitement qui doit leur être opposé. Il y aurait là assurément matière à des considérations intéressantes ; mais nous renverrons le lecteur aux travaux que nous avons déjà cités (Vallin, Lacassagne, Hestrés) et à une étude de M. Blachez, sur le même sujet (1) ; nous rappellerons aussi que nous nous proposions seulement dans cette étude, d'appeler l'attention sur les accidents de l'insolation, accidents qui dans leurs formes atténuées sont peut-être moins rares qu'on ne le croit généralement, et qui, surtout dans leurs formes graves, méritent d'être bien connus, en raison des conséquences terribles qu'ils peuvent avoir, même dans nos climats.

A. Sevestre.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1877, p. 517.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE

Les membres du Congrès d'hygiène sont sur le point de terminer leurs travaux. Depuis dix jours ils ont consacré toutes leurs séances du soir à traiter les questions inscrites au programme, et chaque matin, dans trois sections différentes, ils ont reçu des mémoires originaux, entendu des communications suivies de discussions intéressantes. Les courts moments de loisir ont été employés à des excursions ayant toutes un but scientifique. C'est dire assez quelle somme de travail ils ont accompli pendant cette courte période.

Nous ne saurions trop remercier de leur dévouement tous les savants français et étrangers qui ont répondu à l'appel du comité organisateur. En venant étudier les questions scientifiques inscrites au programme, éclairer de leurs lumières les discussions auxquelles elles donnaient lieu, ils ont travaillé pour l'humanité toute entière, ont fait une œuvre éminemment utile, et cette œuvre marquera dans les étapes du progrès et de la civilisation.

De toutes ces discussions, de tous ces travaux il est résulté un fait désormais indiscutable ; c'est que l'hygiène ne doit plus être considérée comme une science accessoire, c'est qu'elle est une des premières et des plus importantes entre toutes. L'hygiène a conquis droit de cité.

Nos représentants élus, nos conseillers municipaux ont dû suivre d'un œil attentif ce qui s'accomplissait, c'est à eux de guérir le mal signalé par les hygiénistes. Ils doivent tenir compte des réformes réclamées, des abus nombreux qui ont été signalés. Comme représentants, qu'ils se fassent l'écho de toutes ces plaintes, et, comme législateurs, qu'ils donnent à la science l'appui et l'autorité de la loi. Comme conseillers municipaux, qu'ils se pénètrent bien de l'importance et se préoccupent avant tout des questions d'hygiène et de salubrité, qu'ils n'oublient pas que : si faire beau est bien, faire sain est encore mieux.

Au Congrès, l'idée de la création d'un ministère de la santé publique a été mise en avant par l'Angleterre, et celle-ci s'occupe activement de la réaliser. La France ne doit pas rester en retard, elle doit s'approprier cette idée et la mettre en pratique le plus tôt possible.

Qu'il nous soit aussi permis d'exprimer un vœu. Deux congrès ont été tenus déjà, l'un à Bruxelles, l'autre à Paris. Ces deux congrès ont fait faire à l'hygiène un grand pas, ils ont aidé à vulgariser les progrès réalisés dans tous les pays. En outre, ils ont servi de lien entre les hommes de science des différentes nationalités, ils leur ont appris à se connaître, ils ont établi une vraie confraternité. Il serait désirable, à notre avis que, à la fin de leurs travaux, les membres du Congrès prennent un lieu de rendez-vous, l'Italie par exemple, fixent une date de réunion, et que cette idée des congrès internationaux d'hygiène, déjà si féconde en résultats, ne soit pas perdue.

Nous aurions voulu, dès à présent, donner le compte-rendu complet de toutes les séances tenues jusqu'à ce jour. Cela nous est malheureusement impossible. Certaines questions, l'hygiène des nouveaux-nés, par exemple, ont exigé jusqu'à trois séances ; dans chaque section quatre et cinq mémoires étaient déposés et discutés, nous avons dû remettre nos compte-rendus à huit jours.

Nous reproduisons *in extenso* les discours prononcés à la séance d'ouverture du Congrès, par MM. Gubler, président et Henri Liouville, secrétaire général.

Discours de M. Gubler

Vous le savez, Messieurs, le Congrès international d'hygiène de 1878 continue l'œuvre éminemment humanitaire inaugurée en 1876 par le grand *Congrès d'hygiène et de sauvetage* de Bruxelles. Pour établir cette sorte d'hérédité, S. Exc. M. le lieutenant général Renard, ministre de la guerre du royaume de Belgique, devait, au début de cette séance, nous transmettre officiellement, pour ainsi dire, la succession dont nous tenons à nous prévaloir. Retenu par ses hautes fonctions, M. le général Renard n'a pu se rendre au milieu de nous. Nous n'entendrons point la parole éloquente du président de l'œuvre du Congrès et de l'Exposition de Bruxelles, mais les regrets qu'il a bien voulu nous exprimer sont consignés dans une lettre empreinte d'une grande élévation d'esprit et dont nous croyons devoir donner lecture à l'assemblée. Ce document, Messieurs, doit être pour le Congrès de Paris comme un parchemin de noblesse, puisqu'il établit historiquement ses liens de parenté avec le célèbre Congrès de Bruxelles, où tant de difficiles problèmes ont été vaillamment abordés, savamment discutés et judicieusement résolus.

En rendant cet hommage aux philanthropes belges qui ont eu le mérite d'instituer les premières grandes assises des sciences hygiéniques, nous faisons plus que d'honorer nos glorieux précurseurs, nous croyons vraiment accomplir un acte de piété filiale.

Malheureusement, Messieurs, l'une des lumières du Congrès de Bruxelles vient de s'éteindre prématurément. Celui qui fut l'instigateur du Congrès de Paris et l'un des meilleurs conseils de notre comité d'organisation, M. Laussedat, manque à notre première réunion ; mais l'esprit de cet homme de bien reste vivant au milieu de nous, et les regrets que sa perte nous inspire seront partagés par les nombreux amis qu'il comptait en France et en Belgique, dans sa patrie orginelle et dans son pays d'adoption.

Honorés Messieurs et déjà chers collègues,

En présence de cet immense concours de savants, de nota-

© BIU Santé

bilités de tout ordre, d'illustrations de tous pays, les initiateurs du Congrès international d'hygiène ne sauraient éprouver qu'un sentiment, celui d'une vive reconnaissance pour l'accueil fait à leur idée par tant d'hommes éminents. Cependant, s'ils avaient pu un seul instant se faire illusion sur l'importance de leurs efforts, le spectacle de cette grande assemblée eût été bien propre à exciter en eux quelque chose comme un léger mouvement de fierté. Un peu de réflexion, à défaut de modestie, aurait bien vite dissipé ces fumées de vanité.

Effectivement, le rôle d'un comité d'organisation, si efficace qu'on le suppose, est tout au plus comparable à celui des causes prédisposantes. Les véritables causes efficientes du succès de l'œuvre, si brillamment inaugurée aujourd hui, vous les trouverez, Messieurs, d'abord en vous-mêmes qui, toujours vigilants et prêts à l'action, semblez munis d'un *microphone* spécialement propre à recueillir et à renforcer les plus légers murmures, les plus douces plaintes exhalées par la souffrance humaine, comme les plus timides appels adressés à votre sollicitude et à votre dévouement. Les autres causes de la réussite de l'œuvre doivent être cherchées en partie dans un concours heureux de circonstances que notre excellent secrétaire général se réserve de vous faire connaître tout à l'heure.

Grâce à cet ensemble de conditions propices, l'organisation du Congrès s'est avancée régulièrement comme un navire bien gouverné dont les voiles sont gonflées par un vent favorable. Nous voici maintenant arrivés au port, tout prêts comme vous-mêmes, Messieurs, à pratiquer le libre échange des idées sur les graves sujets qui vont être soumis à vos délibérations. Quoi de plus grave, en effet, que les questions qui touchent à la santé privée et publique. Pour l'individu, la santé représente à la fois le bien-être corporel et les plus pures jouissances de l'esprit. « *Mon corps, c'est ma lyre,* » disait Ducis dans sa langue poétique. Au point de vue social, une race saine et vigoureuse, c'est la richesse et la prospérité: c'est la puissance matérielle et morale tout ensemble. Mais comment assurer aux populations les bienfaits de la santé?

Deux grandes voies s'ouvrent devant nous: l'une conduit à guérir les malades; l'autre à supprimer les causes de maladie, ou bien à accroitre la résistance organique. Ces deux voies sont convergentes et doivent être parcourues simultanément si l'on veut obtenir la plus grande somme possible d'effets utiles. Toutefois, il s'en faut bien que les deux catégories de moyens soient équivalentes. Dans l'ordre physiologique comme dans l'ordre moral, mieux vaut prévenir que réprimer. De lumineux becs de gaz et de solides garde-fous sont infiniment préférables aux meilleurs bateaux de sauvetage embusqués sous les ponts.

Telle est aussi la raison de la supériorité des procédés de l'hygiène sur ceux de la pharmaceutique. Seulement l'emploi de ces derniers est généralement plus facile. Les applications des préceptes de l'hygiène aux agglomérations d'hommes supposent au contraire une organisation sociale avancée. Aussi la médecine proprement dite était-elle relativement florissante aux époques les plus reculées de l'histoire, tandis que l'hygiène publique, à peine ébauchée par Moïse, Mahomet et les grands législateurs de l'antiquité, est à vrai dire une conquête de la civilisation moderne. Cette nouvelle partie de la science est même plus que toute autre l'ennemie naturelle de l'ancienne médecine. Ses progrès seront de perpétuels empiètements sur le domaine de son aînée, et son influence se développera nécessairement aux dépens de la profession médicale. La suppression des causes de maladies ne peut manquer de créer des loisirs aux guérisseurs qui auraient quelque raison de se prétendre lésés. Eh ! bien, Messieurs, telle est l'abnégation du corps médical que c'est à lui qu'on doit les plus ardents propagateurs, les apôtres les plus convaincus de l'hygiène privée et publique. Ce généreux désintéressement trouvera un jour sa récompense, car pour les êtres collectifs comme pour les individus, la loyauté des intentions et la correction des actes sont au fond toujours d'accord avec l'intérêt bien entendu. La ligne droite, quoi qu'en dise la géométrie, n'est peut-être pas toujours le plus court chemin, mais soyez convaincus que c'est invariablement le plus sûr et le meilleur. Au reste, les intérêts de la médecine ne sont pas aussi sérieusement menacés qu'ils le paraissent, par les envahissements de l'hygiène; son domaine écorné, entamé, indéfiniment amoindri, sera toujours trop considérable.

Certains grands génies de la Grèce nourrissaient, paraît-il, l'espoir chimérique d'anéantir le mal corporel et moral à la faveur d'une bonne éducation et de bonnes lois. A en croire Platon, Socrate aurait considéré la présence de médecins et de juges comme une honte pour la civilisation. Il se peut que cette pensée ait traversé le cerveau d'un philosophe, mais je doute qu'elle ait été exprimée par un sage.

Dans les Etats les plus policés et les mieux gouvernés, il y aura des accidents de voitures et des coups de soleil, des brûlures et des fluxions de poitrine, sans compter le reste.

L'homme le plus civilisé sera exposé aux plaies d'armes à feu aussi longtemps qu'il se livrera à la passion de la chasse; aussi longtemps que les individus ou les peuples, au lieu d'appuyer leurs prétentions sur la raison et sur le droit, feront appel à la force et à la violence. En ceci, comme dans toutes les choses humaines, il y a une part à faire à l'imprévu et à l'inévitable, au hasard et à la passion. D'ailleurs, la suppression de la maladie dût-elle être plus complète que ne l'indiquent nos prévisions, le rôle du corps médical serait loin de perdre toute valeur, puisque c'est encore à lui que la société demanderait les moyens de se défendre contre les causes morbides. Bien plus, il y a tout un ordre de faits ordinairement négligés à l'occasion desquels l'intervention médicale est peut-être plus indispensable encore. Généralement, on n'envisage l'hygiène que par son côté négatif : *éloigner le mal*. On oublie le côté positif qui est de *rechercher le bien*.

Voici, par exemple, le cas de cette horrible dégradation humaine qui s'appelle le goître et le crétinisme. Les causes en sont multiples et difficiles à évaluer ; mais enfin l'indication rationnelle à laquelle obéissent tous les hygiénistes, c'est d'éliminer les principaux facteurs. Assurément leur conduite est louable. Cependant, à côté de ce traitement négatif qui consiste à supprimer les eaux magnésiennes, les causes d'humidité, les ombrages trop touffus et le *frigus opacum* qu'ils entretiennent, ne serait-il pas rationnel de faire descendre les goîtreux dans la plaine, de les inonder de lumière et d'air sec, de les transporter près des sources d'eaux minérales iodurées; de les hospitaliser, je suppose, à Chaudesaigues où ils trouveraient à la fois une thermalité de 81° et une minéralisation bienfaisante.

Beaucoup d'autres cas comportent la même distinction. L'hygiène ne nous enseigne pas seulement à éviter les unions entre scrofuleux, elle nous apprend aussi qu'il est bon de croiser les races afin de doter les produits de l'ensemble des qualités inhérentes aux parents, ou bien de combattre dans les descendants certaines mauvaises dispositions par leurs antagonistes. Cette science nous montre encore la possibilité de modifier les aptitudes, la nutrition, les formes plastiques au moyen des pratiques variées et passablement empiriques du *training*, empruntées à la Zootechnie. En un mot, l'hygiéniste à qui l'on confie des enfants quelque peu chétifs, et délicats, peut en faire des hommes vigoureux ou tout au moins d'utiles citoyens.

Des résultats non moins remarquables sont acquis en *hygiène publique*, dénomination sous laquelle deux ordres de faits se trouvent confondus, à savoir : ceux qui constituent des exemples d'*hygiène privée généralisée*, et ceux qui ressortissent à l'hygiène publique proprement dite. En prescrivant la circoncision et les ablutions à tous les sectateurs de l'Islam le prophète ne faisait que de l'hygiène privée appliquée à tous les sujets. En supprimant une cause qui peut devenir un foyer de contagion ou d'infection chez un malade, on fait réellement de l'hygiène publique. A plus forte raison, lorsqu'on assainit une contrée marécageuse, qu'on épure les eaux potables destinées à l'alimentation d'une grande ville, ou qu'on utilise les eaux d'égouts. L'hygiène publique comprend donc les pratiques dont l'influence doit s'étendre du même coup sur un groupe considérable d'individus ou sur une population entière. A ce seul énoncé il est facile de saisir les diffé-

© BIU Santé

rences profondes qui, dans l'application, la séparent de l'hygiène privée. A celle-ci suffit l'initiative individuelle ou l'autorité du père de famille, guidée par les conseils du médecin. La réalisation des bienfaits de l'hygiène publique, réclame non-seulement les efforts combinés de la médecine et de tous les pouvoirs sociaux, éclairés par l'expérience des siècles et par une science en évolution incessante et toujours progressive; elle exige encore l'exécution de grands travaux d'utilité publique, une administration vigilante et savamment agencée; enfin, une sage et prévoyante législation. Et, pour couronner l'édifice, afin de répondre à la grandeur des intérêts qui sont en cause, la création d'un *ministère de la santé publique*, rêvée par beaucoup de penseurs, est déjà formellement réclamée par quelques hommes pratiques en tête desquels nous plaçons l'un des premiers hygénistes et des plus sages esprits de la Grande-Bretagne, de qui nous espérons une importante communication sur ce sujet.

Dans cette vaste organisation, la médecine, devenue tout à la fois l'art de guérir, de conserver la santé et de perfectionner l'espèce, la médecine agrandie et transformée occuperait nécessairement une place considérable, proportionnée à la multiplicité de ses attributions et à la grandeur des services rendus; seulement pour en bien saisir le rôle, il est indispensable d'établir une distinction préalable. La profession médicale se présente sous deux faces, selon qu'on l'envisage dans ses rapports avec l'individu et la famille, ou bien avec les grandes collectivités et la société tout entière. Certes, la *médecine privée* n'a rien à perdre de son importance ni de son prestige, elle restera toujours honorée parce qu'elle sera éternellement utile et dévouée. Le vrai médecin sera toujours l'ami et la providence du foyer.

Mais à côté d'elle s'élève et grandit une science à peine naissante, mais déjà féconde et pleine de promesses; je veux parler de la *médecine publique*. Ici le savant est doublé de l'administrateur et du légiste: son rôle multiple dont l'importance s'accroîtra avec le temps lui assigne d'avance un rang élevé dans la hiérarchie sociale.

Sans retourner à l'état sacerdotal, comme au temps d'Esculape ou d'Isis, le médecin revêtu de ce caractère public devient en quelque sorte un *magistrat consulaire*, jaloux de veiller à la santé des citoyens et de poursuivre l'amélioration progressive de la race.

Il appartiendra aux grandes sociétés d'hygiène ainsi qu'aux réunions plénières de tous les hommes voués à l'avancement de cette science, de guider les pas incertains de cette magistrature nouvelle, d'indiquer les directions à suivre et d'éclairer l'administration supérieure dans les sentiers difficiles où il lui faudra s'engager. Assurer le présent et préparer l'avenir de l'hygiène privée et publique; telle est donc, Messieurs et chers collègues, la haute mission qui vous est dévolue. Pour atteindre à ce but élevé, vous tous, physiciens et chimistes, vétérinaires et médecins, architectes et ingénieurs, administrateurs et économistes, vous êtes venus mettre en commun le fruit de votre expérience et de vos méditations. Par ses connaissances et sa compétence spéciales, chacun de vous, Messieurs et chers collègues, reflète pour ainsi dire uniquement un aspect particulier de la science; mais ces rayons élémentaires, bientôt réunis au grand foyer du congrès, rejailliront au loin en lumineuses clartés.

Rapport de M. le Dr Liouville, secrétaire-général.

Messieurs,

Le comité d'organisation m'a confié l'honneur d'exposer devant vous les diverses phases par lesquelles a passé l'œuvre que nous inaugurons aujourd'hui. Permettez-moi donc de retenir quelques instants encore votre bienveillante attention.

Le Congrès international d'hygiène de Paris a pris naissance au cours même du congrès international d'hygiène et de sauvetage de Bruxelles en 1876. L'idée fut émise à la dernière séance de cette réunion par l'un des représentants de la France.

Diverses considérations ne permirent pas alors d'en décider l'exécution immédiate; mais elle fut adoptée en principe par les ministres auxquels les délégués français rendirent compte de leur mission. Ce n'eût pas été, en effet, répondre aux nécessités présentes que d'échelonner à de trop longs intervalles ces réunions où les grands problèmes de l'hygiène peuvent être discutés et résolus; et il sembla indispensable d'établir une certaine continuité dans ces études collectives pour arriver à des résultats pratiques.

Aucun moment ne semblait mieux se prêter que la période de l'Exposition universelle pour convier à Paris les hommes qui dans tous les pays s'intéressent aux progrès féconds de l'hygiène.

Aussi, dès que nous fûmes assurés que le gouvernement de la République aurait l'honneur de recevoir tous les peuples dont l'empressement sympathique était un si grand encouragement à tenter des œuvres de paix et de civilisation, les bases du congrès actuel furent de suite établies.

Autour du président de la délégation française à Bruxelles et de ses collègues, se groupèrent d'abord plusieurs de nos confrères, puis bientôt des hommes de toutes professions, ceux enfin qui estiment que dans ces questions de progrès général, personne ne doit se désintéresser en ce qui touche la recherche de toutes les améliorations possibles.

Ainsi fut constitué le *Comité d'initiative*. Chacun se mit résolument à l'œuvre et tous rivalisèrent de zèle pour assurer le succès : Votre présence ici, Messieurs et chers hôtes, venus de points si divers, et à qui nous souhaitons la bienvenue, est pour les organisateurs la meilleure des récompenses.

Personne, assurément, n'en eût mieux senti le prix que notre regretté collègue Laussedat, dont vous avez tout à l'heure salué si sympathiquement la mémoire, lui qui était toujours prêt à consacrer son temps et son expérience aux entreprises utiles à son pays et à l'humanité.

Pour mener à bien l'œuvre ainsi projetée, il fallait tout d'abord nous assurer le concours des promoteurs du Congrès de Bruxelles et nous faire reconnaître par eux comme leurs continuateurs.

L'un des membres du comité, délégué spécialement à cet effet à Bruxelles, reçut du président et du secrétaire général du congrès de 1876 une adhésion formelle à nos projets.

Le gouvernement de la France, désireux de seconder une tentative faite en vue de répondre à l'une des plus impérieuses nécessités du moment, l'étude des problèmes complexes de la santé publique, nous accordait son patronage officiel.

En nous accréditant ainsi près des puissances étrangères, il nous donnait un grand encouragement et témoignait de sa ferme volonté d'entrer dans la voie des améliorations pratiques qui lui seraient signalées.

Pendant ce temps les promoteurs du Congrès avaient préparé tous les moyens d'exécution. Un comité d'organisation se constituait et une circulaire était envoyée dans tous les pays pour annoncer le premier développement de l'œuvre à tous ceux que leur compétence et leurs travaux appelaient à y prendre part.

Nous verrons dans un instant les réponses encourageantes qui furent faites de toutes parts à cette circulaire. Déjà les liens s'établissaient si solides qu'il fallait songer à la mise en œuvre. — L'expérience de précédentes réunions analogues démontra bientôt au comité d'organisation qu'il convenait d'attirer et de concentrer spécialement l'attention de tous les hygiénistes sur un certain nombre de points d'un intérêt actuel et urgent.

Six questions furent choisies et le programme fut formulé de telle sorte qu'elles pussent servir de bases à des discussions pratiques. Mais comme d'autre part le comité désirait avant tout, qu'aucune question utile ne fût exclue, qu'aucun travail sérieux ne fût éloigné, il décida que toutes communications pourraient être faites au congrès, sous réserve d'en référer quelque temps à l'avance à l'examen d'une commission.

Ces questions émanant de l'initiative privée seront réservées aux séances du matin, séances pour lesquelles une division en sections dût être établie.

Les séances de l'après-midi furent, par contre, destinées à la discussion des *questions du programme*. Les rapporteurs désignés pour chacune d'elles ont rempli leur mission, comme

© BIU Santé

ils l'avaient annoncé et les membres adhérents du congrès ont pu prendre une connaissance suffisante de ces travaux imprimés.

Vous avez reçu, Messieurs, les six rapports qui vous permettront de donner à vos séances générales un intérêt tout exceptionnel. Les discussions portant sur des sujets bien déterminés y gagneront à tous égards. Une notable partie des faits connus étant ainsi d'abord établis, l'argumentation sera plus serrée — et les faits nouveaux apportés par l'orateur seront assurément mieux mis en lumière.

Les appréciations pourront être préparées à l'avance par tous et non plus improvisées par quelques-uns à l'audition plus ou moins complète d'une simple lecture publique, comme cela se présentait d'ordinaire. Il ne nous appartient pas d'émettre une opinion sur la valeur de ces rapports, mais ce que nous ne saurions passer sous silence c'est le soin avec lequel ils furent préparés par leurs auteurs et discutés par les commissions spéciales, chargées d'en autoriser la publication.

Nous vous devons maintenant un mot d'explication sur nos moyens d'existence. Ils ne vous éblouiront point. Le congrès international d'hygiène de Paris devait vivre de ses propres ressources : il devait suffire lui-même à toutes ses dépenses par les cotisations de ses membres nationaux. Toutefois le ministère de l'agriculture et du commerce, après l'avis favorable des commissions compétentes, lui a accordé par décret l'autorisation de prendre place au milieu des autres congrès de l'Exposition, et permis l'installation de l'agence au palais des Tuileries.

Le conseil municipal de la ville de Paris, qui prend tant d'intérêt aux recherches concernant les applications multiples de l'hygiène privée et publique, vota, sur la demande du comité d'organisation, une subvention à notre œuvre, et, comme il l'avait fait à Bruxelles, il décida d'envoyer des délégués pour les représenter au Congrès. Nous les prions de porter à la représentation municipale de Paris l'expression de notre profonde reconnaissance.

A mesure que le nombre des adhérents augmentait, le comité sentit de plus en plus la nécessité de provoquer l'envoi de délégations des gouvernements, des ministères, des municipalités et des diverses sociétés savantes. Nous regardons comme un honneur de saluer ici leur présence.

Il nous est impossible de citer tous les noms des hommes éminents qui ont fait parvenir leur adhésion. Aujourd'hui le nombre des membres est de 1,050, dont 528 étrangers. Nous comptons parmi eux tout d'abord 212 Belges qui sont ainsi venus en grand nombre confier à notre œuvre naissante la tradition, et nous donner comme l'espérance du succès qu'obtint chez eux le Congrès de 1876. Les autres nationalités sont ainsi réparties :

Belgique, 212; Angleterre, 74; Italie, 51; Amérique, 32; Espagne, 27; Allemagne, 17; Russie, 20; Autriche-Hongrie, 9; Portugal, 9; Suisse, 7; Pays-Bas, 9; Grèce, 5; Suède-Norwége, 4; Empire ottoman, 4; Danemark, 3; Roumanie, 3; Grand duché de Luxembourg, 2; Chine, 2; Japon, 1; Maroc, 1.

Vous savez, Messieurs, à quels travaux vous êtes conviés : nous vous proposons le plan de répartition suivant, basé sur la distinction fondamentale en séances du matin et en séances du soir, et sur le nombre des questions à débattre.

.....

Nous avons pensé qu'à côté des discussions théoriques il pouvait y avoir utilité à faire ensemble quelques excursions intéressant les problèmes dont la solution pratique doit être la conclusion de nos méditations et de nos observations.

Nous avons donc choisi celles qui visaient le plus directement les questions en discussion.

Ainsi pour le dimanche 4 août : Visite à l'Ecole Monge et à l'hôpital Ménilmontant. Pour le mardi 6 : Excursion à la presqu'île de Gennevilliers et visite aux égouts de la ville de Paris. Enfin, le jeudi 8, vous êtes conviés à examiner les cités ouvrières des usines de M. Menier à Noisiel. Tel est, Messieurs, l'ordre actuel des travaux du Congrès de 1878.

En terminant, nous rappellerons que, fidèles à la sage décision de nos prédécesseurs, nous pensons que le Congrès ne doit pas prendre de *résolution par vote* sur les questions soumises à son examen. Le Congrès qui fait l'enquête, et qui doit la faire aussi complète, aussi libre que possible, prépare la voie au législateur et à l'administrateur, sans empiéter sur le domaine de l'un ou de l'autre.

Ce qu'on demande à des réunions comme celles-ci, c'est de jeter sur les questions controversées le plus de lumière possible. Aussi, avons-nous fait appel, non-seulement aux médecins, mais à tous les autres savants et observateurs, à tous ceux enfin qui, par leur situation, leurs études ou leur compétence spéciale concourent à établir et à appliquer les règles de l'hygiène.

Vous avez répondu en grand nombre à notre appel. Au nom de notre pays, nous vous en remercions. A vous maintenant, Messieurs, de faire naître de cette libre et laborieuse association, des résultats qui marquent une étape dans la voie du progrès, et hâtent la solution pratique de réformes utiles à tous.

Visite à l'Ecole Monge.

Dimanche 4 août, à 9 heures du matin, les membres du Congrès d'hygiène, suivant le programme indiqué (voir le n° 31) visitaient l'Ecole Monge. MM. Godard, directeur de l'Ecole, et Degeorge, architecte, les accompagnaient dans cette visite et leur faisaient les honneurs de l'établissement. La visite a duré deux heures.

L'Ecole Monge est un établissement secondaire qui conduit les élèves aux examens du baccalauréat et aux concours d'admission aux Ecoles du gouvernement. Cet établissement fondé en 1869, est entièrement dû à l'initiative privée; on a cherché à y réaliser les meilleures conditions d'hygiène. M. Godard directeur a, dans une petite conférence, donné un aperçu du mode d'instruction que reçoivent les élèves, il a indiqué les programmes des études et les réformes qu'il avait apportées. Ces questions pédagogiques n'ont point leur place ici; nous remarquerons cependant : que les heures d'études et de classes sont moins continues que dans les lycées, elles sont plus souvent interrompues par des récréations (six par jour donnant 4 heures de repos). Disons aussi que de 7 à 9 ans l'instruction est donnée par des dames et que les résultats paraissent excellents.

Au point de vue de l'hygiène, voici les remarques forcément restreintes que nous avons pu faire dans cette courte visite. Les classes sont spacieuses, leurs dimensions sont calculées pour que chaque élève ait 20 m. cubes d'air. Elles sont éclairées de deux côtés par de grandes fenêtres; celles-ci ne s'ouvrent pas en dedans, mais par un système de contre-poids elles peuvent par glisssement s'ouvrir dans la moitié supérieure et la moitié inférieure. Le jour qui vient de droite est moins vif que celui qui vient de gauche, les classes prenant du côté droit jour sur une grande cour vitrée. Le soir l'éclairage se fait au moyen du gaz. Le chauffage est obtenu au moyen d'eau chaude amenée par des conduits; la ventilation est assurée par des prises d'air spéciales.

Les dortoirs sont bien aménagés; un système de lavabos où l'eau coule à volonté suffit à tous les soins de propreté; des cabinets d'aisances sont à proximité de chaque dortoir. Ces dortoirs sont chauffés. Pour la 1re division (7 à 12 ans) le lever a lieu à 6 h. et demie, le coucher à 8 h. pour la 2e (12 à 19 ans), le lever est à 6 h. et le coucher à 9 h. Le réfectoire est dallé, on peut le laver à grande eau, on y affiche le menu de chaque semaine.

Les lieux d'aisance ont attiré spécialement l'attention de l'architecte; ils réalisent un réel progrès. Les matières s'en vont directement à l'égout après avoir passé dans un système diviseur; l'appel direct des gaz est facilité par un courant d'air chaud obtenu au moyen de becs de gaz qui brûlent continuellement dans la cheminée d'appel. Aucune odeur ne se fait sentir. Les siéges sont disposés de manière à ce qu'il soit impossible d'y monter debout (ils ont la forme d'un tronc d'arbre), la cuvette est ovalaire, la couronne de la cuvette est en bois, mobile, et peut se changer facilement. Un filet d'eau coule constamment dans la cuvette.

L'infirmerie contient 4 lits; une pharmacie et un laboratoire, sous la direction d'un interne, y sont adjoints. A l'étage supérieur se trouvent 5 chambres destinées à l'isolement, dans

© BIU Santé

les cas de maladies graves ou contagieuses. Les bains sont bien disposés. Les élèves prennent deux bains de pied par semaine et deux grands bains par mois. Ils sont conduits aux bains froids pendant l'été.

Les récréations sont prises dans des cours spacieuses et bien aérées; en cas de mauvais temps, dans une immense cour couverte occupant le centre de l'établissement. Deux toits superposés et laissant entre eux un espace de 1 mètre y donnent une aération suffisante. Cette cour a un sol d'asphalte; à chaque extrémité des fosses contenant de la sciure de bois sont disposées au bas des gymnases. Dans cette cour vitrée se font les exercices gymnastiques et militaires. Ils sont obligatoires pour tous les élèves, et ont lieu tous les jours pendant une heure. Les promenades sont obligatoires, elles se font tous les jeudis si le temps le permet; les élèves sont conduits en voiture à la campagne.

L'impression générale sur l'établissement est bonne; sous tous les rapports on a cherché à réaliser les progrès de la science. Nous trouvons cependant que là n'aurait pas dû se borner la visite des membres du Congrès. Ce n'était pas seulement une école modèle destinée aux enfants riches qu'il aurait fallu faire visiter; mais ainsi que cela avait eu lieu à Bruxelles, il aurait fallu conduire les savants hygiénistes dans nos écoles primaires, dans nos salles d'asile. Il se serait certainement produit des critiques; des améliorations à faire auraient été indiquées et nous aurions pu les mettre à profit dans l'intérêt de ceux qui les fréquentent, c'est-à-dire de la majeure partie des enfants de la population de Paris.

Visite à l'hôpital Ménilmontant.

A 3 heures, MM. Brelay, Ser et Mourlon, délégués à cet effet par l'Assistance publique, recevaient à l'hôpital Ménilmontant les membres du Congrès qui, sous leur direction, ont fait une visite détaillée des bâtiments destinés aux malades et des différents services spéciaux.

Nous ne donnerons pas une description de cet hôpital auquel le *Progrès Médical* (1) a déjà consacré deux articles. Nous sommes heureux cependant de constater qu'une partie des critiques qui ont été énoncées se trouve d'accord avec celles que nous avions formulées. Un des délégués de l'Assistance auquel ces critiques chatouillaient sans doute désagréablement les oreilles, disait à mi-voix à l'un de ses collègues : « Quelle diable d'idée M. Michel Moring a-t-il eue de nous envoyer les membres du Conseil d'hygiène? » Nous ne dirons pas comme lui et au contraire, nous approuvons complètement M. Moring d'avoir saisi cette occasion de la présence à Paris des hygiénistes les plus compétents de l'Europe, pour leur demander leur avis sur un hôpital récemment construit, et qui représente certainement ce que nous avons de mieux sous ce rapport. Les critiques ont porté sur plusieurs points; nous les énumérerons sans donner d'appréciation.

Le pavillon d'isolement destiné aux femmes en couches serait placé trop près du voisinage du service des morts. A chacune des chambres des malades attient un petit cabinet noir où l'air se renouvellera d'une manière tout à fait insuffisante. Primitivement destiné à servir de débarras, ce cabinet pourrait devenir un foyer de miasmes; l'ingénieur a affirmé qu'il ne serait pas employé. Les chambres seraient trop basses d'étage.— Au service des bains, les baignoires sont deux par deux, l'espace que ces baignoires laissent entre elles est insuffisant pour donner passage à une personne; on y a vu une cause d'inconvénients dans le cas où un malade aurait besoin d'un prompt secours.— On a signalé aussi un fossé profond, situé près du bâtiment de la pharmacie qui présentera de grandes difficultés pour le nettoyage;—la trop grande hauteur (5m,45) des salles de réfectoire destinées aux gens de service; le système de construction des lieux d'aisances attenant aux salles des malades. Enfin, l'absence d'une salle de désinfection pour la literie et les vêtements, comme il en existe actuellement à Londres et à Bruxelles. Nous croyons savoir, relativement à ce dernier point, qu'un appareil destiné à la désinfection sera prochainement construit.

(1) Voir les nos des 29 juin et 20 juillet 1878.

Banquet du Congrès d'hygiène.

Le même soir, un banquet de deux cents couverts réunissait à l'hôtel Continental, les membres du Congrès. Que Messieurs les organisateurs reçoivent nos compliments les plus sincères sur la façon splendide dont la fête était organisée. A 7 heures 1/2, M. Gubler, président, prend place à la table d'honneur. A ses côtés nous remarquons : MM. Thulié, président du Conseil municipal de Paris, Bouley, Fauvel, Emile Trélat, Crocq (Belgique), baron Maydell (Russie), Chadwick (Angleterre), Pacchioti (Italie), etc., etc.

La plus franche et la plus aimable cordialité a régné pendant toute la fête. Les nationalités avaient disparu, il n'y avait plus que des hommes venus de partout pour combattre l'ignorance et les préjugés, pour apporter leur lumière dans des questions d'hygiène, questions vitales par excellence, fraternisant au nom de la science et de l'humanité.

Au dessert de nombreux toasts ont été portés.

M. Gubler, président du Congrès, prononce l'allocution suivante :

Messieurs, au nom des organisateurs du Congrès, je vous remercie de votre présence réelle ; au nom des membres nationaux, je salue cordialement nos collègues étrangers. J'ai dit collègues, j'aurais dû dire confrères.

Où cette fleur rare qu'on appelle la confraternité, où même la fraternité véritable pourra-t-elle s'épanouir sinon au milieu de nous, dans un Congrès d'hygiène? Ici, point de rivalités jalouses, tout se borne à l'émulation dans le bien. Nous faisons la guerre aux préjugés, aux abus, nous menaçons d'extermination les causes nuisibles à nos semblables, voilà notre rôle. La fraternité trouve donc facilement sa place parmi nous.

Je bois à nos collègues étrangers et spécialement aux délégués des gouvernements et des sociétés savantes qui sont comme une émanation des autres peuples, comme un rayonnement de leur sympathie envers nous. Je demande aussi la permission de porter un toast nominatif en l'honneur du Nestor des hygiénistes de la Grande-Bretagne, en l'hônneur de M. Chadwich, l'un des plus illustres représentants de la science que nous cultivons.

M. Chadwich, délégué de l'Angleterre, parle de la création d'un ministère de la santé publique dont l'idée a été émise par lord Beaconsfield. Il espère que les autres pays s'approprieront cette idée et la mettront en pratique. Il termine en souhaitant que cette création passe bientôt du domaine de l'hypothèse et de la discussion dans celui de la réalité et des faits accomplis.

M. Finkelnbürg, de Berlin, cause sur l'importance de l'hygiène. Il boit à la santé des membres du Congrès et du président.

M. le baron Maydell, délégué de la Russie porte le toast suivant :

Mes compatriotes m'ont fait l'honneur de me nommer leur président et ce n'est qu'à ce titre que j'ose prendre la parole. Ce n'est pas pour dire quelque vérité nouvelle, il est difficile de dire du nouveau à Paris ; mais c'est pour répéter et encore répéter cette grande vérité que la science n'a pas de patrie restreinte, qu'elle n'est pas à une nation, à une race, mais qu'elle est cosmopolite dans le sens le plus large du mot. Nous, Messieurs, qui avons accepté la mission de répandre chacun selon ses forces la lumière sur l'univers, nous ne devons jamais admettre une différence de race.

La science, cette vierge éternellement jeune et chaste quoiqu'ayant des milliers d'enfants, la science nous a tous également nourris et développés ; c'est avec son lait et à son sein que nous avons fraternisé ! et, devenus forts, nous rejetons toute nourriture artificielle, source véritable de rachitisme moral et physique.

C'est pour un toast, du reste, que j'ai dû parler ; mais je ne vous engage pas à vider votre verre en l'honneur de la science, notre mère commune. Ce serait boire à notre propre santé, ce serait un toast *pro domo*. Non, je vous engage à porter la santé de cette nation si féconde en grands génies et si aimable dans le commerce social, cette nation qui nous offre à l'instant même une si large hospitalité : A la santé de la grande nation française !

M. le Dr Félix, délégué de la Roumanie.

J'ai l'honneur de représenter ici un petit pays au bord du Danube, qui porte une vive reconnaissance à la France. La France nous a prêté son appui pour cultiver nos aspirations nationales et politiques, bien des fois elle nous a témoigné ses sympathies, aujourd'hui encore la lumière intellectuelle de la France envoie ses rayons presque dans notre pays; car, un grand nombre de nos médecins, de nos magistrats, de nos professeurs, de nos ingénieurs, sont venus étudier en France.

Tout récemment la France a soulagé nos souffrances en nous envoyant des médecins et du matériel. J'avais, moi-même, l'honneur de diriger un des hôpitaux militaires, dans lequel des médecins français partageaient avec nous, Roumains, les fatigues d'un service médical en campagne.

© BIU Santé

Permettez-moi, messieurs, de porter un toast à la prospérité du noble peuple français. Vive la République française !

M. le Dr Louis de Grösz, de Buda-Pesth, délégué de l'Autriche-Hongrie, rappelle quel a été l'initiateur du Congrès de Bruxelles en 1876, et boit à la santé du général Renard ministre de la guerre.

M. Jadesholm, délégué de la Suède, dit que le nom français suffira toujours pour faire vibrer le cœur d'un Suédois. Il boit à la France.

M. Polichronie, de Bucharest, ancien élève de l'école de Paris, porte un toast à la Faculté de médecine.

M. Patroubani, délégué de la municipalité de Buda-Pesth :

Messieurs, je propose de porter un toast au succès de l'œuvre glorieuse entreprise par la France en l'honneur de la paix et du travail. Je propose de boire à la France, la nation de l'humanité et de la paix. Vive la France ! Vive la municipalité de Paris !

C'est de Paris, Messieurs, que jaillit cette sublime lumière de l'esprit qui engendre de si grandes choses. C'est à la France que nous devons de nous trouver ici réunis pour nous féliciter des progrès accomplis dans la science, et pour nous faire part de nos mutuelles sympathies. Encore une fois : Vive la municipalité de Paris !

M. Thulié, président du Conseil municipal de Paris :

Messieurs,

Je viens d'entendre porter un toast à la ville de Paris. Je ne puis me dispenser d'y répondre au nom des Parisiens. Certes, vous n'avez pas à nous remercier de vous avoir reçus, vous avez trop fait pour nous, tout le bénéfice du Congrès d'hygiène sera pour la ville de Paris. Dans vos discussions d'hier, dans celles de demain, il a été et il sera question de choses qui nous intéressent au plus haut point, non-seulement nous, Parisiens, mais aussi toutes les populations suburbaines à plusieurs lieues à la ronde. Nous avons été bien heureux, Messieurs, lorsqu'on a demandé à la ville de Paris une subvention pour ce Congrès d'hygiène, de pouvoir l'accorder au plus vite.

Ne croyez pas, cependant, que nous avons été mus uniquement par des considérations d'intérêt municipal. Non, ce n'est pas là le sentiment qui nous a poussés à accorder la faible somme qui vous a été allouée pour votre Congrès; il y a là une question plus haute et plus élevée. Il est de toute évidence, en effet, qu'il fallait, dans un moment comme celui-ci, dans ce moment où la ville de Paris convie dans ses murs le monde entier par la manifestation la plus éclatante de ce que peuvent l'intelligence et le travail; il fallait, dis-je, encourager, protéger, faciliter le groupement de tant d'hommes éminents, de tant de hautes intelligences accourues pour répondre à notre invitation. Nous n'avons donc pas seulement travaillé pour nous, mais pour tout le monde; nous avons travaillé pour l'humanité tout entière.

Vous avez pu juger aujourd'hui, Messieurs, ce qu'est la France, et c'est avec la joie la plus vive que je viens de voir des orateurs étrangers boire à notre malheureux pays, boire à notre pauvre France mutilée et martyrisée; je tiens à les remercier ici, et je désire que, de retour chez eux, chacun dans sa patrie dise bien que cette population française, qu'on accuse de tant de choses et surtout d'instincts sanguinaires et belliqueux, que chacun proclame bien haut que cette nation est une nation de paix, de travail et de science. Non, Messieurs, la France, la vraie France, celle qui pense, la France patriote, celle-là n'a pas demandé la guerre, celle-là n'a pas voulu voir couler le sang, celle-là ne s'est jamais réjouie lorsqu'elle a vu partir ses armées, lorsqu'elle a vu s'élever des conflits; celle-là n'était pas joyeuse parce qu'elle savait qu'elle avait tout à y perdre, ses frères, ses enfants, la vie des travailleurs, c'est-à-dire ses forces vives, et des intelligences précieuses, c'est-à-dire sa gloire.

Répétez-le donc bien, Messieurs, nous sommes une nation de paix, nous ne demandons, nous ne voulons qu'une chose : la grandeur par l'intelligence et par le travail; pour nous, la grandeur des armes n'est qu'une grandeur illusoire et criminelle; c'est l'état sauvage, c'est le retour à l'état primitif. La grande, la véritable gloire, c'est l'union par l'intelligence de l'humanité entière pour le bien-être commun.

Je bois à la science internationale !

M. Van de Loo (Hollande) rappelle les services de la vieille école française. Il porte un toast aux hygiénistes contemporains, et à la France, la nation humanitaire. M. Richardson, délégué de Philadelphie, porte en anglais le toast suivant que M. Smith traduit à l'assemblée :

Messieurs, la République américaine souhaite à sa sœur, la République française, tout le succès possible dans l'œuvre éminemment humanitaire qu'elle a entreprise. Elle souhaite un heureux avenir à l'hygiène universelle. Bien qu'un des plus jeunes membres de l'Université de Philadelphie qui est elle-même la plus ancienne du Nouveau-Monde, j'ai tenu à prendre ici la parole pour que par cette alliance du neuf et du vieux, du jeune et de l'ancien, les compliments de bienvenue, les souhaits de prospérité et les sentiments fraternels que je vous apporte, forment un ensemble plus complet et plus intime. Je bois à la République française et au succès du Congrès d'hygiène.

M. Bambas, agrégé d'hygiène à l'Université d'Athènes, délégué de la Grèce :

Messieurs, je me reprocherais d'avoir manqué à un de mes devoirs, si je laissais passer cette occasion de remercier les savants organisateurs du Congrès d'hygiène de Paris de l'aimable invitation qu'ils ont bien voulu adresser à la Grèce.

Je porte en même temps un toast au nom de mon pays à cette noble et généreuse nation de France qui de tout temps a eu l'initiative des grandes idées et à laquelle nous devons notre indépendance.

M. Jäger, d'Amsterdam, boit à la science et rappelle cette idée de Lamartine, que « l'intelligence finira par gouverner le monde. » — M. Lubelski (Pologne) :

Messieurs, on a de tout temps assimilé la France à un soleil ; on parlait autrefois du roi-soleil, nous parlerons aujourd'hui du peuple soleil, car la France scientifique est un véritable soleil dont les rayons se répandent sur le monde.

Permettez-moi, Messieurs, de porter un toast à la presse scientifique française, qui vient nous apporter dans nos pays des nouvelles toujours bien venues et bien reçues. Je bois à la presse médicale française.

M. Caballo (Espagne) porte un toast à la confraternité universelle dans la science.

M. Lancia di Brolo, de Palerme, boit à la ville de Paris, qui justifie si bien sa devise « *Fluctuat nec mergitur* » et qui, malgré toutes les péripéties, va toujours de l'avant.

M. Pacchiotti, de Turin, porte un toast aux hommes dévoués qui ont organisé le Congrès d'hygiène. Il rappelle ce qu'il leur a fallu d'efforts et de travail. On doit remercier ces vaillants organisateurs qui passent inaperçus, car on n'accorde de gloire qu'à ceux qui font des discours et apportent des idées nouvelles et on oublie trop généralement ceux qui ont tout préparé. — M. Gubler, président :

Je ne veux pas, Messieurs, que vos applaudissement restent anonymes, et je tiens immédiatement à vous donner les noms des cinq organisateurs du Congrès. Ce sont MM. Liouville, secrétaire-général, Lacassagne et Napias, secrétaires-généraux adjoints, Martin et Dubuisson, secrétaires. Ce sont eux les ouvriers de la première comme de la dernière heure.

M. Colluci-pacha (Egypte) boit à la France et la remercie d'avoir été la première à apporter la civilisation dans son pays.

M. Crocq, sénateur, délégué de la Belgique, prononce ensuite un puissant et éloquent discours.

Le président, interprète des sentiments unanimes, termine la séance en remerciant les orateurs des sentiments qu'ils ont bien voulu témoigner à la France.

Nous aurions voulu pouvoir reproduire en entier ces discours si élevés dans leurs idées et qui renferment des paroles si sympathiques pour notre pays. Ces témoignages de dévouement et d'ardente amitié venant de bouches si autorisées, apportés par les délégués des différentes nations nous sont particulièrement chers. Ils nous ont montré que nous pouvons toujours, et à juste titre, être fiers de notre pauvre patrie mutilée et si cruellement éprouvée. Ils ont été pour nos cœurs un baume bienfaisant qui aidera à cicatriser des blessures encore saignantes. Merci aux adhérents étrangers qui ont bien voulu prendre part à notre Congrès. A. Blondeau.

Suivant le programme que nous avions donné, trois excursions des plus intéressantes ont encore eu lieu. Mardi 6 août, les membres du Congrès ont visité le matin la plaine de Gennevilliers et ses travaux d'irrigation sous la direction de M. Durand-Claye; et le soir les égouts de Paris. Jeudi dernier, ils se sont rendus à l'usine de Noisiel qu'ils ont vue en détail, ainsi que les cités ouvrières dépendant de l'usine. En l'absence de M. Ménier père, retenu à Paris par une légère indisposition, MM. Menier fils ont reçu les visiteurs. Les membres du Congrès garderont de leur visite un excellent souvenir, et se rappelleront toujours avec plaisir le charmant et sympathique accueil qui leur a été fait.

A. B.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 août 1878. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. VIGOUROUX fait une communication *sur la théorie physique de la métalloscopie*. On est à peu près d'accord, dit-il, pour considérer les phénomènes de la métalloscopie comme liés intimement à une action électrique. En quoi consiste exactement cette action, à quelle classe de faits électriques faut-il la rapporter? C'est ce qui n'est pas encore bien établi. M. Regnard a montré que le courant galvanique, dans certaines conditions d'intensité, donne les mêmes résultats que les applications métalliques et que deux pièces d'un même métal placées sur la peau et réunies par les fils d'un galvanomètre très-sensible sont traversées par un courant. Depuis ces recherches on répète volontiers que les métaux n'agissent que parce qu'ils déterminent des courants à la surface de la peau. C'est la thèse adoptée par M. Onimus dans une communication faite, la semaine dernière, à la Société de Biologie. D'après le résumé que nous avons sous les yeux, son opinion pourrait être formulée ainsi : action chimique sur le métal, par suite production d'un courant, enfin induction exercée par ce courant sur ceux qui existent dans l'organisme. Le phénomène initial et essentiel serait l'action chimique des sécrétions cutanées sur le métal.

Nous avons rapporté autrefois des expériences où cette action chimique n'est modifiée en rien et où cependant l'effet habituel du métal est complètement empêché ; par exemple, la superposition d'un autre métal à celui qui est en contact avec la peau. Or il faut, pour que cet empêchement ait lieu, que le sujet en expérience ne soit pas *sensible* au métal surajouté : condition dont on ne voit pas le rapport avec l'action chimique de la peau qui reste invariable.

De plus, on obtient les effets des métaux par des procédés électriques où l'on ne peut évidemment supposer l'existence d'un courant ; l'électricité de frottement, entre autres, reproduit tous les phénomènes métalloscopiques avec un degré supérieur d'énergie.

Ainsi, d'une part, l'action chimique de la peau sur le métal n'est pas la condition essentielle du phénomène électrique et, d'autre part, ce phénomène électrique n'est pas nécessairement un courant. Il faut donc chercher ailleurs la base d'une explication.

Nous avons indiqué ailleurs un fait qui montre bien le mode d'action du courant. Le voici : une pile étant bien isolée, l'application *d'un seul* de ses pôles sur la peau, donne lieu aux mêmes modifications de sensibilité que le courant lui-même.

Ce qui agit ici, c'est évidemment la *tension* électrique de ce pôle unique. Lors donc que l'on fait passer un courant, on a d'abord et surtout cette même action *unipolaire* sur deux points différents.

Le courant lui-même, c'est-à-dire le transport de l'électricité de l'un des pôles à l'autre, paraît donc absolument insignifiant au point de vue des modifications métalloscopiques (de sensibilité, de circulation, de mouvement, etc.) Nous ne arrêterons pas sur ce résulat qui nous semble important à d'autres points de vue ; on pouvait le prévoir en observant que le courant d'un seul élément a, pour produire les phénomènes en question, exactement la même efficacité que le courant de trente ou plus, ce qui implique une condition indépendante du courant lui-même.

Cette simple expérience indique notre manière de voir. Nous croyons en effet que la condition première de la production des phénomènes dits métalloscopiques est une *variation en plus ou en moins, d'une durée différente suivant les sujets, de la tension électrique sur un point de l'organisme.*

Que cette variation existe dans les procédés mentionnés ci-dessus, cela n'a pas besoin d'être démontré ; mais pour ce qui est des applications métalliques elles-mêmes, quelques éclaircissements sont nécessaires. Les physiciens admettent maintenant le simple contact comme source d'électricité, conformément à la théorie de Volta. On connaît l'expérience fondamentale de Volta : Deux métaux se chargent d'électricité différente, par le seul fait de leur contact, indépendamment de toute action chimique. Ce qui a lieu pour deux métaux a lieu également pour un métal et un liquide, etc. La force électromotrice ainsi développée varie suivant la nature des substances accouplées : quand il y a plusieurs substances disposées en séries, la distribution de l'électricité est donnée par la *loi des tensions*. On trouvera l'exposé complet de la théorie dans l'ouvrage de M. Mascart sur l'électricité statique. Inutile d'ajouter que l'électricité provenant des actions chimiques n'est pas négligée pour cela ; mais c'est un phénomène distinct.

Il nous a semblé que ces considérations permettent de se rendre compte de ce qui se passe dans l'application d'un métal. Elles nous paraissent notamment donner la clef de l'expérience de deux ou plusieurs lames métalliques superposées.

Nous avons constaté que plusieurs métaux s'électrisent négativement au contact de la peau ; mais, il faut le dire, ces observations électrométriques sont extrêmement délicates. L'excitation unipolaire dont la tension est toujours facile à déterminer, fournira sans doute un moyen commode d'établir des comparaisons.

M. ONIMUS parle dans sa note du platine auquel il semble faire une place à part. Au point de vue métalloscopique ce métal ne nous a pas paru différer des autres ; il y a des malades sensibles au platine comme d'autres plus nombreux le sont au fer ou au zinc. Au point de vue électrique, nous avons, l'an dernier, signalé les propriétés particulières qu'acquiert le platine après qu'il a été traversé par un courant *très-faible*, propriétés qui le rendent apte à agir métalloscopiquement comme l'aimant ou les métaux actifs.

Il est bien évident que cette manière de comprendre la condition la plus générale des phénomènes ne peut être présentée comme une théorie complète et définitive. Il y aurait même à faire une réserve : Dans les expériences sur l'électricité de contact, l'état de poli et de netteté des surfaces a une grande influence sur les phénomènes. Dans les applications métalloscopiques, ces conditions, bien qu'elles ne soient pas absolument négligeables, paraissent beaucoup moins importantes. Elle ne donne pas *a priori* la raison pour laquelle tel métal agit chez un malade et pas chez un autre. Pourtant il est très-probable que le minimum de la variation de tension nécessaire est différent suivant les individus et que la sensibilité métallique n'a lieu qu'à l'égard du métal dont le contact avec la peau donne une force électro-motrice, correspondant à ce minimum ; ce qui concorderait avec les faits observés par M. Regnard, dans ses expériences sur les courants très-faibles (d'ordre physiologique).

Fût-on fixé sur le fait physique extérieur primordial, il resterait encore à étudier l'enchaînement des faits physiologiques dont il est le point de départ. Parmi ces faits, un des plus singuliers est le mode de propagation des phénomènes. Elle se produit de proche en proche, à la fois en surface et en profondeur, suivant certaines lois très-simples, mais absolument indépendantes de toute distribution nerveuse ou vasculaire.

Un autre fait qui a été davantage signalé est le *transfert*. Nous rappellerons qu'il présente trois variétés : 1° Anesthésie déterminée par l'apparition de la sensibilité sur le point symétrique ; c'est le cas le plus connu ; 2° réciproquement sensibilité déterminée par l'apparition de l'anesthésie ; 3° anesthésie déterminée par la production de l'anesthésie. Ce retentissement à distance se fait non-seulement d'une moitié latérale du corps à l'autre, mais aussi d'un membre supérieur au membre inférieur du même côté.

Nous avons eu récemment l'occasion de vérifier une fois de plus tous les faits d'expérience mentionnés dans la présente note, chez une malade du service de M. le professeur Charcot. Ce qui donnait un intérêt particulier aux expériences, c'est que le phénomène réactif était ici la production d'une contracture, c'est-à-dire quelque chose d'objectif et tangible.

Le *Progrès médical* insérera l'observation *in extenso* ; nous ne nous arrêterons donc pas davantage sur ce sujet. Mais avant de terminer, nous répondrons quelques mots à une appréciation de M. Onimus. Nous pensons comme lui en ce qui concerne l'importance, pour la physiologie générale, des recherches suivies actuellement à la Salpêtrière ; mais nous croyons qu'il en méconnaît la valeur pratique.

Ne fût-il question que du traitement de l'hystérie, les résul-

© BIU Santé

tats obtenus ne seraient certes pas à dédaigner, car on sait combien la thérapeutique usuelle est impuissante en face de certains accidents de l'hystérie et notamment de la contracture; mais il n'y a pas que l'hystérie qui soit justiciable de la métalloscopie ou des procédés dont celle-ci a été le point de départ. Sans parler des trois cas d'hémianesthésie de cause organique, publiés, et de quelques autres du service de M. Charcot, je puis affirmer, d'après une pratique déjà étendue, qu'une foule d'autres affections sont modifiables par les nouvelles méthodes, ainsi d'ailleurs que l'avait annoncé M. Burq.

M. Franck communique une *note sur le défaut de subordination des mouvements de la pupille aux modifications vasculaires*, sur la distinction des *nerfs ciliaires en constricteurs et dilatateurs de l'iris et sur les rapidités différentes du resserrement et de la dilatation*. Dans une précédente communication (20 juillet 1878), j'ai présenté à la Société les résultats de recherches tendant à faire rejeter la subordination des mouvements de l'iris aux modifications vasculaires, dans le cas de section et d'excitation du cordon sympathique cervical, d'arrachement du ganglion cervical supérieur, de section et d'excitation des filets supérieurs de ce ganglion. Les expériences dont je soumets aujourd'hui les résultats à la Société, étaient déjà faites lors de ma précédente communication, mais j'ai tenu à les reprendre méthodiquement afin de pouvoir en donner les conclusions avec plus de netteté : Ces nouvelles recherches fournissent une preuve nouvelle à la théorie de l'indépendance des variations du diamètre pupillaire par rapport aux changements de calibre des vaisseaux : 1° La dilatation de la pupille produite par l'excitation du sympathique au cou se produit avant que les vaisseaux n'aient commencé à se resserrer; 2° Cette dilatation atteint son maximum pendant que les vaisseaux continuent à se resserrer, l'excitation étant suspendue; 3° Le resserrement pupillaire commence pendant la phase d'augmentation du resserrement vasculaire; 4° La pupille est déjà complétement resserrée, elle a pris même un diamètre moins considérable qu'avant l'excitation, alors que les vaisseaux ne sont pas encore relâchés.

On voit qu'en suivant parallèlement les phases de chacun des deux phénomènes pupillaire et vasculaire, il est impossible d'admettre que la dilatation de la pupille soit sous la dépendance du resserrement des vaisseaux, *elle débute plus tôt et se prolonge beaucoup moins*.

Le procédé employé dans cette recherche peut être brièvement indiqué : sur le chien ou sur le lapin, on isole le cordon sympathique à la partie supérieure du cou, on le coupe et on introduit un bout supérieur dans le tube de mon excitateur fixe qui reste dans la plaie. La carotide du même côté est ensuite coupée entre deux ligatures, et la canule d'un manomètre métallique est fixée au bout supérieur du vaisseau. Ce manomètre fournira les courbes du resserrement du bouquet carotidien sous l'influence des excitations du bout supérieur du sympathique cervical et ces tracés étant recueillis au moyen de signaux électriques qui marquent le début, la fréquence et la durée de ces excitations, il sera facile de déterminer le commencement du resserrement vasculaire par rapport au début des excitations.

Quelquefois j'ajoute aux indications du manomètre artériel les indications d'un manomètre fixé au bout supérieur de la veine jugulaire externe qui, chez les animaux en expérience, représente la principale voie de retour du sang céphalique. Mais on peut simplifier et se contenter des courbes manométiques carotidiennes superposées aux signaux des excitations du sympathique.

Pour comparer les phases de la dilatation pupillaire aux phases du resserrement vasculaire, il faut obtenir un tracé des variations du diamètre de la pupille, et recueillir ce tracé en même temps que celui du manomètre carotidien. Ici, nous ne pouvons employer l'inscription du phénomène par lui-même; il faut faire intervenir l'observation et envisager soit électriquement, soit à l'aide de la transmission par l'air, le signal de l'instant où débute la dilatation de la pupille. Pour cela, on place en avant de l'œil mis à découvert avec un blépharostat un fil de réticule qui est tendu de façon à correspondre à l'une des extrémités du diamètre transversal de la pupille; un observateur habitué signale par un mouvement l'instant de la dilatation pupillaire avec un retard de 1/10 de seconde environ. Mais nous ne tenons pas compte de ce retard, ce qui rend encore les résultats plus probants, puisqu'on diminue ainsi la différence entre le commencement de la dilatation de la pupille et le début du resserrement des vaisseaux carotidiens. Cette partie de mes expériences a été rendue plus facile grâce à l'obligeance de M. le Dr Block, exercé à des recherches de ce genre et qui a bien voulu examiner la pupille.

Comme je l'ai dit plus haut, on constate qu'avec des excitations de moyenne intensité, la pupille commence à se dilater, bien avant que le manomètre en montant n'ait indiqué le resserrement vasculaire.

Pour marquer les phases des mouvements de la pupille en même temps que la courbe manométrique donne les phases du resserrement vasculaire, on se sert d'un signal à air qui permet de suivre avec une courbe la dilatation de la pupille : en comprimant la membrane du caoutchouc d'une petite caisse à air pendant que la pupille se dilate, on fait décrire une courbe ascendante à la plume du levier enregistreur. En laissant revenir la membrane de caoutchouc sur elle-même à mesure que l'iris se resserre, on trace une courbe descendante qui fait suite à la première; on a ainsi l'indication du sens du phénomène qui est assez lent pour que la courbe soit fidèle. Or, la dilatation pupillaire cesse après l'excitation, pendant que le resserrement vasculaire continue et celui-ci dure bien après que la pupille a achevé de se resserrer.

Je crois donc pouvoir conclure que la dilatation de la pupille produite par l'excitation du cordon cervical du sympathique est indépendante du resserrement vasculaire, de même que sa constriction ne dépend pas de la dilatation paralytique des vaisseaux. Cette dissociation résultait du reste des expériences communiquées à la Société dans la séance du 20 juillet dernier.

Dans ces recherches, j'ai constaté plusieurs autres faits que j'indiquerai en quelques mots, sauf à y revenir avec plus de détails à propos du rôle du ganglion ophthalmique.

Les nerfs ciliaires qu'on peut isoler, couper et exciter successivement à la surface du nerf optique chez le chien, sont presque tous constricteurs de la pupille. Sur les neuf ou dix filets qu'on peut étudier ainsi, il n'y en a que deux ou trois dont le bout périphérique excité produise la dilatation pupillaire. Les premiers font suite au moteur oculaire commun comme on le sait, les autres proviennent de la branche ophthalmique comme j'espère le démontrer dans des expériences ultérieures.

Les points sur lesquels je désire appeler l'attention au sujet de l'action des nerfs ciliaires sont les suivants : 1° L'excitation d'un seul filet ciliaire constricteur ou dilatateur détermine sur la pupille un effet d'ensemble, une constriction ou une dilatation régulière, sans qu'on puisse constater de déformation indiquant une prédominance d'action en un point circonscrit de l'iris. Or, pour comprendre le mode de production de ce phénomène, il semble nécessaire d'admettre qu'il existe dans les réseaux nerveux de l'iris une association des filets nombreux qui arrivent, association telle que l'excitation d'un seul filet constricteur, soit par l'excitateur du moteur oculaire comme lui-même, survient toujours plus rapidement après l'excitation que la dilatation pupillaire déterminée soit par l'excitation d'un nerf ciliaire dilatateur, soit par l'excitation du cordon sympathique au cou. J'ai vu cette différence représentée par le rapport de 1 à 30.

Faut-il considérer pour l'expliquer la durée différente de la transmission dans les nerfs sympathiques et dans les nerfs cérébro-rachidiens? Nous savons que l'excitation chemine moins vite dans les premiers que dans les derniers, mais il n'y a pas dans ces expériences de longueur de nerf suffisante pour qu'une différence aussi considérable dans la vitesse de la transmission puisse se manifester. On retrouve en effet le même écart en excitant les filets ciliaires dilatateurs et les filets ciliaires constricteurs au voisinage même du globe oculaire.

Ce n'est point non plus à une différence dans la nature

© BIU Santé

même des muscles qui réagissent pour produire ici un resserrement, là une dilatation de l'iris, qu'on peut attribuer la grande différence des retards. Chez le mammifère, les fibres musculaires de l'iris aussi bien que celles qui forment le sphincter, que celles qui font dilater la pupille sont des fibres lisses.

Ce serait donc à la périphérie même, dans les appareils terminaux intra-musculaires des filets constricteurs et des filets dilatateurs, que réside la cause d'une aussi grande différence dans la rapidité de réaction des muscles à l'excitation.

M. JOLYET entretient la Société d'expériences qu'il a faites et qui démontrent l'action motrice du pneumo-gastrique sur l'œsophage et l'estomac chez le chien.

M. DUVAL expose, à l'appui de l'opinion de M. Jolyet, des observations anatomiques faites sur plusieurs espèces d'animaux et chez l'homme, observations qui établissent que le glosso-pharyngien et le pneumo-gastrique ont tous les trois des racines motrices et des racines sensitives, c'est-à-dire qu'ils sont des nerfs mixtes dès leur origine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 août 1878. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. CORNIL fait la lecture d'un mémoire sur l'*anatomie pathologique des plaques muqueuses de l'amygdale*. L'auteur a examiné plusieurs plaques muqueuses de l'amygdale qu'il a enlevées dans son service à l'hôpital de Lourcine; cette opération ne donne lieu à aucun accident et la plaie qui en résulte se conduit comme chez un sujet vierge de syphilis.

Première variété. Plaque muqueuse opaline. — Une section d'une de ces plaques examinée à un faible grossissement montre que l'épithélium est épaissi et que les papilles sont hypertrophiées, allongées en même temps que le tissu conjonctif profond est épaissi par l'infiltration de cellules nouvelles. La couche épithéliale superficielle présente des cellules qui possèdent une cavité autour de leur noyau; il y a souvent aussi un ou deux globules de pus dans la petite cavité de la cellule à la place de son noyau. De plus, on trouve dans cette couche superficielle de l'épithélium, de petits nids remplis de globules de pus, de véritables petits abcès creusés au milieu des cellules d'épithélium, contenant de 4 à 10, et jusqu'à 100 globules de pus et davantage. Ces petits abcès, de forme arrondie ou lenticulaire, entourés par des cellules cornées, aplaties par compression, siégent à la surface de la plaque où ils s'ouvrent à un moment donné. Aussi, bien qu'elle ne soit ni érodée, ni ulcérée, la surface de la plaque muqueuse est suintante, un liquide imprègne les cellules épithéliales; il y a des globules de pus soit dans les cellules, soit collectés en petits abcès situés entre les cellules et le courant de liquide qui s'établit des papilles à la surface de la muqueuse entraîne des globules de pus. Telle est la cause de l'opacité du revêtement épithélial au niveau des plaques muqueuses, opacité qui leur donne une couleur opaline.

Deuxième variété. Plaques muqueuses ulcérées. — Le revêtement épithélial est désintégré sous l'influence d'une grande quantité de liquide et de globules de pus venus des papilles. La couche épithéliale peut tomber complètement et alors le corps papillaire enflammé forme la base de l'ulcération. Il existe quelquefois une véritable fausse membrane, grise, adhérente, diphthéritique sur cette ulcération. La fausse membrane ne contient pas, comme dans la diphthérie, des microbes parasitaires ni de boules de Bolderew, mais l'état rameux des cellules épithéliales, les trous ou cavités dont elles sont percées et qui logent des globules de pus, présentent le même aspect que dans la diphthérie.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse de plaques opalines ou ulcérées, les follicules clos de l'amygdale sont enflammés et l'organe tout entier est hypertrophié. Les sinus lymphatiques péri-folliculaires et le tissu réticulé présentent une quantité variable de grandes cellules à un ou plusieurs noyaux contenant des globules rouges du sang. Cette lésion des follicules est identique à celle que M. Cornil a décrite dans les ganglions de la première et de la deuxième période de la syphilis. En résumé, les amygdales syphilitiques de la seconde période représentent une papule sur un ganglion syphilitique.

GIRAUD-TEULON, au nom d'une commission, composée de MM. Regnauld, J. Lefort et Giraud Teulon, rapporteur, rend compte d'un travail présenté à l'Académie, par M. Victor Tixier, ancien interne des hôpitaux de Paris, de Saint-Pont (Allier) intitulé: Fixation des images sur la rétine.

Elections des commissions de prix pour 1878.

Prix Civrieux: MM. Vulpian, G. Sée, Peter, Charcot et Empis.

Prix Barbier: MM. Woillez, J. Guérin, Panas, Maurice Perrin et Rochard.

Prix Godard: MM. Bourdon, Moutard-Martin, Hérard, Colin et Marrotte.

Prix Orfila: MM. Berthelot, Bouis, Riche, Jaccoud et Devergie

Prix Falret: MM. Baillarger, Lasègue, Blanche, Luys et Tardieu.

Prix Desportes: MM. Pidoux, Chauffard, Jolly, Laboulbène et H. Gueneau de Mussy.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 août. — PRÉSIDENCE DE M. GUYON.

C'est le jour des rapports, il n'y en a pas moins de trois dans toute la séance.

M. POLAILLON lit un rapport sur une observation de fracture de jambe non consolidée, envoyée par M. le Dr Viard de Montbard. Il s'agit d'un garçon de 16 ans qui, lorsqu'il se fractura la jambe, avait déjà le membre inférieur en partie atrophié. Les troubles trophiques, dont le membre était le siége, n'ont sans doute pas été étrangers au retard survenu dans la consolidation.

M. BERGER présente également un rapport sur le fait d'extirpation totale de la verge signalé par M. le Dr Cabadé.

Le rapporteur rend hommage au véritable esprit chirurgical qu'a montré l'opérateur en cette circonstance. M. Cabadé a mené à bonne fin une opération hardie puisqu'il a sectionné avec l'écraseur la verge au niveau de sa portion membraneuse.

M. Berger fait cependant une réserve: en pareil cas, il n'hésiterait pas lui-même à faire ce que conseillent les chirurgiens de Montpellier: fendre le scrotum sur son milieu de manière à constituer à chaque testicule une enveloppe séparée. La miction est ainsi rendue plus facile, car l'urine s'écoule par la fente médiane.

A propos de l'observation de M. Cabadé, où l'on voit un épithélioma de la verge irrité par l'emploi intempestif des caustiques, M. VERNEUIL s'élève avec énergie contre la pratique des cautérisations dans les épithéliomas de la langue ou de la verge.

M. POLAILLON fait un second rapport sur un travail d'obstétrique de M. le Dr Lemay, de Saint-Sever. Nous signalerons dans ce travail l'observation d'un enfant venu au monde à l'âge de huit mois, par suite d'un accouchement prématuré, nécessité par un rétrécissement du bassin de 8 centimètres.

Le forceps produisit sur la tête de l'enfant au-dessus du front une dépression assez profonde qui a persisté. L'enfant a aujourd'hui trois ans; il porte sur la partie supérieure de l'os frontal un enfoncement qui n'a déterminé ni paralysie, ni arrêt de développement.

Enfin M. HUET, de Rouen, présente quatre jeunes militaires qui ont été opérés de phimosis par son procédé de la ligature élastique que nous avons décrit il y a quelques semaines.

Le résultat est des plus satisfaisants; et M. Huet profite de cette occasion pour vanter de nouveau l'élégance de son procédé.

Ch. AVEZOU.

Congrès international de médecine légale.

Nous rappelons à nos lecteurs que ce congrès, très-important par l'objet de ses études tiendra ses séances les 12, 13 et 14 août de 2 heures à 5 heures au Palais des Tuileries (Pavillon de Flore, guichet des Lions).

Congrès de médecine mentale.

Ce congrès a commencé le 5 août. En plus de la discussion des questions que nous avions indiquées, le congrès a fait un certain nombre d'excursions intéressantes. Une visite a été faite à l'asile Sainte-Anne mercredi 7 août, une visite, jeudi 8, à l'asile de Vaucluse; une troisième se fera aujourd'hui à l'asile de Ville-Evrard. On annonce également des excursions dans des asiles un peu plus éloignés de Paris.

© BIU Santé

Le *PROGRÈS MÉDICAL* à l'Exposition.

Les hôpitaux et les ambulances.

Les hôpitaux et les ambulances constituent l'une des parties à la fois les plus importantes et les plus intéressantes de la classe XIV, et le médecin qui pourra consacrer quelques heures à visiter en détail cette partie de l'Exposition y trouvera les éléments d'une étude d'hygiène publique comparée qui ne sera pas sans utilité.

Si l'on commence par la section française, on trouvera dans le pavillon situé devant l'Ecole militaire de très-intéressants modèles exposés par M. Tollet. Ce sont des coupes de divers établissements publics, et notamment hospitaliers, construits suivant le système imaginé par l'exposant. Une ossature en fer constitue la charpente de ces édifices, dont les parois très-légères sont formées de deux sortes de cloisons, peu distantes l'une de l'autre, mais entre lesquelles l'air peut néanmoins circuler librement ; c'est ce que M. Tollet appelle les panneaux aérifères.

On conçoit les avantages que présente ce système de construction pour les hôpitaux ; aussi M. Tollet nous montre-il un modèle d'hôpital où se trouvent quelques dispositions heureuses : ainsi il n'y a pas d'étages, chacun des pavillons, qui sont d'ailleurs nombreux et bien espacés, ne se composant que d'un rez-de-chaussée convenablement surélevé ; en outre, les principales voies de communication entre les salles d'un même pavillon sont constitués par des galeries extérieures.

Enfin, ce système de construction est très-économique ; mais dans les villes où le terrain a d'ordinaire une grande valeur, cette économie sera sans doute largement contrebalancée par l'immense étendue de terrain qu'occupe nécessairement un hôpital sans étages.

Nous ne ferons que mentionner sans nous y arrêter longuement la tente d'hôpital construite suivant les instructions de M. le professeur L. Le Fort. On se souvient des services qu'avait rendus pendant le siége de Paris l'ambulance américaine, si judicieusement aménagée, de l'avenue du Bois de Boulogne. Plusieurs chirurgiens furent tentés d'appliquer aux hôpitaux les bénéfices de cette heureuse tentative. M. Le Fort fut, croyons-nous, l'un des premiers à réaliser cette idée, et si nous n'insistons pas sur les bons aménagements de sa tente d'hôpital (et de la tente d'ambulance qui en est la copie réduite et allégée), c'est que tout le monde a pu les étudier à loisir à l'hôpital Beaujon.

Signalons enfin, dans le même ordre d'idées, une tente ambulance très-légère, construite par M. Couette, et dans laquelle il n'entre aucune pièce de fer, sans que la solidité de la tente et la facilité du montage soient en rien diminuées : ces avantages seraient surtout appréciables en campagne.

Si, maintenant nous quittons le pavillon extérieur de la classe XIV pour entrer dans la galerie des Pays-Bas, nous verrons un plan détaillé de l'hôpital d'Amalia, exposé par la Société de la Croix-Rouge d'Utrecht. Cet hôpital paraît présenter des dispositions avantageuses, et son plan mérite d'être étudié avec détail.

La Belgique nous montre deux hôpitaux intéressants ; le premier est exposé par la Société de la Croix-Rouge de Belgique ; le second est un petit hôpital-baraque construit pour les ouvriers houilleurs du Hasard, sur les indications du docteur Harzé.

Le modèle d'hôpital exposé par la Société de la Croix-Rouge est surtout intéressant par son système de ventilation ; l'air entre par le plancher, entre les lits, et sort ensuite par le lanterneau ; c'est là une disposition théorique avantageuse, puisqu'elle renouvelle constamment l'air de chaque côté du lit du malade : reste à savoir si, dans l'application, elle ne présentera pas certains inconvénients : d'où viendra l'air de renouvellement? sera-t-il à la température ordinaire, c'est-à-dire, c'est-à-dire chaud en été et froid en hiver, ou bien, en hiver, sera-t-il chauffé artificiellement? Ce sont là des problèmes auxquels nous souhaitons une heureuse solution sans trop l'apercevoir.

Non moins théorique nous paraît être l'idée de faire de ces colonnes d'air s'élevant continuellement autour de chaque lit des agents d'isolement : en admettant qu'elles soient réellement isolantes, le moindre courant d'air transformera leur rôle et leur en fera jouer un tout opposé. Quoi qu'il en soit, il y a là une tentative ingénieuse, faite dans une voie nouvelle et cela suffit à attirer sur le modèle d'hôpital de la Croix-Rouge belge l'attention de ceux qui s'intéressent à l'hygiène publique.

L'hôpital-baraque, construit d'après les plans du Dr Harzé, est tout à fait digne de fixer l'attention. Il se compose d'un long bâtiment, entièrement construit en bois et présentant un système de ventilation aussi ingénieux qu'efficace : ce système varie suivant la saison ; en hiver, la ventilation est à courants déterminés : l'air nouveau pénètre par des ouvertures qui sont situées entre chaque poêle et son écran circulaire ; l'air vicié s'écoule par le double plancher, et sort par deux grandes cheminées. Un courant ascendant y est entretenu par la chaleur des tuyaux de poêle ou des becs de gaz qu'on peut y allumer. En été, la ventilation est à courants indéterminés : la disposition qui permet de graduer et de modifier ces courants d'air mérite d'être signalée ; chaque lit est entouré par trois panneaux, l'un à la tête du lit, les deux autres de chaque côté ; or, chacun de ces panneaux est mobile sur un axe vertical placé à son milieu, en sorte que rien n'est plus facile, en faisant mouvoir les panneaux, que de graduer le courant d'air ou de le diriger dans un sens déterminé.

Il y aurait bien d'autres petites dispositions heureuses à signaler dans l'hôpital-baraque du Dr Harzé ; mais la place nous manque, et nous ne pouvons que donner à tous nos lecteurs le conseil d'aller examiner et juger par eux-mêmes ce modèle de bonne hygiène et d'ingéniosité (1).

C'est en Russie que nous entrons maintenant, et après avoir admiré les magnifiques moulages en plâtre d'un seul jet qu'expose le Dr Levittoux, nous nous arrêtons devant les plans et le modèle de l'hôpital Saint-Wladimir, construit à Moscou aux frais de M. Von Dervies, sur les indications du Dr Ch. Rauchfuss, de Saint-Pétersbourg.

Cet hôpital est situé dans la banlieue de Moscou, où il occupe un espace de plus de 130,000 mètres carrés. Il renferme 180 lits, en sorte qu'il y a environ 740 mètres de terrain par malade. Les bâtiments sont isolés, et aucun d'eux n'a plus d'un étage. En outre chacune des maladies contagieuses (scarlatine, rougeole, petite vérole, diphtérie) a un pavillon spécial. Le service du traitement externe se fait également dans un bâtiment séparé.

Le bâtiment principal destiné au service de chirurgie et de médecine, présente une construction mixte ; il comprend un pavillon et de petites salles situées le long d'un corridor latéral. Ce bâtiment, ainsi que les pavillons de la scarlatine et de la rougeole est chauffé à l'eau chaude et ventilé artificiellement ; la ventilation naturelle est assurée par des bouches placées sous le plafond. Les autres bâtiments sont chauffés par des poêles et ont une ventilation naturelle.

Chacune des parties du bâtiment principal peut-être facilement et commodément séparée de toutes les autres.

Mais le Dr Rauchfuss ne se contente pas d'isoler les enfants atteints de maladies contagieuses ; il a créé des chambres de quarantaine, dans lesquelles il place les enfants chez lesquels la maladie contagieuse ne s'est pas encore nettement accusée ; dans le doute, il les isole, de même qu'à la consultation externe, il a annexé une autre chambre d'isolement, afin d'éviter le contact même le moins prolongé.

Un local spécial est affecté aux maladies qui exigent un isolement plus ou moins prolongé, mais dont la contagion est limitée, comme l'érysipèle, la coqueluche. Un autre est réservé aux maladies mixtes (rougeole-scarlatine, diphthérie-scarlatine).

Enfin, et c'est là une disposition importante, et sans laquelle toutes les autres demeureraient presque sûrement inutiles, le service de chaque bâtiment d'isolement se fait *tout entier* dans le bâtiment même et participe ainsi à son isolement.

(1) Le modèle d'hôpital du Dr Harzé n'est pas très-facile à trouver : c'est dans la partie de l'Exposition belge consacrée aux charbonnages qu'il faut aller le chercher.

© BIU Santé

On le voit, le Dr Rauchfuss a multiplié les barrières contre la contagion, ce terrible fléau des hôpitaux, et surtout des hôpitaux d'enfants. Il a aujourd'hui l'heureuse fortune d'avoir créé un hôpital où les enfants ne meurent du moins que des maladies qu'ils avaient en y entrant, et non de celles qu'ils y ont contractées.

La plus belle récompense du médecin russe sera d'être imité : il ne faut pas que les enfants de Paris soient moins bien partagés que les enfants de Moscou, « et la charité publique qui reçoit le pauvre ne doit pas lui dire : ou tu ne » seras pas secouru, ou tu courras ce danger » (1).

H. DE BOYER.

VARIA

Pharmaciens de 1re classe.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, vu le décret du 12 juillet 1878, et spécialement les articles 5, 6, 7 et 10.

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu, arrête : Art. 1er. — L'examen de validation de la 4e année d'études pour obtenir le diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe se divise en épreuves écrites, en épreuves pratiques et en épreuves orales. Les épreuves orales seules sont publiques. Nul n'est admis aux épreuves orales s'il n'a satisfait aux épreuves écrites et aux épreuves pratiques. Le candidat qui n'a pas satisfait à l'une des épreuves perd le bénéfice des épreuves antérieures.

Epreuve écrite.

Art. 2. — L'épreuve écrite porte sur deux sujets distincts choisis par le président du jury d'examen et afférents, l'un aux sciences physico-chimiques, l'autre aux sciences naturelles. Quatre heures sont accordées pour cette épreuve.

Epreuve pratique.

Art. 3. — L'épreuve pratique porte, au choix du candidat, sur les sciences physico-chimiques ou sur les sciences naturelles. Dans le premier cas cette épreuve comprend : 1° Une expérience de physique ; 2° Une préparation et une analyse chimiques ; 3° La détermination de dix minéraux ayant trait à la matière médicale. Les sujets des deux premières épreuves seront choisis parmi ceux indiqués dans le programme de la licence ès-sciences physiques. Dans le second cas l'épreuve pratique comprend : 1° Une préparation d'anatomie végétale et une préparation d'anatomie physiologique ; 2° Une analyse de morphologie ou d'organogénie végétale ; 3° La détermination d'un certain nombre de végétaux et d'animaux, ainsi que de produits pharmaceutiques tirés des règnes organiques.

Les préparations anatomiques seront accompagnées : 1° D'un croquis ou dessin représentant les parties mises en évidence ; 2° D'une description sommaire de ces parties ; 3° De l'indication de la place occupée dans le règne végétal ou dans le règne animal par les espèces qui ont fait le sujet de l'épreuve.

Epreuve orale.

Art. 4. — L'épreuve orale durera une heure au moins. Elle portera, au choix du candidat, ou sur les questions de physique ou de chimie, ou sur les questions de botanique et de zoologie indiquées dans les programmes pour la licence ès-sciences.

Art. 5. — Chaque examinateur exprime son jugement par une boule. Ces boules, diversement colorées, correspondent aux notes suivantes :

Une boule blanche.....	Très-bien.
Une boule blanche rouge.....	Bien.
Une boule rouge.....	Assez bien.
Une boule rouge noire.....	Médiocre.
Une boule noire.....	Mal.

Tout candidat auquel il a été attribué deux boules rouges noires ou une boule noire est ajourné.

Fait à Paris, le 31 juillet 1878. A. BARDOUX

Par arrêté du Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 4 août courant, le nombre des places d'agrégés mises au concours, pour la section d'anatomie et de physiologie, a été porté de six à sept. Cette place sera affectée à la Faculté de médecine de Montpellier.

NÉCROLOGIE. — On nous annonce la mort du docteur Fardet, ancien maire de Vichy et récemment encore élu conseiller municipal de cette ville ; cette perte a été vivement sentie par le corps médical et par les malades de cette station thermale, qu'il avait puissamment contribué à développer, et où il avait fondé, en 1858, l'établissement hydrothérapique Fardet.

Nous empruntons quelques détails biographiques à la plume émue de notre collaborateur et ami J. Cornillon, qui vient, dans le *Vichy médical*, de faire un éloge mérité de son regretté collègue.

Né en 1824, d'une honnête famille d'agriculteurs, Fardet eut de nombreuses épreuves à traverser avant d'arriver au doctorat ; après avoir fait un essai de clientèle à Lapalisse, Fardet partit comme médecin de colonisation à Mondovi où il eut à traiter une épidémie de choléra fort intense : il paraît qu'il n'eut, malgré son dévouement, que peu à se louer de l'administration algérienne, car nous le voyons revenir en 1858 à Vichy et y fonder, à l'instigation de Fleury, un établissement hydrothérapique.

Malgré les répugnances du public, et la défiance en laquelle on tenait d'ordinaire l'hydrothérapie, Fardet finit après une période de lutte, par acquérir parmi les médecins de Vichy, et aux yeux du public, la position à laquelle sa persévérance et son talent lui donnaient droit.

En dehors de ces occupations de clientèle, Fardet avait rempli plusieurs fonctions politiques. Ces travaux divers, qu'il accomplissait avec un égal dévouement n'auront pas peu contribué à hâter le cours de la maladie qui l'a emporté. H. de B.

(1) Hist. de l'Acad. Roy. des Sciences, 1785, p. 35.

Pour paraître à partir du 10 Août :

MANUEL DE LA GARDE-MALADE
ET
DE L'INFIRMIÈRE

Anatomie. — Physiologie. — Pansements et bandages. — Administration des médicaments.
(2e édition).

MODE DE PUBLICATION : Le Manuel de la garde-malade sera publié hebdomadairement, par livraison de 32 pages in-16 couronne, et sera composé de 20 livraisons qui formeront trois volumes contenant, dans leur ensemble, tout ce que la garde-malade et l'infirmière doivent savoir.

Prix de la livraison : **25** c. — Prix de l'ouvrage complet : **5** fr.

Nous recevons les souscriptions au bureau du *Progrès médical*. Les personnes qui souscriront avant la mise en vente, recevront FRANCO les livraisons au fur et à mesure de leur apparition. Aussitôt l'ouvrage terminé, le prix sera augmenté.

Bromure de Camphre du Dr Clin
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** » au **Bromure de Camphre**, sont employées » avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système » circulatoire et surtout sur le système nerveux » cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et » un *hypnotique* des plus efficaces. »
(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** » ont servi à toutes les expérimentations faites » dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du Dr **Clin** renferme 0,20 Bromure de Camphre par.
Chaque **Dragée** du Dr **Clin** renferme 0,10 Camphre par.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus
au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le » plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence de Santal**, associée au Copahu » et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès » dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite » du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections » des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les » plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

NOTA. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

GROS : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau
Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du Dr **Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du Dr **Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr **Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du Dr **Clin.**

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

© BIU Santé

PRIME GRATUITE. — Tout abonné du *Progrès médical* qui adressera avec la bande de notre journal 12 francs, au lieu de 15, à l'administrateur de la *Revue de littérature médicale*, recevra pendant un an cette publication intéressante. La *Revue de littérature médicale*, dirigée par le docteur Félix Bremond, paraît deux fois par mois par livraison de 32 pages. Chacune d'elles contient indépendamment d'articles variés, la biographie, le portrait et l'autographe d'un médecin célèbre français et étranger. Parmi les portraits publiés, il faut citer : Claude Bernard, Bouchut, Chauffard, Chatin, Charcot, Fonssagrives, Larrey, Littré, Naquet, Pajot, Ricord, Wurtz, etc., etc.

Les bureaux de la *Revue de littérature médicale*, sont passage Saulnier, n° 20.

Chronique des Hôpitaux.

CHRONIQUE DES HOPITAUX. — Nous suspendons momentanément notre bulletin chronique des hôpitaux. Il sera repris en novembre.

Librairie P. MICHAUD, rue de Grammont, 14.

LEGRAND (M.). — En Afrique recherche d'une station hivernale sur les côtes d'Algérie. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 59 pages.

GUY'S HOSPITAL REPORTS, edited by Hg. Howse, m. s. and Frederick Taylor m. d. Third series vol. XXIII, 1 fort vol. in-8 de 421 pages avec planches, lithog. hors texte et tableaux dans le texte. London, J. et A. Churchill.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et MOURGET (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

BROMURE de ZINC

SIROP — 50 centigr. par cuillerée à soupe.
PILULES — contenant 20 centigrammes.
PILULES ARSENICALES — contenant 5 centigr. Br. de Zinc et 1 mill. Br. d'arsen.

Très-utile dans les cas de *Saturation* ou d'*Anémie bromurique*, le Br. de Zinc est beaucoup plus actif que le Br. de Potassium. — Doses de 0,20 à 4 gr. par jour. — FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — PARIS.

ACIDE SALICYLIQUE BREVET KOLBE
SEULS CONCESSIONNAIRES, SEULS FABRICANTS
SCHLUMBERGER & CERCKEL, 26, rue Bergère, PARIS.

MÉDICAMENTS Salicylés PRÉPARÉS

RHUMATISMES..... SALICYLATE de SOUDE dosé à 50 c°.
GOUTTE, GRAVELLE. SALICYLATE de LITHINE, pil. 10
SALICYLATE DE QUININE, paquets..... 10
ACIDE SALICYLIQUE MÉDICINAL, pilules..... 10
RHUME, Affections de la Gorge, PASTILLES SALICYLÉES.
VIN Tonique SALICYLÉ. — Ouate, Glycérine SALICYLÉES.

Par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, r. du Faubourg-Montmartre, 21, PARIS.

VIN TANNIQUE
DE BAGNOLS - SAINT - JEAN
NATUREL
Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876



Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITEAY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



COTON IODÉ

Préparé par *J. THOMAS*, pharmacien de 1re classe
Lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris
48, AVENUE D'ITALIE, 48, PARIS

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut garantir les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc..., ont été guéris sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Le prix du flacon 3 francs 50. Se trouve dans toutes les pharmacies.

Un étudiant n'ayant plus que sa thèse à passer demande à faire un remplacement. — S'adresser au *Progrès Médical*.

Clientèle à céder, à Paris, pour raison de famille. Quartier populeux, près d'une gare. Excellent avoir pour un jeune confrère *travailleur*. Produit de la 3e année, 7,000 fr. touchés. Prix demandé 3,000 fr. comptant. Bonne introduction. Écrire au Dr A., au bureau du journal.

Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux, par H. DURET, un volume in-8 de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878, premier volume, prix 15 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 10 fr.

EPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)
DOSES : De 1/2 à 6 milligram. par jour.
LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, PARIS.

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES



A LA **CRÉOSOTE VRAIE**
ET A L'HUILE DE FOIE DE MORUE
FORMULE DES Drs BOUCHARD ET GIMBERT
Les seules employées dans les hôpitaux de Paris
BOURGEAUD, pharm., fournis. des hôp.
20, rue de Rambuteau, à Paris

Ces capsules, à enveloppe très-soluble d'odeur agréable, à saveur sucrée, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de **créosote vraie** du goudron de hêtre et 50 centigr. d'h. de f. de morue. Les grosses, 5 centigr. de **créosote vraie** et 2 grammes d'h. de f. de morue.

DOSES : 5 à 10 **petites capsules** et 2 à 4 **grosses capsules** matin et soir, d'après l'avis du médecin. **La boîte, 4 francs.**

DRAGÉES BLOT au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opiat*, Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à Toulouse : toniques, dépuratives, anti-blennorragiques, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires*, catarrhe vessie. Bte 4f, fco 4.20.

Pour éviter imitation exiger :



Dépôt dans toutes les Pharmacies.

M. GALLEPIE, pharmacien, 50, *rue Monge*, fera une remise spéciale à MM. les Étudiants, sur les **Dragées Blot** et sur tous les médicaments en général.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 33. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 17 AOUT 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. DUPLAY.**

Ostéo-arthrite de l'épaule.

Leçon recueillie par E. COTTIN, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je vais opérer tout à l'heure devant vous un malade couché au n° 40 de la salle Saint-Augustin, atteint d'une affection de l'épaule assez fréquente, mais n'en présentant pas moins un très-grand intérêt pratique.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 19 ans, ciseleur, porteur d'une affection chronique de l'épaule gauche, remontant environ à une année. Après un long voyage de Belfort à Paris, voyage fait à pied et par une température très-froide, ce jeune homme fut pris de douleurs et de gonflement au niveau de l'épaule gauche.

Il entra alors à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de mon collègue et ami M. Le Dentu. Mais, malgré un traitement énergique et bien dirigé, l'affection n'a pu être entravée dans son développement, et il s'est même formé deux abcès, l'un au niveau de la partie moyenne du deltoïde, l'autre à la partie interne du bras, au-dessous du tendon du grand pectoral. Ce dernier abcès a laissé à sa suite un trajet fistuleux par lequel s'écoule une faible quantité de pus.

Ces deux abcès se sont ouverts environ 8 mois après le début de la maladie. Bientôt après, le malade a dû quitter l'hôpital Saint-Antoine pour une raison disciplinaire.

Lorsqu'il est entré dans notre service, salle Saint-Augustin, je vous ai fait remarquer tout d'abord une déformation générale qui frappe immédiatement la vue et qui est due à une atrophie des différents muscles qui entourent l'épaule.

La région sous-claviculaire est déprimée dans son ensemble, sauf à la partie moyenne où on observe une sorte de soulèvement, dû à la présence, sous le grand pectoral, de deux gros ganglions lymphatiques hypertrophiés. Les fosses sus et sous-épineuses sont profondément excavées.

Enfin, le moignon de l'épaule, au lieu de présenter sa rondeur habituelle, nous offre un aplatissement des plus remarquables, dû à une atrophie très-considérable du deltoïde.

A ces caractères extérieurs, appréciables par la simple vue, nous pouvons encore ajouter une élévation totale de l'épaule, due à la position instinctive que prend le malade pour diminuer ses douleurs.

Si vous explorez directement la région malade, un phénomène important vous frappe tout d'abord, c'est l'exagération de volume de la tête humérale, d'autant plus facile à apprécier que les muscles voisins sont considérablement atrophiés.

Vous pourrez facilement constater que la tête de l'humérus gauche possède un volume dépassant d'un tiers au moins celui du côté droit.

Mais on ne trouve au voisinage de l'articulation, ni la mollesse, la fausse fluctuation qui caractérisent les fongosités, ni la vraie fluctuation indiquant la présence d'une collection liquide.

L'exploration digitale semblerait donc indiquer que l'articulation scapulo-humérale est intacte ; cependant nous allons voir que les mouvements de cette articulation sont loin d'avoir conservé leur intégrité. On remarque d'abord que les mouvements spontanés du bras sont presque nuls et qu'ils ont pour centre l'articulation sterno-claviculaire. Les mouvements communiqués sont conservés dans une certaine mesure.

Si, en effet, vous fixez l'angle inférieur de l'omoplate avec une main, pendant que de l'autre vous saisissez l'extrémité inférieure du bras pour l'écarter du tronc, vous pouvez voir que l'omoplate reste immobile tant que le mouvement d'abduction ne dépasse pas un angle de plus de 45° ; au-delà de cette limite, l'omoplate est entraînée et le malade accuse aussitôt de la douleur.

C'est là, comme vous le savez, un des symptômes de la péri-arthrite scapulo-humérale. En discutant récemment le diagnostic de cette dernière affection, à l'occasion d'une malade de notre service, j'ai attiré votre attention sur ce fait que, dans la périarthrite, non-seulement le bras pouvait être écarté du tronc de 45° sans entraîner l'omoplate et sans déterminer de douleur, mais encore pouvait être rapproché du tronc sans communiquer aucun mouvement à l'omoplate, tandis que dans le cas d'arthrite véritable, le bras était fixé dans une situation à peu près immuable, si bien que les mouvements d'abduction aussi bien que ceux d'adduction, pouvaient s'exécuter sans entraîner l'omoplate en dehors, ou le repousser en dedans.

Chez notre malade, je me suis assuré, et j'ai pu vous faire constater, que le bras s'écartait du tronc dans l'étendue d'un angle de 45°, sans entraîner l'omoplate et sans déterminer de douleur, et que l'adduction s'effectuait également sans repousser l'omoplate en dedans. Bornons-nous, pour le moment, à enregistrer ce phénomène comme caractérisant plutôt une périarthrite qu'une arthrite véritable. Nous reviendrons plus tard sur ce point. Je n'insiste pas sur les autres mouvements communiqués, tels que mouvements en avant, en arrière, rotation, qui sont tous douloureux et entraînent l'omoplate. Je veux maintenant attirer votre attention sur les symptômes douloureux qui peuvent encore nous fournir quelques éléments de diagnostic.

Le malade accuse quelques douleurs spontanées, s'irradiant dans tout le membre supérieur. Elles se manifestent par crises qui durent, avec des rémissions et des exacerbations, pendant quelques heures et quelquefois même des journées entières. Ces douleurs ne suivent pas de direction bien déterminée; elles occupent presque toute l'étendue du membre. Indépendamment de ces douleurs, le jeune malade se plaint aussi d'un peu d'engourdissement dans la main correspondante.

Quant aux douleurs déterminées par la pression, on les fait naître dans certains points bien limités. Elles existent au niveau même de la tête humérale, et, pour préciser davantage, nous dirons qu'on les détermine surtout en pressant au niveau de l'interstice qui sépare le grand pectoral du deltoïde, au-dessous de l'apophyse coracoïde. Le doigt enfoncé dans l'aisselle du côté de la tête provoque aussi de ce côté une sensation des plus douloureuses. Or, ces derniers phénomènes sont propres à l'arthrite ; on ne les observe pas, au contraire, dans la périarthrite. Si bien que notre malade présente à la fois des symptômes propres à la périarthrite et à l'arthrite vraie de l'épaule. Nous pourrons bientôt nous rendre compte de cette apparente contradiction.

Le diagnostic précis, sans être difficile à établir, exige une analyse attentive de tous les phénomènes que je viens de passer en revue.

A la rigueur, pour désigner l'affection que porte notre jeune malade, on pourrait employer le mot de *scapulalgie*, mais ce mot ne serait pas assez précis, car nous avons affaire à une variété de scapulalgie dans laquelle l'articulation proprement dite est peu altérée. Ici, la maladie principale affecte l'extrémité supérieure de l'humérus, et l'arti-

© BIU Santé

culation ne s'est prise que consécutivement. J'ai dit que celle-ci était actuellement peu atteinte. En effet, on ne trouve ni fongosités, ni collection liquide, en un mot, aucun des phénomènes objectifs habituels qui caractérisent une vraie tumeur blanche.

En outre, je vous ai fait remarquer que l'étude des mouvements communiqués était plutôt de nature à faire admettre l'existence d'une périarthrite. Enfin, et ceci est fort important, on n'observe aucun de ces bruits de frottement, indiquant toujours une altération profonde des extrémités articulaires. En revanche, nous trouvons l'extrémité supérieure de l'humérus augmentée de volume, douloureuse en tous ses points.

Tout nous révèle donc que c'est surtout la tête humérale qui est affectée chez notre malade, tout jusqu'au mode de développement des abcès que je vous ai déjà signalés et dont l'un, le premier, a apparu à la partie moyenne du moignon de l'épaule, bien au-dessous de l'interligne articulaire, dont le second est venu s'ouvrir au-dessous du tendon du grand pectoral. Ce dernier a laissé à sa suite une fistule dont l'exploration va encore nous servir à préciser davantage le diagnostic. Si l'on introduit par cette fistule un stylet ou une sonde cannelée, on arrive, après un assez long trajet, sur une surface dénudée qui appartient certainement à l'extrémité supérieure de l'humérus. Car, en imprimant différents mouvements à cet os, le stylet suit tous ces mouvements, ce qui prouve bien que la partie dénudée appartient à l'humérus; car lui seul est mobile, l'omoplate reste fixe.

Donc les principales lésions existent en dehors de l'articulation, donc il ne s'agit pas d'une véritable *scapulalgie*, dans le sens absolu du mot et le terme d'*ostéo-arthrite*, de l'épaule est celui qu'il convient d'appliquer à l'affection que présente notre malade.

Les causes de cette affection sont ici assez obscures; toutefois, on doit admettre que le jeune âge du malade entre pour quelque chose dans son développement. Peut-être aussi, le froid et la fatigue, éprouvés pendant ce long voyage de Belfort à Paris, ne sont-ils pas étrangers à sa production. En tous cas, il ne faut pas songer à la syphilis dont il nie tout ancédent, et dont il ne porte actuellement aucune trace. Il n'a pas non plus de manifestations scrofuleuses actuelles, il n'en a pas eu dans son enfance, sauf un léger écoulement par l'oreille qui a été suivi d'un peu de surdité. Il est fort probable que cette ostéite rentre dans la classe des ostéites épiphysaires.

Que va devenir ce jeune homme ? S'il se trouvait dans une position de fortune qui lui permît un repos complet, un genre de vie meilleur; s'il pouvait aller vivre à la campagne, sur les bords de la mer, peut-être au bout de plusieurs années, après l'apparition de quelques abcès, l'élimination de quelques séquestres, arriverait-il enfin à guérir, avec une articulation plus ou moins compromise dans ses fonctions ? Mais, il se peut aussi, que, même dans des conditions hygiéniques excellentes, la maladie suive une marche moins favorable, et aboutisse à ces résultats déplorables dont j'ai vu assez d'exemples !

L'articulation, aujourd'hui à peu près intacte, ne tardera pas à subir de graves altérations ; les cartilages disparaîtront, des fongosités envahiront les différentes parties constituantes de la jointure, l'omoplate s'altérera à son tour, des abcès se formeront de tous côtés, laissant à leur suite des fistules intarissables, et au bout d'un temps plus ou moins long, on sera obligé d'intervenir dans les conditions les plus mauvaises.

Dans les cas de ce genre, d'une manière générale, lorsqu'on a bien établi son diagnostic, il ne faut pas attendre trop longtemps. Il vaut mieux proposer de bonne heure la résection, qui s'effectuera d'une manière facile, ne nécessitera pas trop de débridements, ne sera pas suivie d'une longue suppuration et donnera comme résultat une articulation relativement très-bonne, en tous cas, beaucoup préférable à celle qui persisterait après une guérison spontanée, mais s'étant fait longtemps attendre.

Dans le cas particulier, c'est à ce parti que je vais me résoudre; j'emploierai la méthode d'Ollier (de Lyon), c'est-à-dire la méthode de résection sous-périostée. Une incision sera faite jusqu'à l'os, dans l'interstice qui sépare le deltoïde du grand pectoral ; j'attaquerai alors l'articulation par sa partie antérieure, en ayant soin de bien détacher les tendons le plus près possible de l'os, et de bien dénuder toute la surface qui devra être réséquée. Toute la partie antérieure étant mise à nu, le périoste détaché aussi parfaitement que possible, je luxerai la tête et la ferai saillir en avant; alors je passerai à la partie postérieure de l'articulation, en employant les mêmes précautions que pour la partie antérieure. De cette façon, j'aurai conservé un étui périostique qui permettra une régénération plus ou moins parfaite de l'extrémité supérieure de l'humérus. Et si cette opération ne donne peut-être pas des résultats aussi parfaits que son auteur le prétend, elle n'en est pas moins excellente, n'expose nullement à léser les vaisseaux. De plus, avec ce procédé opératoire, on conserve un étui fibreux qui fournit à l'humérus un excellent moyen de soutien.

Ici, je n'enlèverai que la tête humérale; je ne toucherai pas à l'omoplate qui est saine. J'appliquerai un appareil immobilisateur (appareil silicaté), construit de telle sorte, qu'il me permettra, chaque jour, de panser et de surveiller la plaie. Enfin, lorsque la cicatrisation sera complète, on devra porter toute son attention vers le rétablissement aussi complet que possible, des mouvements de l'épaule, en s'attachant surtout à rendre aux muscles atrophiés leur force contractile.

Opération. — L'opération a été faite par le procédé d'Ollier. (En outre, on a profité de l'incision, pour aller sous le grand pectoral, à la recherche des deux ganglions hypertrophiés. Ces ganglions ont été enlevés facilement avec le doigt, par simple déchirure, et on a constaté, par une coupe médiane, qu'ils avaient déjà subi une dégénérescence caséeuse très-avancée).

Voici les altérations que nous avons observées sur la partie réséquée, qui ne mesure pas moins de $0^m 053$. La surface articulaire de la tête est encore en partie revêtue de son cartilage ; mais celui-ci est aminci, ramolli et a disparu par places. Toute la surface extérieure de cette tête est atteinte d'ostéite raréfiante, avec points dénudés et nécrosés. On observe aussi quelques fongosités disséminées en de rares points.

Après avoir fait une section verticale de l'extrémité réséquée, on constate un ramollissement étendu à toute cette extrémité, dont le tissu spongieux est jaunâtre et extrêmement friable. Une ligne rouge, peu accusée, il est vrai, permet de distinguer la séparation épiphysaire. On observe, en outre, plusieurs points très-rouges, indiquant un travail inflammatoire plus actif que dans les autres parties : d'abord, un point au-dessous du cartilage articulaire ; un autre au niveau du trochanter ; enfin, un troisième beaucoup plus manifeste, au niveau du trochanter, qui est lui-même profondément altéré, ainsi que le montre une coupe pratiquée dans son épaisseur. Çà et là, il offre des points très-rouges, ailleurs des points ramollis, enfin quelques petites excavations anfractueuses et purulentes.

Il est fort probable que c'est au niveau de cette apophyse qu'a pris naissance l'affection de notre jeune malade. En tous cas, c'est cette portion de l'extrémité supérieure de l'humérus qui a été le point de départ de l'abcès terminé par fistule.

Nota. — Les suites de l'opération ont été des plus simples. Il s'est manifesté seulement un peu de fièvre, quelques jours après. Cette fièvre était due à une rétention de pus derrière le grand pectoral, dans une petite cavité formée par suite de l'ablation des deux ganglions lymphatiques hypertrophiés. Mais un drain placé au fond de cette cavité, et des lavages repétés plusieurs fois par jour, ont fait rapidement cesser cet écoulement purulent. Aujourd'hui la température est normale, et la plaie presque cicatrisée.

© BIU Santé

SYPHILIOGRAPHIE

Etude sur les variétés et les formes anormales du chancre simple.

Par le Dr Louis **JULLIEN**.

Chacun connait, sous son aspect le plus ordinaire l'élément éruptif typique du chancre simple ; mais pour aboutir à l'ulcération en débutant par la pustule, que de formes diverses le processus ne peut-il pas revêtir. Au début, il est facile de comprendre, et nous n'y insisterons pas, que le pus, suivant qu'il s'est inoculé sur une plaie à découvert, ou qu'il a pénétré plus profondément dans l'intérieur de la peau ou des muqueuses, en raison du plus ou moins de résistance à vaincre dans son cheminement sous la surface, peut déterminer, soit l'ulcère d'emblée, soit un simple soulèvement de l'épiderme, tantôt une élevure boutonneuse se rapprochant de l'acné, du furoncle ou de la folliculite, tantôt même, bien que plus rarement, un véritable abcès du tissu cellulaire sous-tégumentaire.

Enfin, le chancre peut se présenter sous forme de bulles. Je ne connais qu'un seul cas de cette variété. Il s'est rencontré sur une malade de l'hôpital de Lourcine. J'en dois l'observation à M. Fournier (fig. 37) (1).

A la période d'état, nous ne trouvons plus que deux variétés principales, l'une à forme *ulcéreuse*, celle que nous avons décrite et sur laquelle nous ne reviendrons pas ; l'autre à forme *exulcéreuse*, infiniment moins fréquente. Ainsi que son nom l'indique, cette dernière se fait remarquer par le peu de profondeur de l'ulcération. Le fond n'est que très-légèrement déprimé, les bords ne sont pas taillés à pic, il est manifeste que le derme est à peine effleuré. La surface de l'ulcération est petite, circulaire, plate et recouverte d'une couche grisâtre, sorte de produit fibrineux qu'il n'est pas rare de voir fendillé, crevassé. Un autre genre d'altération assez fréquente de ces chancres exulcéreux, consiste dans la production de bourgeons grisâtres exubérants qui donnent à l'ulcération un aspect végétant (chancre végétant), en même temps qu'ils élèvent son fond au-dessus des parties environnantes.

II. — VARIÉTÉS SUIVANT LA MARCHE. — **Exagération de la période d'état.** — Le chancre simple présente une évolution assez régulière. Bien traité, quinze ou vingt jours suffisent à sa guérison ; s'il persiste plus longtemps lorsqu'il est abandonné à lui-même, il est rare que, en dehors des complications que nous étudierons plus loin, sa durée dépasse sept à huit semaines. Cependant quelques auteurs ont écrit que le chancre simple peut passer à l'état chronique et se perpétuer indéfiniment sur les organes génitaux de la femme. Au dire de Boys de Loury et Costilhes, qui les premiers ont signalé ce fait, on ne constate dans l'aspect du chancre parvenu à cet état aucune particularité propre à le faire reconnaître ; seulement on apprend en interrogeant la malade qu'il persiste depuis un temps plus ou moins long et qu'il est indolent. Il se développe de préférence à la commissure postérieure de la vulve et dans les replis souvent assez profonds qui avoisinent le méat urinaire.

Chose singulière, les chancres chroniques ne seraient réinoculables que dans une proportion difficile à préciser ; aussi la maladie passe-t-elle pour être rarement contagieuse. Sperino nous apprend qu'on ne retient pas, dans les hôpitaux de Milan, les prostituées atteintes de chancres chroniques dépourvus de virulence. Ajoutons que de pareilles ulcérations pourraient devenir l'origine de dégâts considérables, perforation de l'urèthre, trajet fistuleux dans le tissu cellulaire des grandes lèvres, au périnée, au pourtour de l'anus, et même jusque dans le rectum.

Tels sont les principaux caractères assignés par Boys de Loury, Costilhes, Sperino et Rollet à ces prétendus chancres chroniques. Examinons quelle créance il convient d'accorder à ces données. Nous ferons remarquer tout d'abord que les observations n'ont porté que sur des femmes ; pourquoi la chancrelle pénienne chronique n'a-t-elle point été rencontrée ? Le plus ordinairement, dit-on, cette maladie se voit chez les malades de trente à quarante ans, d'une constitution faible, débile, décolorées, épuisées par les excès auxquels elles se livrent. Or ces conditions ne sont point rares chez l'homme ; pourquoi ne donneraient-elles pas lieu au même accident ?

Mais que dire de la non-virulence de ces chancres ?.. « Il y aurait, écrit Rollet, des chancres chroniques réinoculables, comme il y a des blennorrhagies chroniques contagieuses, et des chancres chroniques non réinoculables, analogues à la blennorrhée, c'est-à-dire ayant perdu comme cette dernière affection la propriété contagieuse, mais non sans conserver leurs autres caractères. » D'autre part, le même auteur dit catégoriquement, « que la durée du chancre dépend essentiellement de la durée de la période spécifique ou ulcérative de la maladie ; en un mot de la période de progrès, et que le chancre est tout entier dans le pus virulent qu'il sécrète. » Cette singulière contradiction ne semble-t-elle pas indiquer que l'interprétation a fait fausse voie ? Certes nous ne contestons point les faits relatés par d'aussi consciencieux praticiens ; mais est-ce bien à des chancres qu'il convient de les rapporter tous ? Sur ce point nous ne saurions nous mettre d'accord avec eux. Fort des expériences de Fournier, nous croyons avec Rollet que le chancre, tant qu'il est chancre, reste spécifique. Si donc il est rationnel d'admettre la nature chancrelleuse d'une ulcération chronique à pus inoculable, bien que Chéron nous ait affirmé n'en avoir pas observé un seul cas à Saint-Lazare, nous ne croyons pas qu'il soit légitime de faire entrer dans le cadre des affections spécifiques une lésion qui n'en offre point le caractère essentiel. Deux sortes d'affections mal connues à l'époque où Sperino et Boys de Loury publièrent leurs travaux, bien définies aujourd'hui, doivent, selon nous, être considérées comme ayant donné le change à ces observateurs : l'esthiomène (Huguier, Bernutz, Fiquet) et les gommes génitales (Fournier).

Comme le chancre simple, l'esthiomène se développe chez des femmes appartenant aux dernières couches sociales ; le manque absolu de tout soin de propreté, les traumatismes divers dont la région vulvo-anale est le siége, l'irritation continuelle due à des excès de toutes sortes et à la présence d'écoulements vaginaux de nature diverse, sont incontestablement, sinon ses causes originelles, puisque nous considérons cette affection comme étant de nature essentiellement scrofuleuse, du moins les circonstances les plus aptes à provoquer cette manifestation. Ajoutons que l'esthiomène se montre de douze à quarante-cinq ans, tant que dure le fonctionnement de l'ovaire, que les anfractuosités péri-uréthrales en sont le siége le plus fréquent, enfin que l'aspect de la lésion ne diffère pas sensiblement de celui du chancre mou.

(1) La nommée M.. K.., entre le 29 octobre 1872, à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Alexis, 15, service de M. Fournier.

29 octobre — Cette malade porte sur la grande lèvre droite une série d'élevures hémisphériques, saillantes de 3 à 6 millimètres et disposées irrégulièrement dans toute la hauteur de l'organe. Celles qui sont situées à la partie supérieure sont un peu plus volumineuses. L'aspect est variable mais représente manifestement dans ses divers éléments la même lésion à différents degrés de développement. Les plus jeunes sont constituées par de simples saillies sans changement de couleur à la peau. L'une d'elles, dès son apparition, a été excoriée, et son sommet est recouvert d'une croûte semblable à du miel. A un degré plus avancé, l'élevure est d'une couleur rose plus pâle, son volume est plus considérable, sa surface luisante dénote que le tégument est tendu par un exsudat ; enfin les plus considérables de ces éléments sont franchement bulleux, ils sont situés sur le milieu de la lèvre, et remarquables par leur teinte rose jaunâtre et pour l'un d'eux légèrement mêlée de violet, signe probable d'une légère hémorrhagie. La grande lèvre est tout entière considérablement tuméfiée, sans rougeur bien prononcée.

3 novembre. —A la place des éléments ci-dessus décrits se voient de petits ulcères à bords nettement limités. Le fond en est constitué pour les uns par un produit d'exsudation d'aspect croûteux jaune verdâtre ; pour les autres par le derme du tégument mis à nu et suppurant. Une nouvelle bulle a paru à la partie inférieure de la lèvre qui est considérablement rouge et tuméfiée. A droite au niveau du pli inguino-crural ulcération évidemment de même nature représentant la forme type du chancre simple.

Pendant les jours suivant la lésion continua à se développer et à suppurer, et se répara absolument comme un chancre mou.

© BIU Santé

Plus facile encore est l'erreur en face des gommes superficielles de la vulve. Qu'il nous suffise de rappeler qu'avant Fournier elles étaient invariablement prises pour des chancres simples ou syphilitiques, et l'on comprendra pour quelle grande part ces lésions précoces et susceptibles de se phagédéniser entraient autrefois dans le nombre des chancrelles chroniques.

Enfin, dans un mémoire fort remarquable publié en 1866, le professeur Pietro Gamberini (de Bologne) a insisté sur une variété d'épithélioma exulcéreux, survenant à peu près dans les mêmes circonstances que l'esthiomène, particulièrement chez les jeunes prostituées, et se montrant sous la forme d'une ulcération granuleuse de durée indéterminée. Nul doute que cette affection, que, pour notre compte, nous ne connaissons que par ce travail du syphiliographe italien, n'en ait souvent imposé aux auteurs dont nous combattons les opinions.

Pour nous résumer, nous dirons en terminant que si l'on voit parfois des chancrelles n'arriver à la cicatrisation qu'après une durée exagérée de la période d'état, il n'est pas admissible que la virulence du pus qu'elles sécrètent s'épuise et disparaisse, l'ulcère restant stationnaire. Que les bourgeons charnus, qui ont pris la place de l'ulcère, subissent ultérieurement une dégénérescence hypertrophique, fongueuse, se transforment en plaie végétante, faits que l'on n'observe guère qu'au col utérin, nous n'y contredisons point, mais, alors, la lésion n'est plus un chancre. L'expression de chancre chronique repose donc, suivant nous, sur une interprétation erronée de certains faits cliniques, qui n'ont rien de commun avec la chancrelle.

Inoculations successives, recrudescences. — Pendant toute la durée du chancre, on peut voir se produire, dans son voisinage, des ulcérations nées au contact du pus qu'il sécrète. Bien qu'elles soient, en général, de plus petite dimension que l'ulcération mère, et souvent même de plus courte durée, elles n'en constituent pas moins un obstacle à la guérison rapide de l'affection, et, dans certains cas, deviennent l'origine des plus redoutables complications. Nous avons déjà donné, en ce qui concerne les chancres de l'homme, une statistique propre à faire ressortir leur multiplicité, en même temps que leur siége; nous n'y reviendrons pas ici. Pour la femme, ainsi que l'a très-bien fait ressortir M. Barié, le nombre que peuvent atteindre les chancres simples est infiniment plus considérable; on en jugera par le tableau suivant, qui porte sur 170 malades de Lourcine :

Nombre de chancres.	Nombre des malades affectées.
1	36
2	23
3	5
4	5
5	1
6	1
7	2
8	1
11	1
13	2
21	1
22	1
25	1
26	1
32	1
33	2
34	1
35	2
44	1
45	1
72	1
75	1
Multiples, nombre indéterminé	77

L'incurie et la malpropreté sont les causes les plus ordinaires de ces inoculations secondaires; outre la disposition particulière des organes, il faut encore tenir compte, chez la femme, des poussées d'herpès qui surviennent si fréquemment au moment des règles, ouvrant de nombreuses portes à la contagion.

Notons encore les manœuvres imprudentes des médicastres. Un malade, vu par Langlebert, portait un chancre étendu compliqué d'un paraphimosis œdémateux; un ignorant, auquel il se confia, ayant pratiqué de nombreuses mouchetures pour amener le dégonflement du prépuce, chacune de ces petites plaies devint l'origine d'un nouveau chancre. Plus tard, toutes ces ulcérations se réunirent, et, malgré les soins auxquels il fut soumis par notre maître, ce malade perdit une partie considérable du prépuce.

Les recrudescences se produisent quand cesse la saturation virulente d'une surface chancreuse sur le point de se réparer. Le pus reprend alors toute son action sur les tissus, et le processus destructif recommence de nouveau. Souvent aussi des bourgeons charnus de bon aspect ont comblé la perte de substance, et le tissu de la cicatrice superficielle est plus ou moins complétement formé quand survient une goutte de pus chancreux, conservé soit dans un autre point de la plaie, soit dans une anfractuosité du voisinage, telle, par exemple, que les follicules du col utérin. Il est rare que la réinfection n'en soit pas la conséquence. Tel est aussi le fait que l'on observe à la suite des cautérisations les plus complètes en apparence; quand l'escharre se détache, la minime quantité de pus virulent épargné par l'agent destructeur contagionne la vaste surface granuleuse laissée à nu, et le seul effet de la cautérisation a été de doubler la superficie de l'ulcère.

III. — Variétés suivant les complications. — Le chancre simple, lésion suppurante, est susceptible de subir dans sa marche un certain nombre de modifications inhérentes aux formes mêmes de tout processus irritatif.

Nous verrons donc, suivant les circonstances, le chancre simple aux prises soit avec l'*inflammation franche*, soit avec les suites variées que peut entraîner cet état : l'*inflammation grangréneuse* et l'*inflammation pseudo-membraneuse*. Ajoutons que la gangrène se présentera sous ses deux formes essentielles : la gangrène proprement dite, dans laquelle les parties mortifiées sont volumineuses et s'éliminent en bloc sous forme d'eschare, et la gangrène moléculaire, dont les effets ne sont point sans analogie avec ceux de la pourriture d'hôpital.

Ce sont là de redoutables complications, graves par elles-mêmes, en raison des symptômes immédiats dont elles s'accompagnent, graves surtout par leurs suites, pertes de substances, délabrements et troubles fonctionnels consécutifs. Aussi ne pouvaient-elles guère échapper à l'observation des anciens auteurs. Celse (1) a parlé de ces ulcères rongeants, auxquels, dit-il, les Grecs donnent le nom de *phagédéniques* (de φαγέδαινα, *faim vorace*) et a signalé leurs principales conséquences. Avicenne, Gordon, Forestus, Della Croce, Paré, Fabri de Hilden en ont également fait mention dans leurs écrits, ainsi que nous aurons l'occasion de le faire remarquer dans le cours de cette description. Mais c'est à Bell et surtout à Richard Carmichael que nous devons, sur ce point, les plus importants travaux. Dans ses recherches sur les caractères distinctifs des différentes ulcérations vénériennes, Carmichael fut amené à considérer le chancre phagédénique comme dérivant d'un virus spécial. Cette théorie erronée ne devait point survivre à son auteur, mais les observations destinées à l'appuyer méritent de rester comme une étude clinique des plus remarquables. Aussi a-t-on lieu d'être surpris que les auteurs des grands dictionnaires, publiés quelques années après l'apparition du célèbre *Essay on venereal diseases*, aient omis d'y faire figurer le mot *phagédénisme*, dès lors passé dans la pratique.

(1) « Nonnumquàm etiam id genus ibi cancri, quod φαγέδαινα a Græcis nominatur, oriri solet... Quædam etiam nigrities est, quæ non sentitur, sed serpit, ac, si sustinuimus, usque ad vesicam tendit; neque succuri postea potest. Si id in summa glande circa fistulam urinæ est, prius in eam tenue specillum demittendum est, ne claudatur... » (Celse, *Traité de la médecine*, livre VI, § xviii, 4.)

© BIU Santé

Plus près de nous, il n'est pas de traité spécial où l'on ne trouve des descriptions plus ou moins complètes du phagédénisme. Nous mentionnerons particulièrement le chapitre que lui a consacré Melchior Robert, non sans regretter le point de vue exclusif et par trop spécial auquel il s'est placé, en renonçant à rattacher ces complications aux grands processus qui dominent l'histoire générale de l'inflammation. Enfin, on trouvera sur ce point de remarquables travaux dus à MM. Jacquemet et Benoit, dans le compte rendu du congrès de Montpellier (1868).

Inflammation franche. — Tous les chancres présentent une auréole rouge, indice d'un certain degré d'inflammation; la complication dont nous nous occupons n'est que l'exagération de cet état habituel. Les *causes locales* entrent pour une grande part dans l'étiologie de cette complication. Que les tissus soient délicats et faciles à la congestion, la malpropreté, le contact des sécrétions irritantes, le séjour du pus, et par-dessus tout l'usage inopportun et fréquent des caustiques suffiront à susciter les symptômes de l'inflammation. Cependant, l'*état général* peut créer de sérieuses prédispositions; je veux parler ici des causes de type sthénique : tempérament sanguin, pléthore, excès vénériens. Aussi voit-on certains sujets particulièrement prédisposés présenter, à chaque récidive de chancre, et sans cause locale appréciable, des symptômes de cette complication.

La rougeur périphérique s'accroît en étendue et en intensité; les lymphatiques se dessinent, la tuméfaction sur laquelle repose parfois le chancre se prononce davantage, et détermine à sa base un engorgement de consistance pâteuse, souvent perceptible à la vue, toujours appréciable au toucher. En même temps, le pus devient sanieux; le fond de la plaie, ecchymotique et comme briqueté, donne lieu à un suintement sanguin sous l'influence de la moindre malaxation. Ajoutons que l'ulcération s'accroît avec une bien plus grande rapidité. En outre, la sensibilité du point malade devient plus vive. Dans quelques cas, rares, d'ailleurs, elle est telle que les explorations, le moindre contact arrachent des cris au malade. Le frôlement des linges ou des vêtements excite une douleur intolérable. De même que certaines plaies qui se couvrent de bourgeons charnus extrêmement sensibles, le chancre mériterait, dans ce cas, le nom de *chancre éréthique*. Selon toute probabilité, c'est à la brusque compression des terminaisons nerveuses, peut-être aussi à un léger degré de névrite ou de périnévrite qu'est dû ce phénomène. Quoi qu'il en soit, sa durée est en général assez courte.

M. Gailleton (de Lyon) auquel nous devons une excellente description de cet état inflammatoire a vu sur cinquante cas, six fois des hémorrhagies graves se produire (1).

Rien de plus irrégulier que la marche et la durée de l'inflammation. Il n'est pas rare qu'une partie seulement du chancre soit envahie, et les phénomènes inflammatoires peuvent se montrer et disparaître à plusieurs reprises sur le même ulcère. Quand ils cessent, le chancre entre parfois en pleine réparation, d'autres fois il reste à la période d'état.

L'*engorgement simple* de la base du chancre peut offrir les plus grands rapports avec l'induration de cause spécifique; sa mobilité, sa brusque disparition, lorsque cesse l'inflammation, l'en feront souvent distinguer. Cependant il peut arriver que cet engorgement se produise presque spontanément. Melchior Robert a rapporté plusieurs faits dans lesquels il s'est montré à plusieurs reprises chez certains individus, qui auraient pu ainsi, aux yeux d'un praticien inattentif, passer pour avoir souffert plusieurs récidives de chancre infectant. De son côté, Ricord a fait observer que les chancres simples développés sur d'anciennes cicatrices de chancre syphilitique s'accompagnaient assez souvent d'une suffusion plastique qui devient une autre cause d'erreur en portant à suspecter la qualité de la graine chancreuse alors que l'influence du terrain est prédominante. (*A suivre.*)

(1) On nous saura gré de reproduire ici deux observations remarquables de ce travail.

« Un malade porteur depuis quinze jours d'un chancre se livre à des excès de boisson et va passer la nuit dans une maison publique; le lendemain la verge se tuméfie énormément et un écoulement sanguin assez notable apparaît. Un médecin consulté fait pratiquer des injections de perchlorure de fer qui exaspèrent encore l'état inflammatoire. L'hémorrhagie augmente et on introduit quelques bourrelets de charpie. Le gonflement prit alors des proportions considérables, et le malade entra à l'Antiquaille avec une verge dont l'extrémité avait le volume d'un verre à boire. La peau énormément distendue paraissait sur le point de se rompre. Je pratiquai immédiatement une large incision et il sortit de la poche une quantité considérable de caillots sanguins. La plaie fut lavée, nettoyée complétement, et le point hémorrhagique siégeant vers la rainure du gland est cautérisé avec une pointe de feu. Tout rentra dans l'ordre, mais le gland avait été détruit dans une moitié de son épaisseur. »

« J'ai vu un autre malade qu'une hémorrhagie persistante depuis huit jours avait anémié profondément; Le sixième jour, il eut dans la nuit une hémorrhagie des plus abondantes qui peut être évaluée à deux litres. Le malade présentait tous les symptômes habituels aux femmes qui ont eu de grandes pertes de sang; il avait des vertiges, des éblouissements, tombait en syncope au moindre mouvement. » (Gailleton, *Notes cliniques sur les maladies vénériennes. Annales de dermatologie et de syphiliographie*, t. II, p. 189).

ANATOMIE NORMALE.

Faculté de médecine de Lille. — **M. FOLET.**

Leçons sur l'encéphale et l'appareil auditif (1).

Faites pendant le semestre d'hiver 1877-1878.

IV. — Cerveau.

Messieurs,

Le cerveau, le plus gros des quatre segments de l'encéphale, a un volume huit ou neuf fois supérieur au volume des trois premiers segments réunis, qu'il surplombe par sa moitié postérieure; sa moitié antérieure déborde en avant et repose sur les fosses sphénoïdales et frontales de la base du crâne.

Il a la forme d'une moitié d'ovoïde à grosse extrémité postérieure, coupé suivant le grand diamètre; et présente, par conséquent, deux faces : une face supérieure convexe, une face inférieure plane en avant, légèrement concave en arrière. Il est partagé par une vaste scissure médiane en deux moitiés, improprement appelées *hémisphères cérébraux*, puisque chacun de ces hémisphères est en réalité un quart d'ovoïde. Ces deux hémisphères sont réunis par une épaisse lame transversale de substance blanche que l'on aperçoit aisément au fond de la scissure, pour peu que l'on écarte les deux moitiés d'un cerveau vu par sa face supérieure. Cette commissure inter-hémisphérique qui n'occupe pas toute la longueur du diamètre antéro-postérieur de l'ovoïde cérébrale, mais reste éloignée de quelques centimètres de l'extrémité antérieure et de l'extrémité postérieure du cerveau, cette commissure, dis-je, s'appelle le *corps calleux*.

Le système composé des trois premiers segments de l'encéphale (bulbe, isthme, cervelet) unis entre eux de la façon que nous avons signalée, est relié au cerveau par les pédoncules cérébraux qui pénètrent dans ce cerveau vers la partie moyenne de sa face inférieure, des deux côtés de la ligne médiane. Avant d'étudier cette pénétration et de voir ce qu'est cette portion intra-cérébrale des pédoncules qui sera la base de notre plan d'étude de la *conformation intérieure* du cerveau, il est bon d'examiner la *conformation extérieure* du cerveau séparé des autres segments.

Voici un encéphale que nous avons dépouillé de sa pie-mère et sur lequel nous avons sectionné la protubérance annulaire par une coupe pratiquée à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs du diamètre antéro-postérieur de la protubérance, et passant par la ligne de fusion des deux étages de l'isthme, c'est-à-dire immédiatement en arrière des tubercules quadrijumeaux postérieurs (2).

(1) Voir les nos 26, 27 et 32.

(2) Voy. la représentation de cette coupe, planche de Sappey, t. III, p. 66, fig. 468.

© BIU Santé

Voyons ce que nous présente extérieurement un cerveau ainsi isolé.

Conformation extérieure du cerveau.

Face supérieure du cerveau. Elle est convexe et offre sur la ligne médiane *la grande scissure hémisphérique*, laquelle est complète en avant et en arrière, c'est-à-dire qu'en arrière et en avant elle isole complètement l'un de l'autre les deux hémisphères ; à la partie moyenne, au contraire, on aperçoit la face supérieure du corps calleux au fond de la grande scissure qui s'élargit pour former une sorte de gouttière, dite *sinus du corps calleux*. La grande scissure longe la faux du cerveau, vaste repli falciforme de la dure-mère.

De chaque côté de la grande scissure se voient les faces supéro-externes des hémisphères, semées dans toute leur étendue de *circonvolutions*. On nomme ainsi de gros replis sinueux, à saillies hémi-cylindriques comparables aux plis que produit le froissement d'une étoffe épaisse. Ils sont séparés les uns des autres par des anfractuosités ou sillons profonds, également sinueux et jusqu'au fond de chacun desquels la pie-mère descend en formant une plicature dont les feuillets s'adossent l'un à l'autre. Parmi les sillons intermédiaires aux circonvolutions de la face supéro-externe des hémisphères, on en remarque un plus profond que les autres, sensiblement rectiligne dirigé de dedans en dehors du bord supérieur au bord externe de l'hémisphère et séparant cette face supéro-externe en deux portions quasi-égales, l'une antérieure, l'autre postérieure. Ce sillon se nomme *scissure de Rolando*.

On considère encore aux hémisphères deux autres faces :

L'une est la face interne, plane, en rapport avec la faux du cerveau dont l'épaisseur seule sépare l'une de l'autre les deux faces internes. Sur chaque face interne, on trouve aussi des circonvolutions nombreuses, dont l'une présente une disposition constante : longitudinale et antéro-postérieure, elle borde la face supérieure du corps calleux, d'où le nom de *circonvolution du corps calleux*.

La troisième face, ou face inférieure de l'hémisphère cérébral, fait partie de la face inférieure du cerveau que nous allons maintenant étudier.

Face inférieure ou base du cerveau. Plane ou légèrement concave par places, assez anfractueuse, elle offre une foule de détails qu'il est nécessaire de classer avec ordre. Pour cela, nous examinerons successivement : 1° *les parties latérales* ; 2° *la portion médiane* de la base du cerveau, — en procédant d'avant en arrière pour les parties latérales aussi bien que pour la portion médiane.

1° *Parties latérales de la base du cerveau.* Ces parties latérales, parfaitement identiques à droite et à gauche, symétriques en un mot, ne sont autres que les faces inférieures des hémisphères.

Examinons donc l'une de ces faces. Ce qui nous frappe au premier abord, c'est l'existence d'un sillon beaucoup plus profond que la scissure de Rolando, et situé à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de la face que nous décrivons. Ce sillon, appelé *scissure de Sylvius*, se dirige de dedans en dehors, en décrivant une courbe à concavité postérieure. Son extrémité interne répond aux nerfs optique et olfactif ; elle présente un fond très-apparent par l'écartement naturel des lèvres de la scissure qui naissent insensiblement de ce fond. Le susdit fond, criblé de pertuis, et l'origine des lèvres sont blancs, alors que le reste de la scissure est grisâtre ; cette partie a reçu le nom de *quadrilatère perforé antérieur* (1). Ce quadrilatère est limité en arrière par la bandelette optique, en avant par les racines du nerf olfactif, en dedans par le nerf optique, en dehors par la partie sphénoïdale du lobe cérébral postérieur. (Nous verrons dans un instant ce qu'est ce lobe).

L'extrémité externe de la scissure de Sylvius se partage en deux branches de bifurcation, dont l'une se porte en haut et en avant, l'autre en haut et en arrière, pour se perdre toutes deux dans les circonvolutions de la face supéro-externe des deux hémisphères.

Dans l'angle de ces deux branches de bifurcation, on voit profondément, en écartant les circonvolutions superficielles, trois ou quatre petites circonvolutions disposées en éventail que l'on nomme le *lobule du corps strié* (ces petites circonvolutions étant une dépendance de cette masse que nous désignerons sous le nom de corps strié) ; on désigne encore l'ensemble de ces petites circonvolutions radiées sous le nom *de lobule de l'insula de Reil*, ou plus simplement d'*insula* ; c'est cette dénomination abréviative que nous adopterons.

La scissure de Sylvius reçoit la vive arête de l'apophyse d'Ingrassias. Elle est voilée par l'arachnoïde et tapissée jusqu'au fond par la pie-mère. L'artère cérébrale moyenne ou sylvienne la parcourt dans toute son étendue. L'existence de la scissure de Sylvius semble, on le conçoit, diviser la face inférieure de l'hémisphère cérébral en deux portions dites *lobe frontal* et *lobe sphénoïdo-occipital*. Mais cette division lobulée n'est apparente qu'à la face inférieure du cerveau. A la face supérieure, l'hémisphère paraît composé d'un seul et unique lobe, la scissure de Rolando n'étant ni assez nette ni assez profonde pour justifier une réelle segmentation.

Des deux lobes apparents à la face inférieure, le lobe frontal est le plus petit. Sa forme est celle d'une pyramide à trois pans, dont la base se confond avec l'hémisphère et dont la face inférieure porte à sa partie interne le nerf olfactif renflé en forme de bulbe à l'extrémité antérieure et bordé de deux circonvolutions satellites, rectilignes et antéro-postérieures. Le sommet antérieur du lobe frontal a la forme d'une pointe mousse et répond à la fosse frontale.

Le lobe sphénoïdo-occipital a la forme d'un rein. Il se confond par sa face supérieure avec la masse de l'hémisphère. La face inférieure répond par sa portion antérieure convexe à la fosse latérale de l'étage moyen de la base du crâne, (on donne parfois à cette portion le nom de lobe sphénoïdal). La portion postérieure du lobe sphénoïdo-occipital, dite parfois lobe occipital, est concave et repose sur la tente du cervelet qui la sépare de la face supérieure du cervelet. L'extrémité postérieure de l'ovoïde cérébral, plus mousse que l'antérieure, repose dans la fosse occipitale. Les deux bords des lobes sphénoïdo-occipitaux, les deux hiles de ces masses cérébrales en forme de rein, forment, par la réunion de leurs arcs, une ellipse à grand diamètre antéro-postérieur qui encadre les pédoncules cérébraux, la partie supérieure de l'isthme, et divers autres détails sur lesquels je vais revenir ; ils contribuent à la formation d'une vaste fente que nous décrirons tout à l'heure sous le nom de grande fente cérébrale de Bichat.

2° *Partie médiane de la base du cerveau.* Elle offre d'avant en arrière les nombreux éléments que voici :

A. *Extrémité antérieure de la grande scissure cérébrale.* Logeant en avant l'apophyse crista galli, voilée plus en arrière par l'arachnoïde.

B. *Partie antérieure ou genou du corps calleux.* A sa partie antérieure, le corps calleux se replie sur lui-même de haut en bas et d'avant en arrière ; c'est ce que l'on nomme le *genou du corps calleux*, apparaissant au fond de la scissure comme une commissure blanche transversale qui unit les deux hémisphères. Du genou du corps calleux naissent deux rubans blancs qui marchent parallèlement d'avant en arrière jusqu'à la racine grise du nerf optique, puis se séparent et se portent en dehors pour se perdre, à l'extrémité interne de la scissure de Sylvius, dans le quadrilatère perforé antérieur (1) : ce sont les *pédoncules du corps calleux*.

C. *Racine grise des nerfs optiques.* Lamelle grise limitée latéralement par les pédoncules du corps calleux, en arrière par le chiasma qu'il faut soulever délicatement et renverser en arrière si l'on veut voir la racine grise. Dans

(1) Ou substance perforée antérieure.

(1) Planche de Sappey. T. III, p. 37, fig. 485.

© BIU Santé

ce mouvement de soulèvement, la racine grise, très-friable, se rompt souvent et l'on aperçoit alors, par la déchirure, une cavité qui n'est autre que le ventricule moyen du cerveau dont cette lame grise contribue à former le bord antérieur.

D. *Chiasma des nerfs optiques*. Quadrilatère blanc, allongé dans le sens transversal, émettant par ses deux angles antérieurs les nerfs optiques, recevant par ses deux angles postérieurs les bandelettes optiques. Le chiasma est le lieu d'entre-croisement de ces bandelettes optiques.

E. *Bandelettes optiques*. Nées des corps genouillés (dépendances de la couche optique), elles contournent les pédoncules cérébraux pour se rendre au chiasma.

Entre les bandelettes optiques et le chiasma en avant et les pédoncules cérébraux en arrière, se rencontre un espace losangique où l'on voit successivement :

F. *Le tuber cinereum* (1). Masse de substance grise qui supporte *la tige et le corps pituitaire* lesquels sont un prolongement de ce tuber. La tige pituitaire a 5 mill. de longueur, elle se termine en bas par le corps pituitaire (2), petit renflement ovoïde de 8 mill. de diamètre, logé dans la selle turcique; un repli de la dure-mère, perforé pour laisser passer la tige, fixe comme un carcan le corps pituitaire au fond de la selle turcique. Aussi, à moins que l'on n'ait pris la précaution d'inciser délicatement ce repli (dit diaphragme de l'hypophyse), le corps pituitaire est, dans l'opération de l'ablation de l'encéphale, toujours arraché de sa tige et reste dans la selle turcique.

Le *tuber cinereum* et le prolongement qu'il supporte constituent la paroi de la pointe de l'entonnoir du ventricule moyen. La tige pituitaire, souvent creusée d'un étroit canal, forme la portion la plus déclive de cet infundibulum que nous décrirons bientôt.

G. *Tubercules mamillaires*. Ce sont deux petits corps blancs très nettement sphériques, situés en arrière du *tuber cinereum*. C'est dans ces tubercules que nous verrons se rendre les piliers antérieurs de ce que l'on nomme le trigone cérébral.

H. *Espace interpédonculaire*. Nous connaissons déjà cette lame blanche, étendue entre les deux pédoncules cérébraux et criblée de pertuis vasculaires qui lui ont fait donner le nom d'*espace perforé postérieur*. Au milieu de la face inférieure de cette lame, se voient un sillon et, de chaque côté du sillon, deux petites traînées noirâtres qui sont l'apparition à l'extérieur des noyaux gris pédonculaires appelés *locus niger de Vicq d'Azyr*.

Les tubercules mamillaires et l'espace perforé postérieur forment la paroi postérieure étroite, ou, comme l'on dit, le bord postérieur du ventricule moyen.

I. *Coupe de la protubérance*. Elle offre sur son bord postérieur la saillie des tubercules quadrijumeaux, sur la ligne médiane un trou qui est la coupe de l'aqueduc de Sylvius.

J. *Partie médiane de la grande fente cérébrale de Bichat*. Cette portion médiane de la grande fente se voit très-bien lorsque l'on soulève, en la portant en avant, la coupe de la protubérance. L'on aperçoit alors, entre les tubercules quadrijumeaux et la partie postérieure du corps calleux, une fente transversale, médiane, par laquelle on pénètre dans le ventricule moyen. Lorsque les parties sont en place, la petite circonférence de la tente du cervelet représente la forme de cette fente entre les lèvres de laquelle elle est située. Cette fente se prolonge en avant de chaque côté jusqu'aux deux scissures de Sylvius, par deux branches latérales qui, avec la partie moyenne que nous venons de décrire, forment une vaste fente en fer à cheval.

Ces parties latérales de la fente sont constituées de la façon que voici. Les deux pédoncules cérébraux, nous l'avons dit déjà et nous allons le répéter encore bientôt, se plongent dans les hémisphères cérébraux. Leur portion inféro-antérieure se fusionne complétement avec le parenchyme cérébral, mais leur face postéro-supérieure reste libre. Entre le bord interne concave du lobe sphénoïdal du cerveau et le pédoncule cérébral, existe une fente que l'on rend très-visible en en écartant les lèvres, lorsque l'on tend à renverser en avant la coupe de la protubérance et les pédoncules cérébraux qui naissent de cette protubérance. Par les portions latérales de la fente, on pénètre non plus dans le ventricule moyen, mais bien dans les ventricules latéraux du cerveau. C'est par la portion moyenne et par les portions latérales de la grande fente cérébrale que s'introduisent dans les ventricules ces prolongements fibro-vasculaires émanés de la pie-mère que nous étudierons plus tard sous le nom de *plexus choroïdes* ou de *toile choroïdienne*, lorsque nous connaîtrons dans tous leurs détails la conformation des ventricules cérébraux.

K. *Bourrelet du corps calleux;* c'est le bord postérieur du corps calleux qui s'offre sous la forme d'une grosse commissure blanche transversalement étendue entre les deux hémisphères. Le bourrelet du corps calleux est distant de l'extrémité postérieure des lobes occipitaux d'une longueur double de celle qui sépare le genou du corps calleux de l'extrémité antérieure des lobes frontaux.

L. *Partie postérieure de la grande scissure cérébrale*. Elle loge la base de la faux du cerveau.

Avant d'étudier la conformation intérieure du cerveau, un mot des circonvolutions qui accidentent toute la surface extérieure des hémisphères. Les circonvolutions sont, on le sait, des replis saillants séparés par des dépressions. On peut les représenter comme des hémi-cylindres, dont la face plane serait appliquée sur l'hémisphère, dont la paroi convexe serait libre et en contact par ses parties latérales avec les parties latérales des circonvolutions voisines. Les circonvolutions sont revêtues par la pie-mère qui pénètre jusqu'au fond des anfractuosités. Capricieusement sinueuses, elles opposent de grandes difficultés à un classement méthodique. La plupart des auteurs représentent pourtant ce classement comme très-aisé et très-clair.

M. Sappey, par exemple, divise les circonvolutions de la face interne des hémisphères en trois groupes : un antérieur et un postérieur dont les circonvolutions auraient une direction antéro-postérieure, plus un groupe moyen à circonvolutions perpendiculaires aux précédentes. Même classification en trois groupes pour la face externe: Groupe antérieur et groupe postérieur à direction antéro-postérieure, groupe moyen à direction oblique en haut et en arrière, etc., etc. La vérité est que les circonvolutions décrivent des méandres et des inflexions qui échappent à l'analyse ; sauf quelques-unes à direction très-nettes et que nous avons déjà signalées, chemin faisant. Telles sont les circonvolutions satellites du nerf olfactif, antéro-postérieures ; les circonvolutions du corps calleux, à la face interne des hémisphères, également antéro-postérieures ; les petites circonvolutions en éventail de l'insula.

Il est facile de voir à la coupe que les circonvolutions sont constituées par de la substance grise superficielle ou enveloppante et par de la substance blanche profonde ou enveloppée.

Nulles ou très-rudimentaires chez les animaux inférieurs, les circonvolutions sont d'autant plus saillantes et d'autant plus nombreuses que l'on s'élève davantage sur l'échelle des êtres. C'est chez l'homme qu'elles atteignent leur maximum de développement. Ce développement paraît donc être en rapport avec celui des facultés intellectuelles. (*A suivre*).

(1) Ou *corps cendré*.
(2) Ou hypophyse.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés dont l'abonnement est terminé depuis le 31 juillet que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le 25 août, augmentée* D'UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous leur rappelons que le* MEILLEUR MODE DE PAIEMENT *pour eux et pour nous consiste en l'envoi d'un mandat sur la poste.*

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Rapport sur le concours d'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements.)

Nous reproduisons plus loin (p. 648) le rapport de M. le professeur Gosselin, au sujet duquel nous nous bornons à faire ici quelques remarques. Les séances de ce concours ont eu lieu tous les jours, sauf le jeudi et le dimanche, ce qui a eu « le grand avantage de ne pas laisser l'impression des épreuves s'effacer avant le jugement définitif. » Ce n'est peut-être pas là le meilleur moyen d'empêcher la mémoire des juges de se rouiller. Peut-être vaudrait-il mieux que chaque épreuve de tout candidat fût discutée après chaque séance et chiffrée par des points.

La question des thèses est remise sur le tapis. On sait qu'une innovation heureuse a fait accorder un temps plus long pour l'élaboration des thèses. Le rapporteur trouve que les 35 jours accordés, au lieu de 12, ont eu pour résultat que les thèses ont atteint des proportions plus considérables que jamais et il se demande s'il n'y aurait pas lieu de limiter le nombre des pages. Nous ne nous arrêterons pas à examiner une proposition dont la pratique se hâterait de démontrer les inconvénients; mais nous tenons à rappeler une idée formulée déjà à diverses reprises dans le *Progrès médical*.

Au point de vue du développement des recherches scientifiques, le système des concours a de graves inconvénients. La majorité des jeunes médecins qui se destinent au concours les délaissent; cela tient à ce que, dans les concours, il n'est tenu que très-médiocrement compte des travaux originaux publiés par les candidats. Pour remédier à cette situation déplorable, nous pensons qu'il serait très-avantageux d'autoriser les candidats à présenter, comme thèses, soit des travaux originaux inédits, soit une analyse de leurs productions scientifiques. Ce serait, croyons-nous, un excellent moyen d'encourager les recherches cliniques, de pousser les internes, futurs concurrents à l'agrégation, à prendre sérieusement les observations intéressantes de leurs services hospitaliers; ce serait les exciter à utiliser les laboratoires de recherches qui existent aujourd'hui dans un certain nombre d'hôpitaux. Alors on ne verrait plus se produire les inconvénients du système actuel, dans lequel le hasard joue un rôle prédominant, et qui fait traiter un sujet d'histologie pathologique par un clinicien et un sujet de thérapeutique par un histologiste.

Congrès international d'Hygiène.

Après dix jours d'un travail assidu le Congrès international d'hygiène vient de terminer ses travaux. A la fin de la séance du samedi 10 août, séance qui a été consacrée à traiter l'importante question de la prophylaxie des maladies contagieuses, M. Rochard a rendu à M. Gubler le fauteuil de la présidence pour clôturer le Congrès. Dans un excellent discours M. Gubler a remercié tous les membres qui avaient pris une part si active et apporté un concours si dévoué à cette œuvre humanitaire et civilisatrice par excellence.

Le Congrès français de même que le Congrès belge n'a fait qu'indiquer la voie où l'on devait s'engager; quelque grands que doivent être les résultats des travaux accomplis, il y aura toujours à faire; il est nécessaire que notre union si cordiale ne soit pas brisée; l'orateur a terminé en exprimant l'espoir que, avant de se séparer les membres présents fixassent le lieu de réunion du prochain Congrès d'hygiène, qui, d'après les errements suivis jusqu'à présent, devrait avoir lieu dans deux ans.

M. Maydell (de Russie), se faisant l'interprète des sentiments unanimes de l'Assemblée, a, dans des termes pleins de courtoisie, félicité les bureaux de l'impulsion scientifique qu'ils ont su donner aux travaux, et du talent qu'ils ont apporté dans la direction des discussions auxquelles ces travaux ont donné lieu.

M. Pacchiotti, au nom des délégués italiens, est venu demander que l'on fît à l'Italie l'honneur de la choisir pour y tenir le prochain Congrès d'hygiène de 1880. Il a donné ensuite lecture d'une dépêche du maire de Turin qui, au nom de la municipalité, déclare que cette ville serait fière de donner l'hospitalité aux hommes dévoués qui voudront venir chez elle pour étudier ces questions qui intéressent la société tout entière. A l'unanimité, cette offre si cordialement faite a été acceptée. Ainsi se trouve réalisée l'idée émise par le *Progrès médical* il y a huit jours.

A. Blondeau.

Ouverture du Congrès de médecine légale ; indication de ses travaux.

Le Congrès international de médecine légale a commencé ses travaux le 12 août à deux heures au Palais des Tuileries (Pavillon de Flore).

Le bureau a été immédiatement constitué de la façon suivante : Président : M. Devergie ; vice-présidents : MM. Grosz (de Buda-Pesth), Vleminck (de Bruxelles) et Lunier ; secrétaire-général : M. Gallard ; secrétaires des séances : MM. Lutaud et Laforest.

Après une allocution de M. le président qui a souhaité la bienvenue aux médecins étrangers et aux magistrats qui avaient répondu en grand nombre à l'appel de la Société de médecine légale, le Congrès a immédiatement abordé les questions portées à l'ordre du jour.

La première de ces questions est relative au rôle des experts et aux expertises médico-légales; elle donne lieu à une discussion intéressante à laquelle prennent surtout part MM. Vleminck et G. Daremberg.

M. Jeannel propose ensuite un moyen qui tendrait selon lui à diminuer le nombre des suicides, et qui consiste à livrer le cadavre des suicidés aux amphithéâtres d'anatomie.

Puis le Congrès aborde, et continue, le lendemain, la discussion de la valeur médico-légale des ecchymoses sous-pleurales en médecine légale. Le sentiment du Congrès est que ces ecchymoses, dont M. Tardieu a fait si longtemps un caractère pathognomonique, ne constituent pas à elles seules un signe certain de la mort par suffocation ou par asphyxie.

M. Pénard lit un mémoire sur l'intervention du médecin légiste dans les cas de plaies et blessures et spécialement de fracture du crâne. — Le Dr Vignaud lit une observation de mort à la suite d'un coup de poing chez un hémophile. — M. J. B. Gauché communique une note sur la valeur séméiologique de l'état de la pupille en médecine légale.

M. Galezowski expose l'incertitude où se trouve actuellement la médecine légale en présence de cette question : les paupières peuvent-elles se fermer spontanément après la mort?

La séance est levée à 5 heures, et le Congrès renvoie au lendemain 14 (dernière séance), la discussion du reste de l'ordre du jour. Dans le prochain numéro, nous donnerons une analyse sommaire des travaux du Congrès dans sa dernière séance. Disons, en terminant, que le Conseil municipal a voté une somme de 500 francs pour aider la Société de médecine légale à faire imprimer les travaux du Congrès. M. C.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE (1)

Excursion dans la plaine de Gennevilliers.

Au nombre des excursions inscrites au programme, se trouvait celle de la plaine de Gennevilliers ; les membres du Congrès devaient aller étudier sur les lieux la question de l'épuration des eaux d'égouts et de leur utilisation au point de vue agricole, et se rendre compte par eux-mêmes des résultats obtenus.

Le mardi 6 août, 150 membres environ prenaient à 8 heures le train d'Asnières. A la sortie de la gare, ils trouvèrent des voitures que l'administration de la ville de Paris mettait à leur disposition pour se rendre à Gennevilliers. MM. Durand-Claye et Mill, ingénieurs, devaient servir de guides dans cette intéressante excursion. Elle commença par une visite à l'usine élévatoire de Clichy. Cette usine fut examinée en détail, et l'on vit fonctionner les deux immenses machines à vapeur destinées à refouler les eaux d'égout dans les conduits qui les mènent à la plaine. L'une d'elles a été établie en 1872, elle est de la force de 150 chevaux et fait fonctionner deux pompes centrifuges doubles de 1 mètre 10 de diamètre ; l'autre fut posée en 1875, elle est de 250 chevaux et les pompes centrifuges ont 2 mètres de diamètre.

En sortant de l'usine, chacun put constater l'état de la Seine, sur la rive droite, à l'endroit même où le grand collecteur y débouche. Le fleuve se trouve divisé en deux moitiés par le courant des eaux d'égout et la partie gauche seule a conservé sa couleur naturelle. A droite, l'eau est noire, fétide, recouverte d'une sorte de couche graisseuse ; elle roule des débris organiques de toutes sortes, bouchons, légumes, cheveux, chiens et chats en putréfaction, etc. Du fond du lit du fleuve, formé d'une vase grise mélangée de ces mêmes débris organiques, s'élève une multitude de bulles de gaz qui viennent crever à la surface de l'eau ; certaines de ces bulles laissent en crevant un cercle de pus de 1 mètre 50 de diamètre. Ce gaz est composé en grande partie d'hydrogène proto-carboné, 72 pour 100. La végétation est presque nulle sur les bords.

Après avoir fait remarquer cet état de choses, M. Durand-Claye a fait voir, sur une carte, le trajet de la Seine et l'endroit où elle cessait d'être contaminée par les eaux (Meulan) ; puis, il a montré les terrains actuellement irrigués et expliqué les différents travaux qui resteraient à exécuter dans le cas où les projets actuellement à l'étude seraient adoptés, et l'irrigation poussée jusqu'aux fermes domaniales de la forêt de Saint-Germain.

On se rendit alors à la plaine de Gennevilliers en passant par le pont de Clichy, suivant ainsi le trajet que prennent les eaux refoulées par les pompes de l'usine. Ces eaux traversent le pont dans des conduites en fontes de 1 m. 20 de diamètre ; puis elles sont dirigées vers divers points de la plaine par des conduites fermées en maçonnerie de béton de 0,30 cent. à 1 mètre de diamètre. Les bouches de distribution, qui donnent l'eau dans les rigoles, sont constituées par de simples plateaux en fonte ou en bois appliqués par une vis de pression sur l'orifice des tuyaux de branchement. Ces premières rigoles à ciel ouvert sont en brique ou en béton, elles sont rectangulaires et ont de 1 m. 20 à 2 mètres de largeur sur 0,60 cent. de profondeur. De là, les eaux sont versées dans les rigoles secondaires, également à ciel ouvert, qui suivent le chemin à un niveau un peu supérieur à celui des terres cultivées. Quand le cultivateur veut de l'eau, il lui suffit de soulever une simple planche formant vanne ; l'eau se répand sur le terrain pleiu de petites rigoles et parvient aux racines sans être mis en contact avec le feuillage des légumes. Le terrain de culture est disposé d'une manière très-simple. Ces rigoles sont tracées soit à la charrue, soit à la bêche, et c'est sur les ados plus ou moins larges qui les séparent que sont semés ou plantés les végétaux à cultiver.

Le jardin de la ville, où furent faits les premiers essais d'irrigation fut ensuite visité. A l'entrée de ce jardin-modèle, où tout est admirablement réglé et cultivé, se trouvait une collection de tous les produits qui y sont récoltés. Des échantillons de fruits, fleurs, légumes de la plus belle venue sont mis à la disposition des visiteurs. Des melons et des fraises furent dégustés et chacun put se convaincre que ces fruits étaient d'excellente qualité, avaient leur saveur propre et n'avaient contracté aucun mauvais goût. L'eau du puits qui est situé au milieu du jardin fut goûtée ; elle n'offre rien de particulier à remarquer. Elle a la même saveur que celle des puits de la contrée ; elle ne paraît pas avoir été contaminée par les eaux d'égouts. Au bout de l'établissement, en contre-bas, on trouve le ruisseau formé par l'eau filtrée à travers les terres ; elle est amenée là par un système de drainage. Cette eau est fraîche, limpide et parfaitement potable ; elle alimente une cressonnière de la plus belle venue, ce qui, fait remarquer M. Gubler, vient affirmer la pureté de l'eau, le cresson ne pouvant vivre que dans de l'eau de bonne qualité.

Les membres du Congrès visitèrent encore un jardin appartenant à un horticulteur, ils y trouvèrent les fleurs les plus belles et les plus parfumées ; une pépinière y attenant est dans un état excellent. Ils remontèrent en voiture et traversèrent toute la plaine, jetant en passant un coup d'œil rapide sur les champs qui bordent la route. Ils purent constater que la culture potagère s'y fait sur une grande échelle et est dans l'état le plus florissant. Aujourd'hui, 265 hectares irrigués sont cultivés en légumes, ils donnent un rendement double et triple de celui obtenu dans un terrain non irrigué. Pressés par l'heure, on n'a pu malheureusement visiter les caves du village de Gennevilliers, ni déguster l'eau de leur puits. A onze heures et quart les membres du Congrès regagnaient Paris.

Quelles conclusions tirerons-nous de cette visite forcément un peu rapide ? Comme nos lecteurs le savent, ces essais d'épuration et d'utilisation agricole des eaux d'égout ont soulevé de fréquentes réclamations de la part des habitants de Gennevilliers. Des pétitions ont été envoyées à l'Assemblée nationale ; des instances ont été introduites auprès du Conseil de préfecture de la Seine. C'est que, dans cette question, les passions les plus vives, les intérêts les plus divers entrent en jeu. Pendant toute la durée de leur visite, les membres du Congrès ont été suivis par un groupe d'habitants faisant entendre des plaintes incessantes, criant bien haut contre le système employé. Interrogés par nous sur leur profession, nous avons pu nous assurer que ces plaignants sont pour la plupart petits rentiers, marchands de vins, ou tireurs de sables. Nous avons affaire à une catégorie de personnes qui ont eu à souffrir dans leur agrément ou dans leur commerce. D'un autre côté, les cultivateurs sont presque unanimes à vanter les bons effets obtenus par l'emploi des eaux d'égout, à demander la continuation des essais ; mais ceux-là aussi ont leurs intérêts directement mis en jeu. Il est donc fort difficile de se faire *à priori* une opinion sur cette question si complexe.

Les objections faites au système actuel et les réclamations des habitants, portent sur les points suivants : 1° Les eaux de la nappe souterraine auraient envahi les caves de plusieurs maisons du village et inondé les sablières voisines de la Seine ; 2° Les rigoles de distribution seraient en grand nombre encore à ciel ouvert et l'utilité de conduites fermées se ferait sentir ; 3° L'eau des puits serait contaminée et devenue impotable, malsaine, par suite de son mélange aux eaux d'égout. (MM. Danet, Bastin et Garrigou-Desarènes voient là une des causes efficientes dans l'épidémie de dysenterie de 1875) ; 4° la fièvre intermittente n'existait pas autrefois et depuis l'irrigation de la plaine, elle serait passée à l'état endémique (79 cas auraient été observés pendant les années 1873, 1874 et 1875) ; 5° cette eau favoriserait chez l'homme la production de certains entozoaires.

Nous croyons cependant que, de cette visite, on peut tirer les conclusions suivantes : le meilleur de tous les procédés d'épuration est la filtration par le sol végétal. Au point de vue du rendement, les résultats sont magnifiques ; les produits horticoles obtenus au moyen des irrigations à l'eau d'égout sont

(1) Voir les nos 31 et 32.

© BIU Santé

d'excellente qualité. Quant à la question d'élévation de la nappe souterraine, c'est un fait patent et indéniable. Nous n'avons pas à entrer dans la discussion de savoir si c'est par suite d'irrigation ou, comme on l'a soutenu, par suite des grandes crues de 1871 et 1875, que l'inondation s'est produite. Le mal existe et il faut y porter remède. Un projet a été présenté au Conseil municipal de Paris, tendant à obvier à ces inconvénients en établissant autour du village un drainage circulaire formé de tuyaux moulés en béton de ciment de 0 m. 45 de diam.; ces tuyaux percés d'ouvertures destinées à recevoir les eaux extérieures, seront placés en contre-bas du niveau général des caves. Une conduite-étanche, également en béton, de 0 m. 45 de diam. et 1633 m. de longueur, évacuera ces eaux dans la rivière Dans sa séance de mardi dernier, le Conseil municipal, sur le rapport de M. Delpech, a voté une somme de 425.000 fr. destinée, pour une partie, à l'exécution de ces travaux de drainage, et pour l'autre à la transformation en conduites fermées des anciennes conduites à ciel ouvert de la distribution des eaux d'égout.

Restent les questions des fièvres intermittentes, des dysenteries, entozoaires, etc. Dans son rapport, M. Proust conclut négativement sur le fait des dysenteries et des entozoaires, et dit que c'est sans fondement bien sérieux qu'on attribue la production de fièvres paludéennes au système actuel d'irrigation. Il ne nous appartient pas de nous prononcer dans une question aussi grave; nous ne pouvons que nous associer aux demandes d'enquêtes et d'études qui ont été formulées à ce sujet.

Le Conseil municipal de Paris a demandé que l'on mît, le plus tôt possible, à l'ordre du jour des séances la question de l'*utilisation des eaux d'égouts*. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de tout ce qui se passera relativement à cette importante question d'hygiène.

Visite aux égouts.

Dans la journée du 6 août, les membres du Congrès ont visité le *système d'égouts et de collecteurs* qui, sous ce rapport, ont fait de Paris une ville unique au monde. Nous allons donner quelques détails généraux sur ces canaux souterrains, qui recueillent journellement 262,000 mètres cubes d'eau souillée, pleine de germes nuisibles et les emportent loin de la ville.

Les *égouts de Paris* ont aujourd'hui une longueur de 573 kilomètres (1) : 430 kilom. ont été construits depuis 1806, sous la direction de M. Belgrand; il reste encore à construire 350 kilomètres, alors le réseau sera complet (2). Ces égouts sont construits sur 13 types différents. On peut les diviser en deux catégories parfaitement distinctes : les égouts proprement dits qui passent sous les rues et recueillent les eaux, et les collecteurs généraux dans lesquels les égouts viennent se déverser.

Ces collecteurs généraux sont au nombre de trois : le collecteur général de la *rive droite*, d'une longueur de 9,162 mètres, qui suit la ligne des quais depuis le bassin de l'Arsenal jusqu'à la place de la Concorde, traverse cette place, longe la rue Royale, le boulevard et la rue Malesherbes, prend ensuite la route d'Asnières et débouche en Seine à droite du pont d'Asnières. — Le *collecteur de la rive gauche*, qui commence au boulevard de l'Hôpital où il reçoit la Bièvre, suit le boulevard Saint-Marcel, les rues Geoffroy-Saint-Hilaire, Linné, des Ecoles; les boulevards Saint-Germain et Saint-Michel, la ligne des quais jusqu'au pont de l'Alma, où il passe en siphon sous la Seine et va s'aboucher dans le grand collecteur de la rive droite à 536 mètres de son embouchure, après avoir traversé en souterrain l'avenue Joséphine, la place de l'Etoile, l'avenue de Wagram et les villages de Levallois-Perret et de Villiers. Sa longueur est de 10,304 mètres.

Enfin, le *collecteur départemental* chargé de recueillir les eaux des coteaux de la rive droite et qui, prenant naissance au point d'intersection de la rue Oberkampf et de la chaussée Ménilmontant, va se déverser à la hauteur de l'île Saint-Ouen après avoir suivi le trajet suivant : anciens boulevards extérieurs, route d'Allemagne, le bassin de la Villette, les fortifications et la grande route de la Chapelle à Saint-Denis.

La partie des égouts visitée par les membres du Congrès est celle qui s'étend du Châtelet à la Madeleine. Les visiteurs étaient divisés en deux groupes, l'un devant partir de la place de la Madeleine, l'autre de la place du Châtelet; nous faisions partie de ce dernier. A 3 heures, nous descendons l'escalier de fonte (22 marches) qui conduit directement à la chambre du Châtelet. Cette chambre s'ouvre sur la berge de la Seine. En entrant, on est ébloui tout d'abord par la petite illumination que produisent des lampes munies de globes, qui sont placées sur des rampes le long du trottoir qui borde l'égout. Au bout de quelques instants, on commence à apercevoir les détails de cette vaste chambre. Nous en empruntons la description au livre : *Paris*, de M. Maxime Ducamp :

« Dès que l'on a descendu l'escalier de fonte en vrille et que l'on a pénétré dans la vaste chambre, le Paris souterrain se dévoile : il livre son secret d'un seul coup. Ces énormes conduites métalliques, brillantes et polies comme un marbre noir, qui s'appuient sur de fortes béquilles de fer, portent les eaux de l'Ourcq, de la Seine, et attendent celles de la Vanne; elles poussent sous chaque trottoir du pont au Change deux tuyaux qui partent d'un tronc commun et ressemblent aux jambes d'un géant nègre couché sur le dos ; plus loin les conduites moins amples, et par conséquent moins pesantes, peuvent être « agrafées » aux parois de la muraille, qu'elles suivent en détachant çà et là des branchements particuliers; sur la voûte même, ces faisceaux grisâtres qui ont l'air de fagots de sarments sont les gaines de plomb où, dans une enveloppe de gutta-percha, les fils du télégraphe électrique bavardent en silence à l'abri de l'humidité.

» Un long tuyau, trop étroit pour conduire de l'eau, trop large pour porter un fil de métal, glisse le long des murs; que contient-il ? Ecoutez : un bruit rapide et acéré comme un sifflement de javelot vient d'y passer, c'est le chariot de cuivre, chargé des dépêches, qui franchit l'espace dans le tube du télégraphe pneumatique. Paris est bien réellement un corps vivant : les organes cachés de ses fonctions ne se reposent jamais. »

Pendant que nous admirons ce gigantesque travail, les hommes d'équipe amènent les voitures dans lesquelles nous devons faire une partie du trajet. Ce sont de petits wagons découverts, construits spécialement pour les promenades; ils contiennent chacun douze personnes qui prennent place sur des banquettes de jonc tressé. Des lampes, disposées aux quatre coins, éclairent la route que nous devons suivre. Dans chaque wagon prend place un employé (piqueur) qui est chargé de veiller aux manœuvres. Les voitures sont placées sur des rails disposés de chaque côté de la cunette de l'égout; elles sont menées rondement par 4 hommes qui, placés à droite et à gauche, deux à l'avant, deux à l'arrière, courent en s'appuyant des deux mains sur des barres de bois transversales disposées à cet effet. A un signal donné, nous partons lentement dans la direction du boulevard Sébastopol; arrivés à l'égout de Rivoli, les hommes d'équipe font pivoter les wagons sur des plaques tournantes par une manœuvre semblable à celle employée dans les gares de chemin de fer, et les mettent dans l'axe de l'égout. Nous repartons alors avec une vitesse qui va toujours en s'accélérant; un courant frais et humide nous fouette la figure.

Chemin faisant, le piqueur placé près de nous, veut bien nous donner quelques renseignements que nous nous empressons de consigner. L'égout de Rivoli a 3 m. 50 de large sur 2 m. 50 de hauteur; la cunette est large de 1 m. 20, et profonde de 1 m. 80, mais elle ne contient que 1 m. d'eau. Cette eau s'écoule vers le grand collecteur avec une pente de 1 mill. par mètre. Lorsqu'un orage éclate, l'égout se remplit avec une rapidité foudroyante; non seulement la cunette déborde, mais en quelques minutes l'eau peut atteindre la hauteur de la voûte. On comprend sans peine que ceux qui seraient surpris par l'orage seraient perdus si des précautions n'avaient été prises. En cas de danger, les ouvriers peuvent sortir de l'égout par des puits (regards) distants de 50 mètres à 100 mètres selon la pente; ces puits communiquent avec la rue que l'on gagne au moyen d'une échelle de fer scellée à la muraille. L'ouverture en est fermée par une de ces plaques rondes de fonte, que

(1) On pourrait ajouter à cette longueur les branchements de bouches, de regards, les branchements particuliers au nombre de 17,433, qui mettent les maisons en communication avec les égouts publics et qui forment une longueur de 192 kilomètres, et un certain nombre d'égouts qui sont à peu près terminés, comme l'égout de dérivation de la Bièvre. Mais nous ne parlons que des égouts proprement dits.

(2) La dépense est évaluée à 40 millions.

© BIU Santé

tout le monde a rencontrées sur les trottoirs de Paris. Elle est connue communément sous le nom de *bonde* ou de *tampon*.

Dès qu'un orage va éclater, le signal est donné à tous les ouvriers de remonter de suite au grand jour. Ce signal consiste en cinq coups, espacés régulièrement, de la trompe dont sont munis tous les chefs d'équipe Ici se produit une remarque intéressante. Certains égouts, celui de Rivoli par exemple, ont une voûte en pierres meulières non recouverte d'une couche de ciment poli; dans ceux-là, le son, arrêté sans doute par les aspérités des murs ne se propage qu'à la distance de 250 à 300 mètres. Dans ceux, au contraire, qui sont recouverts d'un enduit de ciment poli, le son se propage à des distances considérables; ainsi dans le grand collecteur de la Concorde un signal s'entend à 1 kil., et un coup de trompe donné à la rue de la Pépinière peut être perçu distinctement à l'embouchure du collecteur.

Le trajet du Châtelet à la place de la Concorde dure un quart d'heure environ. Nous retrouvons là les visiteurs partis de la Madeleine, et qui, venus en bateau jusqu'à la Concorde, vont se servir de nos wagons pour se rendre au Châtelet. Nous prenons place dans les bateaux qui contiennent environ 18 personnes. Le courant est suffisant pour les entraîner et les hommes qui les conduisent n'ont besoin que de les maintenir dans le milieu de l'égout. Ici la largeur de la cunette est de 3m,50, la profondeur de 1m,20. L'odeur qui avait été nulle pendant tout le trajet commence à se faire sentir; elle est due sans doute à l'agitation des eaux. Cinq minutes après, nous débarquons dans la chambre de la Madeleine et regagnons le grand jour par un escalier qui débouche sur la place.

Nous compléterons le récit de cette visite curieuse et intéressante par quelques détails sur le *curage des égouts*, détails que nous avons empruntés pour la plupart aux remarquables ouvrages de M. Belgrand. Dans les égouts ordinaires, le curage est fait au moyen de rabots et de balais par les égoutiers qui descendent dans l'eau munis de ces bottes légendaires que nous connaissons tous, et poussent devant eux la vase qu'ils amènent aux collecteurs. Pour les autres égouts, différents appareils sont employés; ce sont les suivants : Le *wagon bascule*, sorte de tombereau qui sert à curer les égouts collecteurs où l'eau ne coule pas en quantité suffisante. Les matières qu'il transporte sont déchargés dans des bateaux construits *ad hoc* qui s'en vont à la Seine. Le *wagon-vanne* qui s'emploie pour les collecteurs de second ordre. Il est muni d'une vanne, ayant à peu près la profil de la cunette, qui, au moyen d'un engrenage, est descendue jusqu'au radier de l'égout. Ce wagon roule sur des rails distants de 1m,20, qui sont fixés sur les bords de la cunette.

Lorsque la vanne est abaissée, l'eau s'accumule en arrière et sort avec violence par des trous ménagés pour la circonstance. Cette eau chasse avec force le sable et la boue qui forment alors en avant de la vanne un banc de 100 mètres et plus de longueur; le wagon poussé par l'eau reste toujours collé en amont des matières, qu'il affouille sans cesse. A l'arrière du wagon, la cunette est toujours propre. La masse voyage lentement à la manière des dunes, parcoure ainsi toute la longueur de l'égout, et tombe dans un collecteur général. Ces collecteurs généraux sont nettoyés au moyen du *bateau-vanne*. La vanne est adaptée à l'avant du bateau et s'ajuste dans la cunette comme celle du wagon-vanne; elle est percée de trois trous rectangulaires de 3 décim. de côté. Tout se passe comme nous l'avons indiqué plus haut, seulement les boues qui voyagent à l'avant sont beaucoup plus considérables.

Nous avons dit que le collecteur de la *rive gauche* passait sous la Seine au *pont de l'Alma*. Ce passage s'effectue au moyen d'un siphon noyé dans un massif de béton à un mètre au-dessous du lit de la Seine. Ce siphon se compose d'un double tube en tôle de 2 cent. d'épaisseur et de 1 mètre de diamètre intérieur; sa longueur totale est de 169m,63. Les feuilles de tôle qui ont servi à sa construction n'ont pas été assemblées à recouvrements sous rivets, mais au moyen de couvre-joints; cette précaution a été nécessitée par ce fait qu'un corps lourd pouvait s'arrêter à une aspérité et déterminer une obstruction. L'intérieur du tube est donc complètement lisse. Malgré la différence de niveau (2m,10) entre les banquettes d'amont et d'aval des collecteurs, le soin que l'on a pris d'installer une vanne spéciale pour produire une accumulation d'eau, les tubes ont besoin d'être nettoyés assez souvent. Voici le procédé ingénieux et simple qui est employé pour arriver à ce but : Deux fois par semaine, mardi et samedi, on fait passer dans chaque tube une *boule* en bois de 0,85 de diamètre, c'est-à-dire de 15 cent. de moins que les siphons. Cette boule en bois surnage, roule sur la partie supérieure du tube et laisse en dessous un vide de 0m,15. Si le tube est propre, le voyage souterrain se fait en 2 minutes et demie ou 3 minutes; mais si il y a une obstruction, la boucle lutte contre l'obstacle, l'eau s'échappeavec force par dessous et chasse en avant les corps qui obstruaient le passage. La boule les suit et en quelques minutes arrive à l'extrémité du siphon. Les obstructions des tubes sont rares, un jour cependant il se produisit un fait curieux : la boule resta un quart d'heure dans le siphon, elle sortit enfin amenant plusieurs peaux de bœuf provenant sans doute des tanneries de la Bièvre.

Le personnel chargé d'assurer le services des égouts est relativement peu considérable, il se compose de 650 égouttiers divisés en brigades volantes que l'on dirige suivant les besoins sur les divers points de Paris.

(*A suivre*). A. BLONDEAU.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 août 1878. — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

M. GOMBAULT fait une communication sur la genèse des cellules géantes dans les granulations tuberculeuses.

M. DARSONVAL fait connaître à la Société qu'il a pu obtenir le dédoublement des sucres en alcool, sans fermentation, par des procédés purement physico-chimiques. Sous l'influence de l'ébullition, il obtient en alcool 1 millième du poids du sucre; et par l'ébullition et l'action du carbonate de potasse, il en recueille une bien plus forte proportion, un centième environ du poids de la glycose employée. Il montre à la Société de l'alcool obtenu par ses procédés.

M. FRANCK communique une note sur les effets que l'excitation du bout supérieur du sympathique cervical d'un côté produit sur la circulation carotidienne du même côté et du côté opposé; — modification de la circulation cérébrale et influence de ces modifications sur l'excitabilité des zones motrices corticales. — M. Franck donne un simple résumé de ses recherches, qui seront développées dans d'autres communications : 1° l'excitation du bout supérieur du sympathique cervical d'un côté produit, comme on le sait, un resserrement des vaisseaux fournis par la carotide correspondante. Cet effet vaso-moteur direct se traduit par l'élévation de la pression dans le bout périphérique de la carotide mis en rapport avec un manomètre enregistreur; 2° la pression s'élève, *mais plus tardivement*, dans le bout périphérique de la carotide opposée. Il ne s'agit plus ici d'un resserrement vasculaire produit par une influence nerveuse, mais bien de l'afflux collatéral d'une plus grande quantité de sang dans le département carotidien opposé au département carotidien resserré. En raison même de ce mécanisme, l'élévation de la pression dans le bout supérieur de la carotide droite ne peut se produire que consécutivement au début de l'élévation de la pression dans le bout supérieur de la carotide gauche quand c'est le sympathique du côté gauche qui est excité; 3° en tenant compte de ces phénomènes, on est amené à considérer comme anémié l'hémisphère correspondant au sympathique excité, et comme hyperémié l'hémisphère opposé. Dans cette hypothèse, M. Franck a étudié comparativement l'excitabilité de points symétriques de la zone motrice corticale à droite et à gauche. Il a constaté que l'excitation corticale faite en même temps que l'excitation du sympathique cervical et du même côté, n'était suivie des mouvements localisés dans les membres qu'à la condition d'être plus intense que dans les conditions de la circulation normale. En outre, il a vu qu'il devenait très-difficile de provoquer l'attaque épileptique par l'excitation soutenue et énergique de la zone motrice du même côté, alors que ces attaques n'exigent normalement pour se produire que des excitations beaucoup moins prolongées et beaucoup moins intenses

© BIU Santé

l'excitabilité corticale diminue donc très-notablement pendant l'excitation du sympathique cervical et vraisemblablement sous l'influence du resserrement vasculaire intra-crânien qui est, du reste, directement démontré dans certaines expériences de l'auteur par l'exploration du volume du cerveau.

A côté de ce fait, il convient de mentionner le suivant, qui n'a pas moins d'importance : quand on a produit une attaque épileptique par l'excitation corticale, on ne modifie en rien les caractères de l'attaque, son intensité, sa durée, la succession de ses périodes, les excitant à un moment quelconque de l'attaque du bout supérieur du sympathique cervical. L'attaque, provoquée par la substance grise corticale, semble donc devenir indépendante du cerveau proprement dit, puisque les modifications vasculaires produites dans le réseau carotidien correspondant à l'hémisphère excité restent sans effet Ceci sera comparé aux effets de la compression carotidienne qui agit tout autrement.

Ces différents points faisant suite aux recherches de MM. Franck et Pitres, seront exposés avec détail par les deux auteurs dans des communications ultérieures.

M. Dumontpallier lit les conclusions du rapport de la Commission nommée pour l'examen des théories métalloscopiques, et les procédés de métallothérapie du Dr Burq.

M. Regnard est nommé membre titulaire de la Société.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 août 1878. — Présidence de M. Richet.

M. Poggiale donne lecture de son rapport officiel sur les eaux minérales.

M. Lagneau fait la lecture d'un travail intitulé : *Remarques sur la natalité et la mortalité des enfants naturels, ainsi que sur la matrimonialité, à propos de la loi relative à la recherche de la paternité, récemment proposée par plusieurs sénateurs.* — De ses résultats statistiques, tout en tenant compte de la diversité et de la complexité des influences pouvant modifier les phénomènes sociaux, M. Lagneau semble autorisé à tirer les déductions suivantes :

L'interdiction de la recherche de la paternité, en déchargeant le père de tous devoirs envers l'enfant naturel, contribue à accroître, dans une notable proportion, la natalité illégitime.

L'interdiction de la recherche de la paternité, en privant l'enfant naturel de la part de secours incombant au père, contribue à rendre la mortalité des enfants illégitimes deux fois plus élevée que celle des enfants légitimes.

L'interdiction de la recherche de la paternité paraît accroître la proportion des avortements et des infanticides, la fille-mère devenant criminelle pour échapper aux devoirs difficiles, que la loi impose à elle seule.

Enfin, l'interdiction de la recherche de la paternité, contribue à retarder et à diminuer la matrimonialité, et persiste à restreindre la natalité légitime, car l'homme a d'autant moins de motifs de se marier que la loi l'exonère de tous les devoirs pouvant lui incomber par le fait de ses relations extra-conjugales.

M. Surmay lit une *Note sur l'entérostomie*, avec une observation à l'appui. — De l'ensemble de son travail, l'auteur n'hésite pas à déclarer: 1° que l'*entérostomie* est praticable et n'offre pas plus de difficultés, ni de périls que bien d'autres opérations pratiquées couramment sur le péritoine et sur le tube digestif; 2° que les aliments introduits par une ouverture du jéjunum à sa naisssance subissent, dans l'intestin, une digestion sinon absolument complète, du moins, très-avancée.

M. Mordret (du Mans) lit un travail ayant pour titre : *De l'invagination intestinale chez l'adulte avec occlusion complète de l'intestin sans aucun signe d'étranglement.* — Le sujet est un lypémaniaque devenu dément, qui succomba à 41 ans par suite d'entérite chronique ; depuis six mois, la diarrhée ne l'avait pas quitté. Il ne se plaignait jamais, disait même ne ressentir aucune souffrance, et mangeait une demi-ration. Sept jours avant sa mort, il vomit pour la première fois ; et, bien qu'il ait continué de prendre quelques aliments liquides chaque jour, le vomissement ne se renouvela pas. — La lésion principale de l'intestin était une invagination de haut en bas du jéjunum. L'anse d'intestin invaginée avait 30 centimètres de long ; elle était repliée trois fois sur elle-même, formait une ampoule bosselée, large de dix centimètres, et interceptant complétement tout passage des matières. Un détail assez remarquable, c'est qu'il existait tout le long de la partie convexe de l'intestin invaginée, une ligne ecchymotique d'un rouge vif, très-régulière, comme tirée à la règle et qui se terminait aussi brusquement qu'un trait de plume ; il n'y avait du reste, dans l'intestin aucune adhérence. L'auteur pense : qu'une occlusion aussi complète eût dû donner lieu à des phénomènes d'étranglement, qui n'ont pas eu lieu ; que cette occlusion s'est produite durant la vie et non pas *in extremis*, et qu'il est assez extraordinaire que le malade n'ait eu qu'un seul vomissement, qu'il ait pu se nourrir jusqu'à la fin, et que la vie se soit prolongée aussi longtemps. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 17 mai. — Présidence de M. Charcot.

Kyste de l'ovaire chez une enfant d'un mois ; par Ledoc, interne.

Le 10 mai 1878, on fait l'autopsie d'une enfant D... née le 10 avril 1878 et morte quelques heures après son entrée à l'infirmerie ; les seuls symptômes présentés pendant la vie furent des vomissements bilieux.

A l'ouverture de l'abdomen, on voit au-dessus de la symphyse pubienne une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule environ, ovoïde, transparente, fluctuante, de coloration citrine ; elle occupe tout le petit bassin et déborde le détroit supérieur ; cette tumeur a 45 millimètres dans son plus grand diamètre, 33 dans son plus petit ; elle masque la vessie ; — en la soulevant, après avoir enlevé les intestins, on voit qu'elle est comprise dans l'épaisseur du ligament large droit. La trompe passe en avant ; l'ovaire, aux dépens duquel cette tumeur paraît développée, est à sa partie interne et se montre aussi un peu sur sa face antérieure ; cet ovaire est d'ailleurs manifestement moins volumineux que celui du côté opposé. — Les parois de la tumeur sont le siége d'une vascularisation très-fine. Le liquide qu'elle contient est limpide, citrin ; traité par l'acide nitrique, il donne un abondant précipité d'albumine. A l'examen microscopique, on voit qu'il contient un grand nombre de granulations et quelques tractus fibrineux très-fins.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 juin 1878. — Présidence de M. Labric.

Anesthésie obstétricale. — M. Dumontpallier complète la communication qu'il avait commencée à la fin de la dernière séance. Le but de l'anesthésie obstétricale doit être d'amoindrir la douleur et de rendre ainsi le travail supportable. Le chloroforme ne doit être employé que dans la deuxième période de l'accouchement, alors que la dilatation du col est effectuée : la tête peut ainsi franchir les parties maternelles en provoquant seulement des douleurs modérées.

Sur les sept observations que présente M. Dumontpallier, deux ont eu une fin malheureuse ; les femmes ont succombé l'une à une péritonite, l'autre à une infection purulente, mais ces deux décès ne sauraient être imputés au chloroforme. Dans les cinq autres cas, les choses se sont passées très-régulièrement, et les suites de couches ont été absolument normales. Toutes les parturiantes ont conservé la conscience de ce qui se passait autour d'elles, et en elles ; elles indiquaient elles-mêmes à quel moment il fallait leur donner le chloroforme. La sensibilité cutanée et celle des organes des sens sont demeurées intactes. Il semblerait que, par une sorte d'élection, le chloroforme n'eût agi que sur l'utérus.

L'anesthésie obstétricale diffère à la fois et de l'anesthésie chirurgicale et de l'anesthésie expérimentale. Après avoir rappelé les travaux de Flourens, Giraldès, Cl. Bernard sur les effets physiologiques, le siége d'action du chloroforme et l'anémie des centres nerveux qu'il détermine, M. Dumont-

© BIU Santé

pallier explique que, pour lui, l'anémie cérébrale serait intermittente dans l'anesthésie obstétricale, grâce à l'intermittence même des inhalations. Il semble qu'il y ait en quelque sorte une action élective sur l'organe utérin ; il devient insensible, alors même que la sensibilité cutanée persiste. En même temps, les contractions deviennent régulières, plus puissantes et plus soutenues. Le chloroforme, donné d'une façon intermittente et en petite quantité, est toujours sans danger, car le danger de l'anesthésie chirurgicale provient de la grande quantité de chloroforme employée, de la continuité de son administration, et de l'anémie cérébrale permanente qui en résulte.

M. Hervieux se déclare partisan de l'anesthésie obstétricale, mais il pense que l'emploi du chloroforme dans les accouchements a des indications et des contre-indications. Les doses employées doivent être toujours faibles. Mais l'on rencontre des sujets qui présentent une sensibilité exagérée, même à ces faibles doses ; d'autres organismes leur sont réfractaires. Le chloroforme ralentit le travail, et il est bon de signaler cet inconvénient. Quelques femmes sont prises de syncope; enfin, les maladies du cœur et des organes respiratoires sont autant de contre-indications, autant de conditions particulières qui créent des dangers très-sérieux, et doivent rendre très-réservé l'emploi des anesthésiques.

L'anesthésie, ainsi restreinte à certains cas, a l'avantage d'atténuer la douleur des contractions utérines, de procurer le calme pendant leur intervalle, de rendre tolérables les grandes douleurs de la période d'expulsion ; elle est précieuse pour certaines femmes hystériques qui présentent une agitation extrême pendant la durée du travail. En somme, les avantages l'emportent de beaucoup sur les inconvénients, mais il faut rappeler aux accoucheurs que ces derniers existent, et surtout qu'il existe des contre indications de telle sorte que l'anesthésie ne saurait être employée dans tous les accouchements sans distinction.

Syphilide ulcéreuse chez un enfant. Mort. Présentation de pièces. — M. Dujardin-Beaumetz présente les pièces anatomiques d'un enfant de 14 mois, mort récemment dans son service. Cet enfant étouffait depuis quelques jours, lorsque apparut sur les cuisses une éruption qui fit bientôt place à des ulcérations. En même temps, l'étouffement disparut, et l'on put constater, sur le voile du palais, deux ulcérations semblables à celles des membres. Il fut impossible de relever dans les antécédents de cet enfant aucune manifestation syphilitique,

M. Parrot pratiqua l'autopsie et constata qu'il s'agissait d'une syphilide ulcéreuse. Outre les lésions cutanées, il existait dans les os des lésions que M. Parrot considère comme caractéristiques de la syphilis : exostoses au niveau des pariétaux et altération des os longs au niveau de la couche chondro-calcaire. R. M. M.

Séance du 28 juin 1878. — Présidence de MM. Labric et Hervieux.

Embolie cérébrale dans le cours d'un rhumatisme polyarticulaire. Mort. — M. Duguet relate l'observation d'une femme de 68 ans qui entra dans son service dans un état de résolution complète ; elle ne répondait pas aux questions et les membres, à droite comme à gauche, étaient inertes. La mort survint bientôt. Renseignements pris, on sut que cette femme avait eu déjà plusieurs attaques de rhumatisme, l'une six mois avant son entrée à l'hôpital, et l'autre trois mois avant ; elle se levait depuis quelque jours, lorsqu'elle fut frappée tout à coup d'une hémiplégie complète à gauche, incomplète à droite ; la parole était conservée. Le lendemain, elle fut prise au Bureau central d'une seconde attaque avec perte de connaissance et de la parole.

On put constater à l'autopsie un ramollissement superficiel et profond de l'hémisphère droit avec embolie de l'artère sylvienne de ce côté. Le ramollissement occupait à gauche la première circonvolution frontale, une partie des deuxième et troisième, et le lobule de l'*insula*. Il y avait également embolie de la sylvienne gauche. Des deux côtés, le corps strié était ramolli.

Les deux embolies avaient eu pour point de départ des végétations verruqueuses qui occupaient l'oreillette gauche encore plus que le ventricule. Cette oblitération presque simultanée des deux sylviennes est un fait rare que M. Duguet a pu observer une autre fois déjà en 1867, dans le service de M. le professeur Bouillaud dont il était chef de clinique.

Thèses sur le suicide et la nature des rêves dans l'alcoolisme. —M. Lacassagne présente la thèse récente de M. Morère *sur le suicide en France* et celle de M. Vedel *Sur la valeur diagnostique du rêve dans l'alcoolisme chronique.* M. Morère signale dans son travail l'augmentation considérable du nombre des suicides ; elle se traduit par les chiffres suivants : De 1831 à 1835, 6 suicides sur 100,000 habitants, 1836 à 1840, 7 suicides sur 100,000 habitants, 1841 à 1845, 8 suicides sur 100,000 habitants, de telle sorte que, tous les cinq ans, le chiffre de la période précédente est augmenté d'une unité ; il y a eu de 1871 à 1875 jusqu'à 16, 80 suicides pour 100,000 habitants.

A propos de la seconde thèse, M. Lacassagne rappelle brièvement la nature des rêves alcooliques.

M. Besnier remarque que M. Morère n'a pu tenir compte, dans ses statistiques, de ce fait important, que le suicide étant à notre époque moins infamant, moins inavouable, il y a par suite moins de cas dissimulés.

M. Delasiauve pense qu'il faut dans la question du suicide rechercher avec grand soin ses causes, savoir s'il a été volontaire ou non : il faut établir une grande différence entre le suicide volontaire de l'homme qui se tue pour échapper au déshonneur et celui de l'aliéné qui est poussé par la monomanie suicide.

M. Lacassagne dit qu'une des influences les plus réelles est celle du milieu social. Rare à la campagne, le suicide est fréquent à la ville, à Paris surtout.

M. Besnier ne conteste pas la fréquence du suicide dans les villes ; mais il signale l'attention avec laquelle sont dressées les statistiques de Paris relativement à celles des autres villes, et rappelle qu'un assez grand nombre de centres importants sont, à l'heure actuelle, dépourvus de toute statistique de décès.

Anesthésie obstetricale. — M. Hervieux complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance, et la termine en disant que le chloroforme doit toujours être administré avec mesure et seulement par une personne qui ne soit pas étrangère à la médecine.

M. Dumontpallier rappelle que les dangers sont moins nombreux et moins grands qu'on ne le pense en général, grâce probablement à l'intermittence des inhalations, et que l'on n'a signalé ni en France, ni à l'étranger, aucun accident depuis que l'anesthésie obstétricale a fait son apparition.

M. Hervieux fait remarquer que ses observations visent seulement l'avenir, et qu'il voudrait seulement prémunir contre l'emploi intempestif du chloroforme par des personnes inexpérimentées, par des sages-femmes qui viendraient un jour à administrer cet agent anesthésique de même que quelques-unes emploient déjà le forceps.

Injections sous-cutanées de chloroforme. — M. Dujardin-Beaumetz s'est occupé de rechercher les effets généraux produits par les injections sous-cutanées de chloroforme. Il a obtenu un sommeil qui jamais ne s'est accompagné d'anesthésie ; les effets ont été nuls chez deux femmes en travail auxquelles 6 et 8 grammes de chloroforme furent administrés.

M. Besnier a souvent pratiqué des injections sous-cutanées de chloroforme et jamais il n'a vu se former d'eschares. Mais il importe de procéder d'une certaine manière. Jamais il ne faut introduire l'aiguille montée sur la seringue, on s'expose ainsi à rencontrer quelque vaisseau : il faut au contraire introduire d'abord l'aiguille, et constater qu'il ne s'écoule aucune goutte de sang ; alors seulement on visse la seringue sur l'aiguille et l'injection peut être poussée sans aucun inconvénient. Lorsque l'opération est terminée, l'aiguille est dévissée et placée dans l'eau ainsi que la seringue. Cette précaution suffit pour éviter l'action du chloroforme sur le mastics et pour conserver l'instrument en bon état.

R. M. M.

© BIU Santé

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation : Chirurgie.

III. Des tumeurs kystiques de la mamelle, par M.G. Richelot, 1878.

L'auteur étudie successivement les kystes indépendants, les kystes simples et les tumeurs kystiques.

Les kystes complétement indépendants de la glande sont rares; on en a décrit de sous-cutanés sans aucune connexion avec la mamelle. Duplay les a mis en doute : on peut admettre qu'ils se développent aux dépens des acini les plus superficiels, puisqu'ils s'isolent plus ou moins. On a admis des kystes consécutifs à des hémorrhagies interstitielles, des kystes hydatiques qui se développent dans le tissu péri-acineux; des kystes dermoïdes; et enfin, des hygromas sous-mammaires développés dans la bourse de Chassaignac.

Les kystes glandulaires se divisent en kystes simples et en tumeurs kystiques. Parmi les kystes simples, on a distingué des kystes aciniens et des kystes canaliculaires, suivant que ce sont les acini ou les conduits galactophores qui se dilatent en arrière d'un rétrécissement; dans les deux cas ce sont des ectasies par rétention, on n'a jamais démontré l'origine interstitielle de ces tumeurs. Quelquefois la collection reste en communication avec le conduit galactophore par une étroite ouverture. Le rétrécissement des voies lactifères, ou leur obstruction peuvent résulter d'une affection inflammatoire ou d'un traumatisme, mais elles peuvent aussi être produites par des productions de la surface interne du conduit qui ont été regardées comme de l'épithéliome intra-canaliculaire (Nepveu) ou une végétation papillaire (Coyne). Quand l'oblitération n'est pas permanente, on a ce qu'on a désigné sous le nom de kystes intermittents. Les kystes laiteux ou galactocèles sous-aréolaires ou périphériques, suivant le siége de l'obstruction, se développent ordinairement sous l'influence de la grossesse, de l'allaitement ou du sevrage; mais à la période du retour on peut rencontrer des ectasies produites par l'état scléreux du tissu conjonctif, des kystes isolés ou en grappes. Dans certains cas, le contenu du kyste est butyreux, c'est la galactocèle solide de Velpeau; on aurait même observé la transformation calcaire, la pierre de la mamelle.

Les kystes simples sont en somme peu fréquents, et le plus souvent la collection liquide est surajoutée à une masse de tissus morbides : ce sont alors des tumeurs kystiques. Ces sortes de kystes peuvent être distingués en kystes glandulaires et en kystes régressifs. Les premiers sont en général associés aux tumeurs dites bénignes, ils se développent aux dépens des éléments de la glande, souvent dans le segment externe, ils ont une grande tendance à s'isoler; mais on retrouve ordinairement le pédicule, d'un volume variable. Quelques collections ont une origine différentes, ce sont les kystes lacunaires et les kystes hématiques. Les larges cavités peuvent contenir des végétations polypeuses revêtues d'épithéliome cubique ou cylindrique.

Les kystes régressifs se forment surtout dans les tissus moins riches en éléments cellulaires comme le cancer. Nous n'insisterons pas sur le mode de formation, les théories de l'adénome, du cysto-sarcome, de l'épithéliome; M. Richelot ne prend parti pour aucune d'elles.

Il étudie avec soin les symptômes de chaque groupe et leur diagnostic; mais on n'est pour ainsi dire jamais sûr, dit-il, d'avoir affaire à un kyste simple. Toutes les tumeurs du sein, qui ne sont pas des carcinomes, sont kystiques de leur nature, mais au début les cavités sont microscopiques. A leur période kystique les tumeurs bénignes du sein présentent souvent un écoulement séreux ou sanguinolent par le mamelon, disparaissant souvent quand la tumeur est devenue très-volumineuse. La bénignité de ces tumeurs n'est que relative; on observe souvent des récidives par continuation ou par repullulation, une sorte de diathèse locale; quelquefois même la nature de la tumeur paraît subir une véritable transformation.

Ch. Féré.

IV. Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse; par A. Heydenreich.

L'auteur résume tout d'abord dans une courte introduction les quelques notions, relatives à son sujet, que l'on peut trouver dans les ouvrages antérieurs au mémoire de Toirac (1828), à partir duquel seulement la question est entrée dans une voie véritablement scientifique. Depuis lors, il n'a point paru d'étude d'ensemble de quelque importance, mais, en revanche, on rencontre un grand nombre d'observations isolées; aussi M. Heydenreich n'a-t-il pas jugé à propos de poursuivre plus loin son historique, et s'est-il réservé de le compléter dans la suite de sa thèse, tant par de nombreuses citations que par un index bibliographique.

Le travail qui nous occupe est divisé en quatre chapitres. Le premier rappelle au lecteur les notions anatomiques indispensables pour l'intelligence des accidents de l'éruption de la dent de sagesse. Le second chapitre est consacré à la pathogénie et à l'étiologie. L'auteur y passe en revue les anomalies de l'éruption de la troisième molaire et leur mode de production, suivant que cette dent est saine, que son développement a été troublé par la formation d'un kyste dentaire, d'un odontome, d'une hypertrophie simple de sa couronne ou de ses racines... etc. Il montre comment surviennent ces déviations et discute les opinions émises par les auteurs pour les expliquer. Il termine enfin par des considérations sur la carie de la dent de sagesse qui complique souvent son éruption, sur l'âge auquel les accidents surviennent, sur leur fréquence absolue, et sur leur fréquence relative suivant les sexes et les races.

Dans le chapitre suivant sont étudiées successivement les diverses manifestations morbides qui peuvent accompagner l'éruption de la troisième molaire. Ces manifestations se divisent en deux grandes classes: les unes sont de nature inflammatoire, les autres de nature nerveuse, et les premières, suivant les tissus qu'elles atteignent, se subdivisent en accidents muqueux (enkystement, enchatonnement de la dent, ulcérations de la langue et des joues, angines, adérite sous-maxillaires secondaires à l'irritation de la gencive.), et accidents osseux (ostéomes, hyperostoses, kystes dentigères, ostéo-périostite aiguë ou chronique). Un paragraphe spécial est réservé à la constriction des mâchoires, qui, rare comme manifestation primitive, accompagne quelquefois les accidents muqueux et plus souvent l'ostéo-périostite du maxillaire; l'auteur pense que, dans la grande majorité des cas, cette constriction est de nature inflammatoire, et c'est pour ce motif qu'il en place l'étude à la suite de celle des autres phénomènes morbides qui se rattachent à l'inflammation. Les accidents nerveux nombreux et variés qui se rattachent à l'éruption de la dent de sagesse: névralgies, troubles des organes des sens, paralysies, convulsions, etc., sont ensuite examinés avec des détails en rapport avec l'importance de chacun d'eux.

Le quatrième chapitre traite de la thérapeutique des accidents précédemment étudiés. L'incision de la gencive, son excision, l'extraction de la dent ou l'ouverture d'une voie qui lui permette de venir gagner sa place dans la série dentaire, sont envisagées tour à tour, tant au point de vue de leurs indications qu'au point de vue de leur manuel opératoire; à côté de ces moyens, qui s'adressent directement à la cause des désordres pour la supprimer, l'auteur indique les divers palliatifs conseillés pour combattre les accidents muqueux. Il examine en terminant les cas dans lesquels le chirurgien peut se trouver contraint d'avoir recours à des opérations plus graves, depuis la recherche et l'extraction de la dent incluse dans le maxillaire, jusqu'aux procédés proposés en dernière analyse contre la constriction rebelle des mâchoires, comme la myotomie (Richet), l'opération d'Esmarch ou de Rizzoli, ou encore la myotomie combinée avec la trépanation du maxillaire et l'avulsion de la dent (Richet).

Dr Ch. H. Petit.

Mortalité a Paris. — Recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 3 août 1878, on a constaté 950 décès, savoir : fièvre typhoïde, 19; rougeole, 4; scarlatine, 2; variole, 2; croup, 20; angine couenneuse, 12; bronchite, 17; pneumonie, 38; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 70; choléra nostras, » ; dyssenterie, 2; affections puerpérales, 5; érysipèle, 2; autres affections aiguës, 324; affections chroniques, 397, dont 167 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 50; causes accidentelles, 26. — Les 990 décès ci-dessus donnent une proportion de ,,,, par 1,000 habitants et pour l'année.

© BIU Santé

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS.

Écoles d'infirmières laïques à la Salpêtrière et d'infirmiers laïques à Bicêtre.

Rapport présenté au Conseil municipal de Paris par M. BOURNEVILLE *au nom de la 4e commission (1) sur une proposition déposée par lui et tendant à allouer une subvention de 2000 fr. à l'Ecole d'infirmières de la Salpêtrière et à l'Ecole d'infirmiers de Bicêtre* (séance du 6 août 1878).

Messieurs,

Toutes les questions qui concernent l'enseignement à ses divers degrés ont été sans cesse l'objet de vos plus ardentes préoccupations ; mais, parmi elles, celles qui se rattachent à l'enseignement primaire et à l'enseignement professionnel vous ont et à bon droit plus particulièrement intéressés. Nous souvenant de cette pratique constante du Conseil, nous n'avons pas hésité à déposer la proposition sur laquelle nous venons vous faire ce rapport au nom de votre 4e Commission, convaincu que vous l'accueillerez favorablement. C'est que, en effet, cette proposition a pour but d'assurer le fonctionnement régulier d'une nouvelle espèce d'Ecole professionnelle.

Le vœu formulé ici pour la création d'une école d'infirmières à la Salpêtrière et d'une école d'infirmiers à Bicêtre, renouvelé à diverses reprises, a toujours été adopté par vous. A peine quelques semaines s'étaient-elles écoulées depuis le jour où, à propos du Rapport sur le budget de l'Assistance publique (2) vous veniez d'appeler de nouveau l'attention de l'Assistance publique sur la nécessité de créer ces écoles que, profitant du Rapport sur le budget des asiles d'aliénés au Conseil général (3), vous votiez pour ces futures institutions, une subvention de 2,000 fr. montrant par là votre ferme intention d'arriver à la réalisation d'une œuvre que vous jugiez indispensable.

Assuré d'avance de votre concours, encouragé par vos votes, nous avons poursuivi les études que nous avions commencées sur les écoles spéciales qui existent à l'étranger, et nous avons recherché comment il était possible d'en créer de semblables chez nous.

La discussion qui a eu lieu au Conseil municipal pour l'introduction des laïques à la place des religieuses à l'hôpital Méuilmontant (4), mit en relief ce fait, invoqué par le Conseil de surveillance de l'assistance publique, à savoir qu'on ne pouvait pas confier cet hôpital à des surveillantes et à des sous-surveillantes laïques, *puisqu'on manquait d'un personnel suffisamment nombreux et convenablement instruit*. Le rapporteur du Conseil de surveillance, dont les sentiments hostiles à votre vœu percent à chaque ligne de son travail (5), avait écrit cette phrase que nous plaçons sous vos yeux : « Aucune école d'infirmières laïques n'est encore fondée; aucune autre institution (que celle des corporations religieuses) ne pourrait nous fournir un personnel donnant les mêmes garanties d'aptitude et de dévouement (6). »

L'urgence de la création de ces écoles ressortissait: 1° de l'insuffisance d'instruction du personnel actuel; — 2° de la fin de non-recevoir par laquelle le Conseil de surveillance avait accueilli votre vœu sur lequel l'administration le consultait; — 3° de l'obligation morale, où nous nous trouvons de suivre les progrès réalisés dans les autres pays et d'en tirer profit.

Des démarches faites auprès de l'administration de l'Assistance publique, dès le commencement de janvier dernier, aboutirent à faire étudier les voies et moyens permettant d'installer une école d'infirmières à la Salpêtrière. Recruter le personnel enseignant, choisir un local convenable, examiner quels étaient les jours et les heures auxquels les leçons pourraient se faire sans préjudice pour le service et sans prélever trop de temps sur le repos ou la liberté des infirmières, telle était la tâche qui s'imposait. A la fin de février, M. Le Bas, directeur de la Salpêtrière avait rassemblé tous les renseignements nécessaires. Après avoir examiné le projet qui lui était soumis, l'administration centrale autorisa l'ouverture de l'école primaire. Le 1er avril, M. Le Bas inaugura le premier cours : 45 élèves répondirent à l'appel. A l'institutrice de l'école des enfants idiotes et épileptiques qui consentait à prêter son concours, on adjoignit une infirmière, spécialement attachée à l'école des enfants et une ancienne institutrice que les nécessités de la vie ont forcé de chercher du travail à la Salpêtrière.

Les élèves de ce premier cours dont les leçons furent fixées aux lundis, mercredis et vendredis à sept heures, étaient toutes illettrées ; c'est à peine si les plus avancées d'entre elles savaient épeler. Leur classement, l'établissement du programme élémentaire qu'elles devaient suivre furent terminés le 20 avril. Ce jour-là s'ouvrit un nouveau cours, qui se continue les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine et comprend les filles de service possédant déjà une certaine instruction : elles sont au nombre de 60.

Un premier pas était fait. L'*enseignement primaire* était donné à plus de cent infirmières. Ainsi se trouvait rétablie l'Ecole qui avait existé autrefois, et qu'une décision peu libérale avait fait supprimer.

Dès que le fonctionnement des deux cours de l'Ecole primaire fut assuré, afin de gagner du temps et afin de faire bien saisir aux élèves le but que l'on se proposait, nous avons jugé indispensable d'introduire dans l'enseignement primaire, l'enseignement professionnel, en attendant que les cours spéciaux fussent eux-mêmes organisés.

Au lieu de laisser l'institutrice donner des *dictées* indifféremment sur toutes sortes de sujets, nous lui fournîmes des *dictées* traduites du Manuel des infirmières anglaises de miss Weitch (1).

Faisant ensuite appel à quelques hommes dévoués, nous avons composé et fait imprimer un *Manuel des pansements* et, à partir du 15 mai, toutes les semaines, une livraison fut remise à chacune des élèves et servit aux *lectures courantes*.

Pendant ce temps, l'administration faisait étudier les moyens de fonder l'Ecole des infirmiers de Bicêtre qui fut ouverte le 20 mai. Elle eut, de suite, à sa disposition les éléments déjà utilisés à la Salpêtrière.

Grâce aux notions puisées dans le livre de miss Weitch et dans le Manuel imprimé, les élèves étaient préparées peu à peu à recevoir *l'enseignement professionnel* proprement dit.

En quoi devait-il consister ? Quels étaient les cours les plus indispensables au début ? Telles étaient les questions qu'il fallait résoudre. Les propositions qui furent faites à l'administration indiquaient les cours suivants :

Cours d'administration ;
Cours élémentaire d'anatomie ;
Cours élémentaire de physiologie ;
Cours de petite chirurgie, pansements, bandages, bains, hydrothérapie, etc.

Ces propositions furent acceptées par l'administration, des professeurs furent choisis. Et, pour témoigner de son ardent désir de voir fonctionner ces écoles, M. le Directeur de l'Assistance publique se rendit à la Salpêtrière, le 23 juillet, afin d'inaugurer l'enseignement professionnel. Les cent élèves de l'Ecole, auxquelles s'étaient jointes les surveillantes et les sous-surveillantes, assistaient à cette séance.

Après avoir rappelé tout ce qu'on avait fait depuis le 1er avril, M. Michel Möring a insisté sur la nécessité chaque jour plus grande de l'instruction, qui, à notre époque, doit constituer le titre le plus sérieux à l'avancement et, il a terminé en invitant les surveillantes et les sous-surveillantes à ne pas se désintéresser des cours qui allaient être faits mais, au contraire à les suivre avec la plus grande régularité. Ce discours a fait une excellente impression et, d'avance, nous pouvons

(1) La 4e commission (*Instruction publique, Assistance publique, Mont-de-Piété*), est composée de MM. Harant, président; Lafont, secrétaire; Bourneville, Fr. Combes, Hovelacque, Leuth, Level, Loiseau, Pretet, Thulié.

(2) *Rapport présenté par* M. BOURNEVILLE *au nomde la 4e commission sur le budget de l'Assistance publique* etc., 1877, n° 87, p. 33 et 51.

(3) *Rapport présenté par* M. BOURNEVILLE *au nom de la 3e commission sur les budgets et comptes des asiles d'aliénés et sur les mesures diverses relatives à ce service* (Budgets de 1878), p. 29 et 35.

(4) Voir le *Progrès Médical*, n° 11, p. 20.

(5) *Rapport* (présenté au Conseil de surveillance de l'Assistance publique) *de la Commission instituée pour examiner la question de savoir s'il y a lieu de remplacer par des laïques, les sœurs qui devaient être appelées à desservir l'hôpital Méuilmontant*, par PEAN DE SAINT-GILLES.

(6) *Loc. cit.*, p. 10.

(1) *Handbook for Nurses for the Sick.*

© BIU Santé

dire qu'il a produit de bons résultats car la majorité des surveillantes et des sous-surveillantes ont assisté aux cours dont nous allons vous entretenir.

Les jours choisis pour l'*enseignement professionnel* furent les lundis, mercredis et vendredis à 8 heures du soir.

Le 24 juillet, M. Le Bas, directeur de l'hospice, qui avait surveillé et encouragé l'enseignement primaire avec un zèle digne des plus grands éloges, commença le *Cours d'administration* qu'il a terminé le 29 juillet. Dans ses leçons, il s'est attaché à donner une idée générale de l'organisation des hôpitaux et hospices, à faire l'historique de la Salpêtrière, à signaler les devoirs des infirmières, des sous-surveillantes et des surveillantes envers les malades, les médecins et les administrateurs; à indiquer les prérogatives des unes et des autres, leurs devoirs réciproques; en quoi consistaient leurs fonctions administratives. (surveillance, inventaires, comptabilité, lingerie, cuisine, etc.)

Le dimanche 30 juillet, nous avons ouvert le *Cours des pansements*, confié pour la plus grande partie à un interne aussi distingué que dévoué, M. Poirier. Ce cours sera continué le dimanche, à 11 heures, jusqu'à l'achèvement des deux autres cours : *anatomie* et *physiologie*. Alors, il se fera aux jours réglementaires. Il a fallu procéder ainsi, c'est-à-dire prélever une heure sur la matinée du dimanche, afin de pouvoir terminer l'enseignement à la fin du mois d'août.

Le *Cours élémentaire d'anatomie*, dont est chargé M. le docteur H. Duret, aide d'anatomie de la Faculté de médecine, a commencé le 31 juillet. Il s'agissait là d'une besogne difficile, en raison de l'instruction générale peu développée des élèves. Aussi a-t-il fallu s'ingénier à trouver le moyen d'en rendre la compréhension aussi facile que possible. Des planches murales coloriées, représentant les principaux organes ont été achetées. Un squelette et des pièces isolées ont été empruntés au musée de l'amphithéâtre des hôpitaux ; enfin, l'on a eu recours à l'obligeance de M. le docteur Auzoux qui a bien voulu prêter gratuitement à l'Ecole un de ses remarquables modèles d'anatomie clastique.

Grâce à la réunion de ces planches et de ces pièces, les descriptions, d'ailleurs très-claires, de M. Duret ont été comprises aisément par son auditoire. Lorsque ce cours, qui doit embrasser cinq ou six leçons, sera achevé, M. Regnard, préparateur du cours de physiologie à la Faculté des sciences, abordera l'exposé des *Notions élémentaires de physiologie*. Là encore, ce sera par la vue des objets, par quelques expériences simples, que l'on s'efforcera de graver dans l'esprit des élèves les points principaux des leçons qui ont été ou seront faites.

Enfin, pour que les notions d'anatomie et de physiologie ne soient pas oubliées des élèves, nous avons obtenu du dévouement de MM. Duret et Regnard qu'ils voulussent bien rédiger un petit manuel. Ce volume qui a 140 pages a été imprimé et mis dans les mains non-seulement des infirmières de l'Ecole, mais aussi des surveillantes et des sous-surveillantes. Ces dernières liront ce Manuel chez elles ; les élèves le liront à l'école primaire et l'institutrice se chargera de les interroger sur les chapitres traités par le professeur dans la leçon précédente.

L'introduction d'un tel enseignement, là où rien n'était fait, n'a pu s'opérer sans difficultés. Toutefois, les encouragements donnés par le directeur de l'hospice, l'activité et le dévouement des institutrices et des professeurs, ont déjà porté des fruits et il est curieux d'entendre les discussions qui s'élèvent entre les élèves sur certains détails des leçons qu'elles ont entendues. Leur assiduité aux cours de l'école primaire et aux cours professionnels, l'attention soutenue qu'elles mettent à saisir et à s'assimiler ce qu'on leur apprend, nous assurent que l'école de la Salpêtrière est appelée à rendre des services considérables et qu'elle mérite vos encouragements.

L'école de Bicêtre, nous l'avons dit, n'a été ouverte que le 20 mai, cinquante jours après l'école de la Salpêtrière. Aussi s'est-on décidé à se limiter pour le moment à l'*enseignement primaire*, en y introduisant de plus en plus l'enseignement professionnel théorique, sous forme de *dictées*, de *lectures courantes* dans le *Manuel des pansements*.

Deux autres moyens d'instruction viennent encore d'être fournies aux élèves. Il y a quelques jours, nous leur avons remis un troisième volume intitulé : *Administration des médicaments et préparation des médicaments les plus vulgaires*. En outre, nous nous sommes procuré la traduction d'un autre Manuel anglais, celui de Domville (1). Nous avons fait copier successivement les différents chapitres qui le composent par les élèves de l'Ecole des Enfants idiotes et épileptiques de la Salpêtrière, de façon à avoir une sorte de *Manuscrit* qui tout en servant à l'instruction primaire, contribuera sérieusement à l'enseignement professionnel, puisqu'il viendra s'ajouter aux dictées empruntées au Manuel de miss Weitch et à la lecture du Manuel imprimé.

Tel est, Messieurs, l'exposé succinct de ce qui a été fait à la Salpêtrière depuis le 1er avril et à Bicêtre depuis le 20 mai.

Ces résultats, nous ne saurions trop le redire, sont dûs au dévouement des professeurs qui ont consenti à distraire *gratuitement* quelques heures de leurs travaux scientifiques ; ils sont dûs aussi au dévouement des instituteurs et des institutrices des écoles d'enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière, qui ont consacré un temps considérable à nos nouvelles écoles, temps prélevé sur leur repos. Nous devons leur en tenir compte et ajouter un appoint, quelque faible qu'il soit, à leur modique traitement.

De plus, il a fallu faire des acquisitions de livres, de papier, de tableaux, etc. (1), faire relier les trois volumes et le manuscrit qui composent aujourd'hui la *Bibliothèque de l'infirmière*, etc.

A ces deux motifs, qui plaident déjà en faveur de la proposition que nous examinons, il en est un autre plus puissant: Le Conseil municipal, qui a fait sienne l'idée de la création de ces Ecoles, voudra procurer à l'administration de l'Assistance publique les moyens de récompenser convenablement les élèves. Les encouragements que vous donnerez, Messieurs, seront des plus utiles et des plus efficaces, puisqu'ils démontreront à tous que vous désirez assurer l'existence de ces écoles, améliorer la situation morale et matérielle des infirmiers et des infirmières, et faire, en un mot, tout ce qui est nécessaire pour assurer aux malades de nos hôpitaux, aux vieillards et aux infirmes de nos hospices, aux malheureux habitants de nos asiles, des infirmières laïques instruites, véritablement capables de donner des soins intelligents et de seconder l'œuvre des médecins si dévoués de nos établissements hospitaliers.

Projet de délibération (adopté dans la séance du 6 août 1878).

Le Conseil, prenant en considération les efforts faits par l'Administration de l'Assistance publique pour la création d'une Ecole d'infirmières laïques à la Salpêtrière et d'une Ecole d'infirmiers laïques à Bicêtre.

Délibère, Article premier. — Il est alloué une subvention de 2.000 fr. à l'Ecole d'infirmières de la Salpêtrière et de 2.000 fr. à l'Ecole d'infirmiers de Bicêtre, afin de contribuer aux dépenses nécessaires pour l'organisation de ces écoles et pour récompenser les élèves qui sont les plus assidus et ont le mieux profité de l'enseignement qui leur est donné.

Art. 2. — Cette somme sera prélevée sur les fonds libres du budget supplémentaire de 1878.

VARIA

Rapport au Ministre de l'Instruction publique sur le Concours d'agrégation à la Faculté de médecine de Paris (section de chirurgie et accouchements) (3).

Paris, le 22 juillet 1878.

Monsieur le Ministre,

Le concours pour l'agrégation des Facultés de médecine (section de chirurgie et accouchements), dont vous m'aviez fait l'honneur de me confier la présidence, s'est terminé le

(1) *A Manual for Hospital Nurses*.

(2) Notre collègue, M. Marsoulan, a fait don aux écoles de quatre exemplaires de son intéressant tableau du système métrique.

(3) Etaient juges de ce concours, MM. Broca, Pajot, Guyon, Lefort, Courty, Desgranges, A. Guérin, Lannelongue, et Gosselin, président.

© BIU Santé

12 juillet dernier. Il avait commencé le 29 avril, et par conséquent s'est prolongé deux mois et demi.

En tenant compte du nombre des épreuves (cinq) et du nombre des candidats (quinze), cette durée est peu considérable et beaucoup moindre que ne l'a été celle des concours antérieurs. Il faut l'attribuer à la mesure que nous avons prise, conformément aux instructions émanées de votre administration, de ne pas nous borner à trois séances par semaine, comme on le faisait autrefois, mais de tenir séance tous les jours, à l'exception du jeudi.

Cette innovation a été excellente à tous les points de vue. Car, outre qu'elle diminue la durée du séjour à Paris pour les juges et les candidats des départements, elle a le grand avantage de ne pas laisser l'impression des épreuves s'effacer avant le jugement définitif. Nous pensons qu'il sera bon de la conserver pour les concours ultérieurs.

La nature des épreuves ayant été la même que par le passé, je n'ai pas à m'y arrêter longtemps. J'appellerai seulement votre attention, Monsieur le Ministre, sur l'innovation qui concerne la thèse. Mon collègue, M. Chauffard, dans son rapport sur le concours pour la section de médecine, vous faisait remarquer avec raison que le temps, notablement plus long que par le passé, accordé pour la confection et l'impression de ce travail, permettait aux candidats de présenter une œuvre plus mûrie et par conséquent plus utile. Ce résultat a été aussi évident dans notre concours de chirurgie qu'il l'avait été dans celui de médecine. Nous avons seulement fait la remarque que les thèses avaient atteint cette fois des proportions plus considérables que jamais, quatre d'entre elles ont de 200 à 300 pages (in-quarto), les autres en ont en moyenne de 150 à 200. Est-ce à l'augmentation du temps (35 jours au lieu de 12) qu'il faut attribuer ce résultat? C'est probable. En tous cas, il ne nous a pas paru bon à encourager. Les questions que nous avions mises dans l'urne n'obligeaient pas à des développements aussi longs, qui ont eu le double inconvénien d'augmenter la dépense des candidats et de rendre difficile pour les juges la lecture et l'appréciation des thèses. Si pareille chose devait se produire dans les concours ultérieurs, il conviendrait peut-être d'assujettir les compétiteurs à un nombre limité de pages, au lieu de leur laisser une latitude aussi absolue.

La liste des concurrents que nous soumettons à votre sanction pour leur conférer le titre et les fonctions d'agrégés comprend dix noms, chiffre considérable si on le met en regard de celui des candidats qui ont pris part aux épreuves (quinze). Et même, il faut noter que douze places ayant été mises au concours, nous vous proposons, en définitive, deux agrégés de moins que n'en demandait l'administration; cela tient à ce que les candidats pour la province ont été insuffisants. Trois places étaient affichées pour Lille, un seul s'est présenté et a été nommé. Pour Lyon, Nancy et Montpellier, nous avons eu juste autant de concurrents qu'il y avait de places disponibles.

Paris, au contraire, a eu neuf concurrents pour quatre places. C'était juste la limite au-delà de laquelle le règlement oblige à faire une élimination après les deux premières épreuves. Nous n'avons pas eu dans notre concours à procéder à cette formalité.

A côté de la pénurie des candidats, nous sommes heureux de vous signaler, Monsieur le Ministre, la haute valeur de tous ceux qui se sont présentés. Dans ces luttes importantes, qui maintiennent à un niveau si élevé l'enseignement de la médecine en France, nous avons vu souvent un ou deux candidats très-supérieurs. Cette fois tous les compétiteurs ont été remarquables. Les trois que nous vous présentons pour la chirurgie à Paris, MM. Terrillon, Humbert et Richelot, ont fait preuve d'un immense savoir et d'un grand talent d'exposition, et les trois autres ont été si près de leurs compétiteurs que leur nomination n'eût étonné personne; et si parmi les candidats pour les accouchements à Paris, il en est un, M. Pinard, qui s'est élevé à une très-grande hauteur pour la forme comme pour le fond dans toutes ses épreuves, nous avons dû reconnaître que les deux rivaux avaient montré aussi des connaissances étendues et une aptitude réelle à l'enseignement.

Les candidats pour Lyon, Montpellier, Nancy et Lille ont été très-solides et présentent certainement à un haut degré les conditions nécessaires pour contribuer avec succès, dans les facultés qui vont les accueillir, au développement de l'instruction médicale.

Nous avons été étonné, Monsieur le Ministre, de voir que les épreuves publiques soutenues par des candidats aussi méritants attiraient peu les élèves. A part quelques exceptions, les leçons et les argumentations ont été faites devant un nombre assez restreint d'auditeurs.

En cherchant la cause de ces deux faits si saillants dans le concours qui vient de finir, le petit nombre des candidats, et l'indifférence des étudiants, le jury a pensé qu'il fallait les attribuer à la mesure prise depuis quelques années et qui vient d'être appliquée pour la seconde fois, de faire à Paris le concours d'agrégation pour toutes les facultés.

Cette mesure, nous le savons, a eu pour but principal de donner aux Facultés de la province des agrégés plus instruits, et ce but sera certainement atteint par les nominations que nous vous proposons aujourd'hui. En effet, les jeunes médecins qui se sont décidés à quitter momentanément leur milieu habituel, et à se mêler avant et pendant le concours au mouvement scientifique et pratique de notre Faculté et de nos hôpitaux de Paris se fortifient nécessairement et abordent leurs fonctions avec une valeur plus grande que celle qu'ils avaient acquise dans leurs propres écoles, où sont plus restreints et les moyens d'étude et les excitants de l'émulation.

Mais cet avantage est compensé par des inconvénients que les membres du jury m'ont invité à vous exposer.

D'abord le mélange dans un même concours de compétiteurs destinés à des écoles différentes, supprime en réalité la lutte.

Ainsi, tandis que, devant nous, les candidats de Paris, plus nombreux que les places à donner, avaient intérêt à rivaliser entre eux et à faire des efforts pour se montrer supérieurs les uns aux autres, nos candidats de la province n'avaient pas le même intérêt. Il leur importait peu de se mesurer avec des compétiteurs auxquels ils n'avaient pas à disputer leur place. Ils avaient à se montrer dignes, mais ils n'avaient pas à se montrer plus dignes, puisqu'ils étaient seuls à rechercher la position qu'ils ambitionnaient. Ceci a été évident surtout pendant les argumentations dans lesquelles les compétiteurs, à l'exception de ceux de Paris, n'avaient aucune raison personnelle pour chercher à amoindrir des candidats qui n'étaient pas leurs adversaires.

D'autre part, l'obligation pour les médecins de province de venir s'installer pendant quelques mois à Paris, diminue précisément le nombre des aspirants. Nos collègues de Lyon et de Montpellier nous ont assurés qu'à leur connaissance des hommes de mérite ne s'étaient pas présentés, parce que l'accroissement de leurs dépenses et l'abandon d'une clientèle naissante et déjà rémunératrice, eussent été pour eux des sacrifices trop onéreux. D'ailleurs plusieurs d'entre eux sont chirurgiens d'hôpital et n'auraient pu, sans préjudice pour les malades qui leur sont confiés, abandonner leur service pour un temps assez long.

Enfin, n'est-il pas permis de croire que c'est la présence, souvent renouvelée dans la chaire, de compétiteurs inconnus pour eux, qui a éloigné nos étudiants?

Les inconvénients du mode actuel étant reconnus, quels seraient les moyens d'y remédier? Dans la discussion qui a eu lieu à ce sujet, le jury a entendu deux propositions: la première, émanée de M. le professeur Courty, est celle d'après laquelle on dresserait à la suite du concours une liste de candidats par ordre de mérite, en permettant à ces derniers de choisir d'après le rang qu'ils occuperaient. Mais il a été fait à ce projet une objection qui prouve la difficulté de le rendre exécutable. D'après ce qui s'est passé dans notre concours et dans celui de médecine, les candidats de Paris eussent presque toujours été placés sur la liste avant ceux de province. Or, quiconque connait les goûts et les tendances des jeunes médecins de l'école de Paris sait parfaitement que leur ambition ne serait pas satisfaite par une position d'agrégé en

© BIU Santé

province, et qu'en conséquence il faudrait arriver aux derniers de la liste pour trouver des agrégés acceptant un poste dans les facultés des départements.

La deuxième proposition est de demander le retour aux anciennes habitudes, c'est-à-dire le concours spécial et indépendant pour chacune des facultés. Cette opinion est celle qui a réuni le plus de suffrages, mais l'expérience du passé autorise-t-elle à croire que le concours ainsi spécialisé ne remplacerait pas les inconvénients du mode actuel par d'autres, et notamment par celui de donner dans les Facultés de province des agrégés moins instruits ?

La question vaut la peine d'être examinée attentivement.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de mes sentiments les plus respectueux.

L. GOSSELIN,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Institut, Président du concours.

Académie de médecine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1879.

Prix de l'Académie. — Question : « Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : « Etat de l'utérus et de ses annexes dans les maladies comprises sous le nom de fièvre puerpérale. » Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Question : « De l'hystéro-épilepsie. » Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question : « Des varices pendant la grossesse et l'accouchement. » Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Barbier. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament). Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés. Ce prix sera de la valeur de 6,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. Il sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par Mme veuve Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 fr., sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique et de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé ; si une année aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 fr. serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 fr. pourrait être partagée en deux prix de 1,500 fr. chacun.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. La valeur de ce prix sera de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Rufz de Lavison. — Question posée par le fondateur : « Etablir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. » Le prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 fr., » pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser » l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de » l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des » terrains à endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix fondé par M. le docteur de Alfaro, correspondant à Madrid. — Note déposée par le fondateur : « J'offre à l'Académie la somme de 2,000 fr., » pour la fondation d'un prix à accorder au meilleur mémoire sur la question suivante : Rechercher par quels moyens on pourrait, dans les asiles » publics et privés, destinés aux maladies mentales, faire une plus large » part au traitement moral et augmenter les moyens d'action. Indiquer sur- » tout les inconvénients d'un isolement rigoureux dans les affections mélancoliques. S'appuyer sur des faits assez nombreux et bien constatés par la » science. »

Prix proposé par la commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : « De l'allaitement artificiel. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

NOTA. — Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1879 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mai de l'année 1879. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Amussat, Huguier et Desportes, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

NÉCROLOGIE. — Le *Lyon médical* nous apprend la mort de M. le docteur Français, médecin lyonnais, collaborateur de ce journal et de M. le docteur Fromont, médecin de Chatillon sur Chalarone.

Association française pour l'avancement des sciences.

Le 7e Congrès aura lieu à Paris du 22 au 29 août, sous le patronage de M. le ministre de l'instruction publique, qui est vice-président de l'association, et sous la présidence de M. Frémy, membre de l'Institut, professeur au muséun d'histoire naturelle et à l'Ecole polytechnique.

Les séances de sections auront lieu le matin dans les salles du lycée Saint-Louis, où le secrétariat sera transféré à dater du 20 août. Les après-midi sont consacrées aux visites scientifiques et industrielles, et les soirées aux conférences qui seront faites par MM. Trélat, Marey et Janssen. — Ces conférences, ainsi que la séance d'inauguration, auront lieu au grand amphithéâtre de la Sorbonne. Enfin, une grande soirée scientifique aura lieu le 27 août au Conservatoire des arts et métiers. Les souscriptions sont reçues au secrétariat (76, rue de Rennes ; à partir du 20 août au lycée Saint-Louis), et chez M. G. Masson, libraire éditeur, trésorier de l'association, 120, boulevard Saint-Germain.

Nécrologie.

Le docteur LEBERT, né à Breslau, le 9 juin 1813, fit sa première éducation sous le toit paternel et étudia la médecine à l'Université de Berlin, puis à celle de Zurich, où il devint docteur le 22 mars 1834, à la suite d'une brillante dissertation *de Gentianis in Helvetia sponte nascentibus* (Turici, in-8, 1834). Il se perfectionna ensuite à Paris dans la chirurgie et la diagnose, et vint, sur le conseil de Jean de Charpentier, qui lui portait une vive affection, exercer son art à Bex au commencement de 1836. Deux ans après, il fut nommé médecin des bains de Lavey, dont il augmenta peu à peu l'efficacité par diverses améliorations, entre autres par l'emploi des eaux-mères des salines. Consacrant ses loisirs à la réunion et au classement des observations faites dans sa pratique, ainsi qu'à des études anatomiques sur les animaux et les plantes, il trouva dans ces sujets matière à de nombreux ouvrages, qui lui ont fait un nom dans le monde savant. Parmi ses écrits composés à Lavey, nous citons comme le plus important sa *Physiologie pathologique* (Paris, 2 vol. in-8, avec atlas, 1845), couronnée en 1848 par l'Académie des sciences de Paris. Le gouvernement français l'ayant chargé, avec son ami Ch. Robin, de préparations anatomiques pour un musée nouvellement créé ; il quitta Lavey en hiver 1846, pour se fixer à Paris, où son activité toujours plus surprenante, lui fit trouver le temps de satisfaire aux besoins d'une nombreuse clientèle et de continuer sur une vaste échelle ses travaux scientifiques. C'est en effet dans cette ville qu'il rédigea son *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses* (1849), qui obtint le prix Portal de l'Académie de médecine ; son *Traité pratique des maladies cancéreuses* (1851), couronné par l'Académie des sciences, enfin le premier volume de son *Anatomie générale et spéciale* (1854-1862), ouvrage capital qui valut en 1863 à son auteur le prix Monthyon et la croix d'officier de la Légion d'honneur.

En mars 1853, il fut nommé professeur de clinique médicale et médecin en chef de l'hôpital à Zurich ; en août 1859, il accepta la chaire de clinique de l'Université de Breslau. L'Académie de médecine de Paris l'admit dans son sein en 1866. Il avait renoncé au professorat en 1874.

Dès lors il pratiqua comme médecin consultant à Vevey, puis à Nice, d'où il vint siéger comme un des présidents d'honneur au congrès médical réuni à Genève en septembre 1877. Il était en séjour à Bex, quand la mort l'enleva, le 1er août dernier, à l'affection de sa famille et de ses nombreux amis. (*Journal de Genève*). — Lebert avait gardé de son séjour à Paris une vive amitié pour notre pays et, maintes fois, durant la guerre de 1870-71, il eut l'occasion d'en fournir la preuve, ne laissant échapper aucune occasion d'être utile à nos compatriotes. Nous avons cru devoir rappeler ces faits si honorables pour sa mémoire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le personnel du laboratoire de clinique de la Faculté de Médecine de Paris, à l'Hôtel-Dieu, est constitué ainsi qu'il suit : *Chef du laboratoire*

© BIU Santé

titulaire, M Liouville, agrégé; *chef du laboratoire intérimaire*, M. Debove, agrégé; *chef-adjoint du laboratoire*, M. le docteur Hardy, licencié ès-sciences physiques; *aide de laboratoire* (clinique chirurgicale), M. le docteur Rémy; *aide de laboratoire* (clinique médicale), M. Roux. Ces nominations sont valables pour trois ans.

— M. Letulle, interne des hôpitaux, est chargé provisoirement des fonctions de préparateur du cours de pathologie externe à la Faculté de Médecine de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le docteur Poncet est nommé chef des travaux de médecine opératoire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Louis Jarry est nommé prosecteur, en remplacement de M. Lerat, démissionnaire. M. Aumaître est nommé aide d'anatomie.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. Henri Lajoux, pharmacien de 1re classe, est nommé professeur de pharmacie et de matière médicale.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Caubet, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé professeur de pathologie interne en remplacement de M. Guitard décédé.

Par décret en date du 12 courant, a été nommé : M. Bernheim, agrégé en médecine, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine et de pharmacie de Nancy.

COLLÉGE DE FRANCE. — Par décret en date du 3 août, rendu sur la proposition du Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, M. Brown-Séquard (Charles-Edouard), docteur en médecine a été nommé professeur titulaire de la Chaire de médecine au Collége de France, en remplacement de M. Claude Bernard, décédé.

— L'*Année médicale de Caen* nous apprend la mort du dr DUPOST (de St-Pierre-sur-Dives); il n'était âgé que de 49 ans. — La *Gazette médicale* annonce la mort de M. le dr CHEVANCE, père, de Vassy.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — *Prix Ernest Godard*. Ce prix n'ayant pas été donné pour l'année 1876, et conformément au texte du testament, le prix, pour l'année 1878, sera de mille francs. Il sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie. Les mémoires doivent être adressés au secrétaire général de la Société de Biologie avant le 1er septembre 1878.

MANUEL DE LA GARDE-MALADE
ET
DE L'INFIRMIÈRE

Anatomie. — Physiologie. — Pansements et bandages. — Administration des médicaments.

(2e édition).

MODE DE PUBLICATION : Le Manuel de la garde-malade sera publié hebdomadairement, par livraison de 32 pages in-16 couronne, et sera composé de 20 livraisons qui formeront trois volumes contenant, dans leur ensemble, tout ce que la garde-malade et l'infirmière doivent savoir.

Prix de la livraison : **25** c. — Prix de l'ouvrage complet : **5** fr.

Nous recevons les souscriptions au bureau du *Progrès médical*. Les personnes qui souscriront avant la mise en vente, recevront FRANCO les livraisons au fur et à mesure de leur apparition. Aussitôt l'ouvrage terminé, le prix sera augmenté. La deuxième livraison vient de paraître.

Aux bureaux du **PROGRES MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

CHARCOT (J.-M.) et GOMBAULT. Note sur un cas de lésions disséminées des centres nerveux observées chez une femme syphilitique, in-8° avec planches chromo-lithog. — Prix : 1 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 70 cent.

CHARCOT (J.-M.) et BOUCHARD. Sur les variations de la température centrale qui s'observent dans certaines affections convulsives, et sur la distinction qui doit être établie à ce point de vue entre les convulsions toniques et les convulsions cloniques. — Prix : 60 c. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 40 cent.

CHARCOT (J.-M.). De l'anaphrodisie produite par l'usage prolongé des préparations arsenicales. Paris, 1864. In-8. 0 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

CHARCOT (J.-M.). De la sclérose des cordons latéraux de la moelle épinière chez une femme hystérique atteinte de contracture permanente des quatre membres. Paris, 1865. In-8 de 20 pages. 0 fr. 60. — Pour nos abonnés, 40 cent.

CHARCOT (J.-M.). La médecine empirique et la médecine scientifique. Parallèle entre les anciens et les modernes. Paris, 1867. In-8 de 24 pages. 0 fr. 60. — Pour les abonnés, 40 cent.

CHOUPPE (H.). Recherches thérapeutiques et physiologiques sur l'ipéca. Paris, 1873. In-8 de 40 pages, 1 fr. — Pour nos abonnés, 70 cent.

CORNIL (V.) Leçons sur l'anatomie pathologique et sur les signes fournis par l'auscultation dans les maladies du poumon, professées à la Faculté de médecine, recueillies par P. BUDIN. In-8° de 92 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 3 fr.

CORNILLON (J.). La folie des grandeurs. In-8 de 60 pages. 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 70

CORNILLON (J.). De la contracture uréthrale dans les rétrécissements péniens. In-8° de 60 pages. 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr.

CORNILLON (J.). Action physiologique des alcalins dans la glycosurie. Prix : 60 c. — Pour nos abonnés, 40 cent.

Librairie Alexandre CO(COZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

VERGNES (J.). — De l'adipose sous-cutanée dans ses rapports avec les atrophies musculaires (valeur séméiologique de ce signe). Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 64 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Librairie V. Adrien DELAHAYE et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

BERENGER-FÉRAUD (L.-J.-B.) — De la fièvre dite billieuse inflammatoire aux Antilles et dans l'Amérique tropicale. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 504 pages, avec tableaux dans le texte.

CALMETTES (G.-E. R.). — De la suture médio-frontale ou métopique, Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 58 pages. — Prix : 1 fr. 50.

CHALOT (V.). — Comparer entre eux les divers moyens de diérèse. Paris, 1878, 1 vol in-8 de 37 pages. — Prix : 5 fr.

PANAS (F.). — Leçons sur les rétinites, recueillies par A. Chevallereau. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 258 pages avec 12 figures dans le texte et 2 planches en chromo-lithographie. — Prix : 6 fr.

DAMBRE (A). — Traité de médecine légale et de jurisprudence de la médecine. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 612 pages. — Prix : 8 fr.

DULAC (P.). — Etude sur la syphilis contractée à un âge avancé. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 108 pages. — Prix : 2 fr. 50.

DUPOUY (E.). — Le kava et de ses propriétés blennostatiques. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 55 pages. — Prix : 1 fr. 50.

EUSTACHE (G.). — Mémoire sur les kystes du vagin. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 35 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Librairie Octave DOIN, 11, place de l'Odéon.

AUDOIN (M.-L.). — De l'épilepsie et de l'hémiplégie pleurétiques. Paris, 1878, 1 vol. gr. in-8 de 87 pages. — Prix : 2 fr.

BUDIN. — Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels, thèse présentée au concours pour l'agrégation, section de chirurgie et d'accouchements. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 170 pages et tableaux. — Prix : 5 fr.

CANDELLÉ (H.) et SENAC-LAGRANGE. — Du régime et de l'administration des eaux thermales. Paris, 1878, brochure grand in-8 de 14 pages. — Prix : 1 fr.

DUJARDIN-BEAUMETZ. — Leçons de clinique thérapeutique professées à l'hôpital Saint-Antoine, recueillies par Carpentier-Méricourt. Paris, 1878

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans CONSTIPATION et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, anémie, chlorose, diabète*, etc.

PARIS : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de MIGRAINE venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre de diluer la créosote, ce qui est une condition essentielle de ses succès dans la phthisie. Grâce à sa solubilité le titre de cette préparation a pu être élevé à 0 gr. 20 par cuillerée. Cette dose, délayée dans un verre d'eau rougie, lui donne la saveur d'un vin coupé d'eau de goudron un peu forte et se prend sans plus de difficulté.

PARIS, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

(1er fascicule. — Traitement des maladies du cœur et de l'aorte, 1 vol. grand in-8 de 260 pages. — Prix : 5 fr.

Dubois (S.). — Du traitement des névralgies par l'électricité et l'hydrothérapie ou guide pratique d'électro-hydrothérapie appliquée au traitement de ces maladies. Paris 1878, 1 vol. in-8 de 80 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Herrgott (A.). — Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 280 pages avec figures dans le texte. — Prix : 6 fr.

Magne (P.). — Des paralysies diphthéritiques. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 82 pages. — Prix : 2 fr.

Wecker. — Leçons de thérapeutique oculaire, recueillies et rédigées par Masselon. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 800 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 12 fr.

Pinard (A.). — De l'action comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium et de la morphine chez la femme en travail. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 200 pages et tableaux. — Prix : 6 fr.

Ribemont (A.). — Recherches sur l'anatomie topographique du fœtus. (Applications à l'obstétrique). Paris, 1878, 1 vol. in-fol. de 36 pages, avec 30 planches hors texte, contenant 79 figures. — Prix : 10 fr.

Terrillon. — Des ruptures de l'urèthre. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 228 pages avec une planche hors texte et tableaux. — Prix : 6 fr.

Librairie veuve Frédéric HENRI, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Cadiat (M.). — Leçons d'anatomie générale professées à la Faculté de médecine de Paris (2e partie du cours) embryogénie. — Tissus et systèmes anatomiques. *Notes et dessins autographiés*. Paris, 1877-1878, 1 vol., petit in-4 de 304 pages avec nombreux dessins dans le texte. Prix : 10 fr.

Choukry (S.). — De la trachéotomie et de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne au moyen des instruments incandescents. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 100 pages. Prix : 3 fr.

Fort (J.-A.). — Leçons sur les centres nerveux, professées à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris. *Texte et dessins* autographiés. Paris, 1877-1878. 1 vol. petit in-4 de 152 pages avec nombreux dessins dans le texte. Prix : 6 fr.

Librairie G. MASSON, boulevard St-Germain.

Dastre (A.). — De l'innervation des vaisseaux. (Extrait de la *Revue des Sciences médicales*.) Paris, 1878, brochure in-8 de 27 pages.

Castiaux. — Myomes interstitiels développés dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus. — Gastrotomie. — Amputation de la partie sus-vaginale de cet organe avec ses annexes. — Mort au troisième jour après l'opération. Communication faite à la Société de médecine du Nord dans la séance du 12 avril 1878, brochure in-8 de 173 pages. (*Bulletin médical du Nord*, Lille.)

Follet (H.). — Morphinisme et morphiomanie (extrait du *Bulletin médical du Nord*. — Mai 1878). Lille 1878, petite brochure in-8 de 27 pages, au *Bulletin médical du Nord*.

Caizergues (R.). — Des myélites syphilitiques. Montpellier, 1878, chez MM. Hamelin, frères, 1 vol. in-8 de 186 pages.

Publications étrangères.

Westphal (C.). — Ueber metalloscopic (vortrag. gehalten in der Berliner medicinischen Gesellschaft, sitzung vom 5 juin, 1878). *L. Schumacher in Berlin.*

Allen Sturge (W.). — On Hemianœsthesia of special and general sensation. London, 1878, petite brochure in-8 de 7 pages.

Gautray (Ch.). — New treatment of some serious diseases, by means of heat and cold. Edimburgh, 1877, petite brochure petit in-8 de 16 pages.

Faustino C. Trongé. — Higiène de la primera infancia. Buenos-Ayres, 1878, 1 vol. grand in-8 de de 70 pages et 1 planche, chez Luis Maunier, à Buenos-Ayres.

Ugo Palmerini. — Tre casi di rammollimento cerebrale nell'emisfero sinistro interessante la circonvoluzione frontale ascendente o marginale anteriore Milano, 1877, brochure in-8 de 40 pages et 3 planches. Fratelli Richiedei editori.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

SALICYLATES DE SOUDE (RHUMATISMES) DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE — ELIXIRS 1 gr. p. cuiller. — PILULES 20 cent. p. pilule.

FREYSSINGE, Phien, 97, r. de Rennes — Paris.

Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.

QUINOIDINE D'EMILE DURIEZ

Mémoire a l'Académie de Médecine. — Séance du 21 mai 1878.

Remplace les préparations de Quinquina et le Sulfate de quinine. Même efficacité.—Economie de 80 pour 100.

10 gr. en 100 dragées : 4 fr. PARIS, 20, place des Vosges. 2 gr. en 20 dragées : 1 fr.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DE DUCRO

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, Anémie, Convalescence.

Gros : Paris, 20, place des Vosges.—Détail : Toutes les Pharmacies.

EAU AMÈRE PURGATIVE & LAXATIVE

RAKÓCZY DE BUDE

La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.

25 gram. de Sulfate de Magnésie } par litre.
20 gram. de Sulfate de Sodium }

EXIGER RIGOUREUSEMENT L'ÉTIQUETTE BLEUE

EN VENTE AU DÉPÔT GÉNÉRAL :

8, Rue de la Chaussée d'Antin, Paris

ou chez tous les Marchands d'Eaux minérales et Pharmaciens de Paris et de Province.

Nice médical organe officiel de la Société de médecine et de climatologie de Nice, paraissant le 1er de chaque mois. — Prix d'abonnement : Nice et les Alpes-Maritimes, 12 fr. — France et union postale, 15 fr. — Les abonnements sont reçus à Paris : aux bureaux du *Progrès médical*, de midi à 5 heures.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles, imp. Cerf et fils, 59, rue Duplessis

Un étudiant n'ayant plus que sa thèse à *passer* demande à faire un remplacement. — S'adresser au *Progrès Médical*.

Louise Lateau ou la **Stigmatisée belge,** nouvelle édition, revue, corrigée et augmentée, par Bourneville. In-8 de 88 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau-forte, dessinées par P. Richer, 2 fr. 50.— Pour nos abonnés, 1 fr. 50.

Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux, par H. Duret, un volume in-8 de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878, premier volume, prix 15 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 10 fr.

Recherches sur les Lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des Localisations cérébrales, par le Dr A. Pitres. Paris, 1877. In-8 de 148 pages, avec deux planches chromo-lithographiques. — Prix : 4 fr. Pour les abonnés du *Progrès Médical*, 2 fr. 75.

QUESTIONNAIRE

Pour le 1er examen de doctorat

RECUEIL

DE

SÉRIES D'EXAMENS SUBIS RÉCEMMENT (EN 1876)

In-12 de 91 pages, 1 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 25.

ÉPILEPSIE

Traitement efficace par les Granules à 1/2 milligramme et l'Elixir du Dr Pénilleau à base de *Picrotoxine*. (1 mill. par cuil.)

Doses : De 1/2 à 6 milligram. par jour.

LEPINTE, Ph., 148, r. St-Dominique, Paris.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 34. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 24 AOUT 1878

Le Progrès Médical

MALADIES DU PREMIER AGE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — **M. PARROT.**

SEPTIÈME LEÇON (1).

Syphilis héréditaire. — Anatomie pathologique (*suite*). **Lésions des organes respiratoires et du Thymus.**

Messieurs,

Au point de vue de l'anatomie pathologique, les organes respiratoires ne présentent qu'un intérêt secondaire.

Le coryza est très-fréquent; mais les traces qu'il laisse, sont loin d'avoir l'importance que certains auteurs leur ont donnée. Je n'hésite pas à dire que la fonte de la pituitaire, l'exfoliation du vomer, des cornets, de l'ethmoïde, et la carie du maxillaire, sont infiniment plus rares, que ne le feraient supposer le langage de Bertin, de Trousseau et de M. Vogel. D'accord avec M. Zeisl, j'affirme que toutes ces lésions périostiques, cartilagineuses et osseuses, ne se rencontrent que très-exceptionnellement; et si je ne craignais pas d'anticiper sur ce qui a trait aux altérations du squelette, je vous dirais que les os propres du nez sont au nombre de ceux que le mal semble respecter. On serait tenté de croire que son action s'est épuisée sur la muqueuse. Habituellement, celle-ci n'est que tuméfiée, avec une coloration d'ardoise ou livide. Lorsqu'il y a des ulcérations, elles sont peu profondes et peu étendues, à bords taillés à pic, et couvertes d'un exsudat puriforme, jaunâtre ou diphthéroïde. — Faut-il accuser la syphilis héréditaire d'être la source de certaines affections beaucoup plus tardives? M. Chaboux pense qu'il en est ainsi du lupus naso-pharyngien. Je suis très-disposé à partager cette manière de voir et à admettre ces transformations de la syphilis; mais cette filiation est très-difficile à démontrer, et je ne sache pas qu'il existe à son appui, de preuves incontestables, et que l'on ait encore constaté, chez ceux atteints de lupus, par exemple, des cicatrices cutanées ou muqueuses, ou bien encore des déformations du système osseux.

Chez les jeunes enfants, les altérations du larynx sont beaucoup moins fréquentes que chez l'adulte et consistent en de simples érosions ou bien de véritables ulcérations.

J'ai vu sur la face antérieure de l'épiglotte, une ulcération parfaitement arrondie, taillée à pic, à fond cerise, de sept à huit millimètres de diamètre. Mais ce cas constitue une exception; habituellement la lésion a pour siége l'intérieur du larynx, au dessus de la glotte. A l'autopsie d'un enfant de deux mois, j'ai trouvé à la partie antérieure du larynx, entre les cordes vocales, un ulcère rond, taillé à pic, de 2 millimètres de diamètre et décollé sur ses bords. Avec la pointe d'un stylet on arrivait sur le cartilage. M. Isidore Frankl (1868) a constaté sur un enfant syphilitique du même âge, un rétrécissement du larynx, causé par une périchondrite. — En 1872, j'ai observé un cas qui peut être rapproché de ce dernier, sur une petite fille d'un mois. L'orifice supérieur du larynx, de forme losangique et considérablement rétréci par le gonflement de la muqueuse, qui était d'un gris jaunâtre, n'avait que 5mm dans tous les sens. L'épiglotte diminuée de hauteur et pour ainsi dire rétractée, était en même temps incurvée en arrière.

Les altérations pulmonaires ne sont pas encore très-bien connues. Les plus précoces, qui se montrent chez le fœtus ou immédiatement après la naissance, sont plus faciles à reconnaître, parce qu'elles sont isolées et possèdent des caractères très-tranchés; mais plus tard elles présentent une grande ressemblance avec la pneumonie lobulaire, et il est parfois très-malaisé de les en distinguer. Je tenais à vous signaler cette dernière modalité de la syphilis pulmonaire, de toutes la moins étudiée; mais je vous parlerai surtout de la première qui est aujourd'hui classique. Si l'on ne peut douter que cette lésion n'ait été vue depuis longtemps, comme le prouve un travail de M. Devergie, elle n'avait pas été rapportée à sa véritable cause; et c'est M. Depaul qui, le premier, en a donné la description, en 1837, devant la Société anatomique; et en 1853, dans un mémoire, auquel il ne manque, pour être complet, que l'examen historique des parties malades. Il a péremptoirement démontré qu'il s'agit d'une manifestation syphilitique, en établissant qu'on l'observe d'une manière exclusive, sur des enfants nés de parents syphilitiques et porteurs d'autres marques de la maladie; telles, par exemple, qu'une éruption bulleuse.

Depuis M. Depaul, de nombreuses publications ont été faites sur ce sujet. Je citerai celles de Lebert, Lorain et Robin, Förster, Ranvier, Virchow et autres. Après avoir lu ces travaux, on se demande si toutes les variétés qui y sont décrites, appartiennent bien à la syphilis; et si, comme je vous le disais tout-à-l'heure, on n'aurait pas dû lui attribuer certaines formes de la pneumonie lobulaire qui ne s'y trouvent pas comprises. — Pour M. Förster, les foyers de pneumonie lobulaire offrent très-souvent des particularités, qu'on ne rencontre que très-rarement chez les enfants non-syphilitiques. M. West déclare ne pouvoir être convaincu par cette assertion, et il a raison de demander des preuves; j'en demande aussi, mais d'après un certain nombre d'observations, je suis convaincu qu'on arrivera à les rendre manifestes.

La lésion, lorsqu'elle a ses marques spécifiques, se présente sous deux formes principales, d'ordinaire isolées, rarement réunies sur le même sujet. Pour simplifier les termes et me garder de toute confusion, j'appellerai l'une la lésion de Depaul, l'autre l'hépatisation blanche de Virchow.

Ordinairement, on rencontre la première, sur des enfants qui n'ont pas respiré ou qui sont morts presque aussitôt après la naissance; beaucoup plus rarement, sur des sujets de 8 à 15 jours. M. Henning (1871) l'a trouvée sur une fille née au 7e mois de la grossesse et qui vécut 50 jours. MM. Cornil et Ranvier pensent qu'elle peut se développer sur des enfants de 10 à 12 ans. Je ne saurais partager cette manière de voir; et jusqu'ici, je ne l'ai jamais constatée que chez des nouveau-nés proprement dits, et je suis assez disposé à croire que presque toujours elle est congénitale.

Dans quelques cas, le poumon adhère à la paroi thoracique; mais on le détache facilement, parce que l'exsudat qui l'y retient est récent et nullement désorganisé. Lorsque l'enfant n'a pas respiré, la couleur du parenchyme assez variable, peut présenter tous les tons intermédiaires entre le violet et le rose; certaines parties rappellent le bleu de l'hortensia; d'autres sont jaunâtres. La consistance est généralement dure; mais la densité des diverses régions est inégale. Tous les fragments que l'on jette dans l'eau, vont au fond du vase. Si l'enfant a respiré, la densité est très-inégale; les points malades sont reconnaissables au toucher; car dans le jeune âge, l'exploration des poumons à l'aide des doigts, rend de très-grands services pour découvrir les lésions dont ils sont atteints, surtout lorsqu'elles sont peu volumineuses et siégent profondément. Pour cela, on les presse, on les pétrit pour ainsi dire entre les doigts, tels qu'on les trouve dans la cage thoracique, ou après les avoir insufflés; et il est bien

(1) Voir les nos 44 et 47 de 1877 et les nos 1, 4, 18, 20, 22, 25, 27 et 32 de 1878.

© BIU Santé

rare, que les inégalités de consistance, échappent à un pareil examen.

Dans l'espèce, on sent des nodosités situées à la périphérie et dans la profondeur. A la périphérie, leur nombre est variable ; il y en a 2, 3 ou beaucoup plus ; tantôt isolées, tantôt groupées, d'inégal volume et de la grosseur d'un grain de millet ou d'une petite noix. La partie visible, change d'aspect suivant le volume. Les plus grosses, sont un peu grises ou cannelle, et leur centre est déprimé ; elles sont entourées d'un bourrelet périphérique jaunâtre. La plèvre, à leur niveau, est recouverte d'un exsudat inflammatoire et congestionnée. On y trouve des ecchymoses superficielles. Les petites nodosités apparaissent comme de simples taches, parsemées de points plus blancs ou plus jaunes, entourées d'une zone ecchymotique. Il y a aussi des ecchymoses isolées. Des coupes montrent que les régions malades ont une forme sphéroïdale plus ou moins régulière. Dans la profondeur, comme à la périphérie, les nodosités d'un petit diamètre, sont jaunes ou blanchâtres; les plus massives sont jaunes et enchâssées dans un tissu aéré, congestionné ou ecchymosé. Autour d'elles, existe une espèce de capsule grisâtre, d'apparence fibreuse. Quand l'altération est de date récente, ce qui coïncide avec un petit volume, on voit à son centre une matière puriforme, crémeuse ; si elle est plus grosse et partant plus volumineuse, ses parties centrales sont caséeuses et comme desséchées.

Le fait le plus saillant, révélé par l'examen histologique, est l'épaississement des cloisons alvéolaires. Leur tissu vasculaire, s'est rempli de cellules embryonnaires qui, s'étant organisées sur un certain nombre de points, ont donné naissance à des corps fusiformes.

Dans les cavités alvéolaires, se sont accumulés, en des proportions très variables, des éléments épithéliaux, en dégénération granulo-graisseuse. Dans les parties centrales, la charpente alvéolaire subit elle-même, une véritable fonte ; et par la communication d'un certain nombre d'alvéoles, il se fait des cavernes quelquefois assez vastes.

On peut se demander ce que deviennent ces foyers, consécutivement à la période où je viens de les décrire ; sans nier la possibilité de la guérison, quand le mal est très-limité, je ne sache pas que jusqu'ici elle ait été constatée anatomiquement, c'est-à-dire par le seul moyen qui la rende incontestable. Mais si l'on ne peut faire une réponse catégorique, il est permis de présenter une hypothèse, d'après ce qui se passe pour des produits du même ordre, comme par exemple le tubercule.

Les portions ramollies ou caséifiées sont résorbées ou passent à l'état crétacé; tandis que le travail d'organisation s'accentuera dans les points où il s'est déjà manifesté; et finalement, il se produit : ou bien une poche kystique autour des parties mortes, ou bien une trame fibroïde qui, par sa rétraction, détermine une véritable cicatrice, produisant sur quelques points, une dépression superficielle.

Ceci dit, je ne chercherai pas à me prononcer d'une manière plus nette sur cette lésion, et je ne trouve aucun profit à la rapprocher du processus pneumonique. Mais ce qui me paraît incontestable, c'est que la prolifération du tissu conjonctif interstitiel, est le fait primitif et dominant, et que l'élément catarrhal, ne joue qu'un rôle secondaire et tout à fait accessoire.

Dans les syphilides cutanées, vous ne l'avez pas oublié, le derme est frappé le premier et le corps muqueux consécutivement; de même ici, l'altération de la trame conjonctive précède et détermine celle de l'épithélium alvéolaire.

Avant d'être rapportée à sa véritable cause, ce produit de la syphilis a été confondu avec d'autres altérations du poumon. Une seule pourtant, me paraît digne de vous être signalée, à cause de l'âge auquel elle se montre, et des analogies qu'elle présente avec la manifestation syphilitique; je veux parler des infarctus pulmonaires ou abcès métastatiques, qui se développent chez le nouveau-né, dans le cas d'infection purulente. La confusion est d'autant plus à craindre, que chez quelques syphilitiques, de même que chez ces derniers malades, on trouve de la péritonite, des arthrites suppurées et des lésions osseuses. Mais dans le cas d'infection purulente, les noyaux altérés sont de très-petit volume et très-nombreux. Au début, ce sont des taches d'un violet foncé presque noir, au niveau desquelles le parenchyme est induré, et dont le centre devient jaune et purulent, tandis qu'elles s'étendent en largeur. Le tissu voisin est très-aéré et même emphysémateux. L'examen histologique montre une extravasation des éléments figurés du sang, notamment des leucocytes, mais les productions embryo-plastiques de la syphilis y font complétement défaut.

La seconde forme de pneumopathie syphilitique, a été décrite par M. Devergie ; mais cet observateur a méconnu sa véritable origine. Depuis, sa filiation a été parfaitement établie. Parmi les auteurs qui ont contribué à ce progrès, je dois vous citer M. Virchow, qui a qualifié cette lésion d'hépatisation blanche, Lorain et M. Robin, qui l'ont décrite sous le nom d'épithélioma du poumon; MM. Weber, Hecker, Horvitz, Wagner, etc.

On l'observe sur les morts-nés et sur des sujets qui ont vécu plusieurs mois. Cette différence dans l'âge des sujets, modifie d'une manière assez sensible son aspect.

Dans le premier cas, le poumon rappelle celui des enfants qui n'ont pas respiré ; mais il est plus volumineux, plus compact, plus lourd, plus dur. Sa densité est notablement supérieure à celle de l'eau. Il est manifestement lobulé ; et, à l'aide de la palpation, on y distingue des noyaux d'induration, disséminés dans sa masse, et assez mal circonscrits. L'insufflation ne le dilate que dans un petit nombre de points. Les ganglions du hile paraissent intacts. Lorsqu'on y pratique des coupes, la tranche est d'un blanc légèrement rosé. Les lobules sont très nettement circonscrits par des cloisons d'apparence fibreuse. Lorsqu'on cherche à déchirer ce tissu à l'aide d'une pointe, on constate qu'il a une dureté et une résistance exceptionnelles. — Dans un cas que j'ai observé, il y avait une congestion périphérique des plus manifestes, avec des ecchymoses sous-pleurales.

L'examen microscopique montre que les parois alvéolaires, sont altérées comme dans la première forme; mais ce qui distingue celle-ci, c'est que les alvéoles sont remplis de cellules épithéliales si abondantes, suivant M. Robin, qu'elles forment des corps solides, des espèces de cylindres qui obstruent les canalicules du poumon et en prennent la forme.

M. Virchow a confirmé cette description. Dans le cas que j'ai observé, l'épithélium, moins abondant, était représenté par de larges cellules aplaties à contour et à noyau, très nets, rappelant celles qui tapissent la cavité buccale, quelquefois roulées en cornet, jaunâtres et réfractant la lumière avec beaucoup plus d'intensité que les parties voisines. M. Ranvier, à qui j'ai montré mes préparations, a pensé que ces cellules épithéliales avaient, pour la plupart, subi la dégénérescence colloïde. Dans les bronches, l'épithélium à cils vibratils n'était pas altéré. Sur quelques points il y avait un décollement de la plèvre.

Chez certains sujets, cette forme diffuse peut coexister avec la première ; M. Virchow l'a constatée dans un cas, où les noyaux indurés de la première espèce, avaient le volume d'un pois.

Je vous ai dit que cette lésion n'était pas propre au fœtus et à l'enfant naissant. Je l'ai observée un certain nombre de fois chez des sujets qui avaient plusieurs mois, et il m'est impossible actuellement de fixer une limite au-delà de laquelle on ne l'observe pas. — Par son apparence extérieure, cette pneumopathie tardive, diffère notablement de celle du fœtus et se rapproche au contraire beaucoup de la pneumonie lobulaire commune ; toutefois, elle présente le plus souvent des caractères qui la relient à la première, et qui par contre, établissent entre elle et la seconde, une ligne de démarcation très tranchée.

Elle est presque toujours superficielle; et ce n'est que par exception, que dépassant la surface du viscère, elle pénètre

© BIU Santé

dans sa profondeur. En outre, elle a pour siége de prédilection les parties déclives des lobes supérieur et inférieur, et elle n'y occupe qu'une surface peu large et très peu de profondeur, et y figure une bande verticale d'un à deux centimètres de large, épaisse habituellement de 3 à 4 millimètres, n'atteignant presque jamais un centimètre. A son niveau les lobules pulmonaires font une saillie très manifeste sur la coupe, sont très nettement séparés les uns des autres et ont une fermeté, une densité, supérieures à celles de la pneumonie inflammatoire.

Contrairement à ce que l'on observe dans cette dernière, la teinte n'est pas violacée, mais d'un rose saumon, et par fois d'un gris presque blanc. Même après une insufflation énergique, les fragments détachés vont au fond du vase. A l'inverse de ce qui a lieu dans les autres affections pulmonaires, les ganglions bronchiques sont peu modifiés, ils ne présentent pas cette tuméfaction œdémateuse, cette friabilité qui marquent toujours leur participation au processus de la pneumonie lobulaire.

Ainsi se présente la pneumopathie syphilitique, lorsqu'elle se développe chez les enfants qui ne sont plus des nouveau-nés. Il ne semble pas nécessaire d'insister pour vous faire saisir les différences qui la séparent de la broncho-pneumonie purement inflammatoire ; mais je crois devoir, à son sujet, vous faire connaître une assertion de M. Forster. Cet observateur ayant rencontré rarement, il est vrai, le tissu interstitiel fortement intéressé, chez des enfants non syphilitiques, se demande si l'on peut établir une limite bien tranchée entre la pneumonie catarrhale et la pneumonie syphilitique.

Vous venez de le voir, j'ai fait, par anticipation une réponse positive à cette question. Si M. Forster l'a posée sans pouvoir la résoudre, c'est qu'il manquait de quelques-uns des éléments qui m'ont servi et qui vous serviront désormais pour affirmer chez un enfant l'existence de la syphilis héréditaire ; et pour lui rapporter des lésions organiques qui, en dehors d'elle, restent inexplicables. Je veux parler des altérations osseuses et des cicatrices cutanées dont on peut tirer un si grand parti, en clinique et en anatomie pathologique.

Si M. Forster avait connu ces marques de diagnostic, s'il les avait appliquées aux sujets sur lesquels il rencontrait des pneumopathies semblables à celles d'origine syphilitique, je ne doute pas qu'il n'eût constaté chez eux, des marques de la syphilis ; et alors, au lieu d'hésiter sur la spécificité de ces lésions, de par l'étiologie, il les eût rapportées à la maladie diathésique, qui lui était indiquée par l'anatomie, comme étant leur véritable source.

Considérées dans l'ensemble du processus et dans leurs rapports avec les autres affections, les pneumopathies sont un produit rare de la syphilis, même en y comptant ainsi qu'on le doit, les dernières que je vous ai décrites.

De même que les manifestations syphilitiques de la peau, celles du poumon sont précoces et annoncent une intoxication puissante ou tardive, auquel cas, leur peu d'étendue, leur apparence fruste, nous les montrent, comme les produits d'une diathèse épuisée. Elles n'ont pas d'histoire clinique ; car les premières, d'une extrême gravité, ou ne permettent pas à la respiration de s'établir, ou l'entravent si promptement, qu'une mort rapide en est la conséquence inévitable ; et dans le court espace de temps où l'on observe les malades, s'ils présentent des symptômes thoraciques, ceux-ci n'ont rien de caractérisque. Cette dernière remarque est applicable, sans aucune restriction, aux lésions tardives, qu'elles soient ou non apyrétiques, car on y rapportera presqu'inévitablement, les phénomènes stéthoscopiques auxquels elles donneront naissance, à la broncho-pneumonie inflammatoire ou à l'atélectasie, affections d'une fréquence beaucoup plus grande et qui d'ailleurs peuvent coexister avec elles.

Parmi les organes que frappe particulièrement la syphilis héréditaire, le thymus est généralement classé, par les auteurs, comme un des premiers. Je vous l'affirme, c'est là une place qu'il ne mérite pas, et qu'il m'est impossible de lui laisser. Ses lésions sont, en réalité, très rares et sans grande importance.

Elles tiennent toute leur célébrité, du travail que leur a consacré Paul Dubois. A l'époque où observait le célèbre accoucheur, l'anatomie pathologique de la syphilis héréditaire, était peu avancée, et la structure ainsi que les altérations du thymus, avaient été peu étudiées. Souvent l'on rapportait à la maladie, ce qui était physiologique et réciproquement. Voici ce que Paul Dubois a dit: « La présence du pus disséminé ou réuni en foyers dans le thymus d'enfants nouveau-nés, qui ont succombé à une syphilis évidente, doit être considérée non comme une simple coïncidence, mais comme un témoignage et un résultat de la maladie dont ils étaient atteints. »

Cette opinion, toutefois, suivant son auteur lui-même, n'a rien d'absolu ; et en manière de correctif il fait remarquer que la sécrétion normale du thymus ressemble à du pus ; et que d'ailleurs, le pus peut résulter d'une inflammation simple des conduits et des réservoirs glandulaires. — P. Weber, Hecker et d'autres, ont rapporté des faits semblables à ceux de l'accoucheur français, mais ils sont passibles des mêmes reproches : et là-dessus, je suis dans un accord parfait avec MM. Virchow et Vogel.

Lehmann paraît avoir observé un cas de lésion syphilique du thymus. Il y avait, ainsi que dans d'autres organes, des nodosités formées par du tissu conjonctif qui avait subi la dégénérescence graisseuse. Mais il ne faudrait pas conclure de ce fait, que toutes les nodosités du thymus, doivent être rapportées à la syphilis. Il n'est pas rare de trouver dans cet organe des indurations du volume d'un grain de chénevis ou d'un noyau de cerise, d'ordinaire mal circonscrites, d'un rose hortensia ou jaune cuir. Rien jusqu'ici, n'autorise à qualifier cette altération, de syphilitique ; elle paraît bien plutôt devoir être considérée comme une des modalités atrophiques, que subit inévitablement le viscère.

Quant au suc laiteux que l'on trouve infiltré ou collecté dans les parties centrales du thymus des enfants très-jeunes, son examen microscopique prouve qu'il n'a aucune analogie de constitution, soit avec le pus soit avec la matière puriforme en laquelle se résolvent parfois les néoplasmes syphilitiques. On y constate, en effet, des corpuscules du thymus en très grand nombre, des granulations protéiques et de la matière grasse, en particules isolées ou bien sous forme de corps granuleux dont quelques-uns ont jusqu'à 17 μ. — C'est là une sorte de fonte graisseuse de l'organe, qui se produit sur une étendue et à des degrés très divers, mais qui jamais ne résulte d'un travail inflammatoire, simple ou spécifique.

En résumé, l'on ne sait actuellement rien de l'action exercée sur le thymus, par la syphilis héréditaire ; mais cette action est, en tout cas, excessivement rare. Je ne manque jamais d'examiner, de disséquer, de palper et de peser le thymus dans les autopsies ; et sur un nombre considérable d'observations, je serais fort embarrassé pour en trouver une, où le thymus pourrait être considéré comme atteint d'une lésion syphilitique. (*A suivre.*)

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 14 août 1878, on a déclaré 782 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 18 ; rougeole, 10 ; scarlatine, 3 ; variole, 2 ; croup, 13 ; angine couenneuse, 14 ; bronchite, 21 ; pneumonie, 28 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 31 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 1 ; affections puerpérales, 2 ; érysipèle, 2 ; autres affections aiguës, 238 ; affections chroniques, 328 dont 130 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 27 ; causes accidentelles, 24. — Les 782 décès ci-dessus donnent une proportion de 23.9 par 1,000 habitants et pour l'année.

— Recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant les 8 jours écoulés du 15 au 22 août 1878, on a constaté 1,055 décès, savoir : fièvre typhoïde, 27 ; rougeole, 6 ; scarlatine, 3 ; variole, 1 ; croup, 11 ; angine couenneuse, 18 ; bronchite, 24 ; pneumonie, 39 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 73 ; choléra nostras, » ; dysenterie, » ; affections puerpérales, 2 ; érysipèle, 4 ; autres affections aiguës, 335 ; affections chroniques, 411, dont 194 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 71 ; causes accidentelles, 30. — Les 1,055 décès ci-dessus donnent une proportion de 24,2 par 1,000 habitants et pour l'année.

© BIU Santé

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Sur la structure et le mode de développement des cellules géantes dans le tubercule (1) ;

Par MM. CHARCOT et GOMBAULT.

Les considérations qui vont suivre ont trait à quelques recherches faites dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. Elles concernent uniquement les cellules géantes qui se rencontrent dans cette forme particulière du tubercule improprement dénommé tubercule réticulé ou cytogène.

On sait qu'on entend par cellules géantes des corps volumineux de 20 à 200 μ de diamètre, munis de nombreux noyaux périphériques, souvent de prolongements multiples, et dont le centre est occupé par une masse grenue, réfringente, d'un aspect tout-à-fait spécial. Ces formations, il est vrai, ne paraissent pas appartenir en propre au tubercule : du moins, on a signalé la présence de corps analogues au sein de productions de nature toute différente (sarcomes, syphilomes, etc.) et des recherches ultérieures pourront seules nous renseigner sur la question de savoir s'il y a, entre ces différents corps, identité de nature et de provenance, ou simple ressemblance dans la configuration extérieure.

Quoi qu'il en soit, les cellules géantes, possédant les caractères qui viennent d'être rappelés, se rencontrent très-fréquemment dans le tubercule et peuvent être considérées comme un des éléments importants qui entrent dans sa constitution. Or, c'est surtout dans le tubercule réticulé qu'elles se montrent en grand nombre, et qu'il est facile d'étudier les rapports qu'elles affectent avec les autres parties de la néoplasie tuberculeuse.

On sait que la granulation visible à l'œil nu, bien loin de pouvoir être considérée en quelque sorte comme l'unité tuberculeuse, est au contraire complexe et composée de parties similaires plus petites, groupées les unes à côté des autres et devant être envisagées comme les véritables tubercules élémentaires. Ces tubercules élémentaires qui ont reçu le nom de tubercules submiliaires, de follicules tuberculeux, et, peuvent, au lieu de se trouver réunis en amas pour constituer une granulation, être rencontrés à l'état d'isolement plus ou moins parfait et leur constitution devient dès lors assez facile à déterminer. Celle-ci, du reste, n'est pas identique dans tous les cas, et deux variétés principales peuvent être distinguées. Tantôt le follicule est exclusivement formé par un amas de petites cellules rondes, pressées les unes contre les autres et on lui donne alors le nom de tubercule cellulaire. Tantôt, au contraire, il semble constitué par une sorte de réticulum sur lequel seraient collées des cellules plates d'où la dénomination de tubercule réticulé qui lui a été imposée dans ce cas. On sait aujourd'hui que, selon toute vraisemblance, il n'existe là qu'un faux réticulum artificiellement produit par l'action des réactifs ; que le follicule est ici encore formé par un amas de cellules, mais que celles-ci sont plus développées, munies de prolongements, et se rapprochent beaucoup par leurs caractères des cellules plates du tissu conjonctif.

A cette première distinction une seconde vient s'ajouter : dans chacune de ces deux variétés, le tubercule élémentaire peut être simple, c'est-à-dire constitué dans toute son étendue par des éléments identiques les uns aux autres ; ou bien il est complexe, et voici alors quelle est sa constitution. On peut, en semblable circonstance, reconnaître trois zones dans le follicule. La partie centrale est occupée par une cellule géante ; autour de celle-ci existe une zone de cellules qui, en raison de leurs caractères spéciaux, ont reçu le nom de cellules épithélioïdes ; enfin une troisième zone, plus extérieure, est formée par des éléments plus petits, zone de tissu embryonnaire ou de tissu réticulé suivant que le follicule appartient à l'une ou l'autre des deux variétés.

(1) Note communiquée à la *Société de biologie* (séance du 10 août).

Ainsi se trouve déterminée la place qu'occupe la cellule géante dans le tubercule : elle est située, lorsqu'elle existe, au centre du follicule tuberculeux, dont les autres éléments sont groupés autour d'elle.

Lorsqu'une semblable cellule a été isolée par dissociation et disposée de façon à flotter plus ou moins librement dans le liquide de la préparation, on reconnaît qu'elle est munie sur toutes ses faces d'une foule de prolongements. Ceux-ci sont formés par un protoplasma grenu, réfringent, fixant fortement l'acide picrique ; ils ont une grande tendance à s'accoler les uns aux autres. Par de petits coups frappés sur la lame mince, on peut leur imprimer des mouvements qui ne tardent pas à dégager de la masse principale un certain nombre de corps cellulaires, pourvus d'un ou de plusieurs noyaux et entraînant avec elles un certain nombre de ces prolongements. Ces cellules, une fois complétement isolées, sont faciles à reconnaître pour des cellules épithélioïdes qui avaient conservé des connexions intimes avec la cellule géante dont les dimensions se trouvent ainsi diminuées d'autant. Mais, au cours de cette dissociation sous le microscope, il devient bientôt évident qu'un grand nombre des prolongements signalés plus haut ne peuvent plus être détachés de la même façon parce qu'ils sont intimement unis à la cellule géante et font corps avec elle. Leur protoplasma se renfle au moment où ils abordent la zone des noyaux ; à ce niveau, ils sont encore assez souvent distincts les uns des autres ; au-delà, ils se perdent en se fondant dans la masse grenue de la zone centrale. Si on pousse l'opération plus loin, on peut, dans certaines circonstances, voir la cellule géante se résoudre en quelque sorte en un certain nombre de masses plus petites, pourvues de plusieurs noyaux, et dont la structure cellulaire ne saurait faire aucun doute.

L'étude de la cellule géante, pratiquée à l'aide de coupes et surtout à l'aide de coupes successives intéressant une même cellule à des niveaux différents, va nous fournir d'autres renseignements. Trois coupes successives que nous prendrons comme exemple nous ont donné les apparences suivantes : sur la première, on rencontre une véritable plaque à noyaux multiples. Ces noyaux, serrés les uns contre les autres au centre de la plaque, deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on s'avance vers la périphérie. De celle-ci partent dans tous les sens une foule de prolongements qui, épais à leur base où souvent ils enveloppent un noyau, vont se perdre par une extrémité plus mince dans le tissu voisin. Sur une seconde coupe, l'élément apparaît avec ses caractères pour ainsi dire classiques : centre grenu, réfringent, sans structure, fixant fortement l'acide picrique ; en dehors, zone très-épaisse de noyaux ; plus en dehors enfin, de nombreux prolongements rayonnant dans toutes les directions. Sur un seul point, la zone de noyaux est interrompue dans une certaine étendue et, dans le point correspondant, les prolongements font à peu près complétement défaut, circonstance qui semble indiquer une fois de plus que des relations intimes unissent les noyaux et les prolongements de la cellule. La troisième coupe, enfin, nous montre un petit amas de cellules à protoplasma brillant, à contours assez mal délimités au centre duquel les éléments se groupent de façon à circonscrire une sorte de pertuis très-étroit qu'on peut suivre à une certaine distance dans l'épaisseur de la coupe en faisant varier la vis du microscope. Quelques rares prolongements courts, épais, grenus, relient cette masse aux tissus voisins.

On voit donc que, sur chacune de ces trois coupes, la cellule géante a changé de forme et de constitution ; de plus, détail important, elle a varié aussi de volume dans des proportions considérables. Si nous prenons comme point de départ le volume de la cellule sur la coupe n° 3, et que nous représentions ce volume par un, il sera de trois sur la seconde coupe et de deux et demi sur la première. Les difficultés pratiques d'une telle recherche ne nous ont pas permis de suivre plus loin les modifications éprouvées par la cellule géante en question. Quoi qu'il en soit des faits signalés jusqu'ici, nous croyons pouvoir tirer les conclu-

© BIU Santé

sions suivantes : la masse qui constitue la cellule géante s'effile vers une de ses extrémités. Si nous supposons que le même phénomène se produise vers l'extrémité opposée qui manque dans la série de nos coupes, l'élément sera fusiforme ; si on n'accepte pas cette hypothèse, on doit reconnaître tout au moins qu'il a la forme d'une petite massue, pourvue par conséquent d'un manche ou pédicule et d'une partie renflée. Or, pour le pédicule aussi bien que pour la zône périphérique de la partie renflée, la structure du tissu qui les composent est des plus évidentes ; il est constitué uniquement par des éléments cellulaires agglomérés ; seulement ces éléments cellulaires ont subi une modification qui a eu pour effet de les souder les uns aux autres en amenant la fusion partielle de leur protoplasma.

Les caractères de cette modification s'accusent de la façon la plus nette au niveau des prolongements que la cellule géante émet dans tous les sens, nous les avons signalés plus haut et ils consistent dans le gonflement du protoplasma, son état grenu, sa tendance à l'accolement, sa réfringence spéciale, son aptitude à fixer l'acide picrique à l'exclusion du carmin. Or, ces différentes modifications se retrouvent en dehors de la cellule géante dans d'autres parties de la néoformation tuberculeuse portant leur action sur des parties moins complexes et se présentant par conséquent dans des conditions d'examen plus favorables. Telle est la modification particulière qui produit les cellules de la zone épithélioïde du follicule ; telle est celle qui atteint dans l'intérieur des alvéoles les cellules qui proviennent de la paroi de ces alvéoles ; telle enfin celle qui, dans certaines circonstances, frappe, par places, l'endothélium des vaisseaux d'un certain calibre. Dans tous ces cas, nous voyons cette dégénérescence inconnue dans sa nature, mais qui peut être désignée sous le nom de transformation vitreuse, produire des effets identiques. Les éléments cellulaires augmentent de volume, et tandis que leurs noyaux prolifèrent, leur protoplasma prend les caractères qui viennent d'être indiqués. Puis, les cellules s'accolent en plus ou moins grand nombre, leur ligne de séparation disparait progressivement par fusion des protoplasmas et ainsi se trouvent constitués des équivalents en quelque sorte de la cellule géante. On sait, de plus, que cette transformation vitreuse des éléments cellulaires dans le tubercule a pour aboutissant la caséification finale. Or, il est impossible de ne pas être frappé de la ressemblance qui existe, au point de vue des caractères physiques, et des réactions microchimiques entre la matière caséeuse et la substance centrale de la cellule géante. On est ainsi amené à conclure que la partie centrale de la cellule géante a eu, à un moment donné, la structure dont nous reconnaissons l'existence au niveau de son pédicule et de sa zone périphérique, c'est-à-dire qu'il a été constitué dans le principe par un amas de cellules ; que plus tard ces éléments ont subi la transformation vitreuse, se sont accolés puis fondus ; qu'en un mot le vice tuberculeux a procédé dans la cellule géante comme dans la granulation vulgaire que la caséification envahit, on le sait, en marchant du centre vers la périphérie.

Si cette conception est exacte, la cellule géante serait bien loin d'être, comme l'a indiqué M. Schüppel, formée par un élément cellulaire unique, dont le protoplasma en état d'accroissement actif donnerait naissance par voie de bourgeonnement aux cellules épithélioïdes. Elle devrait être considérée, au contraire, comme un nodule multicellulaire dès son origine, au niveau duquel le processus tuberculeux aurait atteint son dernier terme et serait représenté par deux de ses produits les plus caractéristiques et les plus avancés : la cellule vitreuse et la matière caséeuse.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés dont l'abonnement est terminé depuis le 31 juillet que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le 25 août, augmentée* D'UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous leur rappelons que le* MEILLEUR MODE DE PAIEMENT *pour eux et pour nous consiste en l'envoi d'un mandat sur la poste.*

SYPHILIOGRAPHIE

Etude sur les variétés et les formes anormales du chancre simple (1).

Par le Dr Louis **JULLIEN.**

Inflammation gangrèneuse, gangrène proprement dite. — Nous étudierons tout d'abord cette forme de la gangrène qui détermine l'élimination en bloc d'une partie plus ou moins considérable de l'organe malade.

Les causes de la gangrène sont toujours très-complexes ; soit locales, soit générales, ce n'est jamais chose facile que de les discerner exactement. Le cas dont nous nous occupons n'est pas fait pour simplifier cette recherche. Comme pour l'inflammation simple, nous réclamerons d'abord une très-large place pour les *causes locales*. A la suite d'un léger degré d'inflammation, est survenue une tuméfaction du gland, sur lequel siége un chancre simple ; si le prépuce met obstacle à son développement, un phimosis se produit, phimosis le plus souvent très-inflammatoire. La tuméfaction continuant, le gland s'appliquera contre le prépuce, puis soulèvera et tendra ce dernier, dont les vaisseaux seront aplatis par cette pression de dedans en dehors. La mortification suivra bientôt. Ce processus, comme on le voit, trouve localement son entière explication.

Indépendamment de toute compression, la gangrène se montre encore lorsqu'il y a stase dans la partie enflammée, puis coagulation du sang dans les vaisseaux ; lorsque l'inflammation, se poursuivant dans les tuniques vasculaires, détermine la formation de caillots ; enfin et surtout quand les globules de pus et l'exsudat s'accumulant autour des vaisseaux, les compriment et mettent ainsi obstacle à la circulation. La cause intime de ces phénomènes réside dans l'état général ; elle peut être asthénique ou sthénique. L'âge, la dépression physique et morale, les diathèses, les cachexies débilitantes, quelques altérations particulières du sang, favorisent la stase vasculaire par une sorte d'inflammation avortée ; la pléthore, le tempérament sanguin, les congestions locales (érections prolongées, pansements ou frottements irritants) exaspèrent à tel point le processus, que la gangrène se produit par l'excès même de l'inflammation (2).

Comptons encore parmi les circonstances prédisposantes, l'alcoolisme qui prendra place parmi les causes excitantes ou asthéniques, suivant qu'il agira accidentellement pendant un accès passager ou en vertu d'une habitude invétérée de l'organisme. Localement du reste ne sait-on pas qu'il produit en s'éliminant par la peau une congestion plus ou moins prononcée, qui, si faible qu'elle soit, doit également entrer en ligne de compte ?

La gangrène se montre habituellement dès le début de la chancrelle, ou tout au moins pendant la période de progrès. Cliniquement elle nous offre plusieurs formes bien tranchées. Tantôt en effet lorsqu'elle succède au phimosis inflammatoire, une simple rondelle du prépuce est éliminée, au niveau de la couronne balanique, juste assez pour que le gland *mette le nez à la fenêtre*, ainsi que l'a dit M. Diday dans le langage pittoresque qui lui est familier, et s'y introduise progressivement (fig. 38). Tantôt le prépuce subit tout entier la mortification ; le malade en est quitte alors pour une circoncision spontanée souvent fort régulière. Dans d'autres cas, heureusement fort rares, la nécrose envahit une partie plus ou moins considérable des téguments et des tissus sous-jacents. Il est très-exceptionnel de voir les corps caverneux atteints, alors même que l'extrémité de la verge semble devoir tomber en masse ; le gland seul est souvent frappé, en totalité ou en partie,

(1) Voir le n° 33.

(2) « Le cas ordinaire est celui-ci : chez des *jeunes gens sanguins qui font la noce*, puis ont *beaucoup marché*, une chancrelle de la verge (organe particulièrement exposé aux frottements) et surtout du *dos* de la verge, devient le point de départ d'une gangrène qui envahit plus ou moins en largeur et en profondeur. » Impossible de photographier ces conditions étiologiques avec une exactitude plus scrupuleuse que ne le fait M. Diday en ces quelques mots. (*Thérapeutique des maladies vénériennes*, page 186).

© BIU Santé

l'extrémité saillante des corps caverneux, qui lui sert de soutien, restant absolument intacte.

Le pénis peut cependant être frappé dans toute son épaisseur, ainsi qu'Achille Dron l'a bien montré. Les corps caverneux sont alors le siége d'un engorgement qui se traduit par une dureté considérable, sorte de virole très-résistante, prolongée parfois jusqu'au pubis. Enfin on a cité des cas dans lesquels la verge entière a été séparée. De pareils faits très-rares aujourd'hui se présentaient sans doute avec une certaine fréquence autrefois. Les exemples en sont nombreux dans les auteurs anciens. A ce propos je rappellerai l'observation de Fabrice de Hilden qui nous montre des désordres non moins graves produits sur les organes génitaux d'une jeune fille.

Un des traits qui caractérisent le plus nettement la gangrène, c'est la soudaineté de ses effets; en quelques heures des parties qui semblaient saines sont frappées sans rémission. Un malade, que nous eûmes l'occasion d'observer dans le service de P. Horteloup, se présenta à notre observation avec une chancrelle compliquée d'un phimosis inflammatoire; le gland pouvait encore être découvert librement. Le lendemain matin le prépuce fut trouvé entièrement mortifié. Quand on peut suivre l'invasion de cet accident, on voit son début annoncé par une auréole violet pâle qui s'établit autour de l'ulcère dans une étendue correspondante à celle des parties qui vont être privées de la vie; mais bientôt lui succède une teinte sombre, puis noire, dont les limites sont plus ou moins nettement tracées. En même temps que les parties atteintes s'affaissent, une réaction vitale semble se produire à leur voisinage, la tuméfaction augmente, la rougeur s'accentue, la sécrétion du pus devient plus abondante, le sillon de séparation se forme, et les lambeaux sphacélés s'éliminent, laissant une plaie couverte de bourgeons, le plus souvent du meilleur aspect.

C'est en effet chose digne de remarque, que cette *rapide réparation* qui succède à l'inflammation gangréneuse, et par-dessus tout que l'absence, je dirai plus, l'impossibilité de toute récidive. La raison en est simple, la spécificité du pus ne survit pas à la mort physiologique des tissus. On l'a dit avec justesse, la gangrène est le plus efficace de tous les modificateurs du chancre; nul caustique n'offre une pareille certitude dans ses effets. Le chlorure de zinc, le fer rouge peuvent laisser intacts des foyers cachés où se conserve le pus chancreux. Après la gangrène, au contraire, l'expérimentation l'a cent fois démontré, jamais la virulence ne reparaît. Qu'on la pratique le jour même où la complication s'est montrée, ou longtemps après la chute des eschares, l'inoculation des produits qui baignent la surface de la plaie est négative, toujours et invariablement négative.

Les suites immédiates de la gangrène sont donc bénignes; toutefois par les vastes destructions de tissus qu'elle entraîne, elle est parfois l'origine *d'infirmités irrémédiables* : perte du gland, fistules uréthrales, déformations diverses de la verge.

Gangrène moléculaire. — La gangrène moléculaire consiste essentiellement dans l'ischémie et la mortification lente, successive, des tissus qui tapissent la cavité du chancre. Il est permis de croire que la lésion consiste en une infiltration périphérique par de la fibrine et des cellules néoplasiques suffisamment abondantes pour comprimer les vaisseaux et modifier les conditions locales de la nutrition (état diphthéritique). On pourrait comparer cet état à celui qui résulterait de l'action légère et répétée des caustiques chimiques. Le processus se limite en effet à la couche la plus superficielle du chancre. Aussi ne faut-il pas s'attendre à voir se détacher de larges lambeaux mortifiés, comme pendant le cours de la gangrène vraie; l'eschare est simplement formée par la chute de la matière pultacée qui occupe habituellement le fond de l'ulcère mou. Notons immédiatement ici une conséquence de cette lenteur dans la marche de la complication. Le processus nécrobiotique n'étant jamais assez intense pour se généraliser à toute l'étendue et à toute la profondeur de la solution de continuité, la spécificité reste intacte; car il suffit qu'elle se conserve en un point pour que la surface malade soit incessamment réinoculée et rendue à la virulence.

On a beaucoup discuté pour savoir si le phagédénisme des chancres était dû à un virus spécial. *A priori* l'anatomie pathologique nous permet de nous prononcer catégoriquement contre cette hypothèse. Pas plus que l'inflammation, pas plus que la gangrène la nécrobiose moléculaire ne saurait être rapportée à quelque influence de graine; seule la qualité du terrain doit être mise en cause. Aux arguments de Bassereau, fondés sur la célèbre histoire des trois Auvergnats qui, fatigués d'un long voyage, contractèrent chacun, le même soir, auprès de la même femme un chancre phagédénique, l'expérimentation a répondu par des observations précises : si l'on inocule à un sujet sain le pus d'une chancrelle phadégénique, on n'obtient qu'une chancrelle simple, non phagédénique (Rollet); d'autre part si, sur un sujet déjà porteur d'une chancrelle phagédénique, on inocule le pus d'une chancrelle simple il y a de grandes probabilités pour que la pustule d'inoculation se complique de phagédénisme (Sperino). Eclairés par ces faits, cherchons donc, soit dans l'état local, soit dans l'état général du sujet, quelles sont les conditions qui peuvent nous rendre compte de cette singulière aptitude morbide.

a. *Conditions locales.* — La clinique nous apprend qu'il faut considérer comme une cause fréquente du phagédénisme l'usage de certains agents locaux, tels que les topiques gras, particulièrement l'onguent mercuriel et même les astringents, les caustiques, lorsqu'ils sont employés de façon à exaspérer incessamment le processus d'exsudation. La malpropreté des parties, le défaut de soins locaux, la rétention du pus agissent de même. Ce fait n'a rien qui doive nous étonner; nous savons, en effet, grâce aux travaux de Virchow, qu'il suffit d'une irritation répétée pour donner naissance au genre de travail morbide dont nous nous occupons Un vésicatoire appliqué sur la peau y fait naître une phlyctène à contenu séreux; mais, après avoir enlevé la couche cornée distendue, si nous replaçons l'emplâtre, il suffira de quelques heures pour que la surface se couvre d'une couche d'apparence fibrineuse englobant une quantité considérable de jeunes cellules de nouvelle formation. Tel est aussi le mode d'influence des circonstances que nous venons de signaler. L'état général peut rester et reste quelquefois absolument étranger à ces phénomènes. Le produit morbide provient bien du plasma sanguin, mais c'est au sein des parties enflammées que ce plasma transsudé subit l'élaboration qui le transforme et lui imprime son caractère spécial.

Certains tissus sont-ils plus aptes que d'autres à favoriser le développement de ces accidents? Le fait a été avancé par Melchior Robert. Sans chercher à se l'expliquer, cet auteur a noté la prédisposition dont le tissu ganglionnaire et les régions délicates de la peau lui semblent doués. Nous ne croyons pas, quant à nous, que la finesse du tégument doive entrer en ligne de compte; nous savons, en effet, que les chancres d'inoculation siégeant à la cuisse, où la peau présente une grande épaisseur, sont plus souvent compliqués de phagédénisme que les chancres de l'abdomen, surtout ceux qui sont situés au-dessus de l'ombilic. Quant aux ganglions, il est bien vrai qu'on voit des bubons phagédéniques à côté des chancrelles les plus simples. La remarque de M. Robert est donc sur ce point d'une rigoureuse exactitude; elle trouverait, selon nous, son explication dans la grande abondance des corpuscules lymphatiques qui se montrent habituellement au sein d'une glande enflammée et peuvent contribuer, dans une large mesure, à la formation de l'exsudat, qui va déterminer l'ischémie. (*A suivre.*)

22. Acide bromhydrique dans les bourdonnements d'oreille. L'acide bromhydrique est un excellent moyen pour faire disparaître les bourdonnements d'oreille consécutifs à l'ingestion du sulfate de quinine. Il exerce une influence non moins salutaire sur les autres bourdonnements qui peuvent se produire dans l'oreille, surtout sur ceux qui ont un caractère pulsatif. Les vertiges disparaissent en même temps. On en prend 15 gouttes dans un peu d'eau chaque quart d'heure. (*La Salute* et le *Nice médical*).

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

L'Association française pour l'avancement des Sciences.

La séance d'inauguration du *Congrès de Paris*, septième réunion de l'*Association française pour l'avancement des Sciences*, a eu lieu jeudi, 22 août, à deux heures et demie, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Frémy, membre de l'Institut, professeur au Muséum et à l'Ecole polytechnique, président de l'Association. Il était assisté d'un grand nombre de savants et de personnages politiques, parmi lesquels nous citerons : MM. Gambetta, Thulié, Thénard, Krantz, Daubrée, Barral, Tresca, etc. Nous ne parlerons pas des assistants composés de nombre de savants étrangers et de toutes les notabilités scientifiques de Paris et de la province.

Après avoir tenu successivement ses sessions à Bordeaux, Lyon, Lille, Nantes, Clermont-Ferrand et au Havre, l'*Association française pour l'avancement des Sciences* a tenu, contrairement à ses habitudes de propagande et de décentralisation, à choisir Paris cette année, à cause de l'Exposition. Le Conseil municipal de Paris a répondu à cette démarche par le vote d'une somme de 30,000 fr., destinée à enrichir le fond de l'Association, puisque de nouvelles fêtes eussent paru insuffisantes en présence de la grandeur de notre Exposition.

M. le professeur Frémy, président du Congrès de Paris, a prononcé un discours patriotique et plein d'enseignements. Il a pris comme sujet de son allocution deux grandes découvertes chimiques, la fabrication de la soude et celle de l'acier.

Au moment de la Révolution française, alors que les soudes de provenance étrangère venaient à manquer à notre industrie, l'ancienne Académie des sciences fondait un prix de de 4,000 livres destiné à récompenser l'auteur d'un procédé de fabrication artificielle de la soude. Nicolas Leblanc découvrit le procédé qu'on emploie encore de nos jours, et le donna généreusement à la nation.

Après avoir, aux applaudissements de l'assistance, fait ressortir le caractère patriotique de Leblanc, M. Frémy fait l'histoire du nouveau procédé de MM. Schlœsing et Roland, permettant une grande économie de combustible et substituant, dans la préparation de la soude, une méthode par voie humide à la méthode par voie sèche ; ce nouveau procédé consistant à décomposer le sel marin, que nous avons en abondance, par le bicarbonate d'ammoniaque, l'ammoniaque et l'acide carbonique étant faciles à régénérer.

Passant ensuite à l'étude des aciers, M. Frémy fait remarquer que c'est l'alliage jouissant des qualités les plus exceptionnelles, pouvant avoir la ductilité et la malléabilité du fer doux, ou atteindre au contraire la dureté du diamant.

Parlant de l'acier ordinaire, du carbure de fer, le professeur du Muséum fait l'histoire des différents aciers au Chrome, au Tungstène, et celle des fers au Manganèse qui ont pris une si grande importance dans la purification de l'acier. Il cite les nombreux échantillons que renferme l'exposition des usines du bassin de la Loire, telle que Terrenoire, St-Chamond, le Creusot, Firminy, Unieux, etc. Dans ces usines, les aciers fabriqués en grandes masses de plusieurs tonnes, par les procédés Bessemer, Martin et Siemens, montrent que nous sommes bien loin du procédé d'Huntsmam qui n'arrivait qu'à fondre une vingtaine de kilogrammes d'acier à la fois.

En terminant, M. Frémy a fait remarquer, aux applaudissements de tous, que Paris, cette ville qui semblerait n'appartenir qu'au plaisir, compte aussi parmi ses habitants et ses hôtes nombre de travailleurs de tous genres dont la persévérance et l'esprit inventif se manifestent par les progrès constants de l'industrie parisienne, par le caractère artistique de ses productions, qui sont appréciées de par le monde, et qui portent au loin le nom d'une Cité que les revers n'ont pu amoindrir : c'est en faisant appel à la concorde, au travail et à la paix que le président a ouvert la session de 1878.

M. le Dr Thulié, président du Conseil municipal, parlant au nom de la ville de Paris, a souhaité la bienvenue aux membres de la province, dans un discours empreint de sentiments patriotiques et républicains les plus vifs. Nos lecteurs trouveront plus loin ce discours, rapporté *in extenso*.

M. le commandant Perrier, secrétaire général de l'Association, a ensuite pris parole pour remercier au nom du Congrès, la ville du Havre de l'hospitalité qu'elle avait donnée à l'Association en 1877; puis, il a exposé la situation morale de la Société qui compte aujourd'hui 2,334 membres, possède 225,000 fr. de capital, et 56,000 fr. de revenus, ce qui s'explique par une subvention annuelle de 13,000 fr. et par des sommes souscrites annuellement, sans que le capital qu'elles représentent soit acquis à la société : cette somme annuelle est consacrée aux besoins de la science.

Le secrétaire général a rappelé à l'assistance les pertes éprouvées par la science cette année, il lui suffisait de citer les noms de : Cl. Bernard, Becquerel, Regnault, Le Verrier, pour montrer l'étendue de ces pertes, mais en revanche, il a annoncé la participation active que prenaient aux travaux de la Société un grand nombre de savants éminents.

Enfin, M. G. Masson, trésorier, a exposé l'état financier de l'Association.

Cette intéressante fête scientifique s'est terminée au milieu des applaudissements d'une assistance enthousiaste, qui comprend bien que la façon la meilleure de relever son pays, c'est de consacrer ses ressources et ses efforts aux intérêts scientifiques et que la véritable campagne à entreprendre, c'est celle de la science contre l'ignorance, celle de la méthode expérimentale contre la routine.

Henry de Boyer.

Le Congrès International des sciences authropologiques.

Vendredi dernier à trois heures, dans une des salles de conférence du palais du Trocadéro, avait lieu l'ouverture du Congrès international des sciences authropologiques, sous la présidence de M. Broca, professeur à la Faculté de médecine et directeur de l'Ecole d'anthropologie de Paris. Le Bureau était composé de : MM. de Quatrefages et H. Martin, *présidents honoraires;* Bogdanow (Russie), Capellini (Italie), Chil y Nananjo (Espagne), Von Hochstetter (Autriche), Ribeiro (Portugal), Schaaffhausen (Allemagne), de Selys-Longchamps (Belgique), *vice-présidents*; Gabriel de Mortillet, *secrétaire général*; Bordier, J. Bertillon,

© BIU Santé

Cortaillac, Topinard, *secrétaires des séances;* L. Leguoy, *trésorier*. Un grand nombre de membres français et étrangers et de délégués officiels prêtaient leur concours aux organisateurs du congrès.

L'assistance nombreuse était composée par les membres de la Société d'anthropologie et par un grand nombre de membres libres qui s'étaient fait inscrire pour participer aux travaux du congrès; beaucoup de savants étrangers assistaient aux séances. Il nous faut citer parmi eux MM. Virchow, Mierzejewski, Anoutchine, Török, Varela et W. Schmitt.

Dans un fort intéressant discours d'ouverture, M. Broca a fait l'histoire de l'exposition d'authropologie et celle du congrès qui devait nécessairement s'en suivre, il a rappelé par sa parole autorisée, qu'il ne s'agissait pas là d'une œuvre de polémique mais bien d'une série de travaux scientifiques, en dehors des luttes de chaque jour, poursuivant un but qui nous intéresse tous, celui de nous connaître nous-mêmes, celui de savoir à quelle époque remonte l'humanité et par quelles phases laborieuses elle a dû passer avant d'arriver à ce haut degré de perfectionenment qui la caractérise aujourd'hui : M. Broca rappelle les conditions dans lesquelles l'homme nu, chétif, famélique, s'est trouvé à son apparition sur le sol, mais, ajoute-t-il :

Il possédait deux merveilleux instruments, plus parfaits en lui qu'en toute autre créature : le cerveau qui commande et la main qui exécute. A la force brutale, jusqu'alors reine du monde, il opposait l'intelligence et l'adresse, lutte grandiose où, suivant l'expression du poète : ceci devait tuer cela. Les espèces colossales des temps géologiques ont disparu, l'homme est resté; il a vaincu tous ses rivaux, vaincu la nature elle-même, et à cette place où nous sommes, là où jadis, d'une main novice, il taillait ses premières armes dans les silex roulés par un fleuve encore innommé, il étale aujourd'hui les splendeurs de l'Exposition universelle.

La science de l'homme, a dit M. Broca, est devenue une science exacte, ayant ses matériaux, ses documents authentiques, vérifiés par l'observation de chaque jour : elle s'est ainsi nettement séparée de ces spéculations, de ces hypothèses plus ou moins séduisantes dont elle était embarrassée à ses débuts, faute de faits précis; ce qui a rendu l'anthropologie une science d'observation, c'est que des adeptes dévoués ont consacré leurs peines à former des collections dont on retrouve les pièces les plus précieuses dans notre Exposition, c'est aussi que nombre de sciences se trouvent toucher à l'anthropologie car, comme l'enseigne M. Broca :

Quiconque étudie à un point de vue quelconque l'homme physique, intellectuel et moral et les manifestations de son activité dans le présent ou dans le passé, dans la vie individuelle ou collective, dans la famille ou dans la société, rencontre à chaque pas des questions qui le conduisent jusque sur le seuil de l'anthropologie, qui parfois l'amènent à le franchir, et ces questions sont souvent de nature à soulever des controverses dont les esprits cultivés comprennent la portée.

Il fallait donc profiter de ces matériaux nombreux, de ces expositions individuelles dispersées un peu partout dans le Champ de Mars, et de celle réunie au Trocadéro par les soins de la Société d'anthropologie sous le patronage de MM. Bardoux et Krantz.

Le congrès avait donc pour but principal de voir en commun ces pièces rares et souvent nouvelles et d'arriver à propos d'elles à un échange d'idées entre savants de divers pays; en cela, ce congrès se différenciait très-nettement de celui d'anthropologie et d'archéologie préhistorique fondés en 1867, et dont les intéressantes séances à l'étranger sont encore présentes à l'esprit de tous; nous reproduisons à ce sujet, la déclaration de M. Broca qui paraît tenir beaucoup à ce qu'il n'y ait pas de confusion à cet égard:

Il ne faut donc pas que l'on puisse croire que le congrès actuel soit un représentant déguisé du congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistoriques. Il en diffère essentiellement par son titre général, par son programme, qui embrasse toutes les sciences anthropologiques, et par son but, qui est avant tout l'étude des riches matériaux anthropologiques réunis dans notre exposition.

On se rappelle quelle opposition injuste les conférences authropologiques et le projet de congrès avaient rencontrée dans une certaine presse; il a fallu qu'une lettre de M. Krantz vînt rappeler à ces défenseurs dévoués d'une cause qu'on n'attaquait pas, que ni le ministère, ni le commissariat général, n'avaient besoin de leurs services pour juger du caractère et de l'opportunité d'un congrès tenu sous les auspices des savants que nous citions au début de cet article. Tout le monde a lu cette lettre digne et spirituelle dans laquelle l'organisateur de l'exposition renvoie ces pasteurs à leurs troupeaux : Il n'était cependant pas hors de propos de rappeler les tendances purement scientifiques du congrès, c'est ce que M. Broca a fait en terminant son discours, à propos d'un savant dont les authropologistes ont été unanimes à déplorer la perte, à propos de l'abbé Bourgeois, qui, le premier, a cherché à établir l'existence de l'homme tertiaire.

J'exprime ici vos sentiments unanimes, ajoute M. Broca, en rendant hommage à la mémoire de cet homme de bien, de cet ami courageux de la science, de ce pionnier infatigable qui a attaché son nom à la grande question de l'homme tertiaire. Il a donné ce noble et rare exemple d'un esprit profondément religieux, dont la foi est assez solide pour ne pas craindre la vérité scientifique. Loin de traiter en ennemis les savants qui étudient la paléontologie humaine, M. l'abbé Bourgeois a pris place dans leurs rangs, je dirais presque à leur tête. Lorsque les plus hardis se bornaient à affirmer l'existence de l'homme quaternaire, il osa, en 1867, reculer jusqu'à l'époque miocène le début de la période humaine...

Il était difficile de répondre avec plus d'à propos à des attaques perfides qu'on ne saurait excuser qu'en songeant à la profonde et sainte ignorance de leurs auteurs; ils n'étaient pas en mesure de savoir que c'était à un prêtre que l'on devait la découverte des pierres taillées de Thenay. Nous avons du reste remarqué au cours du congrès la présence de plusieurs membres du clergé, et l'attention avec laquelle on a accueilli la communication de l'un d'entre eux, au sujet de gisements de la période paléolithique dans le Sahara et la Palestine, indique avec quel esprit impartial ont été tenues les séances de ce congrès.

Il nous faudrait citer, pour être complet, tous les rapports lus dans la première séance du Congrès : par M. Thulié, sur l'*enseignement anthropologique*; par M. Topinard, sur l'anthropologie *anatomique, biologique, pathologique;* M. G. de Rialle, sur l'*ethnologie de l'Europe, de l'Asie occidentale et de l'Amérique*; M. Bordier, sur l'*ethnologie de l'Asie centrale, de l'Afrique et de l'Océanie;* M. de Mortillet, sur l'*archéologie préhistorique*; M. Cartaillac, sur *l'âge de la pierre polie;* enfin, celui de M. Chervin, sur *la Démographie dans ses rapports avec l'anthropologie*. Nous nous réservons de revenir sur quelques-uns de ces documents importants à propos de nos revues de l'exposition.

Dans les séances du 17, 19, 20, 21 août, de nombreuses communications ont été faites au Congrès; la place nous manque pour en reproduire la substance, d'autant que beaucoup d'entre elles ne rentrent pas dans le cercle ordinaire des études médicales auxquelles est consacré ce jour-

© BIU Santé

nal ; on les trouvera in-extenso dans la publication spéciale du Congrès, nous nous contenterons de signaler, comme ayant trait à l'anthropologie anatomique, les communications de Mme Clémence Royer, celles de MM. Le Bon, Topinard, Latteux, Jullien, etc. Ce dernier, dans sa note sur *les homotypies des membres thoraciques et abdominaux*, est arrivé à des conclusions opposées à celles de Mertins.

Dans l'intervalle des séances, plusieurs visites scientifiques avaient été organisées ; au Muséum, MM. Quatrefages et Hamy ont fait au Congrès les honneurs de la galerie d'anthropologie ; à l'École pratique, c'étaient MM. Broca et Topinard qui démontraient les richesses de la nouvelle École d'anthropologie et les précieuses ressources du musée qu'elle renferme (1) ; hier encore, au musée de Saint-Germain, M. de Mortillet montrait aux nombreux membres du Congrès toute l'histoire de l'homme, depuis l'époque tertiaire jusqu'à celle où commence l'histoire proprement dite.

En somme, ce Congrès a parfaitement atteint son but, celui de perfectionner sur certains points les connaissances de ses membres compétents, celui aussi d'apprendre beaucoup de choses aux nouveaux membres ; l'assiduité avec laquelle ses séances et ses excursions ont été suivies par des gens de tout âge, de toute profession, voire par un certain nombre de dames, témoigne assez de l'intérêt évident que chacun commence à prendre à une science qui, toute question métaphysique mise de côté, nous montre comment on peut, par le concours de plusieurs sciences et grâce au dévouement obscur d'un grand nombre de savants, reconstituer l'homme, dès l'origine de la race, suivre ses luttes, ses progrès et son perfectionnement moral à travers les âges et rendre grâce aux efforts de nos ancêtres qui nous ont sortis d'un état de barbarie dont nous retrouvons la trace par l'archéologie préhistorique et dont l'existence est démontrée par l'ethnographie contemporaine. H. DE B.

(1) Nous rappelons à nos lecteurs que les cours, le musée, la bibliothèque de l'École d'anthropologie *sont publics* et qu'il suffit de se faire inscrire pour suivre, *gratuitement*, les exercices pratiques du laboratoire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Septième session : Paris.

Discours de M. Thulié.

Messieurs,

Paris vous remercie d'avoir, par une exception heureuse, voulu tenir votre session de 1878 dans notre chère ville et de contribuer ainsi par vos travaux à la splendeur de l'Exposition universelle. Vous nous apportez les fruits de vos recherches qui sont l'inspiration du producteur, qui sont le germe des merveilles que l'on exposera plus tard.

Au lendemain de nos défaites, mus par une idée généreuse et patriotique, vous avez pensé que la France ne pouvait pas se borner à réparer ses désastres matériels et financiers. En fondant l'Association française pour l'avancement des sciences, vous avez voulu qu'elle grandit par ses travaux intellectuels, qu'elle redevint la France initiatrice et lumineuse.

Vous avez compris que cette ardeur au travail et à la recherche ne devait pas se localiser sur quelques points du pays, mais que la France entière devait participer à ce mouvement des esprits. C'est ainsi que, chaque année, vous allez de ville en ville porter la grande et irrésistible parole de la science.

Non-seulement vous avez permis aux savants de province, condamnés quelquefois à une injuste obscurité, de faire connaître leurs travaux, non-seulement vous avez excité leur émulation et leur zèle en leur donnant un auditoire et une publicité dignes d'eux, mais encore vous les avez rehaussés dans l'esprit de leurs compatriotes qui, exclusivement occupés d'intérêts matériels, n'apprenaient souvent la haute valeur de ces savants modestes que par les applaudissements des savants étrangers ; vous avez démontré enfin, partout où vous avez passé, que la science n'est pas un mot vide de sens, ou une arme de combat et de révolution comme tant de gens voudraient le faire croire encore, mais au contraire la source la plus féconde de la prospérité d'un pays.

L'Association française, d'ailleurs, permettra désormais à l'homme qui travaille de faire le traditionnel tour de France ; il pourra entrer en relation avec tous les chercheurs de notre pays, et connaître notre patrie complètement, aussi bien dans ce qu'elle a de beau que dans ce qu'elle présente de défectueux.

Votre association n'est donc pas seulement la fraternisation de tous les savants du territoire, c'est aussi le mouvement d'ensemble de la France vers le progrès.

La France est aujourd'hui dans sa vraie voie, elle suit son penchant naturel. Un aventurier a pu la faire dévier pour un temps ; il a pu donner le change au monde sur nos aspirations et sur nos instincts. Mais ce n'est pas en persécutant quelques hommes qu'on éteint le génie d'une nation, et quand le torrent des événements a emporté l'obstacle, la France a repris son niveau et sa marche. L'an 1878 démontre au monde, qui l'avait un instant méconnue, ce qu'elle est et ce qu'elle veut.

Quoique mutilé, quoique ses blessures saignent encore, notre pays tient aujourd'hui un assez beau rang dans le monde ; et si, en 1870, nous avons cruellement expié la faiblesse de nos pères, notre courage, notre ardeur au travail, notre patience préparent pour nos enfants une patrie relevée et embellie.

C'est que les événements ont leur marche logique et fatale comme tout dans la nature ; une impulsion donnée produit toujours ses effets, et l'on vit ou l'on meurt d'un principe, selon qu'il est ou qu'il n'est pas scientifique. Or, le principe social de la France républicaine c'est : *le droit prime la force.*

La République française fait aujourd'hui ses preuves ; malgré les oscillations inévitables dans l'établissement de tout ordre nouveau, elle vient de produire une œuvre grandiose et féconde. Non-seulement l'exposition est matériellement splendide, mais encore elle a été l'occasion d'un mouvement intellectuel jusqu'ici inconnu, et dans les nombreux Congrès qui auront pu se réunir pendant cette courte période quelques-unes des grandes idées qui préoccupent l'humanité et doivent lui apporter un progrès prochain auront été soulevées et discutées.

L'Association française vient, elle aussi, apporter ses rayons à cette gloire nationale.

Et quand vos travaux seront terminés, quand chacun aura regagné son foyer l'esprit encore plein des splendeurs du génie humain, ne manquez pas de dire et de répéter, vous, nos chers collègues de la province, que cette République qui a dû réparer tant de désastres, qui a dû lutter jusqu'ici et qui lutte encore pour sa propre existence, vient de donner au monde un spectacle tel qu'aucune monarchie ne l'a jamais donné. Dites bien aussi que cet antagonisme entre la province et Paris, organisé dans un intérêt dynastique, que cette hostilité établie artificiellement entre les hommes d'une même nation, d'un même sang, n'existent plus. La République a fait tomber ces barrières factices ; il n'y a plus de provinciaux et de Parisiens, mais des patriotes qui veulent élever leur pays par la paix, l'ordre scientifique et le travail ; il n'y a plus que des Français.

Au nom des habitants de Paris, je vous souhaite la plus cordiale bienvenue.

A la sortie de la séance d'ouverture tenue à la Sorbonne, les membres de l'Association se sont réunis au lycée Saint-Louis, dans leurs sections respectives. Ils ont procédé au

© BIU Santé

vote pour la nomination de leur bureau, et fixé de suite l'ordre du jour de la séance du vendredi 23 août. Nous donnons les nominations pour les sections de médecine et de botanique.

Section de médecine. — Président : M. TEISSIER. — Vice-présidents : MM. GUBLER, PARROT, LEUDET et POTAIN. — Vice-présidents d'honneur : MM. PACCHIOTTI (de Turin), BRAWOTBEN (de Londres), PECO-BALDOR (de Madrid). — Secrétaires : MM. POZZI, F. FRANCK, CARTAZ, RICHARD (de Lille), L. PETIT.

Communications qui ont été faites à la séance du vendredi 23 :

MM. Mourgues : Traitement abortif de l'érysipèle ambulant. — Seco-Baldor : De l'enseignement médical. — Brame (de Tours) : De l'entéro-colite chronique. — Ledouble (de Tours) : De l'épididymite blennorrhagique, — Letourneau : De l'électrisation céphalique. — Coudereau : Procédé opératoire pour l'ablation de l'utérus. — F. Franck : Diagnostic de la persistance du canal artériel. — Courty : Sur un cas de guérison d'inversion utérine par le pessaire à air.

Les séances ont lieu à 8 heures 1/2.

Section de botanique. — Président : M. BAILLON. — Secrétaire : M. de LANESSAN. — Communications du vendredi 23 août : MM. Dutailly : Les productions intra-médullaires dans les plantaginées. — Merget : Le rôle des stomates dans l'exhalation et l'inhalation des vapeurs aqueuses. — Rouchy : Variabilité des plantes par la culture.

Programme du vendredi 23 août : Le matin, séance de sections, aux heures indiquées par les ordres du jour détaillés. Dans la journée, visites industrielles, conformément aux indications ci-après :

Série A, 2 heures : Imprimerie Chaix ; 4 heures : Orfévrerie Christofle ; 4 heures : Fabrique de jumelles de Lemaire ; 4 heures : Cristallerie de Clichy.

Série B, 2 heures : Orfévrerie Christofle ; 2 heures : Fabrique de jumelles de Lemaire ; 2 heures : Cristallerie de Clichy ; 4 heures : Imprimerie Chaix.

Prière de retirer les cartes relatives à ces visites le plus tôt possible, à partir de jeudi, 8 heures 1/2 du matin. Les cartes de la série B ne seront distribuées que dans le cas où, pour la série A, les nombres de visiteurs dépasseraient les limites fixées pour que ces visites soient profitables.

Le soir, à 8 heures 1/2, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, conférence. M. le dr U. Trélat, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris : l'Hôpital, origines et rôle social ; état actuel ; améliorations à exécuter et à rechercher.

Samedi 24 août, matin : Séances de sections ; après-midi : Visites scientifiques et industrielles.

Dimanche 25 août : Excursion à l'Ecole d'agriculture de Grignon.

Lundi 26 août, matin : Séances de sections ; après-midi : Visites scientifiques et industrielles.

26 août, à 8 heures 1/2 du soir. — 2e conférence, par M. Marey, professeur au Collége de France : Etudes graphiques sur les moteurs animés, avec expériences, projections, etc.

Mardi 27 août, matin : Séances de sections ; après-midi : Visites scientifiques et industrielles ; soir : soirée scientifique.

Mercredi 28 août, matin : Séances de sections ; après-midi : Visites scientifiques et industrielles.

28 août, à 8 heures 1/2 du soir. — 3e conférence par M. Janssen, membre de l'Institut : Les nouveaux progrès de l'astronomie physique.

Au Conservatoire des Arts-et-Métiers : 27 août, à 8 heures 1/2 du soir. — Soirée scientifique dans les galeries, et, si le temps le permet, dans les jardins du Conservatoire des Arts-et-Métiers. — Eclairage à la lumière électrique. — Les appareils de la salle des machines seront mis en mouvement ; des produits chimiques et industriels nouveaux, des appareils de précision, mécanique ou physique, seront exposés ; les expériences les plus nouvelles seront exécutées ; séance spéciale de projection.

Jeudi 29 août, matin : Séances de sections ; après-midi : Visites scientifiques et industrielles ; à 5 heures : Assemblée générale et clôture ; à 7 heures, banquet.

Vendredi 30 août : Excursions à la poudrerie de Sevran-Livry et à l'usine de Noisiel-sur-Marne (M. Ménier). (Nos lecteurs trouveront à la page 663 le récit de la visite faite dans cet établissement par le *Congrès* d'hygiène.

Le samedi 31 août, M. le Ministre de l'instruction publique recevra au ministère, dans la soirée, à l'occasion du congrès de Paris.

CONGRÈS CONTRE L'ALCOOLISME.

La *Société française de tempérance* a organisé ces jours derniers un intéressant congrès international qui a traité, en cinq séances, les principales questions expérimentales et cliniques relatives à l'alcoolisme, nous y remarquions comme délégués français : MM. Stourm, Bardy, Laroche, envoyés du ministère des finances ; Vittemin, Hugot, Marty, par le ministère de la guerre ; Dr Roux, par la marine, Dr Billod et M. Dumesnil, pour le ministère de l'instruction publique.

De nombreux délégués officiels témoignaient de l'intérêt qu'on attachait à l'étranger à cette entreprise humanitaire, nous citerons : MM. le Dr Van Diest (Belgique) ; Don E. de Santos et don A. de Luintana (Espagne) ; Colucci Pacha (Egypte) ; colonel Gérard (E. U. d'Amérique) ; Dr Stoicesco, notre ancien collègue, pour la Roumanie, Dr Lœven (Norvège) ; don Juan Diaz, pour l'Uruguay.

Plusieurs questions distribuées d'avance furent discutées devant le Congrès dont le bureau était occupé par : MM. Dumas, H. Passy, Richardson, présidents d'honneur ; Laboulaye, président ; Lunier, secrétaire général ; J. Bergeron, de Santos, Stenberg, Calucci-Pacha, Colluis, Baër, Gérard, vice-présidents ; et par MM. Magnan, Barella, Stoicesco et Terzi, secrétaires.

1re question : « *Etudier par des expériences faites sur les animaux, la puissance toxique des divers alcools et eaux-de-vie du commerce.* » Elle a donné lieu à d'intéressantes controverses et à des expériences publiques facilitées par la libéralité d'un membre de la Société ; MM. Dujardin-Beaumetz et Magnan ont pu ainsi répéter aux yeux de tous quelques-unes de leurs expériences ; il ne nous semble pas inutile de résumer ici leurs conclusions que nos lecteurs connaissent en partie : pour M. Beaumetz, on doit conclure : 1° Que tous les alcools sont doués de propriétés nocives ; 2° Que dans la série des alcools monoatomiques l'intensité de l'action toxique dépend : *a*) de l'origine des alcools et de leur constitution atomique ; *b*) de leur plus ou moins grande solubilité ; *c*) des décompositions qu'ils subissent par leur altération à l'air libre ou en présence des liquides de l'économie ; *d*) de leur mode d'administration. Comme conclusion pratique, l'alcool de vin est moins dangereux que celui de pomme de terre, car le premier renferme l'alcool éthylique, le moins dangereux de la série, tandis que le dernier contient les principes les plus nuisibles, l'alcool butylique et l'alcool amylique.

M. Magnan a renouvelé ses expériences sur l'action comparée de l'alcool et de l'absinthe. Si cette liqueur cause tant d'accidents intenses et rapides, c'est que son degré alcoolométrique est très-élevé, qu'elle contient une essence toxique et que l'on emploie pour sa fabrication des alcools impurs.

Dans la discussion qui suivit cet exposé expérimental divers orateurs, MM. Hœck, Rabuteau, Bergeron, etc., furent divisés sur la fréquence des accidents dans la classe aisée ou chez le pauvre ; pour les uns, l'alcoolisme atteindrait l'ouvrier, parce qu'il boit de l'alcool et du vin frélaté, pour les autres le vin, l'alcool, bons ou mauvais, sont également nuisibles pris en excès ; pour la Société de tempérance de Londres, représentée par M. de Colleville, près le Congrès, il faudrait absolument proscrire les boissons alcooliques à quelque titre et à quelque dose que ce soit : cette doctrine, conforme à celle de l'Union de tempérance américaine, n'a pas été adoptée par la Société française de tempérance qui se propose non de proscrire le vin et l'alcool, mais bien d'en combattre l'usage immodéré.

2e question : « *Existe-t-il des procédés usuels et pratiques pour reconnaître la nature et les qualités des alcools renfermés dans les eaux-de-vie du commerce et les boissons alcooliques ?* »

Cette question n'a pas été résolue malgré les communications de MM. Bardy, Dumas, Stenberg, Rabuteau, Isidore Pierre ; cette question est remise à l'étude et sera discutée au mois de septembre, dans une série de séances spéciales.

La troisième séance du Congrès a été occupée par une série de communications relatives à l'anatomie pathologique et aux symptômes de l'alcoolisme ; MM. Lancereaux, Dubois, Decroix, Goyard, Piétra-Santa, Passy, ont lu à ce propos une série de documents prenant la question sous toutes ses faces.

4e question : « *Démontrer par des recherches statistiques comparées les inconvénients qui résultent de l'abus des diverses boissons alcooliques.* »

© BIU Santé

Cette question qui constitue le fond des programmes de concours de toutes les Sociétés de tempérance a été l'objet de discours importants : M. Lunier, poursuivant devant le Congrès ses études favorites, a traité du mouvement de la consommation des boissons alcooliques en France dans ses rapports avec l'état social, la folie, la criminalité, les morts par suicide ou par accident.

M. Baër (de Berlin) appuie les conclusions de M. Lunier et établit que la criminalité en Allemagne a augmenté avec les progrès de l'alcoolisme. M. Barella (de Bruxelles) déclare également que l'alcoolisme est fréquent en Belgique, malgré les précautions sanitaires et les ordonnances de police ; selon lui, il faut tout attendre de l'éducation, qui est encore le meilleur préservatif contre l'ivrognerie.

Si l'alcoolisme croît en Prusse et en Belgique, il diminue en France, au moins dans l'armée, M. Chassagne a fait à ce propos une communication dont nous avons le droit d'être heureux.

La dernière séance du Congrès était consacrée à l'étude des moyens propres à prévenir et à réprimer l'abus des boissons alcooliques : le Congrès a adopté à l'unanimité la proposition suivante, présentée par MM. Tezzi, Baër et Lorenz.

Attendu qu'il paraît aujourd'hui démontré par les recherches expérimentales et par la statistique, que si l'abus de toutes les eaux-de vie peut déterminer des phénomènes toxiques, la présence cependant dans ces eaux-de-vie d'autres alcools que l'alcool éthylique, augmente dans une proportion notable leur puissance nocive ;

Attendu que ces questions méritent une étude suivie et approfondie,

Le Congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme émet les vœux suivants :

« 1° Que les gouvernements ont le devoir non-seulement de réprimer par des mesures législatives l'abus des boissons alcooliques, mais aussi de chercher à rendre l'eau-de-vie pour la consommation aussi purifiée que possible. — 2° Qu'une commission soit nommée à l'effet de réunir tous les faits relatifs à l'étude de l'alcoolisme et aux moyens proposés pour le combattre et pour provoquer un nouveau Congrès dont la date sera ultérieurement fixée. »

En somme, ce Congrès aura eu un résultat efficace, celui de montrer qu'au milieu des fêtes de toute espèce dont la France offre le spectacle aux étrangers, nous n'oublions pas quels sont les fléaux à combattre, l'ignorance, l'alcoolisme, ces deux éléments inséparables, ces deux obstacles dont un peuple libre doit dégager la voie qu'il veut parcourir.

La prochaine réunion du Congrès aura lieu à Stockholm.

Henry DE BOYER.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE (1).

Visite à l'usine de Noisiel-sur-Marne.

De toutes les excursions auxquelles ont pris part les membres du Congrès d'hygiène, celle faite à Noisiel est certainement celle dont ils garderont le meilleur souvenir. Un voyage dans un pays charmant, favorisé par un temps magnifique, la visite d'une usine-modèle, d'une *cité ouvrière* installée dans les meilleures conditions ; une réception cordiale et empressée ; tout se trouvait réuni pour rendre cette excursion intéressante.

A midi, les visiteurs au nombre de 200 environ prenaient à la gare de l'Est, un train spécial qui avait été mis à leur disposition par la compagnie. A Lagny, un bateau à vapeur les attendait pour les conduire à Noisiel ; ce voyage par la Marne dure une demi-heure environ. Reçus par MM. Ménier fils qui remplaçaient leur père, indisposé, les membres du Congrès ont commencé leur visite par l'usine. Un petit livret-guide dû à M. Prosper Clauson avait été distribué à chacun d'eux. Nous ferons de fréquents emprunts à ce petit guide, qui nous a été de la plus grande utilité pour parcourir ce vaste établissement.

En entrant dans la cour centrale de l'usine, on a, à sa gauche, les ateliers de moulage, malaxage, empaquetage ; en face, le bâtiment aux machines, les ateliers de broyage ; à droite, les bâtiments où les matières premières subissent les premières préparations et sont emmagasinées. Nous adoptons pour la description de notre visite l'ordre le plus rationnel, c'est-à-dire que nous prendrons le cacao à l'état naturel et énumérerons les diverses préparations, les travaux multipes qu'il exige avant d'être livré au commerce à l'état de chocolat.

Un mot d'abord sur les moteurs qui fournissent à l'usine la force nécessaire à son fonctionnement. Ces moteurs sont de deux sortes : les moteurs hydrauliques et les moteurs à vapeur. Ces derniers consistent en deux machines à balancier accouplées, d'une force d'ensemble de 140 chevaux ; elles ont été construites en 1866. Les moteurs hydrauliques empruntent leur force à une chute d'eau de 1 m. 20 en moyenne. Cette chute est déterminée par un barrage nouvellement reconstruit qui se compose d'une partie fixe et d'une partie mobile pouvant être ouverte dans le cas de grandes eaux. Selon la hauteur des eaux, la force hydraulique est donnée : 1° par une roue-hélice de 7 mètres de diamètre qui fonctionne dans le cas de grandes eaux et de basses chutes ; 2° ou par une turbine à siphon pour les eaux moyennes, fonctionnant sous une chute de 1 mètre, c'est celle qui est le plus près de la cour d'entrée ; 3° ou enfin par une autre turbine à siphon qui est spécialement disposée pour les basses eaux ou les grandes chutes (1 m. 66). Ces moteurs, ainsi que les appareils pour la transmission des mouvements, sont dus à MM. Séraphin frères, ils ont une force de 250 chevaux.

Les cacaos qui arrivent aux magasins sont de diverses provenances ; afin d'assurer la qualité régulière du produit, on les mélange avant de les livrer au broyage, mais auparavant ils ont suivi diverses préparations. Le cacao passe d'abord dans des cylindres de tôle perforée où il se débarrasse des diverses poussières, des pierres qu'il contient ; il se fait en même temps un classement de grosseur qui facilitera le triage. Il subit un premier triage à la main, puis il est envoyé à l'atelier de torréfaction où seize cylindres torréfacteurs tournant mécaniquement aux dépens d'un feu de coke accomplissent le travail. L'opération dure 45 minutes. Le cacao est alors mis dans des appareils décortiqueurs-concasseurs garnis de pointes, qui le concassent et le divisent ; les poussières sont enlevées par des tarares et des ventilateurs. Il est fait alors un second triage qui élimine les grains mauvais à l'intérieur échappés à la première opération (90 ouvrières sont employées à ce travail).

On l'envoie alors aux grands ateliers de broyage. Les ateliers sont situés dans un bâtiment construit en fer et en brique, reposant sur des piles entre lesquelles fonctionnent les moteurs hydrauliques. Les sucres et les cacaos sont transportés au troisième étage de ce bâtiment par un ascenseur de 15 mètres de course, puis ces matières premières sont, au moyen de trémies, distribuées à l'étage au dessous où s'effectue le broyage. Vingt deux broyeurs à cacao, seize raffineurs, cinq mélangeurs à meules, un agitateur accomplissent l'opération. On mélange ensuite cette pâte avec le sucre nécessaire et une certaine quantité de vanille ; puis, on met le mélange dans deux grands mélangeurs verticaux : le chocolat est formé. Il ne lui reste plus qu'à passer au rez-de-chaussée dans des broyeurs à cylindres afin que la finesse et le mélange du cacao et du sucre soit bien intime. (Le sucre qui a été mêlé au cacao provient pour la plus grande partie de sucreries appartenant à M. Ménier, il est desséché dans des étuves à vapeur et pulvérisé au moyen d'un broyeur Vapart après avoir été mélangé dans différentes proportions. Les ateliers et magasins sont au rez-de-chaussée à droite.)

Le chocolat, descendu par deux chaînes à plateaux, est transporté par des wagonnets dans des étuves où on le reprendra au fur et à mesure des besoins. Les dernières opérations qu'il aura à subir se font dans les bâtiments de gauche. On y trouve les peseuses mécaniques qui divisent la pâte en morceaux d'égal poids, les tapoteuses, les boudineuses, etc. La pâte, divisée en morceaux, est placée dans des moules de fer blanc qui portent la marque de fabrique, puis portée sur des tapoteuses ; celles-ci sont animées d'un vif mouvement de trépidation. La pâte se tasse, le peu d'air incorporé monte à la surface, le chocolat est en tablettes. On le porte alors dans les rafraîchissoirs, qui sont composés de tables de marbre sous lesquelles circule un courant d'eau et d'air refroidi, lancé par

(1) Voir les nos 31, 32 et 33.

© BIU Santé

un ventilateur et par un appareil Paul Giffard, à détente d'air comprimé. La température est constamment au-dessous de 15°. Le démoulage se fait au bout de 2 heures; des ascenseurs élèvent le chocolat aux ateliers d'empaquetage. Ces ateliers, au nombre de deux, occupent 200 ouvriers, qui sont employés à envelopper les produits dans des feuilles d'étain, puis dans les divers papiers et prospectus de la maison.

Le temps qui pressait nous a empêché de visiter les magasins d'emballage, les ateliers pour l'entretien de l'usine, l'usine à gaz, le gazomètre, la buanderie, les bains, les réfectoires pour les ouvriers qui n'habitent pas Noisiel, les salles de cours et conférences. Ajoutons, comme détail, que la production du chocolat est de près de 9.000.000 de kilogrammes, et que l'atelier de fabrication où travaillent exclusivement des hommes marche jour et nuit. La force hydraulique est ainsi constamment utilisée, et avec un matériel moindre on fournit le double. L'éclairage est obtenu au moyen de dix machines Granmac, disposées au premier étage (Bâtiment du fond de la cour).

Après la visite à l'usine, les membres du Congrès se rendirent à la *cité ouvrière* de Noisiel. Cette cité offre sous tous les rapports le confortable et les bonnes conditions qu'on peut exiger de fondations semblables. Les rues éclairées au gaz sont bordées de trottoirs plantés d'arbres, et munis de tuyaux de distribution d'eau, et d'égouts. Les maisons de la cité sont au nombre de soixante. Elles sont doubles et comprennent deux logements complétement séparés. On construit actuellement vingt nouvelles maisons qui fourniront quarante nouveaux logements. Chaque logement se compose d'un rez-de-chaussée où sont la cuisine et à la salle à manger; d'un premier étage où se trouve une grande chambre et une petite chambre. Il y a en outre un hangard, une cave, un grenier, des water-closets, et un petit jardin de 450 mètres carrés environ. Le prix du loyer est de 150 fr. Il n'existe pas à Noisiel ce qui existe pour les habitations construites par la société mulhousienne; dans ces dernières sociétés, le locataire peut, en faisant un versement mensuel, devenir propriétaire de la maison qu'il habite. Cela favorise la stabilité et fait entrer l'ouvrier dans la voie de l'épargne. Ici, on ne peut devenir propriétaire, mais l'ouvrier qui appartient à l'usine touche annuellement une somme, qui s'augmente avec le nombre des années qu'il reste à la fabrique; de sorte qu'au bout de 15 ans, sa part d'intérêt étant de 180 fr., il se trouve et au-delà indemnisé du prix de son loyer.

Au groupe des habitations est adjoint un groupe scolaire qui comprend les écoles primaires, l'une de filles, l'autre de garçons; une école gardienne pour les petits enfants. Les écoles primaires ont un mobilier spécial, intelligemment compris, les tables sont isolées, fixes; la lumière peut à volonté être rendue latérale ou bi-latérale. On pourrait peut-être reprocher à l'école primaire des filles d'être un peu petite pour le nombre d'élèves qui y prennent place, on nous a dit qu'elle devait être agrandie. A la petite école gardienne, l'éducation est donnée par la méthode de Frœbel. Aux écoles se font encore des cours d'adultes, et est ouverte une salle-bibliothèque où les ouvriers peuvent venir le soir. La petite cité possède encore des salles de réunion, des bains, un lavoir, une pharmacie, le tout entièrement gratuit. Un médecin est attaché à l'établissement.

Enfin, elle comprend des bâtiments spéciaux, halle aux approvisionnements, boucherie, épicerie, mercerie, cave aux vins et alcools, etc., affectés à la société coopérative de consommation. Cette société n'est fondée que depuis un an et a, sous le rapport de l'économie et de la bonté des produits, fourni des résultats tout à fait satisfaisants. Elle est à personnel et capital variables, les actions sont de 50 francs. Nous sommes heureux de constater ces résultats, venant d'une association libre, convenablement et honnêtement dirigée.

On se rendit ensuite à l'atelier de pulvérisation indépendant de l'usine, où sont poursuivies une série de recherches sur l'application à l'agriculture des engrais pulvérisés. Par ce procédé, on peut rendre immédiatement utilisables des matières qui auraient demandé de longues années pour se désagréger. Les matières concassées dans une mâchoire (*stone breacker*), sont jetées dans un broyeur Vapart et de là transportées par une chaîne à godets dans des chambres à poussières. C'est en ce lieu qu'elles se classent en diverses grosseurs en passant par une série de compartiments où sont tendues des toiles disposées *ad hoc*. Nous avons pu jeter en passant un coup d'œil sommaire sur les écuries parfaitement aménagées et sur les granges dans lesquelles se trouvent les machines agricoles destinées à la culture des terres qui avoisinent l'usine.

Avant de quitter l'usine, les visiteurs ont dû prendre part à un *lunch* gracieusement offert par M. Ménier. Plusieurs orateurs se sont fait entendre; ils ont remercié cet honorable industriel de l'excellent accueil qu'il avait fait aux membres du Congrès, et l'ont chaleureusement félicité de la sollicitude avec laquelle il s'est occupé du bien-être de ses employés.

Pour notre part, nous nous rappelerons toujours cette visite, qui nous a montré les admirables résultats que peuvent donner le capital et le travail, intelligemment et loyalement associés.

—Nous avons donné le compte-rendu aussi complet que possible de toutes les excursions qui ont été faites par les membres du Congrès. Ces visites ont été données avec un certain développement, parce qu'elles nous ont semblé, par leurs côtés multiples, rentrer directement dans le domaine de l'hygiène. Dans les séances, des questions de la plus haute importance ont été traitées. Des rapports dus à nos plus savants hygiénistes ont été déposés au nom des diverses commissions du comité d'initiative du Congrès. Nous reviendrons sur ces questions et sur ces rapports, et nous en ferons paraître une analyse détaillée au fur et à mesure que nous pourrons disposer d'une place dans le journal. A. BLONDEAU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 août 1878. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. MAURICE RAYNAUD, candidat à la place vacante dans la section de pathologie interne, fait la lecture d'un long mémoire, ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur l'infection et l'immunité vaccinales.*

L'auteur résume dans les propositions suivantes les points principaux qui se dégagent de son travail :

1° *En ce qui concerne le bouton vaccinal.* L'évolution de ce bouton n'est pas nécessaire pour que l'immunité ait lieu. Celle-ci se produit même lorsque, après l'inoculation sous-épidermique, on empêche par un artifice expérimental, la naissance du bouton du vaccin.

2° *En ce qui concerne le système nerveux.* *a*) Le système nerveux reste complètement étranger à l'accomplissement des phénomènes vaccinaux. La section préalable des nerfs qui se distribuent à la région inoculée n'empêche pas l'infection de se produire avec tous ses effets; *b*) Cette interruption du courant nerveux ne modifie pas sensiblement la marche de la pustule du vaccin.

3° *En ce qui concerne le sang.* *a*) L'inoculation sous épidermique de sang vaccinal ne donne jamais la vaccine. Cette opération n'est donc susceptible d'aucune application pratique; *b*) La transformation, même à doses massives de sang vaccinal, n'est le plus souvent suivi d'aucun effet appréciable; après comme avant, l'animal reste apte à contracter la vaccine; *c*) Il est possible cependant que, dans quelques circonstances, la transfusion produise chez l'animal récepteur l'immunité vaccinale seule, sans aucun phénomène extérieur; *d*) Mais, alors même, l'immunité ainsi acquise, ne serait pas transmissible par une seconde transfusion; *e*) D'après tous ces faits, il est infiniment peu probable que ce soit par le sang, du moins en tant que véhicule direct, que le virus vaccinal se généralise dans l'économie tout entière.

4° *En ce qui concerne les vaisseaux lymphatiques.* *a*) L'inoculation sous-épidermique de lymphe provenant d'une région vaccinée, et prise en deçà du ganglion le plus proche, a donné les mêmes résultats négatifs que l'inoculation sous-épidermique du sang vaccinal; *b*) Par contre, en injectant quelques grammes de cette lymphe dans le sang d'un cheval, M. Raynaud a réussi à déterminer l'apparition du *horse pox*; *c*) Cette

© BIU Santé

lymphe paraît donc susceptible de virulence, pourvu qu'elle soit employée à dose un peu forte,

3° *En ce qui concerne les ganglions lymphatiques.* *a*) Après la vaccination normale, l'engorgement du ganglion le plus voisin de la région vaccinée est un fait constant, quoique jusqu'ici méconnue, et justifie le nom de *bubon vaccinal*, ce bubon est indolent, et sans réaction inflammatoire; *b*) Cependant l'inoculation du suc de ce ganglion, à quelque époque qu'elle soit faite, ne donne pas la vaccine; *c*) Il est donc possible, en définitive, de surprendre des traces de virulence dans le système lymphatique, entre le lieu d'inoculation et le ganglion le plus proche. A partir de ce ganglion, on n'en retrouve plus; *d*) Cette circonstance semble de nature à faire attribuer aux ganglions lymphatiques un rôle élaborateur se traduisant par la disparition de la virulence et l'apparition de l'immunité, deux faits simultanés et corrélatifs. Mais ceci ne pourrait être affirmé qu'autant que l'intervention des ganglions serait démontrée indispensable. Or, cette affirmation est difficile en présence des faits de réussite obtenus par l'injection directe de virus vaccin dans les vaisseaux sanguins; *e*) Ce qui paraît certain, c'est que le virus vaccin, en passant par les ganglions lymphatiques, y perd son inoculabilité, ce qui établit entre lui et la matière inoculable du charbon une différence fondamentale, très-importante à signaler, au point de vue de la théorie générale des virus.

M. Luys, présente à l'Académie une brochure intitulée : *De l'influence du travail intellectuel sur le volume et la forme de la tête par MM. Lacassagne et Cliquet.* Il ressort nettement de l'exposé des moyennes obtenues par les auteurs de ce travail : 1° Que la tête est plus développée chez les gens instruits qui ont fait travailler leur cerveau, que chez les illettrés ou les individus dont l'intelligence est restée inactive; 2° Chez les gens instruits, la région frontale est relativement plus développée que la région occipitale, et si la différence entre ces deux régions existe au profit de la dernière, cette différence est minime, alors même que chez les illettrés elle est considérable.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 17 mai 1878. — Présidence de M. Charcot.

Rapport sur la candidature au titre de membre adjoint, de M. A. Mayor; par M. Dejerine.

Parmi les nombreuses présentations faites par M. Mayor, il en est une sur laquelle je crois devoir attirer l'attention de la Société. Il s'agit d'un cas de périostite phlegmoneuse diffuse compliquée d'endocardite. — Le malade, garçon marchand de vin, âgé de 17 ans, avait eu deux ans auparavant une attaque de rhumatisme articulaire aigu.— Lors de son entrée à l'hôpital, il présentait un état typhoïde marqué et on constatait, d'autre part, l'existence d'un gonflement considérable du genou droit avec douleur, mais sans rougeur à ce niveau. — En outre l'articulation coxo-fémorale paraissait atteinte, car on provoquait de la douleur par la pression sur les points de la racine de la cuisse qui correspondent à cette jointure; puis le genou gauche, quoique indolore, présentait un léger épanchement.— Mais ce qui méritait surtout attention, c'était une hémiplégie gauche sans hémianesthésie. — En cherchant la cause de cet accident, on trouvait un souffle systolique siégeant à la pointe du cœur, et qui, doux le jour de l'entrée, devenait rude et intense le lendemain. Du reste, dès le début, on remarquait que les battements du cœur étaient extrêmement énergiques. Bientôt, en restant réguliers et sans perdre de leur intensité, ils devenaient très-fréquents.

Le malade meurt le surlendemain de son entrée à l'hôpital. — A l'autopsie, on vérifie le diagnostic périostite phlegmoneuse. En effet, une vaste collection purulente sous-périostée entourait le 1/3 inférieur du fémur. — La moelle osseuse présentait elle-même de petits foyers de suppuration jusqu'à mi-hauteur de l'os. — Mais, tandis que le genou droit était le siége de ce vaste épanchement simple sans communication avec l'abcès, l'articulation coxo-fémorale correspondante et le genou de l'autre côté paraissaient sains. Les lésions n'offraient rien de remarquable en elles-même. Ce qui en fait l'intérêt, c'est la coincidence d'une endocardite dont le siège était la valvule mitrale. Là se trouvait une petite végétation, ramollie à son centre, rompue et dont les débris ayant formé embolie dans le cerveau avaient donné lieu au symptôme hémiplégie. En effet, dans le lobe gauche et dans le lobe droit, se voyaient des foyers de ramollissement. — Ceux du lobe gauche siégeaient dans le lobe occipital, ceux du lobe droit à la base des circulations motrices, et l'un d'eux dans la capsule interne qu'il coupait pour ainsi dire entre les deux noyaux du corps strié.

Ces lésions cérébrales ont donné lieu par conséquent à leurs symptômes habituels. La principale lésion du lobe droit siégeant dans la partie antérieure de la capsule interne a déterminé une hémiplégie vulgaire sans hémianesthésie. — Les lésions du lobe gauche, n'occupant que le lobe occipital, n'ont au contraire donné lieu à aucun trouble appréciable de la motilité ou de la sensibilité.

Aussi n'est-ce point sur ces foyers de ramollissement, mais sur l'endocardite qui leur a donné lieu, que nous désirons insister. Et d'abord cette coincidence de l'endocardite avec une lésion articulaire chez un rhumatisant eût pu faire errer si l'on n'eût remarqué le volume de l'articulation malade et si l'existence d'une arthrite du genou gauche n'avait été certaine. Mais il nous semble que l'on eût pu, en outre, concevoir des doutes sur l'origine purement articulaire du gonflement du genou droit en voyant noté dans l'observation de M. Mayor ce fait que la jointure n'offrait pas dans le cas actuel la forme qu'elle présente habituellement dans les cas de vaste épanchement.— En effet, les culs-de-sacs sous-tricipitaux de la synoviale ne marquaient point leur sallie comme ils le font lorsqu'ils sont fortement distendus. Ils étaient évidemment masqués ou refoulés.

Enfin, en elle-même, l'endocardite n'était point faite pour nous faire rejeter l'idée de périostite phlegmoneuse diffuse. En effet, cette complication a été citée dans les cas d'ostéo-myélite à côté d'autres complications viscérales. Elle a même fourni des arguments précieux aux auteurs qui ont soutenu l'origine rhumatismale de la périostite diffuse et à ceux qui, comme Roser, sont arrivés à désigner cette affection sous le nom de *pseudo-rhumatisme.* — Les bulletins de la Société anatomique renferment un certain nombre d'observations d'endocardite survenue dans le cours de l'ostéo-myélite ; elles sont dues à MM. Louvet, Campenon, Hirtz, etc. — A côté de ces cas de lésions de l'endocarde, nous pouvons citer de nombreuses observations d'inflammation du péricarde. M. Giraldès les avait notées, MM. Gadaud et Petit en ont présenté ici des exemples intéressants. — Faut-il en conclure à la nature rhumatismale de la périostite diffuse?

Et d'abord les lésions cardiaques, par leur nature, peuvent-elles nous être de quelque secours dans l'étude de cette question. Les lésions du péricarde sont variables. — Tantôt il s'agit d'une péricardite sèche (Gadaud) tantôt d'une péricardite avec épanchement (R. Petit). — Du reste, pas d'autres détails. — Quant à celles de l'endocarde, plus intéressantes peut-être, elles n'offrent pas une plus grande unité. — En effet, pour ne citer que les cas extrêmes, dans l'observation de M. Campenon, nous avons affaire à une endocardite végétante, dans celle de M. Hirtz, à une endocardite ulcéreuse. — Dans la première, il s'agit d'une périostite de la partie supérieure du fémur survenue sans cause connue et qui, après avoir évolué normalement, se complique, vers le 18e jour, d'une endocardite qu'on reconnaît à l'autopsie être purement végétante et n'avoir donné lieu à aucune embolie. — Dans la seconde, la périostite siége encore à la cuisse. — Elle donne lieu à un état ataxo-adynamique sans autres troubles du côté du cœur qu'une grande précipitation des battements. A l'autopsie, on constate l'existence de trois petites ulcérations grisâtres à bords rouges, situées sur les parois du ventricule gauche.

Quant au cas dont nous nous occupons, il nous est difficile de dire s'il s'agit d'une endocardite ulcéreuse. On pourrait le penser en songeant que l'ulcération de l'endocarde est survenue dans une maladie d'une gravité extrême qui reconnaît souvent pour cause le surmenage. Mais nous ferons remar-

© BIU Santé

quer que l'ulcération siégeant sur une végétation est unique et que, de plus, les infarctus du rein, que l'on a trouvés dans ce cas n'avaient rien de caractéristique.

Ainsi l'étude des lésions endocardiques de la périostite phlegmoneuse diffuse ne nous paraît pas jusqu'à présent fournir de matériaux à la discussion engagée sur l'étiologie de cette affection. Il nous est impossible cependant de ne pas faire remarquer que le malade dont nous avons rappelé l'histoire avait eu une première attaque de rhumatisme articulaire aigu dans sa jeunesse, que cette affection s'était terminée par la guérison, et que, lorsqu'il se présentait à l'hôpital pour la seconde fois, il venait d'être soumis aux causes de débilitation inhérentes à la profession qu'il exerçait. — Si l'on admettait l'origine rhumatismale de l'ostéomyélite peut-être pourrait-on voir dans les conditions hygiéniques différentes dans lesquelles se trouvait cet enfant lors de la première atteinte de rhumatisme et lors de l'invasion de l'affection osseuse, la cause de la forme différente qu'ont affectée les accidents dans ces deux cas.

Quoi qu'il en soit, nous avons tenu à attirer l'attention de la Société sur l'importance des complications viscérales de la périostite phlegmoneuse diffuse et en particulier sur la fréquence relative des complications cardiaques de cette affection.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 juillet 1878. — PRÉSIDENCE DE M. LABRIC.

M. GALLARD dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Des dispositions législatives qu'il conviendrait de prendre afin de protéger efficacement la Société contre les actes violents des aliénés reconnus dangereux.*

M. EMPIS présente, au nom de M. Bonnafont, un mémoire sur le *Degré de responsabilité légale des sourds-muets.*

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente la thèse de M. Ludovic Guyot sur l'*Hygiène et la protection des enfants du premier âge.*

Injections sous-cutanées de chloroforme. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ rappelle que c'est à M. Besnier que l'on doit la généralisation de ces injections. Le procédé qui a été employé par M. Besnier est sans doute excellent, mais il demande de grandes précautions, qui peuvent empêcher la vulgarisation de sa méthode. Les injections de chloroforme n'offrent pas d'avantages sérieux sur les injections de morphine et ne rendent pas les mêmes services; ainsi, tandis qu'elles ont guéri des sciatiques rebelles, elles sont demeurées impuissantes contre les douleurs du cancer, par exemple. Le chloroforme ne procure pas toujours le repos; les résultats des injections sont inconstants, irréguliers; enfin, elles restent sans effet sur les individus nerveux ou alcooliques. En somme, les injections de chloroforme ne sauraient remplacer les injections de morphine.

M. BESNIER fait remarquer que sa méthode est bonne en elle-même et que, grâce aux précautions qu'il a indiquées, il ne se produit aucun accident. S'il est arrivé d'en observer, c'est que les injections avaient été mal faites. Au contraire, si les instruments sont bons et le modus agendi méthodique, il n'y a rien à craindre.

Il suffit pour cela d'avoir une bonne seringue et de bonnes aiguilles de différentes longueurs; il est nécessaire que la pointe de l'aiguille pénètre à une grande distance du point où la peau a été traversée, que la peau ait été dépassée de telle sorte que la pointe de l'aiguille soit libre dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans ces conditions, la douleur est modérée ou presque nulle. On adapte alors la seringue à l'aiguille, et l'injection est pratiquée; puis on dévisse l'instrument et on le place dans l'eau. En agissant ainsi, M. Besnier a pu injecter 1, 2, 3 et jusqu'à 10 grammes de chloroforme sans provoquer aucun accident, sans formation de nodus, sans inflammations et sans gangrènes.

Les injections de chloroforme ne sauraient remplacer les injections de morphine, cela est vrai; cependant il convient de les pratiquer chez les gens très-susceptibles à l'action de la morphine; elles peuvent servir lorsque cette substance a échoué chez d'autres. Ainsi dans des cas de sciatiques rebelles qui avaient résisté à un grand nombre de traitements et en particulier à la morphine, M. Besnier a obtenu par ce moyen un soulagement notable chez le plus grand nombre des malades et la guérison chez plusieurs. Il pense que, pour atténuer différentes manifestations douloureuses, les injections de chloroforme pourront remplacer les injections de morphine; elles procurent quelquefois la guérison et ne nuisent jamais.

M. DUGUET a traité plusieurs sciatiques par les injections de chloroforme. Il fit 25 à 30 injections profondes d'une demi-seringue d'abord, puis d'une seringue. Il obtint une sédation momentanée, mais les douleurs revenaient toujours le lendemain, et il a abandonné ce mode de traitement qui n'avait d'ailleurs provoqué aucun accident local ou général.

M. DUMONTPALLIER demande quelle est la dose employée par M. Besnier dans les cas de sciatique rebelle.

M. BESNIER injecte d'abord une seringue entière au niveau du point supérieur, puis il pratique une seconde injection en arrière du grand trochanter, une troisième au niveau du point péronier, parfois une ou deux autres encore au niveau des autres points douloureux s'il en rencontre. La seringue contient environ 1 gr. 20 de chloroforme, c'est donc une moyenne de 2 à 6 grammes que l'on injecte; il suffit souvent de deux injections pour calmer la douleur. Le sommeil ne survient jamais qu'au dessus de 4 grammes. Il est probable que M. Duguet a échoué chez les malades parce que les doses employées étaient trop faibles.

M. DUMONTPALLIER désirerait savoir si M. Besnier a employé les injections de chloroforme au traitement du tic douloureux de la face.

M. BESNIER pense que le chloroforme pourrait être employé dans ce cas, mais il ne s'en est pas encore servi.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ croit qu'il faudrait alors redoubler de précautions et n'oserait pas l'employer.

M. FÉRÉOL observe en ce moment un malade atteint de tic douloureux. Après avoir essayé inutilement le gelsemium et le nitrate d'aconitine, il a donné depuis cinq jours le sulfate de cuivre ammoniacal à la dose de cinq centigrammes d'abord, puis de dix. Le résultat paraît excellent, s'il ne se maintenait pas, M. Féréol aurait peut-être recours aux injections de chloroforme, mais ce ne serait pas sans quelque crainte.

M. BESNIER ne pense pas que ces craintes soient fondées. En présence d'une névralgie tenace, durable, rebelle, comme celle dont il s'agit, le chloroforme en injections lui paraît devoir être employé avec avantage.

Cancer cutané de la région mammaire. — M. CORNIL communique le résultat de l'examen histologique d'un cancer cutané recueilli dans le service de M. Besnier. Il a constaté un épaississement total de la peau; les papilles, le derme, le tissu cellulaire sous-cutané sont infiltrés de grosses cellules caractéristiques du cancer; il n'existe pas d'alvéoles cancéreux; le stroma est formé par les vaisseaux du tissu adipeux. La surface de la peau n'est pas lisse, mais inégale, ridée, mamelonnée; elle présente les caractères qui l'ont fait désigner sous le nom de *peau d'orange.* Cet épaississement considérable de la peau contreindique toute intervention chirurgicale.

Endocardite ulcéreuse. Présentation de pièces. — M. FÉRÉOL a reçu dans son service un Italien qui avait été pris depuis cinq jours de douleurs articulaires avec fièvre intense. On constatait au premier temps et à la pointe du cœur un bruit de souffle manifeste, une sorte de piaulement; il était aussi perceptible à la base. Le lendemain survint un frisson violent, le thermomètre monta à 41° pour redescendre à 37°, puis des frissons irréguliers se répétèrent les jours suivants, et chaque fois il y eut des oscillations de 4 à 5 degrés dans la courbe thermique. En même temps les douleurs disparurent et une pneumonie du sommet droit se manifesta. Quelques jours après le malade mourait.

A l'autopsie, on put voir sur la face auriculaire de la valvule mitrale quelques ulcérations très-superficielles. Mais il existe une végétation grosse comme une noix implantée sur une des valvules sigmoïdes de l'aorte au fond du nid de pigeon, et l'on constate dans le voisinage une ulcération qui pénètre d'un côté dans le tissu cœur, de l'autre dans la paroi aortique qui

© BIU Santé

est soulevée à ce niveau et forme un anévrysme valvulaire, d'où communication entre le sinus et le ventricule gauche. Il y avait des infarctus dans la rate, des noyaux apoplectiques dans le poumon, et une pachyméningite alcoolique des plus manifestes. R. M. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 août. — PRÉSIDENCE DE M. F. GUYON.

Imperforation de l'hymen. M. GUÉNIOT fait un rapport sur un travail de M. Hubert Boëns (de Charleroi), contenant deux observations, la première d'imperforation vulvaire complète, la seconde d'élongation hypertrophique de la petite lèvre. Une discussion s'engage à propos de la première observation qui est la plus intéressante.

M. LANNELONGUE déclare avoir vu, chez un certain nombre d'enfants, des cloisons vulvaires produites par des adhérences entre les lèvres et différentes parties de l'hymen. Il y a une véritable agglutination des lèvres. A l'époque de la menstruation, il peut se faire une rétention du sang dans le vagin et l'utérus. De là, une source d'accidents pour lesquels le chirurgien est souvent consulté.

M. TILLAUX a eu récemment l'occasion d'observer une jeune fille atteinte d'imperforation de l'hymen. Le sang menstruel s'était accumulé dans le vagin et l'utérus. L'utérus énormément distendu, formait une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic. M Tillaux ponctionna l'hymen ; il s'écoula environ deux litres de sang, et l'utérus revint sur lui-même en un quart d'heure. La malade fut laissée au repos, les cuisses rapprochées l'une de l'autre. M. Tillaux voulait ainsi empêcher l'entrée de l'air dans le foyer sanguin, pour prévenir les accidents de septicémie qui surviennent lorsqu'une vaste poche sanguine vient à suppurer par suite de l'introduction de l'air extérieur. Cette conduite paraît à M. Tillaux bien plus prudente que la méthode des lavages intra-utérins.

M. VERNEUIL pense que la béance de l'utérus, après l'écoulement brusque du sang menstruel provoqué par la ponction de l'hymen, expose les malades à des accidents redoutables. Aussi conseille-t-il dans ces cas de donner de l'ergot de seigle à petites doses et en injections hypodermiques.

D'après M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, les injections intra-utérines sont plus nuisibles qu'utiles dans les premiers jours. Il se contente lui-même, dans les cas d'imperforation vulvaire traitée par la ponction, de faire un pansement antiseptique extérieur. Lorsque l'utérus est revenu sur lui-même, ce qui n'arrive d'habitude qu'au bout de trois ou quatre jours, les lavages n'ont plus le même inconvénient. CH. AVEZOU.

REVUE MÉDICALE

Localisations cérébrales.

Depuis l'époque à laquelle la doctrine des *localisations motrices dans l'écorce du cerveau, chez l'homme*, a été pour la première fois établie en France, à la suite de travaux qu'il n'est pas nécessaire de rappeler à la mémoire des lecteurs du « *Progrès* », des observations à l'appui de la doctrine se sont produites un peu partout, elles sont dès maintenant très-nombreuses. Dans le compte-rendu des séances des deux dernières années de la Société anatomique on en trouve pour ainsi dire à chaque page, et ces observations sont pour la majeure partie empreintes d'un caractère de précision clinique et anatomique que personne ne méconnaît. On peut en dire autant des faits, également confirmatifs, publiés à l'étranger par MM. Rosenthal (de Vienne), Aitkins (de Cork), Seguin (de New-York), Morelli, Palmerini (de Milan), Maragliano (de Reggio) (1), et par nombre d'autres auteurs, ainsi qu'on peut s'en assurer en consultant les recueils de médecine publiés à l'étranger.

Nous nous proposons de consacrer prochainement à l'analyse de ces faits quelques colonnes de ce journal ; mais, pour le moment, l'attention semble devoir se concentrer principalement sur les cas qui sont allégués comme contraires à la doctrine dont il s'agit.

Il importe que ces faits soient exposés au grand jour, dans tous leurs détails, à mesure qu'ils se présenteront, afin que nos lecteurs soient mis à même de profiter, en pleine connaissance de cause, des enseignements qu'ils pourront renfermer.

Nous inaugurerons la série en reproduisant *in-extenso* l'observation suivante publiée par la *Gazette hebdomadaire* dans un de ses derniers numéros (p. 473, n° 20, 26 juillet 1878).

Un fait contraire aux localisations cérébrales; par M. le professeur JACCOUD.

La femme Schmidt, âgée de soixante ans, est entrée dans mon service, à l'hôpital Laribosière (salle Sainte-Claire, 19 *bis*), le 11 juillet dernier, à dix heures du soir ; elle y a succombé le 13 à trois heures du matin, c'est-à-dire au bout de vingt-neuf heures.

Renseignements fournis par la famille. — Dans les six dernières semaines, trois attaques apoplectiformes de courte durée qui n'ont laissé aucune paralysie. Le 11 juillet, à une heure de l'après-midi, quatrième attaque produisant l'ensemble des symptômes constatés à l'arrivée de la malade dans l'hôpital.

SYMPTOMES. — *Coma*, sueurs profuses.

Paralysies. — Hémiplégie flasque des membres gauches. Mouvements respiratoires semblables des deux côtés. Incontinence d'urine. — Paralysie faciale droite bornée au facial inférieur ; l'ouverture palpébrale est aussi complétement close à droite qu'à gauche. La déviation des traits et des commissures labiales vers la gauche est des plus marquées.

Déviation conjugée de la tête et des yeux *vers la gauche*, c'est-à-dire *vers les membres paralysés*. Ce symptôme est aussi prononcé que possible.

Convulsions. — Plusieurs accès très-courts de secousses convulsives limitées au *côté droit de la face* (côté paralysé). Dans la journée du 12, les convulsions, débutant toujours par la face droite, gagnent les *membres du même côté* ; elles restent strictement *unilatérales droites*. Dans la soirée du 12, elles prennent fin.

Température. — Le 12 au matin, 40°,4 ; le 12 au soir, 40 degrés (dans l'aisselle droite). Mort dans la nuit du 12 au 13, à trois heures du matin.

LÉSIONS. — Dans l'*hémisphère droit*, foyer de ramollissement inflammatoire diffluent. La frontale ascendante, le lobule paracentral de Betz, la pariétale ascendante, sont intacts. Le foyer commence en avant, à la circonvolution qui fait suite à cette dernière ; en arrière, il s'étend jusqu'à la scissure pariéto-occipitale.

Ce foyer figure une masse grossièrement cubique limitée, *en avant*, par la pariétale ascendante intacte et la scissure calloso-marginale ; — *en arrière*, par la scissure pariéto-occipitale virtuellement prolongée sur la face externe de l'hémisphère, derrière le pli courbe ; — *en dehors*, par la scissure interpariétale idéalement prolongée en arrière jusqu'à la rencontre du prolongement virtuel de la scissure pariéto-occipitale derrière le pli courbe ; — *en dedans*, par le bord inférieur de la circonvolution du corps calleux ; — *en haut*, l'écorce affaissée forme la face supérieure du cube ; — *en bas*, la voûte ramollie du ventricule latéral en forme la face inférieure. Toute la masse comprise entre ces limites est ramollie jusqu'à destruction ; une petite lamelle grise sur l'avant-coin est demeurée intacte.

En conséquence, les *parties détruites* sont le *lobe pariétal supérieur*, à l'exception de la pariétale ascendante et du lobule paracentral ; — les deux tiers supérieurs du *pli courbe* ; — *l'avant-coin et la circonvolution* qui le sépare de la scissure calloso-marginale ; *la circonvolution du corps calleux* dans l'étendue comprise entre la scissure pariéto-occipitale et la scissure calloso-marginale.

Toutes les autres parties de l'encéphale sont absolument intactes ; coloration, consistance, vascularisation, tout est normal.

Nous nous réservons de faire connaître, en temps et lieu, les réflexions que nous suggère l'observation qu'on vient de lire. Nous nous bornerons, actuellement, à relever qu'il ne s'agit évidemment pas ici d'un fait simple, régulier, vulgaire cliniquement, comme le sont, en général, ceux qu'invoquent journellement les partisans de la doctrine des localisations motrices ; mais bien, tout au contraire, d'un fait irrégulier, singulier, exceptionnel, dans lequel bon nombre des anoma-

(1) La première partie de l'important travail de M. Maragliano vient de paraître dans la *Revista sperimentale di Frenatria, etc.* Anno IV. Fascicolo 1°. Reggio. Emilia. 1878, p. I.

© BIU Santé

lies de la symptomatologie cérébrale semblent s'être, en quelque sorte, donné rendez-vous : il y a là, évidemment, un contraste qu'il n'est peut-être pas hors de propos de faire ressortir dès à présent.

Qu'une lésion destructive limitée au *lobe carré* se soit révélée pendant la vie par trois attaques apoplectiformes successives, non suivies d'hémiplégie, rien n'est plus simple, rien n'est plus conforme à la règle ; mais qu'à cette même lésion on puisse rattacher les symptômes du dernier jour, à savoir: 1° hémiplégie croisée, anormale dans l'espèce, puisque, à la face, elle n'intéresse que le facial inférieur; 2° convulsions siégeant du même côté que la lésion et portant à la fois sur la face paralysée et sur les membres non paralysés; cela paraîtra moins facile à admettre, même si l'on veut faire intervenir « l'action à distance », cet élément incontesté, mais d'un fonctionnement un peu arbitraire, introduit dans la physiologie pathologique du cerveau, par M. le professeur Brown-Séquard. L'état de la dure-mère, dont il n'est pas fait mention; dans l'observation de la *Gazette*, eût, peut-être, jeté quelque jour sur l'origine de ces symptômes anormaux.

Nous nous permettrons également de faire remarquer que, malgré la mise en œuvre d'une nomenclature très-riche en termes techniques, la description de la lésion anatomique, dans l'observation de la *Gazette*, reste obscure sur plus d'un point ; elle fait regretter l'absence d'une planche explicative. Dans les études de ce genre, en effet, il est prudent de contrôler, au fur et à mesure, par le crayon, les noms qui se présentent sous la plume, suivant la méthode aujourd'hui du reste très-généralement répandue.

Ce contrôle eût, peut-être, été efficace dans le cas actuel ; car, si l'on veut bien se reporter à la nature, ou même aux schémas, qui, actuellement, sont entre toutes les mains, on s'étonnera certainement de voir une lésion en foyer limitée *en arrière*, par la scissure pariéto-occipitale virtuellement prolongée sur la face externe de l'hémisphère, » et « *en dehors*, par la scissure interpariétale idéalement prolongée en arrière jusqu'à la rencontre du prolongement virtuel de la scissure pariéto-occipitale derrière le pli courbe.... », de voir, disons-nous, une lésion, ainsi délimitée, occuper cependant les 2/3 supérieurs du pli courbe. Il nous a été impossible, d'un autre côté, de nous rendre compte de ce que peut être la « circonvolution » qui, d'après la description, « sépare l'avant-coin de la scissure calloso-marginale » ; enfin, s'il est vrai, et rien ne nous permet d'en douter, que la circonvolution du corps calleux fut détruite « dans l'étendue comprise entre la scissure pariéto-occipitale et la scissure calloso-marginale », nous sommes nécessairement conduits à admettre que cette circonvolution était détruite dans son entier, et que par conséquent le foyer devait s'étendre jusque sur la face interne du lobe frontal.

Il est certain, nous le répétons, que la moindre représentation schématique de la lésion à décrire, — le cas en valait certes la peine, — eût dissipé les obscurités et prévenu toutes les hésitations ; quoi qu'il en soit, nous ne saurions trop appeler l'attention de nos lecteurs sur l'importante observation de la *Gazette hebdomadaire*. B.

Le *PROGRÈS MÉDICAL* à l'Exposition.

Le matériel des ambulances et des hôpitaux (1).

Les appareils de secours aux blessés ne manquent pas à l'Exposition, et nous aurions fort à faire s'il nous fallait les apprécier tous : beaucoup d'ailleurs n'auraient guère à gagner à cette appréciation ; dans cette foule de voitures, de brancards, etc., que nous venons de parcourir, il y a plus d'efforts louables que d'efforts heureux, et, — sauf d'honorables exceptions, — il nous semble qu'il y a peu de progrès accomplis, et beaucoup de tentatives à faire, ou tout au moins à poursuivre.

1° *Matériel de transport des blessés.* La *Société française de secours aux blessés* expose un grand nombre de voitures d'ambulance, généralement bien aménagées au point de vue matériel, bien suspendues en tant que voitures, mais présentant un défaut commun, qui est d'être un peu lourdes: il n'est assurément pas facile de construire légèrement une voiture destinée à transporter quatre blessés par des routes ou des terrains qu'on ne choisit pas : c'est là pourtant qu'il faut tendre, surtout tant que l'on n'aura pas imaginé un meilleur système de suspension des civières dans l'intérieur de la voiture : les blessés s'y trouvent dans un état d'équilibre instable rendu plus pénible encore par le poids même du véhicule. Ceci n'est pas un reproche à la Société française de secours aux blessés en particulier ; ce n'est pas la faute de sa bonne volonté, si le double problème de la légèreté des voitures et de la bonne disposition des civières est encore à résoudre. En revanche, il n'y a que des éloges à donner à la disposition des fourgons et des cantines : tout y est prévu et ingénieusement aménagé.

Nous en dirons autant du train d'ambulance, exposé par la même Société, et que le public parcourt dans toute sa longueur avec un vif intérêt. Ce train se compose de huit ou dix wagons, reliés les uns aux autres pour la commodité du service par de petits ponts en fer. Les wagons destinés aux blessés et aux malades sont pourvus les uns de couchettes, les autres de civières superposées; un wagon est consacré aux cabines des médecins, qui sont aménagées avec confort, presque avec élégance ; — un autre contient des bancs destinés aux blessés les plus valides pendant la journée ; — un troisième constitue le réfectoire, un quatrième la cuisine avec son outillage complet. Enfin, un dernier wagon est occupé par la couchette de l'infirmier, la lingerie, la pharmacie, etc. En définitive, rien ne manque à ce train d'ambulance, qui est un véritable hôpital en longueur.

Les voitures de transport, exposées par le Ministère de la guerre, sont peut-être encore plus lourdes que celles de la Société de secours aux blessés ; mais il serait injuste de juger uniquement sur ces voitures l'exposition du Ministère, dont l'ensemble présente de grandes améliorations et des perfectionnements réels.

Le Ministère de la guerre des Pays-Bas expose une voiture d'ambulance extrêmement intéressante, imaginée par un lieutenant-colonel du génie hollandais, M. Kromhout, et qu'une disposition ingénieuse permet de transformer en quelques minutes en ambulance volante. Au cadre supérieur de la voiture sont fixées des toiles à tente roulées, que l'on n'a qu'à déplier pour construire à l'instant une tente dont le fourgon devient le centre. Ajoutons que pas un centimètre n'est perdu dans cette voiture qui contient sous des dimensions relativement peu considérables, tout ce qui est nécessaire à l'entretien pendant plusieurs jours de l'ambulance volante qu'elle est destinée à fournir. Il va sans dire que la voiture du colonel Kromhout manque aussi de légèreté ; mais cet inconvénient est ici compensé par les avantages incontestables qu'elle présente en campagne.

Il faut encore mentionner parmi les meilleures voitures pour le transport des blessés celles qu'expose le Parc militaire de santé de Madrid et celles qui ont été construites sur les indications du Dr J. Porter (de Southampton), auquel on est également redevable d'un modèle de wagon où les blessés reposent dans des hamacs de marine. Enfin, M. Bonnefois présente une voiture dite *caravane*, pouvant servir d'ambulance volante, et qui est appelée à rendre des services.

L'Association des hospitaliers de Saint-Josse (Belgique) expose une cantine d'ambulance très-complète et bien disposée. C'est aussi dans la section belge que se trouve un *brancard de ville*, monté sur roues, et présentant de grands avantages. Ce brancard, construit par M. Thelen sur les indications du Dr Mooy, médecin hollandais, assure un transport rapide, bien qu'il soit traîné à bras, et la disposition ingénieuse de ses roues amortit presque complétement les secousses.

A côté de ce brancard, on en voit un autre, dont le modèle est adopté par les hôpitaux de Bruxelles, et qui est construit par M. D'Ieteren. Il est léger, bien suspendu, et n'a d'autre inconvénient que de tenir beaucoup de place en raison de sa largeur.

(1) Voir les nos 27, 28, 31 et 32.

© BIU Santé

2° *Matériel de pansement des blessés.* C'est à coup sûr une des parties les plus intéressantes de la classe XIV que celle qui comprend les boites de secours aux blessés; nous ne saurions toutefois y insister ici sans empiéter sur le domaine un de nos collaborateurs, et nous devons par conséquent laisser de côté les instruments de chirurgie, et ne nous occuper que des objets de pansement.

A ce point de vue, le premier rang paraît appartenir à la Fabrique internationale d'objets de pansement de Schaffouse, dont les produits sont véritablement remarquables, et constituent une industrie de premier ordre, appelée à rendre d'immenses services aussi bien en temps de paix qu'en temps de guerre.

Ce n'est pas à dire que la France soit restée en arrière à cet égard, et les objets de pansement qu'expose M. Desnoix sont d'une bonne exécution et méritent des éloges; il y a là une tentative presque nouvelle en France, et qui, intelligemment poursuivie, comme elle promet de l'être, aura certainement les meilleurs résultats.

Il faut signaler encore les tissus à l'usage des blessés et les appareils de pansement qu'expose l'Ecole de tissage de la ville de Roubaix.

Le Dr Tourainne expose un coton hydrophile destiné à remplacer la charpie, et qui paraît avoir déjà rendu quelques services, mais sur la valeur duquel on ne peut guère se prononcer encore, l'expérience étant seule en pareil cas à juger en dernier ressort. L'exposition de M. Arrault est intéressante; elle comprend des cantines, des sacs et des sacoches d'ambulance, qui paraissent complètes et bien aménagées, et contiennent, sous un petit volume, les objets indispensables au pansement des blessés.

Enfin, le Dr Hermant expose dans la section belge une double sacoche d'ambulance très-portative, car elle peut s'attacher à n'importe quelle selle, et pendre des deux côtés du cheval, sans gêner en rien le cavalier. Elle est d'ailleurs très-complète, quoique d'un volume très-réduit, et la réunion de ces avantages lui assure une grande utilité pratique.

Tel est le compte-rendu très-sommaire d'une visite au matériel des ambulances et des hôpitaux; c'est assez pour guider le lecteur, mais trop peu pour l'éclairer; nous conseillons à tous ceux que la question intéresse de visiter consciencieusement cette partie de l'Exposition: ils trouveront quelque chose d'utile, même dans les efforts malheureux ou maladroits que nous avons dû omettre ou passer sous silence.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

Guide sommaire de l'anthropologie à l'Exposition universelle.

Galerie des sciences anthropologiques (Quai de Billy).

On y arrive par la passerelle du Trocadéro, près du pavillon Chinois, et par la porte spéciale de la rue Beethoven (quai de Billy).

C'est dans cette galerie que le visiteur trouvera l'ensemble méthodique des sciences anthropologiques. — Anthropologie anatomique, biologique, pathologique, préhistorique, ethnographie, démographie, etc.; il y trouvera, en cartes murales, toutes les méthodes d'exposition et d'enseignement employées à l'Ecole d'anthropologie. Nous ne pouvons développer les matériaux accumulés dans cette salle spéciale; ce serait anticiper sur le catalogue.

Trocadéro.

Dans la galerie de l'ouest du Trocadéro, l'anthropologie est représentée par des collections ethnographiques de l'Egypte; bas-reliefs du tombeau de Thoutmès III; par les ruines Khmers du Cambodge; par une collection ethnographique de Damas, et d'objets divers du Japon, de la Chine, de l'Océanie, de l'Amérique et de l'Afrique, par des photographies pittoresques de l'Espagne; par des représentations pittoresques des costumes des pays scandinaves.

Dans une extrémité de la galerie de l'est, par d'importantes collections d'archéologie préhistorique gauloise et gallo-romaine. — Le *pavillon de l'Algérie*, en face la porte d'Iéna, intéresse l'anthropologiste par un grand nombre de photographies, d'armes, d'objets divers. A l'autre extrémité du Trocadéro, le *pavillon de l'Egypte* contient des documents importants pour l'ethnographie africaine.

Champ de Mars.

Dans le vestibule du nord, derrière la statue de la République, la riche collection rapportée de l'Inde par le prince de Galles, intéresse l'ethnographie artistique au plus haut degré.

L'*Angleterre* a largement représenté ses colonies: Photographies nombreuses d'Australiens de divers types; armes australiennes; groupes ethniques d'hommes armés de Boumerang. — La *colonie du Cap* nous montre des gravures sur roches, faites par les Bochimans, des armes de Bochimans.

Russie. — Photographies nombreuses des types de toute nationalité des jeunes élèves dans les écoles du gouvernement russe: Kalmouks, Bachkirs, Tartars, Lettes, Israélites, etc., un moule de femme en plâtre, aussi curieux au point de vue artistique qu'au point de vue anthropologique et anthropométrique.

Amérique centrale et méridionale. — Nombreuses photographies ethnique: armes, costumes, riche collection anthropologique du docteur Moreno, dans la salle de la République argentine.

Pays-Bas. — Exposition très-curieuse des Indes néerlandaises: armes, potiches, etc.

Colonies françaises. — Immédiatement à côté du vestibule du sud: photographies ethniques, armes, etc.

Exposition du ministère de l'instruction publique. — Première rangée à droite, première salle derrière l'exposition de Sèvres (vestibule du nord): salle des Missions, Mission Sainte-Marie. Ex-voto de Carthage en l'honneur de Baal-Hammon, Mission Raffray, Nouvelle-Guinée; Mission Chapelain-Duparc, Pinart et Raffray, dans l'Amérique et dans l'Océanie.

Voyages: de M. Marches sur les bords de l'Ogouwé, dans l'Afrique équatoriale. — De M. André, en Colombie. — De M. Crevoux, dans la Guyane. — De M. Wiener, au Pérou et en Bolivie. — De M. Guimet, dans le Japon, la Chine et l'Inde. — Voyage de MM. Rivière, Corroyer et Chapelain. — Ruines du Cambodge, mission Delaporte. En outre, mission de M. Ujfalvy dans la Sibérie occidentale, le Turkestan, le Ferganah, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation : Chirurgie.

V. Comparer entre eux les divers moyens de diérèse; par V. CHALOT.

Le plus important des quatre éléments fondamentaux de la médecine opératoire est certainement la diérèse ou division des tissus; les méthodes et les procédés sont si nombreux et si divers qu'il eût été impossible de tout décrire minutieusement; aussi l'auteur s'est-il surtout appliqué à étudier la valeur relative des procédés les plus récents.

M. Chalot commence par faire l'histoire générale des moyens de diérèse qu'il divise en deux grandes classes, les uns affectés à la diérèse des parties dures, les autres à la diérèse des parties molles, qu'il a étudiées d'abord. Il compare les instruments au point de vue de l'exécution, puis au point de vue du mode d'action sur les tissus, des effets immédiats; la douleur et l'hémorrhagie primitives, l'entrée de l'air dans les veines, la syncope, le choc chirurgical; des effets secondaires et des complications: la réaction inflammatoire et la fièvre traumatique, les hémorrhagies secondaires, la phlébite et l'angioleucite, l'infection purulente, l'érysipèle, le tétanos. Il établit ensuite un parallèle entre les effets définitifs des moyens de diérèse au point de vue de la cicatrisation et des récidives, puis au point de vue des applications générales et spéciales; il recherche les indications principales suivant la nature de la partie à enlever, membre, tumeur vasculaire ou non, et suivant la région où on opère. Il insiste surtout sur les opération qui ont soulevé des discussions, la trachéotomie, l'amputation de la langue, etc. En somme, il ne reconnaît à aucun moyen de diérèse un caractère absolu d'application générale.

Dans son dernier chapitre, l'auteur étudie la diérèse des parties dures; il compare les procédés et les moyens de diérèse osseuse, l'ostéotomie et l'ostéoclasie, au point de vue du manuel opératoire, des effets immédiats et des effets secondaires; il étudie enfin les deux méthodes dans leurs applications spéciales et leurs résultats comparatifs dans le traitement des ankyloses, des cals vicieux, du genu valgum, etc. et il termine par un résumé sur leur valeur pratique.

VI. Des néoplasmes des ganglions lymphatiques; par G. HUMBERT.

Définissant le néoplasme une production morbide constituée par un tissu de nouvelle formation, l'auteur élimine de son cadre les lymphangiomes et les kystes qui ne contiennent point de tissu nouveau. On ne trouvera donc dans cette étude que le tubercule, le lymphadénome, le cancer et quelques tumeurs rares, comme les gommes syphilitiques, les chondromes et les fibromes.

© BIU Santé

L'étude de la tuberculose glanglionnaire offre une certaine difficulté à cause des idées diverses qu'on a émises sur la nature de l'affection. Pour certains auteurs, l'adénite strumeuse et l'adénite tuberculeuse sont deux affections identiques, reconnaissant les mêmes causes et les mêmes caractères anatomiques et cliniques ; pour d'autres, ce sont deux affections complètement distinctes à quelque point de vue qu'on les envisage. M. Thaon pense que les deux choses se confondent ; pour M. Cornil, les caractères histologiques suffiraient pour établir une distinction fondamentale. M. Humbert se contente de reproduire les arguments des deux doctrines sans prendre nettement parti pour aucune ; il semble pourtant pencher vers l'unicité. Au point de vue symptomatique, les deux maladies n'offrent aucun signe différentiel sur lequel on puisse compter.

Sous le nom de lymphadénomes, M. Humbert comprend : « toute cette classe de néoplasmes ganglionnaires qui commence à l'hypertrophie simple pour se terminer aux formes les plus malignes du sarcome. » Il passe en revue les opinions des auteurs qui, tant en France qu'en Angleterre et en Allemagne, ont écrit sur les lymphadénomes chirurgicaux. Si les histologistes avaient étudié cliniquement toutes les tumeurs qu'ils ont examinées au microscope, peut-être auraient-ils établi moins de variétés. On peut, dit-il, désigner sous le nom de lymphadénome toute tumeur constituée par du tissu adénoïde ou par la néoformation de ce tissu dans les paties où il n'existe pas à l'état normal. Les caractères histologiques permettent d'en distinguer deux variétés : 1° le lymphadénome simple ou hypertrophie ganglionnaire vraie ; 2° le lymphadénome sarcomateux ou malin, qui se présente sous deux formes : sarcomateux mou ou à grosses cellules et sarcomateux dur ou à gros réticulum. Le sarcome mélanique et le sarcome alvéolaire épithélioïde sont des variétés très-rares. L'étiologie du lymphadénome est obscure ; on a incriminé sans preuves la scrofule, la syphilis, l'impaludisme, l'alcoolisme. Les symptômes sont étudiés successivement aux diverses périodes. On voit que la tumeur peut rester un certain temps stationnaire, diminuer même sous certaines influences, un érysipèle intercurrent par exemple ; puis, elle augmente de nouveau et amène alors des symptômes de compression variable suivant la région ; puis arrive la période d'anémie lymphatique et de multiplication des tumeurs.

M. Humbert pense qu'en clinique le lymphadénome se comporte souvent comme un cancer et a dû souvent être pris pour tel ; mais les caractères histologiques lui font un devoir de décrire à part ce cancer primitif des ganglions lymphatiques. Il étudie d'abord le cancer des ganglions lymphatiques, puis le cancer des ganglions superficiels bien plus importants pour le chirurgien, et enfin il passe rapidement en revue les tumeurs rares, les gommes, les chondromes, les fibromes. Enfin, après un chapitre sur le diagnostic des néoplasmes ganglionnaires, l'auteur indique le traitement, la plupart du temps impuissant.

CH. FÉRÉ.

VARIA

Ecoles de plein exercice et Ecoles préparatoires de médecine.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts arrête :

Article premier. — Les Facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie délivreront les certificats d'aptitude ou diplômes nécessaires pour exercer les professions d'officiers de santé, de sages-femmes, de pharmaciens de seconde classe et d'herboristes dans les départements qui sont le siége de ces facultés ou de ces écoles supérieures.

Art. 2. — Les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie délivreront les certificats d'aptitude ou diplômes nécessaires pour exercer les professions d'officiers de santé, de sages-femmes, de pharmaciens de 2e classe et d'herboristes dans les départements ci-après indiqués :

L'école préparatoire d'Amiens : Somme, Aisne, Oise.

L'école préparatoire d'Angers : Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe.

L'école préparatoire d'Arras : Pas-de-Calais.

L'école préparatoire de Besançon : Doubs, Jura, Haute-Saône, territoire de Belfort, Vosges.

L'école préparatoire de Caen : Calvados, Manche, Orne, Eure-et-Loir.

L'école préparatoire de Clermont : Puy-de-Dôme, Cantal, Haute-Loire, Allier, Loire, Lozère, Aveyron.

L'école préparatoire de Dijon : Côte-d'Or, Haute-Marne, Nièvre, Yonne, Saône-et-Loire.

L'école préparatoire de Grenoble : Isère, Hautes-Alpes, Ardèche, Drôme, Savoie, Haute-Savoie, Ain.

L'école préparatoire de Limoges : Haute-Vienne, Corrèze, Dordogne.

L'école de plein exercice de Marseille : Bouches-du-Rhône, Corse, Basses-Alpes, Alpes-Maritimes, Var, Vaucluse, Gard, Aude, Pyrénées-Orientales.

L'école de plein exercice de Nantes : Loire-Inférieure, Vendée, Deux-Sèvres, Charente, Charente-Inférieure.

L'école préparatoire de Poitiers : Vienne, Indre, Creuse.

L'école préparatoire de Reims : Marne, Seine-et-Marne, Ardennes, Aube, Meuse.

L'école préparatoire de Rennes : Ille-et-Vilaine, Côtes-du-Nord, Finistère, Morbihan.

L'école préparatoire de Rouen : Seine-Inférieure, Eure, Seine-et-Oise.

L'école préparatoire de Toulouse : Haute-Garonne, Ariége, Gers, Lot, Tarn, Tarn-et-Garonne, Hautes-Pyrénées, Basses-Pyrénées, Landes, Lot-et-Garonne.

L'école préparatoire de Tours : Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret, Cher.

Art. 3. — Les sessions d'examen dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires sont présidées :

Pour les écoles de Caen, Rouen, Rennes, Nantes, Angers, Poitiers, Limoges et Tours, par des professeurs de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris ;

Pour les écoles d'Arras et d'Amiens, par des professeurs de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille ;

Pour les écoles de Besançon et de Reims, par des professeurs de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy.

Pour les écoles de Dijon et de Grenoble, par des professeurs de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon ;

Pour les écoles de Toulouse et de Clermont, par des professeurs de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux ;

Pour les écoles de Marseille et d'Alger, par des professeurs de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier.

Fait à Paris, le 22 juillet 1878.

Ecole du Val-de-Grâce.

Un concours pour un emploi de professeur agrégé de clinique médicale aura lieu le 5 novembre 1878. Les épreuves du concours seront déterminées ainsi qu'il suit : 1° Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire ; — 2° Leçons sur une question d'hygiène et de médecine militaire ; — 3° Examen clinique de deux malades fiévreux atteints, l'un d'une maladie aiguë, l'autre d'une maladie chronique. — Leçon sur les deux cas observés ; — 4° Autopsie cadavérique avec démonstration des lésions qu'elle révèle et de médecine légale, s'il y a lieu. Les deux premières épreuves seront éliminatoires. En exécution du décret du 13 novembre 1852, pourront être admis à concourir MM. les médecins aides-majors de première classe et les médecins majors des deux classes. Les officiers de santé militaire en possession de l'un de ces grades, qui désireront prendre part à ce concours, devront adresser au ministre de le Guerre une demande qui, sous peine de rejet, sera appuyée de l'avis motivé de leurs chefs. Cette demande devra être transmise au Ministre, par la voie hiérarchique, avant le 1er octobre prochain, terme de rigueur.

Par arrêté, en date du 17 août 1878, sont institués agrégés des Facultés de médecine (section des sciences anatomiques, physiques et naturelles) pour en exercer les fonctions du 1er novembre 1878 au 1er novembre 1886, les docteurs en médecine dont les noms suivent : MM. Amagat Louis-Armand) ; Bimar (Jean-Marie-Théodore-Auguste) ; Cazeneuve (Jean-Baptiste-Paul) ; Charpentier (Pierre-Marie-Augustin) ; Couty (François Paul-Marie-Louis) ; Henninger (Rodolphe-Arthur-Marie) ; Lannegrâce (Jean-Justinien) ; Richet (Robert-Charles).

NOMINATION. — M. le docteur Pierret, ancien interne de la Salpêtrière, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lyon, est attaché en qualité de médecin adjoint (3e classe) au service de la clinique à organiser à l'asile de Bron et de suppléant des médecins en chef pendant l'absence momentanée de ceux-ci. M. le docteur Pierret est dispensé de la résidence. (*Annales médico-psychologiques*).

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'externat.* — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mardi 8 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 2 septembre jusqu'au mardi 24 du même mois inclusivement.

Avis spécial. — Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an, à partir du 1er novembre prochain, seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

© BIU Santé

Les engagés volontaires qui doivent être libres le 1er novembre prochain, et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du 10 novembre.

Concours *pour les prix de l'internat.* — Le jury paraît devoir être composé de MM. Besnier, Broca, Charcot, Gouguenheim, Marchand, Hendu et Terrillon.

Prix de la Société de médecine de Lyon. — La Société nationale de médecine de Lyon met au concours les deux questions suivantes :

1° « Etude comparée des maladies qui sévissent habituellement dans les différents quartiers de la ville de Lyon. » Prix: 300 francs. Les mémoires sur cette première question devront être envoyés dans les formes académiques ordinaires au dr Diday, secrétaire général, 8, rue de Lyon, avant le 1er novembre 1875.

2° « Etudes expérimentales sur les végétaux inférieurs que l'on a donnés comme cause de certaines maladies infectieuses (coqueluche, rougeole, fièvre paludéenne, etc.» Prix : 700 francs. Les mémoires sur cette question devront être envoyés à la même adresse avant le 1er novembre 1879. (*Lyon médical*).

Nécrologie. — On annonce la mort du docteur Francois (Elysée), mort à Chazelles, près de Vienne, le 6 août. Ex-interne des hôpitaux de Lyon

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd*).

Chaque **Capsule** du Dr **Clin** renferme 0,20 } Bromure de
Chaque **Dragée** du Dr **Clin** renferme 0,10 } Camphre par.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence** de **Santal**, associée au Copahu et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

Nota. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

Gros : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — Détail : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du Dr **Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du Dr **Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du Dr **Clin.**

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

En vente aux Bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à 5 heures.

Manuel de la Garde-malade et de l'Infirmière

Anatomie. — Physiologie. — Pansements et bandages. — Administration des médicaments.

(2e édition).

Mode de publication : Le Manuel de la garde-malade sera publié hebdomadairement, par livraison de 32 pages in-16 couronne, et sera composé de 20 livraisons qui formeront trois volumes contenant, dans leur ensemble, tout ce que la garde-malade et l'infirmière doivent savoir.

Prix de la livraison : **25** c. — Prix de l'ouvrage complet : **5** fr.

Nous recevons les souscriptions au bureau du *Progrès médical*. Les personnes qui souscriront avant la mise en vente, recevront franco les livraisons au fur et à mesure de leur apparition. Aussitôt l'ouvrage terminé, le prix sera augmenté. La deuxième livraison vient de paraître.

1re livraison : Des lits et de leurs accessoires; — Comment on fait le lit d'un malade ; — Des pièces nécessaires aux pansements (linge, charpie, compresses, bandes, etc).

2e livraison : Des médicaments topiques; — Des cautères; — Imbibition; — Irrigations; — Fomentations; — Liniments; — Teinture d'iode. — Hygiène de la bouche : dentifrices, gargarismes; — Collyres; — Lavements.

3e livraison : Cérats; — Glycérine; — Pommades; — Onguents; — Emplâtres; — Cataplasmes; — Sinapismes; — Vésicatoires; — Hygiène de la chevelure; — Frictions; — Des différentes espèces de bains.

Cuffer. Des causes qui peuvent modifier les bruits de souffle intra et extra-cardiaques, et en particulier de leurs modifications sous l'influence des changements de la position des malades. Valeur séméiologique de ces modifications. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr.

Daremberg (G). Les méthodes de la chimie médicale. In-8 de 19 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés, 40 cent.

Dehenne (A.). Note sur une cause peu connue de l'érysipèle. Paris, 1874 In-8, 0 fr. 50. — Pour nos abonnés, 35 cent.

Delasiauve. De la clinique à domicile et de l'enseignement qui s'y rattache, dans ses rapports avec l'assistance publique. Paris, 1877, in-8 de 16 p. Prix : 50 c. — Pour nos abonnés, 35 cent.

Delasiauve. Du double caractère des phénomènes psychiques. Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés, 35 cent.

Delasiauve. Classification des maladies mentales ayant pour double base la psychologie et la clinique. Paris, 1877. In-8 de 24 pages. — Prix : 50 cent.

Médaille d'argent — Médaille d'honneur — Diplôme d'honneur



Exposition internationale — A Leamington — Exposition regionale

BAIN DE PENNÈS

SUPPLÉANT LES BAINS DE MER

RECONSTITUANT, STIMULANT ET RÉSOLUTIF

Préconisé depuis 1854, par un très-grand nombre de Médecins

CONTRE

Aménorrhee, Anémie, Asthénie, Cachexies variées, Chlorose
Cholérine, Dermatoses variées et sans inflammation
Douleurs arthritiques ou rhumatismales
Engorgements lymphatiques, scrofuleux et viscéraux
OEdème ou enflures des extrémités

VINAIGRE DE PENNÈS

ANTISEPTIQUE, DÉSINFECTANT, DÉTERSIF, CICATRISANT

Ce nouveau produit vient d'être expérimenté avec succès dans 33 hôpitaux, pour assainir l'air vicié des salles de malades; pour détorger, desinfecter des *ulcères de mauvaise nature.*

Utilisé en lotions ou injections, il a donné la facilité de guérir ou modifier la *Leucorrhée*, l'*Ozène*, le *Prurit*, les *Varices ulcérées*, etc.

Employé pour les soins hygiéniques du corps, il remplace avec de grands avantages tous les liquides aromatiques et goudronnés.

Mêlé à 100 parties d'eau ou de sable fin et répandu sur le sol, il rafraîchit et parfume l'air respiré en détruisant les émanations malsaines.

NOTA. — Eviter les contrefaçons et imitations frauduleuses de ces deux produits, en exigeant qu'ils soient revêtus du *Timbre de l'Etat français.* (Lire les Notices). — Dépôt dans les Pharmacies.

Vente en gros : rue de Latran, 2, Paris

© BIU Santé

lauréat de l'École de médecine de cette ville, il soutint, en 1868, une excellente thèse sur le *Frisson dans l'état puerpéral*. Il était médecin des hôpitaux et agrégé de la Faculté de médecine de Lyon.—Le docteur Patoureau, chirurgien en chef des hôpitaux de Nantes, vient de mourir en cette ville. Il avait été reçu premier interne des hôpitaux de Nantes. On lui doit une thèse sur : *Les amputations des membres dans leur continuité*.

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

De la quinoïdine.

La communication faite à l'Académie de médecine par M. le Dr Burdel (de Vierzon), au sujet de la *quinoïdine*, et dont un résumé a été publié au compte-rendu des séances de l'Académie, a intéressé un grand nombre de médecins désireux d'employer et d'expérimenter ce produit. Pour les mettre en mesure de le faire, nous dirons que le produit qui a servi aux expériences de M. le Dr Burdel, a été préparé par M. Duriez, pharmacien à Paris, 20, place des Vosges, qui en tient à la disposition des médecins. Voici, du reste, comment s'exprimait M. le Dr Burdel : « C'est à l'obligeance de M. Duriez, « pharmacien chimiste distingué de Paris, que je dois d'avoir « pu tenter de nouveaux essais. Ému avec raison des plaintes » que les praticiens des pays à fièvre ne cessent de faire entendre, eu égard à la cherté toujours croissante de la quinine, » M. Duriez a eu l'idée d'épurer cette résine alcaloïde et d'en » mettre bénévolement une certaine quantité à la disposition » de quelques médecins habitants des pays palustres ; j'eus le » bonheur d'être du nombre de ceux-ci..... » (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1878, n° 21).

Librairie F. SAVY, 77, boulevard Saint-Germain.

Suc (Ch.-D.). — Recherches historiques et critiques sur les changements de volume des organes périphériques dans leurs rapports avec la circulation du sang. Applications médicales et chirurgicales. Paris, 1878. 1 vol. in-8 de 150 pages avec figures dans le texte. Prix : 3 fr. 50.

Trifier (R.). — De la valeur de la pectoriloquie aphone dans le diagnostic de la nature des épanchements pleurétiques. Lyon, 1878, brochure in-8 de 15 pages, chez C. Riotor, rue de la Barre, 12.

Groult (Ed.). — Fondation et organisation des musées cantonaux (Lecture faite au congrès de l'Association normande, à Vernon (Eure), le 6 juillet 1878. Petite brochure in-8 de 12 pages.

Grand Clément (E.). — Modifications apportées à l'opération de la strabotomie pour la rendre plus efficace et plus précise dans ses résultats. Lyon, 1878. Brochure in-8 de 16 pages, au bureau du *Lyon médical*.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

KOUMYS-EDWARD Marque déposée

EXTRAIT DE KOUMYS-EDWARD

Seul adopté dans les Hôpitaux de Paris.—Méd. d'Or, Paris 1875

Chaque flacon d'Extrait contient 3 ou 6 doses transformant trois ou six bouteilles de Lait en Koumys.

BIÈRE DE LAIT Marque P.E.K déposée

Brevetée s. g. d. g.

Obtenue par la fermentation alcoolique du Lait et du Malt avec du Houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou entre les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

Dépôt Central : à l'Établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, Rue de Provence, Paris.

ACIDE SALICYLIQUE BREVET KOLBE

SEULS CONCESSIONNAIRES, SEULS FABRICANTS

SCHLUMBERGER & CERCKEL, 26, rue Bergère, PARIS.

MÉDICAMENTS Salicylés PRÉPARÉS

Rhumatismes..... SALICYLATE de SOUDE dosé à 50 c.

Goutte, Gravelle. SALICYLATE de LITHINE, pil. 10

SALICYLATE DE QUININE, paquets..... 10

ACIDE SALICYLIQUE MÉDICINAL, pilules..... 10

RHUME, Affections de la Gorge, PASTILLES SALICYLÉES.

VIN Tonique SALICYLÉ. — Ouate, Glycérine SALICYLÉES.

Par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, r. du Faubourg-Montmartre, 21, PARIS.



VIN TANNIQUE

DE BAGNOLS - SAINT - JEAN

NATUREL

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies ; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

Établissement MÉDICO-PNEUMATIQUE du Dr MAIGROT à Saint-Dizier (Haute-Marne). — *Bains d'air comprimé.* — Tous les médecins qui connaissent cette médication, en France et à l'Etranger, la prescrivent spécialement contre l'asthme, l'emphysème, la bronchite, la laryngite chronique, la coqueluche, les adhérences pulmonaires suivies de pleurésies. Elle est souveraine contre l'anémie, la chlorose, par son oxygénation du sang, le diabète, etc. *Installation* confortable et luxueuse avec *Chambres pneumatiques* spacieuses, *Compresseur hydraulique*, et tous les appareils accessoires nécessaires.— L'air de Saint-Dizier est d'une pureté admirable. Séjour agréable à la ville et à la campagne. Cette médication se suit en toute saison. L'établissement reçoit des pensionnaires et des externes à des conditions de prix très-modérées. Demander le Prospectus.

Sirop gastrothénique anti-nerveux, d'écorces d'oranges amères au vin de Madère, de Blottière, pharm., rue de Sèvres, 56. Employé avec succès contre les *gastrites, gastralgies, coliques d'estomac et d'intestin, constipations, affections du cœur, hypochondrie, hystérie, scrofules, lymphatismes*, 5 fr.

Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux, par H. Duret, un volume in-8 de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878, premier volume, prix 15 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 10 fr.

Nice médical organe officiel de la Société de médecine et de climatologie de Nice, paraissant le 1er de chaque mois. — Prix d'abonnement : Nice et les Alpes-Maritimes, 12 fr. — France et union postale, 15 fr. — Les abonnements sont reçus à Paris : aux bureaux du *Progrès médical*, de midi à 5 heures.

MÉDICATION PROPYLAMIQUE

DRAGÉES MEYNET D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE

100 dragées, 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Une Dragée Meynet remplace 2 cuill. à bouche d'huile. Paris, Ph., 34, r. d'Amsterdam, et princ. pharm.

© BIU Santé
6e ANNÉE. — N° 35. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 31 AOUT 1878

Le Progrès Médical

ASSOCIATION FRANÇAISE

Congrès de Paris de 1878. — Conférence de M. le professeur **TRÉLAT**, faite à la Sorbonne, le 23 août 1878.

L'hôpital.

Mesdames, Messieurs,

Ma première parole doit être pour remercier l'Association française qui m'a fait l'agréable honneur de me permettre de prendre la parole devant vous. Ma deuxième parole sera pour vous remercier vous-mêmes qui m'avez demandé de faire une conférence à propos du Congrès de l'Association française. Je pense que ce que j'ai de mieux à faire dans cette circonstance, c'est de vous parler de la question que j'ai le mieux étudiée sous différentes formes, depuis trente ans ; en venant vous en faire part, j'ai pensé que c'était en même temps honorer l'Association française qui me donnait la parole (Applaudissements.)

J'ai pris pour sujet l'hôpital. Je vous prie de remarquer que je n'ai pas dit : les hôpitaux, ni l'assistance hospitalière, pour que, sous cette forme tout à fait générale et un peu philosophique, il nous soit permis d'aborder, sinon la totalité des problèmes que comprend cette grande question, au moins les parties les plus importantes.

Problèmes d'hygiène, état social, assistance publique, associations philantrophiques, philosophiques, etc., tout cela est compris dans l'étude générale de l'hôpital.

Il y a longtemps qu'il y a des hôpitaux, mais il n'y en a pas toujours eu. Il est absolument juste de reconnaître qu'il n'y a des hôpitaux que depuis les sociétés chrétiennes. Cela est juste et doit être dit. Il n'y avait pas d'hôpitaux dans l'antiquité, nous n'en voyons pas de traces; seraient-ce ces établissements dont nous parlaient les grands hommes de l'antiquité, sorte de lieux consacrés, où les Athéniens réunissaient leurs enfants pour leur apprendre à être braves et agiles? Ce ne sont pas là des hôpitaux. L'hôpital est né après la constitution des socités chrétiennes. Il relève d'un sentiment charitable, d'un sentiment d'assistance mutuelle; c'est là son origine; il est né de l'aphorisme proverbial : « Aimez-vous les uns les autres ! »

Voilà l'origine, la racine de l'hôpital.

C'est au IVe siècle que nous trouvons l'hôpital ; d'abord à Constantinople. Je n'ai point l'intention d'insister sur ce point d'histoire, cela demanderait une étude complète, seulement il me faudra l'aborder un peu ce soir pour parcourir l'ensemble des questions que je me suis proposé de traiter. Si je me laissais aller à vous faire de l'historique, cela deviendrait très-long; disons très-rapidement que dans l'antiquité, d'après les historiens, en temps d'épidémie, les rois fondaient en Orient des hôpitaux qui se sont maintenus fort longtemps, et lorsque ces fondations réussissaient, elles s'étendaient vers l'Occident. A l'époque de Charlemagne on trouve des fondations très-nombreuses de ce genre. Elles étaient instituées par des arrêtés particuliers qui fixaient leur mode d'administration; disons que les empereurs, rois et seigneurs fondaient des hôpitaux dans toutes les grandes villes, mais il ne faut pas oublier une chose, c'est que, jusqu'au grand fait des croisades, ces institutions d'hôpitaux étaient des faits exceptionnels, tout cela dépendait d'un fief, c'est-à-dire que chaque fois que des hommes haut placés se trouvaient dans une situation difficile, désespérée, ils invoquaient un saint quelconque pour essayer de sortir de ce mauvais pas, et, comme des naufragés, ils faisaient un vœu et alors les empereurs et rois fondaient un hôpital en exécution de ce vœu. Il en a été ainsi jusqu'à l'époque des croisades, qui ont introduit des éléments nouveaux, ce sont ces bandes de pèlerins qui reviennent de l'Orient, elles sont composées d'écloppés, de borgnes, de malades de tous genres; ceux-ci ont gagné la lèpre, ceux-là reviennent blessés, sans appui, sans soutien et constituent de véritables bandes de vagabonds ; alors le besoin s'impose, ce ne sont plus des vœux, c'est la nécessité qui commande. Que faire de tous ceux qui ont combattu à côté des chefs et qu'ils ramenaient avec eux ? voilà l'origine des maladreries qui ont existé pendant cette longue période de retour des croisades, elles étaient instituées par des lois anglaises, françaises, allemandes, partout en Europe ce besoin s'était fait sentir.

Une autre période, c'est celle de la fin du Moyen-Age où le baron, dans son château, le bourgeois, dans sa petite ville, construisaient de temps en temps un hôpital pour les serfs qui, impuissants, désarmés dans leurs chaumières, restaient attachés au domaine qu'ils cultivaient et étaient devenus les véritables esclaves des monastères et des abbayes.

Voilà en peu de mots le tableau de cette société, de temps en temps un hôpital, tantôt près du château fort, tantôt près des monastères et des abbayes. La société n'a pas encore des bases bien solides. Les empereurs et rois sont les fondateurs des hôpitaux, ou bien il suffit d'être baron ou commandeur, de posséder une abbaye, un baronnat, un fief quelconque pour avoir le droit de fonder un hôpital qui relève toujours d'un suzerain ; c'est alors que nous assistons à ce phénomène étrange de voir disparaître ces nombreuses fondations hospitalières sans qu'on n'en retrouve aucune trace. L'explication de ce phénomène, c'est que l'hôpital s'est laissé absorber par le baron, par le commandeur, par l'abbé, etc., et de cette absorption tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, il est résulté que l'hôpital a tout à fait disparu. C'est par là que le Moyen-Age commence ; il n'y a plus d'hôpitaux ; c'est une autre société qui renait avec d'autres besoins, elle revêt d'autres formes et prend d'autres allures. La fondation d'un hôpital prend alors un caractère gouvernemental. Aussi loin que nous remontions dans nos annales, soit sous François Ier, sous Henri IV ou sous Louis XII, on découvre toujours des édits, des arrêtés, des réglements royaux pour protéger les pauvres malheureux contre les rapines des établissements dont nous venons de parler et les mettre à l'abri de toutes les déprédations dont-ils avaient été si longtemps victimes. (Applaudissements.)

Je dis donc qu'en remontant jusqu'à Louis XII nous trouvons sous Henri IV que l'hôpital est loin d'être arrivé à sa perfection, mais il poursuit son but, il y a déjà un commencement d'amélioration, et il faut bien le dire c'était difficile dans une société aussi disparate ; il y avait certaines mesures à prendre contre cette quantité de mendiants qui ne demandaient pas toujours en tendant la main, ou bien s'ils la tendaient, ils disaient : « Donne-moi ou je frappe. » Sous une autre forme, cela existe encore un peu aujourd'hui. (Rires).

Permettez-moi de conclure et d'arriver de suite vers la fin de notre révolution il y a cent ans. En écrivant nous avons l'habitude de dire : il y a soixante-dix et tant d'années, et nous sommes bientôt en 1880, vraiment, il faut que nous disions : il y a cent ans.

A cette époque la ville de Paris possédait un grand nombre d'hôpitaux, environ 48 établissements hospitaliers. La plupart avaient été institués par l'Etat, 22 étaient de fondation royale, les autres avaient des origines diverses. Le XVIIIe siècle avait fait éclore un grand nombre d'idées, on avait tout remué. Les idées d'économie politique qui étaient en germe depuis près de cent ans, s'étaient développées pendant la

© BIU Santé

durée de ce siècle ; c'était de cette façon que MM. Beaujon et Cochin venaient de fonder tous deux un hôpital et que madame Necker fondait celui qui porte encore son nom. Il y en eût un grand nombre d'autres qui ont disparu dans la tourmente. Toujours est-il qu'il y avait, à cette époque, 22 hôpitaux qui avaient à offrir aux malades pauvres 6236 lits ; nous retrouverons ce chiffre plus tard, et je ne résiste pas au plaisir de dire tout de suite que ces 6236 lits étaient tout à fait insuffisants pour une population qui ne comptait alors que 700,000 habitants dont les plus malheureux attendaient souvent longtemps un lit qu'ils n'obtenaient pas toujours ; tandis qu'à l'heure présente avec 4,000 lits nous exerçons une hospitalité bien autrement satisfaisante ; et bien autrement efficace. Cela veut-il dire que notre cœur est plus généreux ? Non. Si la société d'alors avait besoin de 6236 lits presque toujours bien insuffisants, et si la société d'aujourd'hui beaucoup plus considérable se contente d'un chiffre bien inférieur, cela veut dire simplement que notre société s'est élevée d'autant ; elle a moins besoin de secours. La fortune et le bien-être de tous se sont accrus. L'esprit de travail, l'instinct de conservation, d'économie, ont fait de tels progrès qu'aujourd'hui nous n'avons plus besoin que de 4000 lits pour faire face à une population plus de trois fois plus nombreuse. La santé publique s'est améliorée. La science a fait des progrès, nous sommes devenus plus puissants, j'espère que la plupart d'entre nous savent que nous sommes plus puissants aujourd'hui ; si quelques-uns l'ignoraient, c'est pour vous l'expliquer que je suis venu ce soir devant vous. (Applaudissements réitérés).

S'il y a des lacunes dans notre première Constitution, ce n'est pas nous qui l'avons faite, mais il est probable que nous en verrons une deuxième. Il y a des points obscurs, des lacunes dans l'ensemble de la constitution de l'an III, constitution généreuse, mais profondément erronée.

La constitution de l'an III avait dit ceci : « La patrie doit « ses secours aux malades, aux blessés, c'est une dette sa- « crée qu'elle a contractée... »

Je dis : paroles généreuses, mais imprudentes ; en effet, il ne s'était pas écoulé deux années que l'erreur saisissait à la gorge ceux qui l'avaient promulguée. Sans doute la patrie doit des secours aux malades, aux blessés, parce qu'elle doit s'inspirer d'un esprit de charité, mais si l'on entend dire par là que la charité est d'ordre légal ; si tout blessé vient dire : «je suis blessé, j'attends qu'on me paye ma blessure», il arrivera ce qu'on a toujours vu se produire, c'est-à-dire que les secours disparaîtront parce qu'il n'y aura plus de ressources ; c'est ainsi, qu'en moins de deux ans, l'Etat sous la constitution de l'an III, s'est vu privé des moyens de secourir les malades et les blessés, aussi le Directoire, reconnaissant l'erreur qui venait d'être commise, a-t-il rapporté cette loi qui aujourd'hui a disparu de notre code.

Puisque j'ai touché ce terrain, permettez-moi de dire qu'il est resté quelque chose de notre ancienne loi dans la loi anglaise quand elle dit que l'assistance aux pauvres est une dette paroissiale et communale. La loi anglaise, qui a adopté cette forme, demande à l'impôt des secours pour la misère et la pauvreté ; elle frappe d'une certaine somme chaque habitant des paroisses ; elle dit : nous avons des habitants qui ne peuvent pas suffire à leurs besoins, nous devons y pourvoir.

Nous n'avons pas cette loi ici, est-ce un bien, est-ce un mal ? Je crois que c'est un bien ; nous remplaçons cela par la générosité, nous faisons de la charité naturelle qui est un don du cœur ; les impôts qu'exigent les lois anglaises ont certainement de très-grands avantages mais, bien que nous en soyons privés, on ne voit pas chez nous ces scènes lugubres de la misère anglaise ; on ne lit pas dans notre pays : Un tel est mort de faim ; non, nous n'avons pas cela.

Permettez-moi à cette occasion de ne pas regretter que nous n'ayons pas dans notre pays de lois sur les pauvres, à savoir que ce soit seulement une dette de cœur que nous accomplissons vis-à-vis d'eux lorsque nous leur disons : « Vous êtes souffrants, venez ici, si vous le voulez, vous » y trouverez le repos et vous serez soignés et guéris. » (*Applaudissements.*)

Ces sujets sont de l'ordre de ceux qui tentent, excusez-moi si je leur accorde peut-être un peu trop de temps, je dois dire cependant qu'il s'est produit dans notre siècle plusieurs grands faits qui sont les suivants :

C'est pendant les grandes guerres du commencement de ce siècle pendant lesquelles ni la France, ni l'Angleterre, ni l'Italie, ni l'Espagne ne songeaient à la question hospitalière, absorbées qu'elles étaient par la guerre, c'est pendant ce temps, dis-je, qu'il eût été important de s'occuper de l'hôpital. Eh bien, il n'existait pas ; on trouvait des chirurgiens militaires, mais d'hôpital point. C'est après 1815 qu'on reprend ces études hospitalières, mais d'une manière bien misérable. Quand je regarde dans notre ville de Paris, quelles étaient nos ressources hospitalières à cette époque, je trouve des bâtiments délabrés, infects, qui, depuis plus de vingt-cinq ans, avaient eu les destinations les plus diverses ; quelques-uns avaient servi de dépôts, de hangars, de casernes, et avaient été coupés, distribués de différentes manières. A l'hôpital, un matériel excessivement pauvre, on ne s'imagine pas à quel degré. En somme, grande misère, cependant, avec les travaux de pacification qui se faisaient de tous côtés, on reprenait un peu courage et l'hôpital renaissait chez toutes les nations. Ces hôpitaux d'alors avaient quelque ressemblance avec ceux des temps passés en reculant de 100 ans en arrière ; on cherchait à rétablir ce qui avait existé, lorsque survinrent les faits qui amenèrent une révolution dans l'Etat, les procédés primitifs furent abandonnés ; cela devint une nécessité. Ces grand faits les voici :

D'abord la guerre de Crimée qui nous conduisit à la paix de Sébastopol à côté des Anglais et des Italiens nos alliés. Il est résulté ceci, Messieurs, c'est que la guerre de Crimée a tué beaucoup plus de monde que ne l'avaient fait les guerres continentales depuis 1815, c'est-à-dire que pendant l'espace de temps que dura cette guerre, les Anglais exportés loin de chez eux, furent frappés d'une façon terrible ; vous vous rappelez Malakoff ! Les Anglais s'aperçurent que leurs moyens hospitaliers étaient tout-à-fait inférieurs ; les années qu'ils avaient été obligés de passer en Orient leur donnèrent une mortalité par contagion très-considérable ; alors ils levèrent la tête et dirent : « Qu'est-ce qu'il y a ? » Comment se fait-il que malgré notre énergie, notre cou- » rage, nous fournissions un pareil tribut à la mort ? » Alors une femme, sorte d'héroïne, dont la grâce et le bon cœur sont devenus légendaires, s'aventura jusqu'au milieu des camps, regarda, observa, et dit : « Voilà ce qu'il faut faire ; nous » n'avons pas d'asiles ou bien ils sont misérables, il faut en » créer. » Alors le Ministre de la Guerre procéda fort simplement, il prit trois personnes un médecin, un officier, un administrateur, et il leur dit : « Il faut aller voir ce qui se » passe là-bas ; vous ferez ce qu'il faudra faire ; voilà un » grand et large crédit, cherchez, modifiez, transformez et » quand vous serez au bout de votre crédit, demandez-en un » nouveau, on vous l'accordera. » Cela valut un rapport considérable qui étudiait jusque dans ses plus minimes détails la reconstruction de l'hôpital, et ce fut l'ère de renaissance de l'hôpital en Angleterre.

C'est un regret, mais je l'exprime. Tandis que l'Angleterre exécutait ces transformations ; tandis qu'elle disait : « Voilà une leçon et j'en profite. » Nous, nous ne trouvions pas que c'était une leçon, c'était un malheur, et puisque le ciel restait pur et bleu, puisque le soleil luisait encore, eh bien, de beaux jours pouvaient luire encore et il n'y avait pas eu de leçon. (Applaudissements répétés.)

Un autre grand fait, c'est celui-ci : dix ans après, une guerre civile longue, acharnée, meurtrière sévissait sur l'immense territoire des Etats-Unis, pendant près de cinq années ; ceux-là n'étaient guère plus prêts ! Ils n'avaient pas de troupes, pas de souliers, pas de fusils de guerre, pas de canons, pas d'armes d'aucun genre, pas de chirurgiens militaires, seulement quelques médecins civils et pas bien nombreux ; tout leur manquait. Eh bien, ils ont tout fait,

© BIU Santé

et il ne leur a pas fallu longtemps; en moins de deux années, ils avaient tout créé. Par quelle puissance? Par l'amour de la liberté et de l'humanité; en quelques années ils avaient improvisé *140,000 lits* d'hôpital, cela ne veut pas dire 140,000 grabats abrités sous la tente ou autrement; pas du tout, ils avaient créé 204 hôpitaux ou ambulances. Quel que soit leur nom, ces 204 hôpitaux renfermaient 140,000 lits pour les malades et les blessés.

Ces hôpitaux, ces lits nous ont valu des rapports considérables, des études médicales remarquables, ce qui fait aujourd'hui que cette guerre, qui fut un malheur, car elle fut meurtrière pour un grand nombre de citoyens, et ses désastres ne sont pas encore réparés, fut en même temps pour nous un grand enseignement médical. A ce point de vue, elle n'a pas été inutile.

Voilà un grand fait, et aujourd'hui quoique je ne veuille donner que quelques indications rapides et que je m'excuse d'être aussi sobre devant un pareil sujet qui demanderait des développements considérables, aujourd'hui, nous nous trouvons en présence de ce même problème qui s'accuse sous une forme nouvelle: « L'hôpital, c'est l'expression d'un besoin pressant. » De tous temps, il l'a été, mais sa réalisation dépendait d'une satisfaction, d'un vœu de quelque puissant du jour; aujourd'hui, il faut qu'il soit l'expression d'une nécessité, c'est là ce qui constitue son véritable caractère; aujourd'hui, ce n'est plus le bon plaisir, ce n'est plus même la presse qui commande, mais c'est chez nous l'opinion publique, c'est la réalité, mais la besogne n'en reste pas moins à accomplir.

Il y a plus; autrefois, et il n'y a pas longtemps, l'hôpital était fondé par quelque puissant de la terre, mais aujourd'hui, regardez de tous côtés, voilà des départements, de petites communes, qui viennent de voter des hôpitaux; partout où il y a une agglomération quelconque, partout où se trouvent des chantiers, des ateliers, partout où l'on établit de grandes manufactures, partout le même besoin se fait sentir. Il faut que ceux qui succombent à la peine trouvent un asile; il est bon qu'on veille aux besoins de ces êtres humains et que ces créations se multiplient de tous côtés. (Bravos et applaudissements.)

D'ailleurs, à cet état de choses, il y a un double avantage, ce n'est plus seulement une satisfaction du cœur, mais c'est un bénéfice réel que la société y trouve.

Je m'explique. Est-ce que les grands manufacturiers qui emploient des centaines d'ouvriers, quand ils les ont dotés d'une caisse de secours, est-ce que ce sont là seulement des chiffons de papier menteurs comme ceux du Mexique? Est-ce que quand on porte à l'hôpital un ouvrier intelligent et actif, quand on répare sa santé, quand on le guérit, est-ce que tout le monde ne bénéficie pas d'un pareil état de choses. Est-ce que ce n'est pas la société tout entière qui a le bénéfice de cette conservation?

C'est là que se trouve la racine de l'hôpital moderne, et si l'on raisonne sur cette institution, si l'on veut bien en chercher la forme nouvelle, on verra que ces soins que nous donnons aux travailleurs, constituent non-seulement une hospitalité, mais surtout un échange de services. (Applaudissements.)

Donc, tel qu'il est maintenant, l'hôpital se présente avec un triple but: c'est une institution charitable; c'est pour nous un moyen de pratiquer l'assistance mutuelle; vous ne pouvez pas franchir ce ruisseau, prenez ma main et franchissez-le.

Puisque nous sommes sur ce terrain, l'hôpital est aussi le foyer de la science, elle bénéficie de tous les faits qui s'y multiplient. Peut-être que, parmi mes auditeurs, il s'en trouve qui n'ont pas le plein sentiment de ces propos, car, encore maintenant, quelques-uns pensent que l'hôpital est un foyer saint et sacré où la charité seule s'exerce dans une salle basse à murs épais pour que les cris ne s'entendent pas et au-dessus desquels on prie pour ceux qui ne sont plus; c'est une forme de l'hôpital assurément, mais ce n'est pas la nôtre. Disons plutôt que ce sera le foyer du progrès où l'on allumera le feu des Vestales pour y faire voir le progrès moderne.

Et quand je dis que l'hôpital doit être un asile de science, il me semble qu'il n'y a rien là qui empêche qu'on y trouve en même temps une charité parfaite.

Enfin, l'hôpital doit être un atelier de guérison, il doit avoir pour but la cure, la guérison de tous ceux qui y entrent; je dis que c'est là l'idée moderne qu'on se fait généralement de l'hôpital et qu'on rencontre là deux idées parfaitement conciliables, mais qui de temps en temps se trouvent en conflit; les uns ne voient dans la construction d'un hôpital que les progrès de la civilisation, les autres ne veulent y voir qu'un endroit destiné à recevoir le plus grand nombre de malades possible sans se préoccuper de la guérison; j'espère vous faire voir plus tard ce conflit, mieux que je ne puis le faire maintenant.

Pour faire de l'hôpital un asile de charité scientifique qui donne le plus grand nombre de guérisons possible, faut-il qu'il y ait une forme architecturale qui donne satisfaction à ce double *desideratum*? Est-ce que nous sommes en position de dire: voilà ce qui fait l'hôpital modèle?

Je dis qu'il y a une forme générale, mais personne n'attend de moi que je décrive un bâtiment, par exemple, d'une certaine hauteur, d'une certaine longueur, et que je le présente comme un hôpital idéal, les architectes et les hygiénistes ne seraient pas satisfaits; je ne dirai pas cela, mais à défaut de formule, il y a des données à peu près certaines; quelques-unes sont modifiables, il faut savoir quelles sont celles, au contraire, qui ne souffrent aucune modification. Abordons ce point; qu'est-ce qu'une assistance hospitalière? Je demanderai la permission de définir le mot hôpital; il m'a semblé que la signification de ce mot n'était pas suffisamment comprise.

Un hôpital est un établissement où entrent des malades guérissables ou qu'on doit assister en vue de la guérison, mais où l'on ne reçoit pas les incurables. Le jour où je perds mon bras ou ma jambe, je suis un infirme, je suis atteint d'un maladie dite incurable. Je ne dois pas entrer dans un hôpital, mais bien dans un hospice.

Quel rôle doit poursuivre l'assistance hospitalière? Elle dispose de trois grands moyens: les secours à l'hôpital, les secours à domicile, c'est-à-dire des agents qui vont chercher les malheureux chez eux, et les hospices, où l'on recueille les infirmes, les incurables; quatorze mille places sont réservées pour ces derniers; c'est à peu près le même chiffre qu'il y a cent ans, il y a même une augmentation de 600 places depuis le siècle dernier.

Que fait notre assistance hospitalière? En face d'elle se trouve un pauvre diable de charretier qui a contracté une pneumonie; au bout de quelques jours il ne peut plus aller à son travail, il entre à l'hôpital qui est fait pour cela; ou bien c'est un couvreur qui est tombé de son échafaudage. Mais voilà aussi un vieux peintre en bâtiment au nez bourgeonné, travailleur médiocre, il fait des lundis qui se prolongent quelquefois jusqu'au samedi; il a eu plusieurs fois, au milieu de coliques de plomb, d'autres coliques, suites de son intempérance; il vient demander un abri à l'hôpital, on le reçoit; soit par ivresse ou par paresse, il reste quinze jours, trois semaines, au bout desquelles on lui dit de s'en aller, il sort, recommence à travailler du samedi soir au dimanche matin, et essaie de nouveau de se faire recevoir à l'hôpital, et c'est ainsi que les portes de l'hôpital lui restent constamment ouvertes. Mais, quand ce sont des valétudinaires, qui n'ont rien fait pour le devenir, quand ce sont des catarrheux, des tousseurs ou des tuberculeux, et en général tous ceux qui ont les poumons faibles, malades? S'il fait froid, s'il pleut, s'il fait mauvais, leur nombre se multiplie à l'infini, on les reçoit toujours à l'hôpital, mais il arrive un moment où il n'y a plus de place; alors que fait-on? on double les places; on se pousse un peu, on met d'autres lits, et quand cela ne suffit pas, on remplit jusqu'au grenier.

Ce spectacle, nous le voyons se reproduire sous nos yeux depuis trente ans. Quel est le résultat de tout cela? Que

© BIU Santé

va-t-il se passer ? On voit des choses terribles, redoutables. Par suite de ces complaisances, on met trop de monde dans un même bâtiment. Les malades agissent les uns sur les autres. Quand nous allons sortir de cette salle, nous témoignerons le bien-être que nous en éprouverons par un cri de satisfaction, et cependant nous n'aurons passé qu'une heure dans cette enceinte, mais, s'il fallait y rester des jours, des semaines, ou des mois ? Les mêmes phénomènes se produisent dans les hôpitaux, mais d'une façon bien plus grave: ce ne sont pas des auditeurs bienveillants, ce sont des malades qui exhalent des odeurs et produisent des miasmes redoutables. Si nos voisins ont... mais je ne veux pas faire cette comparaison... Si notre voisin a des puces, nous attrapons des... puces, mais dans un hôpital on attrape la maladie du voisin ; l'hôpital peut donc être considéré comme un foyer de mortalité, parce que la contagion s'y exerce facilement.

Nous nous sommes demandé si le rôle de l'assistance hospitalière ne l'obligeait pas à intervenir pour prévenir ces maladies qui frappent particulièrement le pauvre qui tombe malade ; s'il n'y avait pas un moyen de faire un traitement, en satisfaisant à toutes les conditions du problème, contre les maladies contagieuses ; c'est ce que la ville de Paris pourrait tenter, avec quelques chances de succès, avec les ressources immenses qu'elle a entre les mains actuellement. (Applaudissements.)

J'aborde quelques questions qui se présentent à l'examen et qui appartiennent à notre sujet. Faut-il faire de grands ou de petits hôpitaux ? Si je peux me faire comprendre, la conclusion est celle-ci : Il ne faut pas que les hôpitaux se laissent encombrer ; ils doivent être tels que les malades s'y trouvent dans des conditions absolument bonnes.

Faut-il faire de grands hôpitaux ? La question pourrait être oiseuse en province, mais ici à Paris, elle ne l'est pas. Depuis 30 ans, l'administration dit qu'il faut faire de grands hôpitaux parce que les terrains sont trop chers. A cela nous répondrions : pourquoi les achetez-vous? Vous avez déjà dit cela à une certaine époque; il est probable que vous achèterez toujours des terrains pour les hôpitaux, ce ne sont pas les ressources qui vous manquent.

On nous dit donc le terrain est trop cher, c'est pour cela qu'il nous faut construire des bâtiments considérables; ceci est à l'adresse de l'Hôtel-Dieu. (Applaudissements).

On nous dit encore : Il nous faut des hôpitaux avec des cours nombreuses; ce sont des hôpitaux économiques à construire ; on ne le dit plus maintenant, mais pendant 15 ans on avait eu l'audace de dire que ces grands hôpitaux étaient des constructions économiques; c'était à se demander si vraiment ceux qui le disaient avaient la tête solide.

Savez-vous quelle est la moyenne du prix d'un lit dans les hôpitaux construits depuis vingt ans à Paris, c'est-à-dire à Lariboisière, à l'Hôtel-Dieu et à Ménilmontant? Le prix est de 36 mille francs par lit. A l'hôpital Lariboisière, le moins cher des trois, le lit revient encore à 16 mille francs; dans ce cas, on a pu acheter des terrains pas trop chers. Il n'y a pas eu de folie ; ça coûte 16 mille francs le lit, et l'on appelle ça des hôpitaux économiques, lorsque dans tous les autres pays, et même en France, à *Gisors* ! par exemple, le lit coûte 4 mille francs; mais on a une autre prétention encore : on nous dit qu'au point de vue du service ces hôpitaux sont très-économiques; on comprend ce que cela veut dire, il ne faut qu'un directeur pour 800 lits tout comme pour 3 ou 400; aussi, si vous voulez savoir ce que peut coûter à construire un hôpital de 3 ou 4 cents lits, je vous engage à aller visiter le dernier né, le benjamin de l'administration, l'hôpital Ménilmontant. Quand vous verrez quels sont les organes d'un pareil hôpital, cela vous fera le même effet que si vous examiniez un homme atteint d'emphysème. Les services généraux ont absorbé une telle place qu'on se demande s'il n'y a pas là deux hôpitaux, un hôpital pour les malades et un hôpital pour l'administration. (Applaudissements).

Cela ne peut pas être autrement, on ne fait pas vivre 800 individus sans qu'il y ait une cuisine considérable, des registres considérables, tout cela est d'une grande nécessité, et lorsque vous demandez, à combien revient la journée d'hôpital, vous êtes tout étonné du chiffre. Je passe ce chiffre. Autrefois j'avais dressé un tableau dans lequel on voyait les prix de revient de tous les hôpitaux, en commençant par les plus chers; c'était l'hôpital Cochin, le plus petit de tous, qui coûtait le plus cher. Il n'y avait pas encore d'Hôtel-Dieu à cette époque. Le plus grand était sans contredit l'hôpital Lariboisière ; il avait de grands terrains qui faisaient partie du prix de revient des journées des malades : c'est lui qui vient immédiatement après l'hôpital Cochin, et, m'appuyant sur le prix de revient de Lariboisière, quand on vient nous dire que la construction est économique dans les grands hôpitaux, je dis que ce n'est pas exact. De grands hôpitaux construits comme ceux-là sont des hôpitaux très-chers, sans compter mille autres raisons qui plaident contre leur disposition.

Ce qu'il faudrait faire, si l'on m'en croyait, ce serait de petits hôpitaux, à lits médiocrement nombreux, l'expérience commune l'a démontré. Cela n'empêche pas qu'il y ait eu, dans certaines circonstances, des hôpitaux considérables; ça été, par exemple, les Américains qui avaient fait des hôpitaux qui contenaient 3,500 malades sur un immense espace de terrain ; on y voyageait par un chemin circulaire ou rectangulaire. Tout le long de ce chemin, on disposait des pavillons de forme variable, qu'importe: l'idée était la même, sur cet immense terrain un chemin de circulation, tout autour des pavillons de malades contenant 50 ou 60 lits. Cet espace n'était limité par rien ; cela n'avait qu'un inconvénient, c'est qu'il fallait faire beaucoup de chemin pour aller voir les malades, alors on prenait le chemin de fer. (Applaudissements).

Vous comprenez bien que cela n'a rien de commun avec les besoins de notre époque, il faut donc laisser cela de côté ; ce sont d'ailleurs des créations faites en temps de guerre, une fois la guerre terminée, elles ont été détruites: c'étaient des hôpitaux en bois. Ils ont été brûlés quand ils n'ont plus servi à rien. Il faut donc faire des hôpitaux de quatre à cinq cents lits au plus. Il faut que ces hôpitaux soient bien exposés et bien aérés; je n'insiste pas sur ces détails, — je craindrais que cela ne nous entraînât à des discussions à perte de vue ; mais je tiens à dire qu'il faut que leur surface extérieure soit disposée de telle manière que l'air et la pluie puissent venir baigner cette surface d'une manière facile. Pour obtenir ce résultat, les architectes ont essayé toutes sortes de systèmes, vous dire ces variétés, ce serait entrer dans une voie qui ne me permettrait pas de terminer, qu'il me suffise de vous dire que c'est là un des points techniques de la question.

Le directeur dit : « Il faut que tout puisse aboutir à tel » endroit ; voilà, au point de vue du service les commo- » dités que doit présenter l'hôpital. » Les médecins disent : « Nous ne voulons pas de cela parce que les hygiénistes » disent qu'il n'y a pas d'air dans cette cour, et il faut que » l'air passe. » De ces conflits sont nées les plus grandes difficultés entre les uns et les autres.

Nous ne cessons, depuis de longues années de dire : « Donnez-nous des formes de construction qui permettent » la libre circulation de l'air, parce qu'il nous faut un air » pur, il faut que tout cela soit ventilé. » A cela, on nous a toujours répondu autrement et cependant nous avons déjà cause gagnée dans un grand nombre d'hôpitaux naissants ; là on a fini par reconnaître qu'il n'y a pas moyen de s'en tirer avec les grands hôpitaux; nous les abandonnons, et nous allons vous faire des bâtiments séparés entre lesquels l'air circulera librement. Cette résolution a été prise en désespoir de cause. En Amérique, il y en a déjà six copiés sur le même modèle ; ce sont de petits bâtiments A, B, C, etc., qui ne sont reliés par rien. Le nouvel hôpital militaire de Bourges (?) a la même disposition. Je suis convaincu que dans l'avenir c'est la forme qui sera adoptée ; des pavillons isolés avec des petits toits en arrière et rien de plus. Il y a longtemps que nous plaidons cette

© BIU Santé

cause; je crois que le jugement du procès s'avance et qu'avant peu il n'y aura plus que ce système (Applaudissements.)

A un autre point de vue, les salles de nos hôpitaux ont quelque chose de défectueux, ce sont de grandes salles, mais trop larges. On nous dit souvent : voyez quel cubage d'air; sans doute, mais dans ces conditions c'est comme si cela n'existait pas, si nous conservions ces salles, nous aurions des phénomènes de contagion absolument comme si nous étions dans une salle très-basse. Nos salles d'hôpitaux ont 9 mètres de longueur sur 4 mètres 50 de large, si on leur donne 1 mètre 25 de hauteur, chaque lit occupant 2 mètres 50 de superficie, on obtient un cubage d'air de 56 mètres cubes; c'est le minimum qu'on puisse donner. Chaque fois que vous aurez affaire à un genre de maladie transmissible, ce n'est plus 56 mètres, mais 160 mètres cubes d'air qu'il faudrait accorder à chaque individu. Voilà un des points sur lesquels notre administration hospitalière est absolument en défaut. Elle ne tient aucun compte de ces différences; elle dit: voilà 56 mètres cubes d'air, laissez-moi tranquille, que je n'en entende plus parler; mais 56 mètres cubes d'air, je le répète, c'est pour un malade qui n'est pas dans un foyer de contagion, mais si par hasard il y a un foyer, il faut créer de l'espace autour de lui, c'est ce qu'on n'a pas assez compris. Je reviendrai sur ce point.

Les moyens destinés à empêcher que les hôpitaux ne deviennent des foyers d'infection et de contagion sont des plus intéressants à étudier, ils sont de deux ordres et paraissent techniques, ils se tirent des salles des hôpitaux; il est évident que pour qu'une salle se neutralise, il faut d'abord que, s'il s'y trouve des étoffes, qu'elles soient dépouillées d'eau ; si cela n'était pas possible, il faudrait renoncer aux étoffes et remplacer par autre chose la parure d'une salle.

D'autre part, les malades produisent des liquides de tous genres qui demandent à être retirés promptement des salles, il ne faut rien laisser dans les salles ni odeurs ni eaux. Ici, je parle à des personnes qui ne sont pas malades, vous n'ignorez pas que c'est par les digestions des malades que les maladies se communiquent. Voilà encore d'immenses progrès que nous avons faits sous ce rapport depuis de nombreuses années; je ne sais pas si c'est l'hôpital de Puteaux qui a commencé, mais de mon temps c'était encore un bel exemple sous ce rapport. La plupart de nos autres hôpitaux sont munis d'appareils qui fonctionnent d'une manière parfaite, partout on a fait des expériences pour parer aux dangers de ce côté.

Je vous ai dit tout à l'heure quelle était la redoutable influence de l'assistance hospitalière à savoir : la contagion, l'infection transmises souvent par les appareils, la contagion de la petite vérole, de la fièvre scarlatine, que dans les colléges tout le monde connaît, ce sont là les deux grands dangers de l'hôpital, je vous ai dit aussi que ces deux dangers sont combattus par l'assistance hospitalière elle-même. Je vais tâcher de me faire comprendre.

Il y a déjà longtemps, lorsqu'on a connu le moyen mécanique de faire de la ventilation dans les hôpitaux, les médecins se sont dit : « Nous sommes en mesure de ventiler nos malades, nous empêcherons à l'avenir toutes les contagions. » Le fait n'est pas exact, jamais par ce moyen on n'a empêché la contagion. Est-ce à dire que la ventilation soit mauvaise ? Non, certainement, mais cela n'est pas suffisant. Il ne faut pas non plus qu'on tue d'une façon parce qu'on croit sauver d'une autre, et comme on ne peut faire qu'une sage ventilation, il résulte qu'on n'arrive pas par ce simple procédé à arrêter les contagions. La ventilation, jusqu'ici, n'a pas remédié à grand chose, mais si elle ne peut pas nous donner la santé dans un hôpital, elle peut nous donner la satisfaction suivante : elle peut nous éviter des embarras, des compromis qui peuvent survenir. L'hiver, dans nos hôpitaux parisiens, voici ce qui se passe :

L'été, il y a trop de lits, aussi on en profite pour ventiler, réparer un grand nombre de salles des hôpitaux; mais l'hiver arrive, cet excès de richesse devient, au bout de très-peu de temps, pauvreté; alors, on assiste à ce spectacle : de malheureux valétudinaires ne peuvent pas entrer à l'hôpital; malgré tout ce qu'on peut faire on ne parvient pas à donner satisfaction à tous; il y a longtemps que pour ma part, et je vous demande pardon de vous parler en mon nom personnel, il y a longtemps, dis-je, que pour ma part, j'ai dit ceci : « Quand vous voudrez, sur des terrains qui vous coûteront de 40 à 50 sous le mètre, et qui seront choisis à 20 ou 30 kilomètres de Paris, vous édifierez, sur une surface qui vous reviendra à 30 ou 40 mille francs, des établissements qui seront destinés à recevoir tous les malades qui vous encombreront, ce qui vous représentera par individu une dépense de quelques sous d'entretien et vous permettra d'accueillir sept ou huit cents valétudinaires que vous guérirez en même temps ; il n'y a pas à hésiter, quand vous le voudrez vous aurez là huit ou neuf cents lits qui serviront à faire face aux besoins de l'hiver, de sorte que le Conseil municipal ne dira plus : « Mais c'est impos- » sible, on ne peut pas supporter un tel état de choses, les » phthisiques ne peuvent plus entrer dans les hôpitaux de » Paris, etc.» Le fait n'est pas exact, il y a dans la clientèle des hôpitaux de Paris 10,500 tuberculeux (?), voilà la vérité; il n'est pas moins vrai que les choses se passent ainsi. Je le répète, il y a 10,500 phthisiques dans nos hôpitaux; nous vous avons indiqué le remède à cette situation, à vous, conseillers, qui jetez des cris de paon et qui criez d'autant plus que votre population a augmenté des 3/4. Pour loger ces pauvres tuberculeux, voilà ce que je propose. J'affirme qu'on en viendra à cette solution lorsqu'on voudra étudier le problème avec précision.

Puisque nous sommes sur ce terrain des phthisiques qui s'impose à tous, vous savez que la phthisie dans tous les rangs de la société frappe beaucoup trop. Dans les hôpitaux il y a un quart de malades tuberculeux, c'est donc un sujet très-important. Mais pour ces phthisiques, est-ce qu'on ne pourrait pas faire quelque chose de mieux que ce qui existe? Ce qui existe est ceci : nous allons recevoir d'un côté, des malades destinés à mourir phthisiques, ils sont frappés à mort, ils ne s'en tireront pas; ils toussent, ils n'ont plus que quelques jours à vivre; ils entrent et ne ressortent pas; ou bien, nous allons recevoir des phthisiques qui, à peine entrés, demanderont à sortir, à aller voir leurs femmes et leurs enfants; ce sera tantôt un jeune homme ou une jeune fille, j'affirme que le médecin ou le chirurgien a découvert chez eux le début de la phthisie pulmonaire, le sommet du poumon est dur; qu'est-ce qu'on va faire pour ceux-là, et que voulez-vous qu'on fasse ? A peine quelques jours de repos et ils demanderont à sortir. Eh bien, l'un et l'autre sont pour ainsi dire frappés à mort parce que nous sommes impuissants. Est-ce qu'aujourd'hui, comme il y a cinquante ans, la phthisie est cette maladie qui met un doigt sur un corps humain et ne le quitte que lorsqu'il est un cadavre? Il y a dans nos amis de Paris, un des nôtres, qui a été très-malade à une certaine époque, les cavernes étaient profondes, on entendait des phénomènes très-graves. Maintenant il va très-bien; il s'est même marié, il a déjà trois enfants et je suis certain qu'il ne s'arrêtera pas là. Nous avons tous de ces souvenirs là parmi nos amis, dans nos familles. Au moment où je vous parle, qui de vous n'a quelqu'un sur lequel il a observé ce que je viens de vous dire? Que pouvons-nous faire pour ces malades là dans les hôpitaux? Nous ne pouvons rien faire. Nous pouvons les empêcher d'avoir une insommie pénible, nous leur permettons de dormir, puis ils s'en vont et reviennent et nous ne pouvons rien faire.

Voilà la situation actuelle, est-ce que nous sommes forcés de la subir? Est-ce que nous ne pourrions pas faire mieux? Qu'est-ce qu'il faut aux tuberculeux? Qu'est-ce qu'on a fait? On a supprimé chez eux toute cause de fatigue, on les a nourris d'une manière exceptionnelle ; on les a mis dans des conditions telles qu'on leur a permis de passer des hivers rigoureux, absolument sans sortir ou de manière à ce qu'ils puissent aller respirer chaque jour qu'ils voyaient

© BIU Santé

jaillir des rayons de soleil. Dans certains cas, nous les avons envoyés dans les pays de Provence. Est-ce qu'il nous est absolument impossible de faire cela pour nos malades d'hôpitaux? Un de nos collègues très-distingués, M. Grancher, a étudié cette question sous toutes ses formes. Il s'est demandé ce qu'a coûté à l'administration un malade poitrinaire pour mourir, ce qu'il a dépensé avant d'arriver à tomber?

M. Grancher a trouvé, après compte, que sur 100 malades dont il a étudié la vie à l'hôpital, chacun avait dépensé mille francs, par année, à l'administration, avant d'arriver à succomber; alors on s'est demandé si ces mille francs, dépensés par année, pour faire mourir un tuberculeux, nous ne pourrions pas les transformer en quelque autre chose, et si l'individu était vivant, est-ce que cela ne vaudrait pas mieux? Et qu'est-ce qu'il leur faudrait donc à ces tuberculeux, non pas à tous, mais à ceux qui sont peu touchés, peu frappés? Est-ce que ceux-là nous ne pourrions pas les guérir? Que leur faudrait-il? De la nourriture et du soleil!

Permettez-moi de vous exposer les éléments d'un très-petit calcul très-intéressant. A l'heure qu'il est, à l'hôpital Lariboisière, chaque phthisique, pour son entretien et sa nourriture, fait une dépense représentée par 5 fr. 13 c. par jour. Je suppose que nous nous disions à nous tous, en sortant d'ici; nous allons faire construire un hôpital à Cannes ou à Nice. Nous aurons des administrés phthisiques à Cannes, nous les garderons trois mois, six mois, un an, et quand ils seront guéris, nous les transporterons ici; qu'est-ce que ça aura coûté. Oh! c'est très-cher, ruineux! Songez donc à ces villes riches de Cannes et de Nice! Et la nourriture, mais on n'en trouvera pas, ou elle sera hors de prix! Eh bien, somme toute, nos malades auraient dépensé 3 fr. 30 c. par jour. Ajoutez, je vous prie, qu'il est bien entendu que le malade parisien est nourri pour 2 fr. 90 par jour, mais, je me dis, nos malades auront besoin d'une nourriture très-substantielle, supérieure même à celle des Parisiens; je veux qu'on leur donne du vin en abondance, de l'eau-de-vie, du jus de viande, et nous allons nourrir nos malades à Cannes à raison de 3 fr. 30 c. par jour; vous me permettrez de croire que lorsqu'on y met ce prix, on peut améliorer les malades; si ce n'est pas suffisant nous mettrons 1 fr. 40 c. de plus, nous aurons alors 4 fr. 70 c. par jour, et nous serons encore au-dessous des malades de Paris. Voilà mes éléments de calcul, je désire que vous en preniez note, sans cela ils n'entreraient pas dans votre esprit.

Les hôpitaux de Paris envoient leurs enfants malades à Verton, près de *Boulogne-sur-Mer*; le prix du transport revient à 25 fr.. à peu près 0 fr, 03 c. par jour. La distance est moindre que celle de Paris à Cannes; nous avons déjà 3 fr. 30 c. pour nos malades, mettons, si vous le voulez, 4 fr. par jour. Mais cet hôpital, combien coûtera-t-il à construire? Il coûtera 3,000 fr, par lit; M. Tollet, que nous avons récompensé à l'Exposition, demande 2,800 fr.; je trouve que ce n'est pas assez, je veux qu'on lui donne 4,000 fr. par lit, pour construire un hôpital sur les bords de la Méditerranée; qu'est-ce que cela représente par jour: environ 0 fr. 55 c. Si je fais un total du tout, c'est-à-dire, du loyer, du lit et de la nourriture, je trouve 4 fr. 32 c., messieurs, et avec cela un soleil qu'on ne peut se procurer nulle part.

Voilà où en sont les choses, et lorsque je disais que nous pouvions donner autre chose à nos phthisiques qu'une place à l'hôpital de Paris, je crois que je ne me trompais pas, et que ce serait faire une bonne œuvre que de créer à Cannes un hôpital de phthisiques. (Applaudissements.)

Je voudrais beaucoup que M. le directeur de l'Assistance publique, qui est très-habile en toutes sortes de réformes, voulût bien, lui ou quelqu'un des siens, consentir à être médiateur dans cette affaire; je suis convaincu que lorsqu'on aura compris cette démonstration, il n'y aura plus de raison pour ne pas combler à ce *desideratum*.

J'avais l'intention d'aborder d'autres sujets devant vous, je voulais vous donner d'autres chiffres, vous parler des scrofuleux, des hystériques. Tout cela a été traité au Trocadéro, et ici le temps ne me le permet pas. Je me bornerai à dire qu'il est bien triste et singulier qu'on fasse des difficultés pour prendre en considération une œuvre de charité et d'initiative toute chrétienne, c'est-à-dire, créer, pour 4 fr. 78 c. par jour et par homme, un petit établissement pour les phthisiques, sur les bords de la Méditerranée (1).

Pour les enfants scrofuleux, il y a des traitements qui ont déjà donné de très-bons résultats; il y a celui que quelques enfants de Paris ont suivi sous la direction d'un homme intelligent, M. le docteur Perrochaud, ex-interne des hôpitaux de Paris, qui exerce à Berck avec une ardeur extrême, et qui a réalisé son traitement sur de nombreux enfants scrofuleux. Vous trouverez aussi une femme veuve qui a quatre petits pensionnaires qu'elle met sur une brouette, elle leur fait subir une espèce de *bercement*, ce singulier mode de traitement a produit des effets merveilleux; si bien que dans un autre lieu une autre veuve dit: « Moi aussi je brouetterai les petits enfants; » mais elle les porte à chaque bras.

Berck compte aujourd'hui 500 lits. Un de nos collègues, M. le docteur Bergeron, travaille pour l'avenir dans ce sens et tous les départements vont créer des établissements pareils. Des dames charitables s'assemblent. La question en est là. On est dans la bonne voie pour la guérison des scrofuleux. Il y a une vingtaine d'établissements de ce genre en Italie. En France, il y a toujours M. Armingaut et toujours l'hôpital de Berck...; que pensent donc les gens, les dames et demoiselles de Versailles? Est-ce que cela ne désarme pas toute espèce de critique? Comment, depuis le début des établissements fondés par les pêcheurs de sardines, des faits semblables se sont produits? Nous avons eu aussi nos apôtres.

Nous disons: ça guérit tant pour cent. Savez-vous combien ça guérit là-bas? Eh bien! 40 pour cent. Est-ce que ça a touché nos compatriotes, les conseillers municipaux, les préfets de tous genres? Pas du tout. Ils l'ont ignoré; je dois dire qu'ils l'ont ignoré; s'ils l'avaient su, est-ce qu'ils n'auraient pas fait comme en Italie? Est-ce que par hasard les scrofuleux ne valent pas, pour nos dames patronesses, les petits Chinois pour lesquels on quête? (Salves d'applaudissements.)

Je ne dirai pas le mot, il m'est échappé. Il est juste, mais il n'ajoute rien; mais vraiment quand on voit des choses pareilles, quand on a une médication qui vous donne cette puissance de guérison, on se demande quelle est la ligne de conduite de certains Français. Au lieu de s'en aller demander à des eaux problématiques des guérisons fantastiques, ne feraient-ils pas bien mieux de reconnaître qu'il y a aux bords de la Méditerranée, dans la Savoie, dans les provinces rhénanes, des sources de guérison et qu'il vaut bien mieux remercier Dieu de vous les avoir données plutôt que celles de Lourdes ou de la Salette. (Bravos et applaudissements.)

Je n'ai pas encore épuisé toutes ces questions. Il y a encore les maladies contagieuses qui ont été le sujet de nombreuses discussions au Congrès d'hygiène, questions d'une extrême importance et qui ont été traitées par M. Vallin et Fauvel dans un travail spécial. Les maladies contagieuses sont malheureusement nombreuses; il y a les maladies chirurgicales dont la plupart sont mortelles; il y a les maladies des femmes en couches, mais pour ne parler que des maladies communes, j'ai nommé la petite vérole, la scarlatine. Seulement, nous autres Français, nous avons le bonheur de ne pas subir ces assauts de fièvre jaune qui font tant de ravages dans les pays d'Orient, mais nous avons nos maladies contagieuses, et combien de vous ont eu de leurs enfants malades; on les conduit chez la grand'mère, chez les uns et chez les autres, ou bien on loue un autre appartement, combien y en a-t-il qui font cela.

Chose incroyable! avant ce siècle-ci, il y a Ténon, cet immortel dont nous voudrions donner le nom à un hôpital,

(1) Nos lecteurs se souviendront que cette création est demandée depuis plusieurs années par le *Progrès médical*.

© BIU Santé

car c'est par un véritable déni de justice, que le nouvel hôpital ne s'appelle pas hôpital Ténon au lieu de Ménilmontant.

Pendant la guerre de 1815, Ténon avait dit qu'il fallait mettre dans deux hôpitaux les malades atteints de la variole ou de la scarlatine ; cela s'est fait pendant quinze ans; puis en 1830, ni les médecins, ni les conseillers municipaux, personne ne s'en est souvenu ; peut-être y a-t-il eu là un petit sentiment de respect pour les droits égalitaires, mais vraiment ce n'est pas le moment de faire de l'égalité devant la variole. (Rires.) Ah! vous mettez vos malades atteints du choléra ou de la variole dans le même hôpital, mais elles se gagnent ces maladies ; cela ne fait rien, répond la municipalité, un hôpital, c'est fait pour ça.

Pendant ce temps, dans d'autres pays, on étudiait, on rédigeait des mémoires sur les bienfaits de la séparation des maladies contagieuses. Depuis le milieu du siècle dernier, l'Angleterre a pris des mesures à cet égard. Les gens qui soignent ces malades sont consignés eux-mêmes et ne peuvent communiquer avec l'extérieur qu'en prenant certaines précautions, cela se fait dans des hôpitaux composés de bâtiments séparés.

Il y a une chose qui se fait chez nous, qui n'est pas condamnable en elle-même, et qui cependant est une folie au point de vue de l'hygiène, ce sont les visites des parents et amis qui se font le jeudi et le dimanche. Lorsqu'il y a 20 malades atteints de maladies contagieuses dans un hôpital, si 80 personnes vont les visiter, ce sont 80 semeurs improvisés que vous aurez amenés et qui s'en iront semer partout la variole ou le choléra. Entre deux charités, il faut choisir la meilleure. Tant que nous n'aurons pas réalisé cet isolement des malades dans les cas de contagion, en ne leur permettant de retourner dans la société qu'après une guérison bien certaine, nous serons exposés à toutes les épidémies. Voilà qui est tout à fait élémentaire.

Telles sont à peu près les questions que je voulais examiner devant vous; elles sont considérables, chacune d'elles aurait réclamé une séance à peu près aussi longue que celle que je vous ai imposée. Mais toute longue qu'elle soit j'espère avoir, non pas porté la conviction dans vos esprits, elle doit y être, mais avoir fait luire quelques clartés. On ne fait rien aujourd'hui pour nos enfants malades; dans les écoles, à peine quelques lits. On les soignera pendant quelques jours, mais si leur maladie s'aggrave, s'ils prennent le choléra, nous n'avons pas chez nous d'hôpital où nous puissions les transporter. De même pour les phthisiques dont je vous parlais tout à l'heure, nous ne faisons rien du tout. Je vous ai montré les moyens de les traiter et de les guérir avec une économie de 2 francs, non pas à Paris où ils ont été atteints, mais dans des hôpitaux créés en province.

Les hôpitaux doivent être purs comme la femme de César; il serait temps que nous parvenions à obtenir quelques réformes. Il y a une douzaine d'années au plus, le chef de notre administration hospitalière d'alors auquel on disait : « Faites donc comme la Hollande et l'Angleterre, faites la » séparation des maladies contagieuses. — Comment donc, » répondait-il, mais il n'y a rien à changer à nos hôpi- » taux. » Et c'est encore ainsi aujourd'hui. Il y a dans nos hôpitaux de petites chambres à un ou deux lits, c'est là qu'on met les varioleux! Heureusement, nous avons obtenu, je devrais dire, nous les médecins, nous avons obtenu gain de cause. A Paris, la question est théoriquement résolue ; mais il ne faudrait pas se laisser leurrer, et qu'on vienne nous dire : nous reconnaissons comme vous qu'il ne faut pas laisser les sujets atteints de maladies contagieuses avec les autres malades, mais comment mettre en pratique cet isolement? Pour nous, nous ne voyons pas d'autres moyens, c'est de les mettre dans des salles séparées. C'est ainsi qu'on entend l'isolement à l'Hôtel-Dieu, ce qui me faisait dire que nous avons théoriquement résolu la question des maladies contagieuses ; la pratique, c'est le problème de l'avenir. Voilà ce que j'ai voulu vous montrer. J'ai confiance et j'espère beaucoup dans leur solution future. (Applaudissements.)

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Contracture hystérique du poignet gauche. — Traitement par la production artificielle répétée d'une contracture du poignet droit. — Disparition de la contracture primitive. — Applications variées de l'électricité ;

Par le Dr **Romain VIGOUROUX.**

L'observation que nous publions sous ce titre nous paraît intéressante au point de vue clinique et thérapeutique à la fois. Il s'agit, en effet, d'une forme non commune de l'hystérie et du traitement, suivi de succès, de celle de ses manifestations qui est la plus tenace. Ce traitement est basé sur un principe nouveau ; de plus, il présente une application de quelques-uns des procédés actuellement employés dans le laboratoire de M. le professeur Charcot, pour l'étude physiologique de l'hystérie. Nous ferons d'ailleurs suivre l'observation de réflexions que nous suggère le fait à ces divers points de vue.

I. OBSERVATION. — Pauline J., entrée le 3 juin, âgée de 26 ans, arrive de son pays, le Cantal. Autrefois domestique, elle porte depuis cinq ans l'habit religieux d'un ordre hospitalier. Elle est grande, de complexion robuste, sans développement graisseux prononcé ; les seins sont à peine indiqués, les yeux et les cheveux sont bruns, le teint fortement coloré.

Pas d'antécédents de famille. Bonne santé antérieure. Réglée à 17 ans; menstruation toujours régulière, d'abondance moyenne, mais habituellement précédée de douleurs lombaires et hypogastriques.

Le début de la maladie a été brusque et accompagné de phénomènes fébriles intenses: le 17 juillet 1874, après s'être fatiguée à transporter du vin dans une cave, Pauline J. eut la fâcheuse idée de s'asseoir, pour se reposer, dans la cave même. Elle était baignée de sueur et, de plus, en pleine époque menstruelle. Un frisson violent l'avertit bientôt de son imprudence ; elle sortit, mais le frisson et la sensation de froid persistèrent et toute la surface du corps devint tellement sensible que le contact des vêtements était douloureux. Elle se met au lit; alors survient une céphalalgie très-vive, caractérisée par des élancements qui partent de différents points de la tête pour converger au vertex et arrachent des cris à la malade. Le frisson, après avoir duré deux heures, cesse ; mais la sensation de froid persiste ; elle est vainement combattue par des sinapismes et ne cède qu'à l'apparition de la fièvre. Celle-ci dura huit jours, accompagnée de délire.

Après la cessation de la fièvre, la douleur de tête du début persiste sans atténuation jusqu'au quatorzième jour, malgré les divers moyens sédatifs mis en usage, entre autres les injections hypodermiques de morphine.

A la céphalalgie succèdent les coliques. La malade désigne ainsi des douleurs hypogastriques sous forme de constriction avec retentissement vers les lombes. Elles empêchent le sommeil pendant 48 heures ; puis elles cessent pour reparaître après cinq ou six jours.

Cette période de début dura un mois et la malade put enfin se lever extrêmement affaiblie par les souffrances et une abstinence presque complète. A dater de cette époque s'établirent des alternatives de douleurs hypogastriques et de calme relatif, celui-ci n'occupant en général que le quart du temps total. Ces crises étaient invariablement accompagnées de rétention d'urine qui nécessitait le cathétérisme. La première rétention dura juste un mois et cessa le lendemain du retour des règles. Les choses restèrent près de trois ans sans modification notable. La malade était entrée à l'hôpital de sa ville natale et elle se rendait utile dans ses rares instants de répit. Dans le cours de ces trois années, les crises hypogas-

© BIU Santé

triques ont été, à quatre ou cinq reprises, remplacées par des vomissements incessants qui ne permettaient pas l'ingestion d'une cuillerée de liquide et cela pendant des deux ou trois semaines. Cependant, la malade conservait son embonpoint et sa fraîcheur. La douleur de tête du début, un peu moins forte, était continue avec exacerbations. Les mouvements brusques donnaient lieu à des éblouissements et à des vertiges.



Fig. 41. — État de la contracture au début du traitement.

Du mois d'août à la fin de novembre 1877, Pauline J. se trouve relativement bien et quoique faible, fait dans l'hôpital un service régulier. Un soir, après avoir souffert de la tête plus que d'habitude dans la journée, elle éprouve en travaillant un engourdissement de la main gauche. Elle veut la soulever, mais le membre tombe inerte. On lui fait des frictions, et elle s'aperçoit que la sensibilité est perdue aussi bien que le mouvement. Dans la nuit, la céphalalgie augmente ; puis arrive une sorte de coma qui dure trois jours. A cet état succède une somnolence de neuf jours, pendant lesquels la malade comprenait vaguement ce qui se passait autour d'elle et souffrait d'une douleur très-vive de toute la tête. Au début, on avait fait une application de sangsues, ensuite pendant douze jours, on maintint un sac de glace sur la tête. Diète absolue.

La céphalalgie se dissipa graduellement ; mais la tête resta lourde avec tendance au vertige et clou hystérique persistant. Malgré cela, depuis cette époque, l'appétit et le sommeil sont devenus à peu près bons.

La main gauche, d'abord flasque, n'a pas tardé à se raidir. Après trois semaines elle était fermée complètement. C'est alors que, pour protéger la paume de la main contre les ongles, on introduisit sous les doigts fléchis un coussinet que la malade n'a pas quitté depuis. Le poignet commença ensuite à s'incliner sur l'avant-bras et au mois de février la contracture avait atteint son degré actuel.

Depuis le commencement de la maladie, Pauline J. s'était aperçue que sa jambe gauche devenait plus faible. Elle n'avait rien observé de pareil pour le membre supérieur du même côté dont elle continuait à se servir de préférence à l'autre, ayant toujours été gauchère.

Elle reconnaît que son caractère, très égal autrefois, a totalement changé. Depuis le commencement de sa maladie, elle est plus impressionnable ; elle se laisse aller facilement à la joie, à la mélancolie, au chagrin et surtout à la colère. Toutes ces émotions lui donnent la sensation d'une boule qui se forme à l'épigastre, monte à la gorge et gêne la respiration. En même temps, elle a des sifflements et bourdonnements dans les oreilles, des battements dans les tempes, surtout du côté gauche. La scène se termine tantôt par des pleurs qui ne se montrent jamais qu'en dernier lieu, tantôt par un engourdissement général qui cède à une légère aspersion froide sur la face. Il n'y a jamais eu de grandes attaques.

Etat actuel. Comme nous l'avons dit en commençant, l'aspect de la malade n'est pas en rapport avec la durée et la gravité apparente des symptômes. Les conjonctives et les gencives ne présentent point de pâleur notable. Il n'y a pas de bruits de souffle ; en somme, la nutrition générale ne semble pas avoir souffert.

L'avant-bras gauche est supporté par une écharpe ; lorsqu'on l'en retire, il tombe le long du corps. La main est fléchie à angle droit sur l'avant-bras ; les doigts fléchis également serrent le tampon de linge dont il a été parlé. (*Fig. 41.*) On ne peut, même avec un effort considérable, ouvrir les doigts ni diminuer la flexion du poignet. L'articulation du coude est libre ainsi que celle de l'épaule ; mais les mouvements volontaires sont complétement abolis pour ces deux articulations, de même que le déplacement en masse du moignon de l'épaule.

Le volume du membre n'est pas sensiblement diminué ; la peau est pâle et les muscles non contracturés sont flasques. La contractilité faradique est intacte. La malade n'a conscience ni des attitudes que l'on donne au membre, ni des pressions qu'on exerce sur lui, ni des excitations douloureuses que l'on porte sur la peau. L'anesthésie est complète ; elle est très-nettement limitée en haut par une ligne qui part du bord axillaire de l'omoplate, dessine tout le contour de cet os et descend en avant sur la clavicule et le grand pectoral pour gagner le point de départ. (*Fig. 42 et 43*).

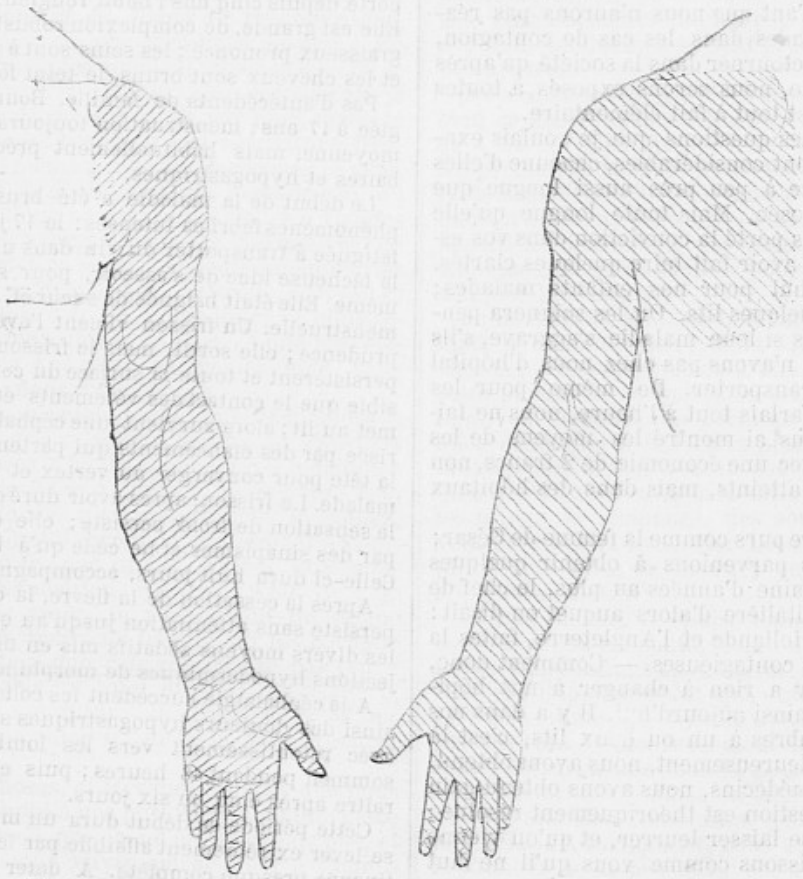


Fig. 42 et 43. — de la sensibilité du membre supérieur gauche au début du traitement. — *Fig. 42*, Face antérieure ; *Fig. 43*, face postérieure. — Les parties ombrées sont anesthésiées.

L'anesthésie du membre paralysé n'est pas le seul trouble de la sensibilité que présente la malade : en effet, la moitié gauche de la face est analgésique ; l'ouïe est complétement abolie à gauche. C'est surtout de ce côté que se font sentir les sifflements, bourdonnements, etc.

L'œil gauche n'est pas affecté d'achromatopsie ; mais son acuité visuelle est très-diminuée. La narine gauche perçoit, mais moins bien que la droite, l'odeur de l'éther ou du vinaigre. La moitié gauche de la langue n'est impressionnée ni par la piqûre ni par la poudre de coloquinte. La moitié droite perçoit au contraire très-bien ces excitations.

La pression du doigt sur le vertex est très-douloureuse ; elle l'est également dans toute l'étendue des gouttières vertébrales, sans qu'il y ait de point névralgique circonscrit.

Il existe une douleur spontanée, permanente, des régions

© BIU Santé

ovariennes; la pression l'exaspère des deux côtés, mais ne provoque pas d'irradiation ascendante.

Notons enfin l'inappétence et la constipation habituelle.

Traitement. La nature hystérique de l'affection avait été reconnue par le Dr Barbet qui donnait des soins à la malade dans son pays. Il avait essayé, sans aucun résultat, les applications métalliques.

M. Charcot juge inutile de renouveler les tentatives dans ce sens, et préfère recourir d'emblée à des moyens plus énergiques. On cherche d'abord à agir directement sur le membre malade, et, du 3 au 11 juin, on emploie successivement : un électro-aimant de grande dimension et très-puissant, le solénoïde, l'acier aimanté, le courant continu, le courant induit, l'électricité statique. L'effet fut complétement nul en ce qui concerne l'anesthésie. Pour la contracture, la faradisation intense surtout avec le pinceau ou l'olive métalliques et le courant induit, la déliait momentanément en tétanisant les muscles antagonistes. On observe que ce résultat était obtenu plus facilement lorsque l'olive était appliquée sur les tendons des extenseurs. Mais à peine le courant cessait-il de passer, que les doigts reprenaient leur rigidité. De fortes décharges de la machine électrique, dirigées sur les extenseurs, avaient une action analogue.

11 *juin*. Application du petit solénoïde (voir *le Progrès* du 10 août) à l'auriculaire de la main *droite*. Au bout de vingt minutes, la sensibilité à la piqûre commence à diminuer dans le voisinage de l'appareil. L'analgésie gagne peu à peu le reste de la main ; celle-ci se refroidit sensiblement et devient livide. Après quarante minutes, l'analgésie est complète jusqu'au poignet. Sensation de froid et d'engourdissement de la partie. Après quarante-cinq minutes, l'analgésie occupe la moitié inférieure de l'avant-bras. Après une heure, elle n'a pas fait de progrès ; la main est très-froide, couverte d'une sueur visqueuse. On n'observe aucun changement dans la main gauche.

12 *juin*. Il ne reste pas trace de l'analgésie de la veille. A 11 h. 5 m. application d'un aimant en fer à cheval sur le tiers supérieur de la face dorsale de l'avant-bras *droit*. Les piles sont placées l'une au-dessus de l'autre suivant l'axe du membre. On les recouvre d'une compresse pour empêcher le contact du métal.—11 h. 17 m., diminution de la sensibilité au voisinage des piles, sensation croissante de froid et de raideur dans la main qui devient moite.—11 h. 30. L'analgésie s'étend à deux centimètres au-dessus et à dix centimètres au-dessous de l'aimant. Elle a peu progressé dans le sens transversal : la face palmaire de l'avant-bras est encore sensible au niveau de l'application.—12 h. L'analgésie ne gagne pas du côté du coude. Sur la face dorsale, elle s'étend jusqu'au bout des doigts. Elle s'est aussi élargie transversalement de manière à occuper toute la face palmaire de l'avant-bras et de la main ; mais la pulpe des doigts est encore sensible. Fourmillement dans tout l'avant-bras, sensation de froid et de lourdeur de la main. Les doigts sont fléchis, avec le pouce en dedans ; la malade ne peut les mouvoir qu'avec lenteur et difficulté.—12 h. 30 m. La sensibilité a disparu de la pulpe des doigts. La raideur s'accentue ; la main droite présente, par rapport à la gauche, un abaissement de température très-appréciable au toucher.

On essaie alors d'ouvrir la main gauche ; on s'y prend comme d'habitude en frottant énergiquement les tendons extenseurs sur le dos du poignet, tandis qu'on cherche à étendre les doigts contracturés. Cette fois la résistance est manifestement moindre qu'auparavant.

12 h. 50 m. La contracture provoquée devient de plus en plus forte dans la main droite. Avec les plus grands efforts, la malade ne peut étendre que les premières phalanges ; les deux dernières restent fléchies et rigides, formant *la griffe*. On ne peut obtenir l'extension des doigts que par une traction énergique et prolongée, encore le médius résiste-t-il.

On prend comparativement la température des deux avant-bras avec les thermomètres de surface du Dr Mortimer-Granville. Un quart d'heure après avoir été mis en place, ils indiquent 30° 2/5 à gauche, 27° 3/5 à droite.

1 h. 15 m. Les fourmillements continuent à droite ; la main présente le même aspect que celle du côté malade, sauf que le poignet n'est pas fléchi. On s'assure de nouveau que les doigts de la main gauche sont moins raides. Après quoi l'on s'occupe de faire disparaître la contracture provoquée, ce qui se fait facilement au moyen de la faradisation des muscles antagonistes.

La sensibilité de la main gauche n'a pas varié.

Durant toute l'expérience, la malade s'est plainte de douleurs insupportables dans les régions ovariennes.

15 *juin*. 9 h. 55 m. Application du même faisceau aimanté sur la face *palmaire* de l'avant-bras sain (*Fig. 44*). Après cinq

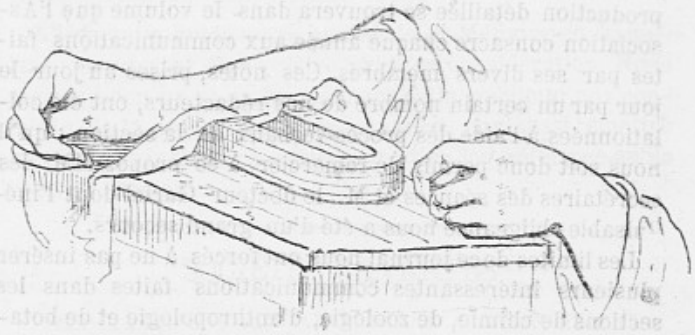


Fig. 44. — Application de l'aimant. Double contracture.

minutes, analgésie au niveau des pôles ; elle s'étend rapidement à toute la main qui est refroidie.

10 h. 15. L'analgésie de l'avant-bras est complète ; comme dans l'expérience précédente, elle dépasse à peine le niveau du bord supérieur de l'aimant. La contracture des fléchisseurs est déjà très-prononcée.—10 h. 45. Pas de changement dans l'analgésie. La contracture est plus forte ; impossibilité de détacher les doigts qui sont fermés sur le pouce.—11 h. 20. Même état ; les ongles des deux derniers doigts s'impriment dans la paume de la main. Le poignet reste étendu, mais le tendon du grand palmaire se dessine fortement. Les mouvements de la latéralité du poignet sont très-limités. — Mêmes sensations que dans l'expérience précédente et même refroidissement de la main.

On constate de nouveau la diminution de la rigidité de la main malade. Elle ne serre plus que faiblement le coussinet. Dans l'espoir de voir céder tout à fait la contracture, on pratique la faradisation ; mais le seul résultat obtenu est que les doigts et surtout l'index ne reprennent plus aussi subitement leur position vicieuse après avoir été étendus.

La main droite, abandonnée pendant plus d'une heure, reste insensible, froide et contracturée. Une électrisation prolongée ne réussit pas à la remettre dans son état primitif, et la malade doit se retirer en conservant une parésie marquée avec diminution de la sensibilité de l'avant-bras et de la main et tendance à la contracture des doigts.

17 *juin*. La sensibilité est revenue à droite, mais la faiblesse persiste. On s'abstient de provoquer la contracture. La main gauche s'assouplit de plus en plus. On électrise pendant quelques minutes la face dorsale de l'avant-bras malade avec le courant induit. Pendant l'opération, Pauline J... se plaint tout d'un coup d'un élancement douloureux à l'extrémité du pouce ; cependant les tampons n'avaient pas été appliqués sur ce point. L'électrisation est continuée et la douleur se renouvelle. On constate alors que toute la région du pouce et du premier métacarpien a recouvré la sensibilité. De suite après la séance, les doigts et le poignet *se fléchissent de nouveau*.

(*A suivre*).

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 29 août 1878, on a déclaré 909 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 33 ; rougeole, 6 ; scarlatine, 2 ; variole, 1 ; croup, 13 ; angine couenneuse, 16 ; bronchite, 19 ; pneumonie, 30 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 38 ; choléra nostras, • ; dysenterie, 3 ; affections puerpérales, 2 ; érysipèle, 1 ; autres affections aiguës, 286 ; affections chroniques, 389 dont 159 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 42 ; causes accidentelles, 28. — Les 909 décès ci-dessus donnent une proportion de 23.8 par 1,000 habitants et pour l'année.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Association française pour l'avancement des sciences. — Congrès de Paris.

Nous donnons plus loin un compte-rendu détaillé des séances de la section des sciences médicales (12e section) de l'*Association française pour l'avancement des sciences.* Nous espérons que les lecteurs du *Progrès médical* trouveront intérêt à lire de suite ces documents dont la reproduction détaillée se trouvera dans le volume que l'Association consacre chaque année aux communications faites par ses divers membres. Ces notes, prises au jour le jour par un certain nombre de nos rédacteurs, ont été collationnées à l'aide des procès-verbaux de la section ; qu'il nous soit donc permis de remercier à ce propos MM. les secrétaires des séances et M. le docteur Gariel dont l'inépuisable obligeance nous a été d'un grand secours.

Les limites de ce journal nous ont forcés à ne pas insérer plusieurs intéressantes communications faites dans les sections de chimie, de zoologie, d'anthropologie et de botaniques ; quelques-uns de ces travaux touchent aux applications médicales de ces sciences, mais les travaux de la section de médecine ont été tellement complets que forcément nous avons dû nous restreindre à leur seule analyse. La section de médecine a tenu, en effet, huit séances très-suivies par un grand nombre de médecins français et étrangers, parmi ces derniers il nous faut citer MM. Pacchiotti (Turin), Secco Baldor (Madrid), Broadbent (Londres), Bastian (Londres), Davidson (Aberdeen), Howath (Kiew), Jenkins (L. Kentucky), Schmoulewitch (Saint-Pétersbourg), etc.

Notre compte-rendu montrera quelles ont été l'abondance et la variété des sujets traités et l'importance des discussions auxquelles ils ont donné lieu. Il n'y a à regretter qu'une chose, c'est que les ordres du jour aient été trop chargés pour permettre une longue discussion après chaque cas; il a fallu souvent se priver d'entendre de plus longs développements alors qu'ils étaient présentés par des maîtres éminents.

En comparant les ordres du jour de la section des sciences médicales avec ceux des autres sections, et en comparant surtout l'affluence des membres dans cette section et leur rareté relative dans d'autres, on se demande s'il n'y aurait pas désormais quelque avantage à subdiviser cette section pour permettre aux discussions d'occuper une plus large place dans les travaux, plusieurs questions d'un intérêt capital ont été ainsi résumées par les orateurs et à peine discutées par l'assemblée, faute de temps.

Ce défaut léger que nous signalons ne tient du reste qu'à l'abondance des travaux présentés au Congrès de Paris, il marque bien que les progrès sensibles sont effectués d'année en année par une Association devenue désormais aussi nécessaire que sa sœur aînée l'Association britannique.

Des trois conférences qui ont été faites à la Sorbonne, nous avons reproduit la première en date, celle de M. le professeur Trélat (1).

(1) Bien que reproduite d'après la sténographie, cette conférence renferme des incorrections, peut-être même des erreurs de détails. Nous aurions voulu soumettre les épreuves à M. Trélat Par malheur il est absent de Paris. Nous espérons que nos lecteurs nous sauront gré de leur communiquer cette rédaction qui, quelque incorrecte qu'elle est, leur permettra de se rendre compte des idées du savant professeur.

Nous aurions désiré donner aussi à nos lecteurs un aperçu de la très-intéressante conférence de M. Marey, mais il nous serait impossible de le faire sans l'emploi des figures et des projections auxquelles il a eu recours; nous nous coutentons de témoigner du succès qu'a remporté devant un auditoire d'élite sa remarquable étude des « *Moteurs animés.* »

La dernière conférence, celle de M. Janssen traitant des « *Nouveaux progrès de l'astronomie physique* » a également montré à quelle largeur de vues, à quelle portée philosophique on pouvait atteindre par l'application rigoureuse à la méthode expérimentale des procédés mathématiques.

Beaucoup d'excursions ont été faites pendant ce peu de jours, nos lecteurs connaissent déjà par les articles de notre collaborateur Blondeau, celles des égouts, de la presqu'île de Gennevilliers et la visite à Noisiel (*Progrès méd.* nos 32, 33 et 34). Ce sont les seules excursions qui aient eu rapport aux études ordinaires des médecins; quant à la démonstration faite à l'exposition d'anthropologie par M. Topinard, elle a réuni également un grand nombre des membres de l'Association; nous avons déjà, dans ce journal même, signalé à l'attention de nos lecteurs un certain nombre des pièces que M. Topinard a expliquées avec sa compétence toute spéciale.

La prochaine réunion du congrès siégera à Montpellier; il est à présumer qu'elle sera aussi importante que celle qui vient d'avoir lieu à Paris; l'accueil fait aux médecins de province par leurs confrères de Paris nous est un sûr garant que semblable réception leur est réservée par les membres du corps médical de l'Hérault. En 1880, l'Association se réunira à Reims. Après avoir pris ces deux décisions dans l'assemblée générale qui a eu lieu hier, à la Sorbonne, l'Association a procédé à la nomination d'un vice-président qui, en vertu des statuts doit présider le Congrès de 1880. Deux candidatures excellentes étaient en présence : celle de M. le colonel Laussedat, qui a rendu de grands services à l'Association depuis son origine, et celle de M. Krantz, nouveau venu dans l'Association, mais dont chacun sait apprécier la haute valeur. M. Krantz l'a emporté. 55 voix sont restées fidèles à M. Laussedat. Puis, M. Mercadier, ingénieur des télégraphes, a été nommé vice-secrétaire.

Enfin, le soir, un grand banquet réunissait à l'hôtel Continental, un certain nombre de membres de l'Association. M. Frémy avait à ses côtés M. Bardoux, ministre de l'instruction publique, qui devient à partir de ce jour président de l'Association, M. Sigismond Lacroix, vice-président du Conseil municipal de Paris, M. Tambour, secrétaire général de la préfecture de la Seine. H. DE B.

Les autopsies médico-légales.

Depuis longtemps plusieurs journaux et en particulier l'*Union médicale*, par l'organe de M. Devergie, le *Progrès médical*, etc., cherchaient à faire introduire des améliorations dans l'enseignement de la médecine légale et réclamaient des exercices pratiques, absolument indispensables pour mettre les médecins à même de faire des expertises médico-légales sérieuses. Un premier pas a été fait dans cette voie et nos lecteurs se rappellent que nous

© BIU Santé

les avons entretenus des exercices qui se font depuis quelques mois à la Morgue, sous l'habile direction de M. Brouardel. Cet enseignement rendra d'incontestables services, car les autopsies médico-légales se font trop souvent d'une façon légère. L'affaire Danval a été très-instructive à cet égard. On se souvient que l'un des médecins appelés par la défense n'a pas hésité à blâmer hautement et dans des termes que quelques-uns ont trouvé trop énergiques, la manière de pratiquer les autopsies adoptées par certains médecins légistes.

Cependant M. Cornil avait bien raison. Notre expérience personnelle vient à l'appui de son affirmation, qui trouve encore une nouvelle justification dans la lettre suivante que nous avons reçue il y a plus deux mois, mais dont la publication tardive ne diminue point l'intérêt.

2 juin 1878.

Mon cher ami,

Je viens de lire avec grand intérêt l'article du *Progrès* : L'affaire Danval et l'expertise au point de vue moral. L'auteur de ce bulletin dit, page 419, que, dans plusieurs circonstances, des autopsies d'individus trouvés sur la voie publique et morts à l'hôpital peu de temps après leur entrée, n'ont pas été faites avec soin. Je puis vous en donner un exemple qui m'a frappé :

C'était en 1873 ; j'étais interne du professeur Y... On apporte un homme qu'on avait ramassé dans un lieu désert. Cet homme rend le dernier soupir en entrant dans la salle Sainte-M... Nous ne pouvons pas faire nous mêmes l'autopsie ; mais M. X est envoyé par le commissaire de police (ou le parquet?) pour la pratiquer. Je demande à M. X. l'autorisation d'assister à l'ouverture du corps ; elle m'est accordée. L'expert prend un couteau, enlève toute la partie abdominale, jette un coup d'œil sur l'intestin, sans toucher à rien, et... tout est dit. Après son départ de l'amphithéâtre et avec son autorisation, je continue l'autopsie : Je trouve une superbe *fracture du crâne* et d'autres *lésions traumatiques des organes thoraciques*.

Je me souviens parfaitement encore du sentiment de stupeur qui me saisit quand je vis faire avec tant de *désinvolture* une autopsie médico-légale. Mais qu'y faire ?

Si ce souvenir d'internat peut vous être utile, je vous le livre en toute confiance.

Croyez, malgré la distance, à mes meilleurs sentiments.

X.

Membre de la Société de médecine légale de Paris.

Le but de notre ami en nous adressant cette lettre, celui que nous poursuivons en l'insérant, c'est d'attirer l'attention de tous sur les perfectionnements qu'il convient d'apporter à l'enseignement théorique et pratique de la médecine légale. Si l'on examine ce qui se passe du côté de la Faculté, on voit que, depuis plus de 4 ans, l'enseignement de la médecine légale est fait par des agrégés, qu'en un mot il n'y a pas d'enseignement régulier, méthodique, complet. Or, outre les exercices pratiques institués à la Morgue, il serait nécessaire qu'un laboratoire accessible aux étudiants qui vont finir leurs études, fût annexé à la chaire de la Faculté. C'est pour obvier aux inconvénients que nous venons de mettre en relief que le vœu ci-après a été déposé au Conseil municipal.

Les soussignés, considérant que l'outillage, mis à la disposition des médecins légistes est manifestement insuffisant ; que l'établissement de la Morgue, où se pratiquent les autopsies judiciaires étant absolument dépourvu de moyens d'étude, en rapport avec les exigences de la science moderne, les médecins sont obligés de transporter les organes à examiner dans des établissements scientifiques suffisamment dotés de moyens d'investigation ; que ce transport présente quelque chose de répugnant au point de vue moral, en même temps qu'il se prête à des suspicions injustes bien qu'inévitables ;

Attendu que, dans ces conditions, et quels que soient la probité scientifique et le sentiment du devoir qui animent les experts, il est impossible à ceux-ci de remplir leurs fonctions avec toute la rigueur que leur conscience réclame ; attendu que l'ordre social est au plus haut point intéressé à ce que les décisions de la justice soient entourées du plus grand respect ; que, pour cela, il est indispensable qu'elles s'appuient sur des moyens d'informations dont la rigueur échappe à tout soupçon d'insuffisance ou de légèreté.

Emettent le vœu : Qu'un laboratoire d'histologie et de toxicologie soit installé à la Morgue. — Signé : Métivier, Bourneville, Cadet, de Heredia, Lamouroux, Liouville, Georges Martin, Thulié.

L'idée qui a guidé notre ami M. le Dr Métivier en formulant son vœu est digne d'être prise en considération. Nous serions heureux si en lui donnant de la publicité nos confrères de la presse médicale voulaient, eux aussi, émettre leur avis et indiquer à l'administration les réformes qu'ils jugent nécessaires. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Séance du 23 Août 1878.

PRÉSIDENCE DE M. TEISSIER (de Lyon).

M. BRAME (de Tours) lit, au nom de M. le Dr Ledouble, un travail sur l'*épididymite blennorrhagique*. — Il rapporte ensuite, en son nom, l'histoire des trois cas d'*entéro-colite chronique*, avec guérison.

M. MOURGUE fait une communication sur le *traitement abortif de l'érysipèle ambulant*. Les moyens qui paraissent avoir le mieux réussi entre les mains de M. Mourgue sont les applications de vésicatoires et les cautérisations au nitrate d'argent.

M. Frank, secrétaire de la section, donne lecture au nom de M. COURTY d'une note relative à un cas de guérison d'*inversion utérine* par l'application du pessaire à air.

M. SECCO BALDOR (de Madrid) demande l'unification des méthodes dans le langage et dans l'enseignement de la médecine (unification thermométrique et posologique). Après quelques observations de M. LEUDET, M. VERNEUIL rappelle que cette question a déjà été soulevée par le Dr *Seguin*. M. PACCHIOTTI fait remarquer qu'une proposition a déjà été faite dans ce sens au congrès de Genève, où l'on a nommé une commission qui doit présenter son rapport au congrès d'Amsterdam. — M. GUBLER, tout en s'associant aux conclusions de M. Secco Baldor et des précédents orateurs, pense que la question sera plus utilement étudiée par une commission que par un congrès, et souhaite qu'elle soit, en effet, mise à l'ordre du jour du congrès d'Amsterdam.

M. LETOURNEAU donne lecture d'un travail sur l'*électrisation céphalique*. Il rappelle l'action bien connue des vaso-moteurs et assimile à cette action celle de l'électricité. Il pense que, si l'on pouvait modifier à l'aide de l'électrisation la contraction des vaisseaux qui alimentent l'encéphale, on modifierait du même coup les phénomènes de la vie de conscience. Sa conviction est basée à la fois sur les expériences qu'il a faites, et dont il rend brièvement compte, et sur l'observation des faits pathologiques. — L'électrisation céphalique lui paraît indiquée dans certaines maladies mentales, et notamment dans la manie aiguë ; — il l'a également employée avec succès dans deux cas de mélancolie, dont l'un était d'origine alcoolique. Les indications pratiques peuvent se résumer de la façon suivante : Séances courtes (5 à 6 minutes), mais réitérées (40 séances en moyenne pour la durée du traitement) ; ne pas dépasser une séance par jour ; électriser le ganglion cervical supérieur en plaçant un des pôles sur la nuque et l'autre sur la branche montante du maxillaire, près de l'apophyse mastoïde ; — agir prudemment et surveiller le cœur.

© BIU Santé

M. Gubler présente, à propos de ce travail, quelques objections : 1° relativement à l'action des vaso-moteurs ; 2° relativement aux conditions du sommeil dont M. Letourneau avait parlé incidemment : il rappelle qu'il existe deux théories du sommeil, la théorie de l'anémie cérébrale, et celle de la congestion : M. Gubler adopte cette dernière, mais il est bien loin de dire qu'il s'agisse là d'une congestion active ; il pense, au contraire, qu'il s'agit là d'une hypérémie passive ; 3° relativement aux dangers que présenterait l'application en thérapeutique de la méthode que préconise M Letourneau.

M. Letourneau répond en quelques mots, et la discussion s'engage de nouveau sur la théorie du sommeil. M. Gubler insiste sur l'état punctiforme de la pupille pendant le sommeil, et sur la congestion oculaire. MM. Lecadre (du Havre) et Dor présentent, à ce sujet, quelques observations très-courtes.

M. Burcq regrette que M. Letourneau n'ait pas institué, parallèlement à ses expériences électriques, d'autres expériences sur l'action des métaux, qui, eux aussi, exercent sur les vaso-moteurs une influence très-nette.

M. Dagreve (de Valence), a pratiqué l'électrisation de la tête chez un apoplectique. Il a vu survenir une iritis, et depuis, il a renoncé à ce moyen.

M. Coudereau. — *Procédé opératoire pour l'ablation de l'utérus.* Après avoir rappelé quelques statistiques qui montrent la gravité pronostique du cancer utérin, l'auteur recherche les causes des insuccès opératoires qui ne suffisent pas à faire renoncer à un traitement radical. On doit enlever le col quand la production morbide ne dépasse pas ses limites ; mais on a toujours à craindre les récidives par continuation. Avant de recourir à l'ablation totale, il faut chercher à déterminer les chances de récidive ; on peut voir d'après l'analyse de la plupart des faits publiés, que toutes les fois que le cancer a envahi un autre organe que l'utérus, le vagin est pris ; cette notion peut servir de guide. Pour que l'opération ait chance de réussir, il faut éviter l'ouverture du péritoine. Après dilatation préalable de l'urèthre et introduction de l'index dans la vessie pour éviter l'ouverture de cette cavité, on abaisse l'utérus, non pas avec une pince de Museux, qui pourrait déchirer le tissu malade, mais avec un instrument particulier dont les deux branches qu'on introduit l'une après l'autre dans les cornes de l'utérus, permettent, en s'écartant, d'exercer sur la totalité de l'organe une traction qui peut dépasser 30 kil. Les incisions doivent porter exclusivement sur la portion antérieure du vagin, on arrête le sang au moyen de pinces hémostatiques, l'ablation définitive se fait avec le serre-nœud. Cette opération n'a été faite que sur le cadavre.

Séance du 24 Août 1878. — Présidence de M. Teissier.

Le procès verbal est lu par M. Franck, l'un des secrétaires, et adopté.

M. Frank donne lecture d'un travail de M. Mardyz sur la *Gangrène*. M. Mardyz étudie la véritable nature de l'inflammation gangréneuse, ainsi que les causes très-diverses de la gangrène ; il présente une pièce en plâtre colorié, très-habilement exécutée, et représentant une gangrène du pied ; il en fait hommage à l'Association. Sur l'invitation qui lui est adressée par le bureau, M. Mardyz fait connaître le procédé dont il s'est servi pour exécuter cette pièce, et qui consiste à chauffer le plâtre, à le recouvrir à chaud d'un mince couche de cire et à colorier la surface ainsi obtenue.

M. le président Teissier adresse des remercîments à M. Mardyz.

M. Clément (de Lyon) entretient la section d'un *appareil de réfrigération* très-simple usité depuis un certain temps déjà dans les hôpitaux de Lyon. Il regrette de ne pouvoir montrer cet appareil, qui n'est pas arrivé ; mais la description suffit à en donner une idée très-exacte : c'est un appareil en caoutchouc, ayant à peu près la forme d'une ceinture de sauvetage, et muni de quatre tubes, dont deux amènent l'eau froide qui s'écoule ensuite par les deux autres. On place cette ceinture sur le ventre et sur la région lombaire : l'application en est extrêmement facile, et l'on obtient une réfrigération aussi intense que celle que procurent les bains dans la méthode de Brand : toutefois, la surface sur laquelle porte la réfrigération étant nécessairement bien plus limitée que dans les bains, il est nécessaire de prolonger l'application de l'appareil. L'eau étant à la température 20 à 25°, on peut compter sur un abaissement assez régulier de 2°1/0 par quart d'heure. Enfin, cet appareil peut servir de calorimètre, mais sur ce point M. Clément ne se prononce pas encore, ses recherches à cet égard étant jusqu'ici insuffisantes.

M. Leudet demande à M. Clément s'il a tenu compte des phénomènes locaux ; il rappelle que des applications locales de froid ont été faites dans diverses maladies aiguës, telles que la pneumonie, la péricardite, la péritonite, et demande à M. Clément s'il a fait des tentatives dans ce sens.

M. Clément répond que non ; mais il croit que les complications, les pneumonies par exemple, ne surviennent pas plus souvent dans le cours du traitement par le froid, et il ne pense pas que l'existence même des complications thoraciques soit une contre-indication à ce traitement.

Il fait passer sous les yeux de ses collègues les courbes thermométriques de plusieurs malades traités par le froid. — Il termine en rappelant que dans le traitement par la méthode de Brand, les malades ont souvent aux extrémités une sensation d'onglée, douloureuse et persistante, et survenant au bout d'un nombre un peu considérable de bains. Avec l'appareil employé à Lyon, ce phénomène ne se produit pas, puisque les membres ne sont pas soumis au refroidissement. M. Clément regrette de ne pouvoir donner de statistique ; il ne possède pas encore un nombre suffisant d'observations.

M. le Président Tessier tient à certifier l'exactitude des résultats exposés par son collègue de Lyon, tout en faisant ses réserves au sujet de la méthode, qu'il n'ose pour sa part ni employer, ni même continuer quand il se trouve en présence d'affections aiguës franches.

M. Secco-Baldor dit que la méthode en question est bien connue en Espagne, mais que l'on y partage généralement les appréhensions que vient de formuler M. Teissier.

M. Mourgue demande si l'on ne pourrait pas employer des moyens de réfrigération plus doux, les lotions par exemple.

M. Clément répond que l'on peut toujours graduer cette réfrigération en modifiant la température de l'eau ; mais que l'on peut aussi obtenir, si on le juge utile, un froid très-intense, l'appareil ne contenant pas moins de 22 litres d'eau.

M. Verneuil a la parole pour une communication sur les *Lésions traumatiques chez les cancéreux*, sujet que l'on s'étonnera peut-être de n'avoir pas déjà vu traiter par lui-même ou par ses élèves. Il demande toutefois la permission de modifier légèrement le titre même de sa communication. En effet il y a deux définitions du cancer : l'une s'appuie sur l'anatomie pathologique, l'autre sur la clinique. M. Verneuil est trop de son temps pour ne pas accepter la première ; mais, s'il est anatomo-pathologiste, il est aussi clinicien, et reconnaît à ce titre qu'il y a des tumeurs de diverse nature qui, au point de vue où il se place actuellement, sont très-analogues au cancer. Il adopte donc ce titre modifié : *Des lésions traumatiques chez les néoplasiques.*

Il y a plusieurs points à considérer : les néoplasmes peuvent être uniques ou multiples ; les lésions peuvent porter sur le néoplasme même, ou bien sur le tissu sain : souvent, il s'agit d'un traumatisme chirurgical, car il y a des opérations incomplètes, n'enlevant pas la totalité du néoplasme ; cela n'est pas rare, c'est même le cas le plus commun.

Eh bien ! il y a des cas où, malgré tout le soin, toute la minutie avec laquelle on a examiné son malade, on le voit mourir peu de temps après l'opération, portant dans le foie, dans les poumons, des dépôts secondaires qu'on n'avait pas soupçonnés. Tous les chirurgiens peuvent citer des cas de ce genre ; M. Verneuil pour son compte en a réuni 10 dans sa pratique depuis 1854. Il y a de tout dans ces cas : cancer, enchondrôme, tumeurs fibro-plastiques, sarcôme, lymphadénôme, etc. Au point de vue du siége, et par rang de fréquence, on trouve le testicule, le sein, les tumeurs du cou, l'ostéosarcôme, et même l'épithéliôme, malgré son peu de tendance à la généralisation. En pareil cas, le diagnostic est très-difficile, le pronostic est excessivement grave. Les viscères malades réagissent sur le traumatisme, et réciproquement.

© BIU Santé

M. Verneuil donne l'analyse très-sommaire des dix cas dont il a parlé ; l'un d'eux surtout est remarquable; la malade mourut peu de temps après l'opération, et l'on trouva les 3/5 de la masse pulmonaire remplacés par du cancer que l'on n'avait pas reconnu pendant la vie. M. Verneuil conclut qu'il faut chercher à perfectionner ces diagnostics si importants, et aujourd'hui à peu près impossibles.

M. Fleury (de Clermont) est étonné que l'on ne trouve pas de troubles fonctionnels mettant sur la voie du diagnostic de ces grandes lésions. Il proteste contre les exemples de grandes opérations que Paris donne à la province.

M. Bergeron se demande aussi comment ces énormes lésions qui détruisent les 3/5 de la masse pulmonaire peuvent passer inaperçues : il ne sait plus dès lors quelle confiance il doit mettre dans la percussion et l'auscultation.

M. Verneuil répond que la même observation a été faite dans les mêmes termes, il y a environ quatre ans, à la Société anatomique, par M. Rendu, à propos d'une observation analogue de M. Lannelongue, il ne peut dire qu'une chose : cela n'est pas logique, mais cela est.

M. Houzé de l'Aulnoit s'associe aux conclusions de M Verneuil sur la difficulté; mais M.Verneuil a parlé du précepte des chirurgiens, de la fin du siècle dernier, qui ne voulaient pas qu'on opérât une tumeur lorsqu'il existait en un point quelconque de l'économie une tumeur de même nature ; il s'est demandé quelle conduite il fallait tenir à l'égard des ganglions, mais sans se prononcer : M. Houzé de l'Aulnoit voudrait savoir quel est le conseil que donnerait M. Verneuil en pareil cas. — M. Verneuil répond qu'il lui est impossible de donner un conseil à ce sujet.

M. Dor dit qu'il y a des cas où l'on peut opérer un cancéreux avec succès ; il résume rapidement une observation citée au passage par M. Verneuil, et dans laquelle de Graefe a opéré d'un sarcôme de la choroïde avec cellules mélaniques jusque dans le nerf optique, un homme qui n'est mort que neuf ans et demi après, d'un cancer de l'estomac.

M. Potain comprend parfaitement les difficultés du diagnostic des lésions dont parlait M. Verneuil quand il s'agit d'organes profonds, foie, rate, etc. Pour le poumon, cela paraît moins explicable, et cependant cela est : pour s'en convaincre il suffit d'observer ce qui se passe chez les vieillards, où des lésions étendues passent parfaitement inaperçues. Une autre circonstance peut rendre le diagnostic très-difficile ; c'est le cas où dans un organe double, on se trouve en présence de lésions parfaitement symétriques.

M. Franck fait une communication sur le *diagnostic de la persistance du canal artériel*. Il a pu observer deux fois cette lésion : la première fois il s'agissait d'un enfant qui mourut de bronchite capillaire, après avoir présenté un souffle systolique à la partie postérieure de la poitrine ; il n'y avait pas de cyanose. On ne trouva d'autre lésion que la persistance du canal artériel.

Le second cas est plus récent ; il s'agit encore d'un enfant qui présentait un souffle analogue au premier ; mais chez lequel on trouvait en outre une inégalité rhythmée du pouls.

M. Franck expose le mécanisme de ces inégalités du pouls, et celui du souffle systolique qu'on observe à la partie postérieure de la poitrine. Ce souffle, réuni à l'état particulier du pouls, constitue la symptomatologie de cette lésion ; il faut y joindre l'absence de cyanose quand il n'y a pas d'autre lésion cardiaque. Un troisième signe est le renforcement du bruit de souffle pendant l'inspiration.

M. le Président Teissier insiste sur l'intérêt qui s'attache à ces faits ; il a précisément dans sa clientèle une malade chez laquelle le diagnostic, jusqu'ici obscur, sera peut-être complètement éclairé par les renseignements que vient de donner M. Franck.

M. Dujardin-Beaumetz fait en son nom et au nom de M. Proust une communication sur le *traitement des anévrysmes par l'électropuncture*. Il résume l'observation de 6 cas dans lesquels cette méthode a donné d'heureux résultats, et il aborde l'exposition du procédé opératoire. On emploie des aiguilles recouvertes, jusque vers la pointe, d'un vernis protecteur, afin d'éviter l'action nocive de l'électricité sur la peau. Ces aiguilles sont en fer afin d'éviter qu'elles ne se rompent. A l'aide d'un petit procédé très-ingénieux, on limite à la longueur voulue la pénétration de l'aiguille. On enfonce 2, 3 ou 4 aiguilles à l'endroit où les battements ont leur maximum d'intensité. La pile employée est celle de Gaiffe. Quant à l'intensité du courant, on suit les règles posées par Ciniselli ; mais, contrairement à l'opinion de cet auteur, c'est le courant positif que M. Beaumetz fait passer dans la tumeur. Le courant doit passer par chacune des aiguilles pendant environ 5 minutes; puis on retire les aiguilles, opération qui s'est toujours effectuée sans hémorrhagie et sans accident Quelquefois la tumeur, à ce moment, devient dure et douloureuse, mais cela est passager.

Les indications et contre-indications se résument en quelques mots : il faut que le diagnostic soit précis, et à cet égard la méthode graphique rend de grands services ; l'absence d'autres accidents circulatoires augmente l'espoir de la guérison. Des faits qu'il a cités et dont le plus heureux s'est terminé par une guérison complète (service de M. Bucquoy), M. Beaumetz conclut que l'électrolyse peut et doit entrer dans la thérapeutique des anévrysmes de l'aorte.

M. Proust ajoute quelques observations au su et de l'un des malades cités, lequel a été opéré dans son service. Après l'opération, la tumeur a acquis une tension énorme qui a pu faire craindre un moment sa rupture. Il pense que ce fait était dû à la quantité excessive de collodion qu'on avait employé pour fermer les piqûres. Il donne des renseignements sur l'autopsie du malade, et montre deux planches relatives à l'anatomie pathologique de la lésion.

Les conclusions de M. Proust peuvent se résumer ainsi : 1° La gravité de l'état du malade n'est pas une contre-indication ; 2° l'électrolyse paraît déterminer la formation de caillots ; 3° Il faut éviter de recouvrir la tumeur d'une couche trop épaisse de collodion ; 4° pour éviter le décollement, il faut se servir du petit instrument imaginé à cet effet par M. Gaiffe, et dont il donne la description.

M. Teissier fils insiste sur le danger qu'il y aurait à suivre la méthode de Ciniselli (application du pôle négatif dans la tumeur) ; dans les expériences qu'il a faites sur ce point avec M. Franck, il a toujours vu des accidents résulter de cette application, soit des hémorrhagies, soit des ulcérations artérielles, soit même des accidents cérébraux, qui ont été très-nets dans trois de ses expériences.

M. Onimus attribue les accidents cérébraux à la brusque interversion du courant. Il attribue l'état de tension de la tumeur, signalé par M. Proust, à l'action propre de l'électricité bien plutôt qu'à l'excès de collodion.

M. Teissier fils ne pense pas qu'on doive attribuer les accidents cérébraux à l'interversion, au moins d'une façon exclusive, car dans plusieurs des cas où il les a notés, M. Franck et lui avaient évité l'interversion.

M. Letiévant fait une communication sur la *forme et la fonction après certaines opérations sur la face*. L'auteur rappelle ses communications des Congrès de Clermont et de Genève dans lesquelles il a montré qu'on peut éviter en grande partie la déformation consécutive à la résection du maxillaire supérieur. Il pense qu'on peut arriver à des résultats aussi satisfaisants en modifiant les procédés de rhinoplastie et de résection du maxillaire inférieur. Tous les nez obtenus par les méthodes ordinaires de rhinoplastie, s'écrasent plus ou moins ; on a bien essayé de les soutenir par des transplantations osseuses, mais l'édifice s'est écroulé sous la rétractilité de la peau. M. Letiévant construit une charpente métallique en aluminium, composée de deux lames entrecroisées reproduisant la forme d'un nez très-volumineux ; il fixe cette charpente sur le squelette de la face et il étale son lambeau sur cet échafaudage; il pense qu'on peut obtenir ainsi des nez très-présentables. Il a fait la remarque que jusqu'à la section du pédicule, la sensibilité de la peau était complète; elle n'existait plus qu'à la périphérie du lambeau après la section. Il a aussi tenté la restauration du maxillaire inférieur ; en remplaçant la partie reséquée par un moule en aluminium qui peut être recouvert par les parties molles sans que la suppuration soit augmentée.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

© BIU Santé

Séance du 26 août. — PRÉSIDENCE DE M. TEISSIER.

Le procès-verbal est lu par M. Petit, l'un des secrétaires, et adopté. — M. LEUDET, vice-président, retenu par une entorse, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et envoie son mémoire.

M. DAGREVE (de Valence) lit une note *sur deux cas d'albuminurie* qu'il a observés. Le premier cas est remarquable surtout par sa cause : il s'agit d'une jeune fille de 16 ans qui présentait tous les symptômes de l'érythème noueux, et dont les urines contenaient une très-forte proportion d'albumine. On fera donc bien à l'avenir de chercher l'albumine dans les cas, assez rares d'ailleurs, d'érythème noueux.

Le second cas est celui d'une femme qui avait une plaie au deuxième orteil gauche, et qui ne tarda pas à entrer à l'hôpital avec une gangrène des trois orteils : elle présenta des symptômes d'amaurose albuminurique, et l'on trouva en effet une albuminurie chronique avec excès de phosphates et de carbonates : cette coïncidence de l'albumine et des sels en excès n'est pas ordinaire, elle paraît se rattacher surtout aux affections du système nerveux central, et bientôt, en effet, cette femme présenta les signes de début de l'ataxie locomotrice.

M. TEISSIER fait observer que l'albuminurie dans l'érythème noueux n'est pas aussi rare que paraît le penser M. Dagrève.

M. LAFITTE a la parole pour une communication sur le *Traitement du spina-bifida*. Il s'agissait dans le cas qu'il a observé d'une tumeur ayant à peu près le volume d'une orange, tendue, luisante, ne s'accompagnant d'aucune altération similaire du crâne : l'enfant au contraire était plutôt microcéphale. M. Laffite rappelle la variété et le peu de succès des différents moyens tour à tour préconisés contre le spina bifida : il s'arrêta d'abord à l'un des plus simples, la ponction suivie de compression, laquelle doit être renouvelée le surlendemain. La tumeur grossissait ; au bout de neuf jours, M. Lafite, à contre-cœur, ayant presque la main forcée par les parents, pratique sans espoir l'excision de la tumeur, avec suture consécutive : il est forcé, au cours de l'opération, d'exciser des petits troncs nerveux ainsi que les filaments qui en dépendaient ; peu à peu le liquide se reproduit, la peau macère, les épingles tombent ; M. Lafitte fait à tout hasard un pansement par occlusion, et il est fort étonné — il en fait l'aveu — d'obtenir au bout de quelques jours une guérison complète, sans accident et *sans paraplégie*. Consécutivement, il y eut une augmentation de volume de la tête ; de presque microcéphale, l'enfant devint presque hydrocéphale ; mais le volume de la tête ne tarda pas à redevenir normal. L'enfant présente seulement aujourd'hui un pied-bot.

M. DUPRÉ ne conçoit pas que la paralysie ne se soit pas manifestée à la suite d'une pareille section nerveuse ; il en vient presque à mettre en doute la réalité de la section et à supposer une erreur de la part de M. Lafitte. L'idée que la paralysie ait pu être évitée par des suppléances nerveuses lui paraît inadmissible. Il demande des explications.

M. LAFITTE répond qu'il est aussi étonné que qui que ce soit : quant à des explications, bien loin d'en fournir, il est au contraire venu en demander.

M. PARISE (de Lille) manifeste aussi son étonnement, et se demande s'il n'y a pas eu là une forme particulière et un peu anormale de spina bifida ; il se base pour cela sur les faits suivants qui ressortent de la communication : 1° Le liquide était de couleur jaunâtre, ce qui n'est pas ordinaire ; d'habitude il est limpide comme le liquide sous-arachnoïdien. — 2° L'adhérence du cordon à la paroi n'est pas ordinaire non plus. Toutefois il félicite M. Lafitte de son succès et rappelle quelques cas de spina bifida qu'il a observés.

M. FRANCK pense qu'au point de vue de la certitude du diagnostic, on aurait pu chercher le synchronisme des mouvements respiratoires et des battements de la tumeur.

M. AZAM revient sur le curieux phénomène de la *double conscience*. Il résume l'histoire de sa malade Félida X..., qu'il a exposée avec détail au Congrès de Clermont. Il y a là un phénomène bizarre pour l'explication duquel on ne peut guère invoquer que des hypothèses.

Voici celle qu'imagine M. Azam, et que M. Luys ne paraît pas éloigné d'adopter. Le fait certain c'est que Félida X... est hystérique : elle a des hématémèses, du gonflement unilatéral de la face ; elle est sujette à des congestions et à des anémies locales ; pourquoi des phénomènes analogues ne se produiraient-ils pas dans le cerveau? Mais comment expliquer les phénomènes alternatifs de mémoire et d'amnésie? M. Azam admet qu'il y a deux ordres de facultés ; les unes doubles comme les facultés sensitives et motrices, siégent dans les deux hémisphères ; — les autres, simples, comme la mémoire, le jugement, etc., qui siégent dans un seul hémisphère : ce sont ces dernières qui constituent la personnalité. Comme Félida parle pendant son amnésie, il faudrait admettre, le langage siégeant à gauche, que la mémoire siége à gauche.

Autre point : au point de vue médico-légal, un crime commis par Félida X... serait-il punissable? Des légistes justement considérés, consultés à ce sujet par M. Azam, pensent qu'elle ne serait responsable que partiellement ; d'autre part, des aliénistes distingués pensent qu'elle ne saurait en aucun cas être tenue pour responsable. M. Azam pense qu'on pourrait la déclarer responsable quand elle est dans son état normal, mais alors seulement.

M. GUBLER rappelle à propos de l'hypothèse de M. Azam, qu'il a entendu à la Salpêtrière en 1845, une conférence d'un physiologiste anglais dont il a oublié le nom. Ce savant pensait que chaque hémisphère formait un tout complet, et que par conséquent toutes les fonctions étaient doubles, c'est ce qu'il appelait le dualisme humain. Toutes les fonctions du cerveau étaient influencées par l'état d'équilibre ou de non-équilibre des deux hémisphères.

Relativement à la localisation du langage dans un seul hémisphère, M. Gubler pense que la faculté du langage occupe bien réellement le siége que lui attribue le physiologiste, mais que ce siége n'existe pas spécialement à gauche. Les lésions qui siégent au même point mais à droite, ont les mêmes effets, et il existe plusieurs cas confirmatifs à cet égard, ce qui a fait prévaloir l'idée de la localisation à gauche, c'est que les lésions de l'insula sont beaucoup plus fréquentes de ce côté qu'à droite, et il n'y a pas à s'étonner de ce fait ; tout le monde sait, en effet, que certaines affections (pneumonie, pleurésie, hydrocèle, varicocèle, phlegmatia alba dolens, ont une prédilection marquée pour l'un des côtés du corps.

M. LECADRE a observé un fait analogue à celui de M. Azam. Il s'agit d'un enfant, présentant des convulsions, et chez lequel le passage de l'état normal à l'état anormal était marqué par une toux, très-analogue à la toux hystérique, laquelle se manifestait de nouveau lors du retour à l'état normal. — L'enfant, qui n'était pas myope à l'état normal, le devenait immédiatement dans l'état opposé.

M. AZAM pense que la faculté du langage est localisée d'une façon plus précise que ne le croit M. Gubler. Il souhaite que sa communication suscite des réflexions et des réponses.

M. AUBERT (de Lyon) parle de la *castration préventive dans l'ectopie testiculaire*. Il résume deux cas d'ectopie testiculaire (testicule dans l'anneau) qu'il a observés pendant qu'il remplaçait M. Desgranges : les douleurs étaient vives, et M. Aubert a opéré les deux malades : chez le premier, l'opération a eu des suites très-simples et très-heureuses ; le malade a guéri complétement et rapidement (trois semaines). Chez le second malade, l'opération a été pratiquée de même ; mais ce malade est carcinomateux.

La plupart des chirurgiens répugnent à cette opération ; M. Aubert pense qu'il faudrait, au contraire, être porté à la pratiquer ; il appuie son opinion sur trois raisons : 1° Le testicule dans l'aine est à peu près inutile, car s'il confère la puissance, il est nul au point de vue de la fécondation ; 2° les douleurs sont vives et gênantes ; 3° ces testicules sont extrêmement sujets à la dégénérescence cancéreuse ; c'est un point reconnu par Godard, par Curling et par M. Verneuil.

Enfin, on peut ajouter comme quatrième raison, l'innocuité relative de l'opération et la crainte de voir se produire un sarcocèle à l'anneau. La crainte des chirurgiens a pour cause principale la communication péritonéale ; sans doute, elle peut exister, et il faut se précautionner contre elle, mais elle est loin d'être fréquente.

M. DUPRÉ a vu bien des cas de ce genre ; mais il n'a jamais eu recours à l'opération ; il se servait de pelotes concaves, puis au moyen d'une pelote appropriée, il séparait le testicule de la hernie.

M. FRANCK, l'un des secrétaires, donne lecture du mémoire de M. LEUDET. Les conclusions de M. Leudet peuvent se résumer ainsi : 1° dans la tuberculose pulmonaire, on rencontre plusieurs ordres de troubles nerveux périphériques, à déter-

© BIU Santé

mination anatomique soit vague, soit déterminée (névralgies, paralysies périphériques, etc.) ; 2° le zona apparaît dans le cours de ces troubles ; il affecte les mêmes nerfs et fait partie de ses perturbations ; 3° il peut coïncider avec des troubles de la motilité, de la sensibilité, avec atrophie des muscles animés par ces nerfs ; 4° il peut siéger sur le trajet du nerf ou à la périphérie ; 5° on le rencontre surtout dans la tuberculose à évolution lente ; 6° on le rencontre avec le même agrégat de symptômes dans les maladies du cœur, le rhumatisme et l'asphyxie par la vapeur de charbon ; 7° il s'agit probablement là des troubles d'origine réflexe.

M. Verneuil a vu trois fois des zonas du tronc et des membres chez des tuberculeux, et cela l'a beaucoup étonné, car il considère l'herpétisme comme opposé à la scrofule ; mais il s'agissait là d'herpès accidentels : dans deux cas, il y avait des abcès par congestion, symptomatiques de lésions de la colonne vertébrale ; l'éruption était sur le trajet du nerf saphène et du nerf crural. — Dans le troisième cas, le zona siégeait à la poitrine, mais le malade était phthisique, avait un abcès et probablement un mal de Pott en voie de formation. M. Verneuil pense que ces faits peuvent être rapprochés de ceux dont parle M. Leudet.

M. Gubler a été heureux de voir M. Verneuil se servir du mot herpès : on fait, entre les diverses espèces d'herpès, une confusion regrettable et qui se retrouve jusque dans la plupart des récents travaux sur le zona ophthalmique. Le zona est une maladie épidémique, fréquente surtout dans les saisons de transition. Il y a des herpès qui peuvent se grouper en zona, sans être du zona ; ce sont ceux qui, comme le disait M. Verneuil, ont une origine nerveuse : on trouve un cas de ce genre dans Jos. Frank, et le cas de Romberg est bien connu. Mais ce n'est pas là du zona. — Enfin, il faut distinguer les diverses espèces d'herpès auxquelles les tuberculeux sont sujets, et reconnaître d'autre part que le zona vrai peut se rencontrer dans la tuberculose

M. Dagrève a vu le zona épidémique, et il a remarqué qu'alors le fond paraissait plus enflammé que dans les autres circonstances.

M. Houzé de l'Aulnoit (de Lille) a la parole sur *le traitement des foyers purulents par les injections d'eau salée*. Tout le monde connaît la difficulté qu'il y a à évacuer le pus qui séjourne dans les cavités, et notamment dans la cavité pleurale : M. Leudet a fait, à ce sujet, au congrès de Clermont, une communication que l'on a pas oubliée. Ces difficultés, M. Houzé de l'Aulnoit les a rencontrées au plus haut degré dans un cas de pleurésie purulente qu'il a eu à soigner, et dans lequel neuf ponctions, l'empyème, et les lavages les plus variés ne donnèrent aucun résultat. Comme il cherchait un antiseptique efficace, c'est-à-dire, suivant la définition de M. Gubler, un corps ayant une densité supérieure à celle du pus, et exerçant sur les organismes inférieurs une action nocive, tout en demeurant inoffensif à l'égard de l'organisme humain, il pensa à la solution concentrée de chlorure de sodium, dont la densité est supérieure de 1/6 à celle du pus, et qui devait avoir pour effet de soulever le pus et de le ramener à la surface. Le succès justifia ces vues théoriques. L'injection salée chassa une grande quantité de pus qui avait résisté aux lavages, et la guérison fut complète et durable.

M. Houzé de l'Aulnoit insiste sur ce cas seulement, mais il en a bien d'autres (un autre cas de pleurésie, trois abcès profonds de l'abdomen, deux de la fosse iliaque, un de l'excavation pelvienne, un de fracture en V avec foyer purulent, un d'ostéite épiphysaire du tibia, etc.). Il n'insiste pas sur ces faits qui seront d'ailleurs publiés tout au long dans la thèse d'un de ses élèves. — Ce moyen avait si bien réussi dans les foyers purulents qu'il l'a également appliqué au traitement des plaies.

Cette application du sel n'est mentionnée nulle part, sauf dans l'ouvrage de M. Rochard : elle a été tentée dans un grand service hospitalier d'Anvers par M. Devandre, et cette pratique a fait l'objet d'un compte-rendu élogieux de M. Am. Latour. Enfin, M. Houzé de l'Aulnoit ajoute que ces injections sont peu douloureuses ; elles le sont moins que celles qu'on fait avec l'eau alcoolisée.

M. Potain ajoute un cas à ceux qui viennent d'être cités ; il s'agit d'un kyste hydatique du foie avec suppuration abondante, et qui, traité par cette méthode, s'est terminé par la guérison. Il pense que si l'on a tant négligé l'emploi du sel, c'est peut-être parce qu'il passe pour un remède de bonne femme.

M. Dupré a employé autrefois dans des cas analogues le sel associé au sulfate de zinc.

M. Azam demande à M. Houzé de l'Aulnoit si le sel agit comme désinfectant, ou seulement par la densité de la solution, enfin comment il agit.

M. Houzé de l'Aulnoit répond que le sel a une action multiple, qui s'exerce sur la paroi, sur les globules rouges et sur les leucocytes : il jouit d'une action nutritive spéciale ; on connaît les belles expériences de M. Boussingault sur ce point ; on sait que le sel excite l'assimilation, et qu'il suffit d'en augmenter la proportion dans la ration des animaux pour voir ceux-ci engraisser. Si l'on cherche l'action de la densité, il faut employer la solution saturée, en dehors de ce cas on obtient de bons résultats avec 100 à 200 grammes par litre.

M. Cabello y Bruller a, dans des cas analogues, employé l'eau de mer avec de très-bons résultats.

M. Rochard a été conduit à des conclusions tout à fait opposées à celles de M. Cabello. Ses confrères de la marine et lui-même savent que les petites plaies, les écorchures s'éternisent sous l'influence de l'eau de mer ; — quant à l'eau de mer en injections, M. Rochard, ne l'ayant jamais employée, ne peut se prononcer à cet égard.

M. Lecadre signale à son tour les fâcheux effets de l'eau de mer sur les plaies ; il reconnaît toutefois qu'elle rend des services dans certaines affections, notamment dans la conjonctivite légère.

M. Houzé de l'Aulnoit pense que les inconvénients de l'eau de mer dans le traitement des plaies peuvent être dus à la petite quantité de sable qu'elle contient ; le sel gris en contient aussi ; c'est pourquoi il le repousse et n'emploie jamais que le sel parfaitement blanc.

Après une courte observation de M. Cabello, M. de Pietra-Santa signale quelques travaux qui complètent la bibliographie du sel, dont l'application est journalière en Italie ; il vante les bons effets de l'eau de Salès.

M. Gubler répond que ces faits sont bien connus, et que la France possède des sources analogues, notamment Salies-de-Béarn. La discussion est close après de courtes observations de MM. Nivet et Rochard.

La séance est levée à 11 h. 1/2. — L'ordre du jour étant excessivement chargé, la section consultée a décidé, sur la proposition du Président, que le lendemain 27 août, il y aurait deux séances, l'une le matin à l'heure ordinaire, l'autre à 1 heure 1/2 de l'après-midi.

Séances du 27 août. — Présidence de M. Teissier.

Le procès-verbal est lu par M. Richard, l'un des secrétaires, et adopté.

M. Verger a la parole sur un cas d'*Expulsion d'un corps étranger œsophagien à l'aide des vomissements provoqués par l'apomorphine*. Il s'agit d'un enfant ayant avalé un noyau de prune qui était resté dans l'œsophage, et chez lequel l'ipéca n'avait produit aucun effort de vomissement. M. Verger demanda l'avis d'un confrère, et comme ni l'un ni l'autre n'avaient sous la main les instruments propres à l'extraction, ils se décidèrent à employer l'apomorphine en injections sous-cutanées. Deux injections furent faites, représentant une dose totale de 2 milligr. 1/2 Les vomissements ne tardèrent pas à survenir et le corps étranger fut expulsé. L'enfant s'endormit bientôt, présenta de la résolution, de l'obtusion intellectuelle ; le pouls était petit, la respiration normale, et après l'administration d'une infusion de café, tout rentra dans l'ordre. M. Verger fait remarquer que la dose employée est bien inférieure à celles qu'indiquent les auteurs, qui permettent d'aller jusqu'à 5, 6, 10 et même 12 milligr. C'est là une application nouvelle de l'apomorphine, qui pourra être utilement employée tant que la nature même du corps étranger ne contre-indiquera pas les vomissements.

M. Gouguenheim lit une note *Sur l'œdème de la glotte dans la phthisie laryngée*. L'œdème de la glotte a longtemps passé pour une des complications fréquentes de la phthisie laryngée ; on a déjà fait justice de beaucoup de ces cas, et il n'y a peut-être là, le plus souvent, qu'une erreur d'anatomie pathologique. M. Gouguenheim a examiné beaucoup de larynx d'individus morts dans ces conditions, et il n'a pas trouvé d'œdème de la glotte ; il y avait des bourrelets, de l'hyperplasie, voilà tout.

On pourra déduire de ces faits des considérations thérapeutiques importantes. Est-ce à dire que l'œdème laryngé soit inobservable dans la tuberculose du larynx ? Non, mais il est rare. Parmi les signes observés, il n'en est aucun qui soit pathognomonique de l'œdème. Enfin, les expériences que M. Gouguenheim a instituées de concert avec M. Frank ne sont pas non plus favorables à l'idée de l'œdème glottique. L'orateur résume un certain nombre d'observations qui viennent à l'appui de l'opinion qu'il soutient.

© BIU Santé

M. Gubler pense aussi que l'on a beaucoup trop facilement admis l'œdème de la glotte dans la tuberculose laryngée D'abord, il n'y a pas d'œdème de la glotte proprement dite : il n'y a que des œdèmes de l'orifice supérieur du larynx; l'exhalation se fait notamment à la face supérieure de l'épiglotte, où le tissu cellulaire est lâche; et alors l'épiglotte se replie à la façon d'un cornet d'oublie : dans l'expiration le cornet se déplie, dans l'inspiration, ses bords se rapprochent

M. Lailler dit que M Gouguenheim semble faire de l'œdème de la glotte une maladie presque spasmodique; or, dans l'œdème glottique, lorsqu'une syncope se produit, le spasme devrait se résoudre; or, il n'en est rien : la respiration continue à être gênée, surtout l'inspiration.

M. Gouguenheim répond qu'il n'a nullement parlé de spasme, mais bien de paralysie glottique; peut-être y a-t-il dans certains cas une compression du pneumogastrique : cela est vraisemblable, mais il reconnaît que ce point reste à vérifier. L'œdème de la glotte, en effet, tel qu'on le constate ne suffit pas à provoquer les accidents formidables qui le caractérisent. Il y a évidemment là un élément nerveux.

Répondant ensuite à M. Gubler, M. Gouguenheim insiste sur ce fait qu'il a observé, que chez les tuberculeux laryngés, les replis aryténo-épiglottiques sont immobiles. Il résulte, d'autre part, des expériences qu'il a faites avec M. Frank que, contrairement à l'opinion de M. Gubler, l'œdème peut se produire dans le larynx.

M. Teissier (de Lyon) fait une communication sur *les effets thérapeutiques de la digitale* On a fait sur la digitale de nombreux et importants travaux, et cependant il règne encore, sur la question de ses indications et de ses contre-indications, une grande confusion capable de causer aux jeunes médecins de grands embarras. Tandis que certains auteurs réservent exclusivement la digitale au traitement des lésions mitrales, d'autres en font le médicament par excellence des affections aortiques. Vers 1840, sous l'influence des idées de M. Bouillaud, on voyait dans la digitale un médicament exclusivement sédatif. Plus tard, on vint dire que la digitale galvanisait les nerfs du cœur et augmentait la tension artérielle, et M. Gubler écrivit que la digitale était non pas l'opium, mais le quinquina du cœur.

En se basant sur une expérience clinique de trente-cinq ans dans les hôpitaux de Lyon, M. Teissier est arrivé à conclure qu'il y a peu ou point de lésions cardiaques auxquelles elle ne convienne pas, et qu'elle devient tour à tour sédative et stimulante, suivant l'état du cœur.

Si l'on veut avoir la preuve de cette adaptation, on la trouvera dans l'examen des tracés sphygmographiques. M. Teissier montre des tracés appartenant à des affections très-différentes, et par conséquent très-différents eux-mêmes : si l'on veut mettre en regard les tracés fournis par le pouls de ces mêmes cardiaques après l'administration de la digitale, on verra que les uns et les autres, chacun dans le sens voulu, tendent à se rapprocher du tracé physiologique.

En somme, M. Teissier ne trouve de contre-indications à l'emploi de la digitale ni dans les affections aortiques, non plus que dans l'hypertrophie. Quant aux affections du cœur droit, elles ne peuvent que bénéficier de l'emploi d'un médicament qui augmente la *vis a tergo*, et active du même coup la circulation veineuse.

Il n'y a donc pas de lésion cardiaque qui ne soit justiciable de ce médicament, qui, par ses effets toniques ou sédatifs, suivant les cas, devient le véritable régulateur de l'activité cardiaque. Il n'y a guère que l'état agonique, ou le ralentissement énorme du pouls (30 à 35 pulsations), que l'on doive considérer comme des contre-indications.

M. Gubler répond que la digitale est en effet un tonique du cœur, mais qu'il faut chercher si cette action tonique est directe ou si au contraire elle est détournée; il est probable qu'elle est détournée. En effet, les cas où elle réussit le mieux sont ceux où il y a le plus de désordres cardiaques; et cela tient en ce que toutes les fois qu'on espace le nombre des pulsations cardiaques on en augmente l'énergie. Ce désordre cardiaque n'exclut par la faiblesse : tout le monde sait qu'il y a une grande différence au point de vue de la force entre le choc du cœur et les pulsations artérielles ; et nous avons tous vu des cas, où tandis que le cœur battait violemment, le pouls restait petit et faible. — C'est dans ces cas que l'action tonique est avantageuse; aussi la digitale intervient-elle utilement quand le désordre cardiaque est la note dominante.

Mais si au contraire il y a une sorte de paralysie du cœur, la digitale est impuissante. M. Gubler n'insiste pas ; ce ne serait pas trop d'un congrès tout entier pour cette seule question. Quant aux tracés, rien n'est plus décevant, la position du sphygmographe par rapport à l'artère pouvant les modifier pour ainsi dire du tout au tout.

Ces réserves faites, M. Gubler admet, avec M. Teissier, que la digitale rend des services dans presque toutes les affections cardiaques : les véritables contre indications selon lui sont la faiblesse fondamentale du cœur, les irrégularités du rhythme, ce qu'on pourrait appeler la cardioplégie.

M. Teissier est heureux de voir ses idées adoptées, sous de très-petites réserves par M. Gubler; il pense qu'il est très-utile aux jeunes praticiens de savoir que la digitale peut leur rendre de grands services, et qu'elle n'est pas, comme on l'a dit, une arme à double tranchant.

M. Gubler fait une communication sur la *Ténopathie saturnine*. Déjà, en 1867, il a fait connaître l'existence de lésions de la face dorsale des mains chez les saturnins ; il avait pu croire un instant qu'il s'agissait là d'enchondrômes; mais il reconnut bientôt que c'étaient des lésions tendineuses. Etait-ce le plomb qui produisait directement ces lésions, ou bien relevaient-elles de la paralysie? M. Gubler adopta cette dernière opinion, dans laquelle il fut confirmé par un fait qu'il observa peu après et dans lequel des lésions tendineuses analogues s'étaient manifestées chez un malade frappé d'hémiplégie de cause cérébrale. S'agissait-il de la goutte saturnine décrite par Garrod? La réponse ne pouvait se trouver que dans la vérification anatomique : M. Gubler eut bientôt occasion de la faire, et ne trouva ni dépôts ni tophus. Voici ce qui résulte de l'examen des tendons ; du côté de la surface, couches concentriques de formation récente ; au centre, un cylindre ramolli, véritablement nécrosé ainsi que le démontra l'examen histologique pratiqué par Legros. La goutte se trouvait donc mise hors de cause, et il s'agissait d'une génération concentrique avec destruction centrale.

Il faut signaler l'influence manifeste du froid sur la production de ces lésions tendineuses, qui sont consécutives à des altérations de nutrition, peuvent succéder aux paralysies du membre supérieur, quelle qu'en soit l'origine.

Toutefois, on pourrait chez les saturnins, invoquer une cause mécanique, à savoir, le surcroît de fatigue que supportent les tendons fléchisseurs par suite de la paralysie des extenseurs. Quant à la goutte saturnine, M. Gubler n'en a jamais vu, et il est étonné qu'il y ait entre la France et l'Angleterre une si grande différence qu'une maladie qu'il n'a jamais rencontrée en France, puisse être si fréquente de l'autre côté de la Manche.

M. Verneuil pense que ces questions de pathogénie ont un grand intérêt. Le lien commun de tous ces faits de lésions tendineuses, c'est l'existence d'une paralysie antérieure. M. Verneuil croit que c'est le poison qu'il faut accuser : il y a bien un autre poison, le virus syphilitique, qui donne des résultats presque analogues, et produit des tumeurs tellement semblables que le diagnostic différentiel est parfois extrêmement difficile. Pourquoi le plomb ne se déposerait-il pas là, puisqu'il se dépose bien dans les os, où l'on voit des ostéites saturnines.

M. Lépine s'étonne que M. Gubler n'ait jamais vu de goutte saturnine; on en a publié des cas dans lesquels il n'y avait pas seulement de la ténosite, mais des symptômes goutteux parfaitement authentiques. Si M. Gubler n'en a jamais rencontré, cela tient peut-être à ce que les saturnins de Beaujon sont principalement fournis par la manufacture de Chichy, qui ne donne guère que des maladies aiguës à la Charité, que fréquentent bien plus les saturnins chroniques, on a plus de chance d'observer la goutte plombique.

M. Féréol a vu la goutte saturnine et partage l'étonnement de M. Lépine. Il en a actuellement un cas dans son service, et il en a eu cette année un autre cas très-net avec autopsie.

Un membre, dont nous n'avons pas saisi le nom, dit que pendant ses études, bien qu'il ait été à l'hôpital Beaujon, il n'a jamais observé les faits dont on vient de parler, mais depuis, il les a fréquemment rencontrés dans un village presque exclusivement peuplé de potiers; il a pu observer aussi l'hypertrophie des os dans le saturnisme.

M. Gubler, répondant à M. Verneuil, dit qu'il suffit qu'il y ait une seule catégorie de cas sans intoxication (les cas *à frigore*, par exemple) pour que cette cause ne puisse être invoquée.

En réponse à MM. Lépine et Féréol, il déclare qu'il ne conteste pas l'existence de la goutte chez les saturnins, mais seulement le rapport de cause à effet, et il se base sur une expérience de 23 ans.

M. de Cyon a la parole sur la *Théorie des actions nerveuses modératrices*. Il est heureux que sa communication touche par certains côtés à celle qui a été faite par M. Teissier sur les effets de la digitale: celle-ci, en effet, excite le pneumogastrique qui régularise le cœur. L'action des nerfs modérateurs est assez difficile à comprendre; car on ne conçoit guère un

© BIU Santé

nerf qui empêche un mouvement. On a essayé d'expliquer leur mode d'action par deux hypothèses :

Dans la première, l'action du nerf modérateur consisterait à empêcher les excitations de passer au travers des ganglions et de parvenir jusqu'aux nerfs moteurs ; en un mot, la résistance aux excitations serait augmentée ; il faut avouer qu'il est assez difficile de comprendre en quoi cette résistance peut consister.

Dans la seconde hypothèse, l'action des nerfs modérateurs se produirait en vertu d'une sorte d'interférence. M. de Cyon pense que cette seconde hypothèse est celle qu'il faut admettre ; elle devient surtout acceptable et même probable, si l'on peut démontrer la possibilité pour un nerf moteur de devenir modérateur. Or, c'est précisément cette démonstration qui résulte des expériences instituées par M. de Cyon, dans le laboratoire de M. Paul Bert, et dont il donne à la section une explication sommaire.

M. Onimus est d'avis qu'il n'y a pas, à proprement parler, de nerfs modérateurs; tous les nerfs peuvent devenir des nerfs d'arrêt : ils agissent en vertu d'une activité momentanée qui, mise en mouvement d'une façon exagérée ou trop répétée, finit par disparaître. Si l'on excite le pneumo-gastrique au moyen des excitants ordinaires, on arrête le cœur, mais cela tient à ce que le pneumo-gastrique fait partie d'un système automatique, qui peut fonctionner un certain nombre de fois par seconde, mais qui s'arrête si on le surmène.

Après une courte réponse de M. de Cyon, M. Arloing cite des exemples de nerfs modérateurs pris en dehors des systèmes rhythmiques, et M. Onimus reconnaît qu'il y a là une erreur de langage; il a voulu parler des systèmes à fibres lisses.

M. Lecadre fait une comunication sur *la rage ;* il indique succinctement les faits suivants : *la rage* est contagieuse, et, pour ainsi dire, épidémique, en ce sens qu'elle reparaît d'une façon marquée à des époques plus ou moins éloignées, pour disparaître ensuite subitement ; il rappelle quelques-uns des faits cités dans le très-important rapport de M. Proust ; il insiste sur ce fait que la rage ne se transmet guère quand la partie mordue était recouverte par les vêtements. Les animaux qui deviennent le plus souvent enragés sont le chien, le chat, le loup, puis, bien au-dessous d'eux, le renard. La rage passe pour ne pas exister chez les herbivores : on l'a cependant observée chez une vache. — Deux faits importants sont aujourd'hui établis : 1° l'homme enragé ne cherche pas à mordre; 2° la rage ne se développe pas spontanément Puisque nous sommes réduits aux mesures préventives, il faut prendre de bonnes mesures de police et en assurer l'exécution.

M. de Pietra-Santa insiste longuement sur les mesures de police municipale, et s'étend non moins longuement sur un fait déjà connu de transmission de la rage par des pratiqus peu avouables.

La séance est levée à onze heures et demie.

Séances du 28 août 1878 (matin). — Présidence de M. Teissier.

M. Chibret lit un article intitulé : *Contribution à l'étude de l'histoire du glaucome*, il arrive aux conclusions suivantes : 1° un œil glucomateux opéré d'iridectomie, peut devenir astigmate quand l'opération a été insuffisante à enrayer le glaucome ; 2° cet astigmatisme est causé par la déformation de la cornée ; cette déformation est elle-même la conséquence d'une ectasie de la cicatrice sclérotical laissée par l'iridectomie; 3° l'iridectomie agit probablement en déterminant la pression dans le système choroïdien et en l'augmentant dans la chambre antérieure, grâce à une filtration à travers la cicatrice irienne. Dans les cas où cette filtration est suffisante et où l'excrétion par la voie de Leber est insuffisante, il se produit de l'astigmatisme.

M. le Dr Milliot fait une communication sur l'*Extraction de fragments de projectiles des plaies, au moyen de l'électro-aimant.* — L'auteur se sert d'une pile de quatre éléments ordinaires, en communication avec un électro-aimant, renfermé dans une gaine en bois qui le rend maniable : on ajuste au bout de ce manche une série de sondes en fer doux, le projectile adhère solidement à l'électro-aimant, à moins qu'il n'y ait des parties molles interposées.

M. le Dr Dor lit un travail sur l'*Hygiène de la vue dans les écoles de Lyon.* — L'auteur a examiné dans ce but les élèves du Lycée de Lyon (au nombre de 1016), faisant deux classes de ses observations, il a pu s'assurer que l'âge et la race avaient une grande influence sur le développement de la myopie.

M. Lecadre, rappelle que des recherches semblables ont été faites dans les écoles du Havre : il lui a semblé que la myopie est plus rare, relativement, chez les jeunes enfants qu'à un âge plus avancé, et que l'emploi du gaz dans les écoles est une cause puissante d'altération des yeux.

M. Dor répond que, pour lui, le gaz n'est nuisible à la vue que s'il est mal employé : dans ses recherches, il a employé l'ophthalmoscope à réfraction.

M. Meyer croit qu'avant peu des ordres administratifs permettront de pratiquer ces examens des yeux dans toutes les écoles de France ; ces visites ophthalmologiques devraient même suivre un certain ordre et être répétées de temps à autre, car tel enfant n'est pas myope à une époque qui peut le devenir au bout d'un certain temps.

M. Meyer croit bien à l'influence de la race et de l'âge, mais aussi à celle du genre de travail. Il voudrait faire parvenir des conseils à ce sujet partout où l'on s'occupe de l'éducation des enfants.

M. Gubler insiste sur la différence qu'il y aurait à faire entre la myopie du jeune campagnard et celle que peut acquérir l'élève des villes.

M. Dor répond que pareille différence a été faite en Allemagne et en Russie et qu'il n'a voulu par sa communication que provoquer de semblables recherches en France.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Dapère, Dor et Verneuil, le Congrès est d'avis que le président soit, auprès du ministre compétent, l'interprète d'un vœu tendant à faire examiner les yeux des enfants des écoles de France.

Election d'un président pour 1879. — Sur 60 votants, M. Gubler obtient 42 voix, M. Potain, 17, M. Nivet, 1. M. Gubler est élu président.

Election d'un délégué pour 3 ans. — Elu : M. Bergeron (Jules).

Election d'un membre de la Commission des subventions. — Elu : M. Bergeron.

M. Nivet présente un forceps dont il a modifié les branches pour en faire un crochet de telle sorte qu'après leur réunion elles forment une anse qui ne peut blesser ni la mère ni le chirurgien.

M. Lancereaux lit un travail sur les *Pleurites en général* et sur celle *a frigore* en particulier. L'auteur rappelle sa division des pleurites en *exsudatives*, *suppuratives* et *prolifératives* ou adhésives. Dans le 1er groupe, il range les pleurites rhumatismales, *a frigore*, etc. Dans le second, les pleurites par perforation, puerpérales, pyohémiques ou septiques ; dans le troisième, les pleurites membraneuses, tuberculeuses, gommeuses.

M. Pozzi fait remarquer l'analogie qui existe entre la classification de M. Lancereaux pour les pleurites et celle de M. Gosselin pour les arthrites et les synovites.

M. Lancereaux est de cet avis, il voudrait étendre cette classification aux séreuses et même au tissu conjonctif.

M. Constantin Paul, fait une communication sur *un nouveau procédé de mensuration du cœur*. Le principal reproche qu'il fait aux travaux anciens est de prendre comme guide la seule percussion, ce qui peut induire en erreur, parce que la matité absolue du cœur se confond avec celle du foie.

Pour arriver à son procédé, M. Paul a d'abord recherché quels étaient les rapports exacts du cœur avec la paroi antérieure de la poitrine; il a constaté que les points fixes étaient la veine cave inférieure, immobilisée par le diaphragme, ce qui n'est signalé nulle part, et la veine cave supérieure ; la pointe répond à la cinquième côte ou au sixième espace intercostal, à huit centimètres de la ligne médiane ; quant au mamelon, c'est le point de repère le plus mauvais que l'on puisse imaginer. En cas d'hyperthrophie cardiaque le bord droit du cœur reste toujours à la même place ; c'est la pointe qui se porte sur la gauche, en descendant un peu par suite du poids du cœur.

M. Gubler ne peut entendre sans protester les assertions de M. C. Paul, relatives à M. Bouillaud. Alors qu'il était chef de clinique, M. Gubler a vu son maître Bouillaud s'assurer par la palpation de la poitrine de la position du cœur et de son volume.

Une discussion s'engage entre MM. C. Paul et Potain ; M. Paul main-

© BIU Santé

tient ses conclusions, et croit que son système de percussion donne des résultats plus précis.

M. Talrich montre des pièces anatomiques représentant : 1° Une étude nouvelle et complète de myologie humaine, faite sur quatre sujets, et quelques préparations complémentaires. 2° Une étude des circonvolutions cérébrales de dimensions doubles de celles de la nature, modelée d'après les indications de M. Mathias Duval.

Séance de l'après-midi.

Le procès-verbal de la séance du matin est lu par l'un des secrétaires M. Cartaz, que M. le Président félicite de l'activité qu'il a déployée.

M. Nivet fait une communication sur l'*Étiologie du goître chronique*. Il rappelle qu'il a déjà entretenu la section au congrès de Clermont de l'étiologie du goitre en général. On applique aujourd'hui au goître, et avec raison, la pathogénie générale des affections des organes glandulaires, et l'on renonce à chercher une cause spécifique, qui, vraisemblablement n'existe pas. Mais quand le goître aigu existe, quelle que soit sa cause, comment passe-t-il à l'état aigu. Dans son remarquable rapport, M. Bergeron a parfaitement indiqué l'action prédominante du froid en pareil cas. La plupart des goîtres aigus, quand ils surviennent chez des individus qui ne sont ni scrofuleux, ni lymphatiques guérissent assez bien par le simple emploi de cravates chaudes. Mais sous l'influence du lymphatisme, le goître chronique ne peut que se propager. Le meilleur moyen d'arrêter cette propagation, c'est l'émigration vers les localités où le goître n'est pas endémique. — L'hérédité joue un grand rôle et la guérison du goître chronique ou du goître aigu des scrofuleux n'est pas facile à obtenir.

M. Bergeron dit qu'après le très-important rapport de M. Baillarger, on a constaté qu'on ne savait pas grand chose sur le goître endémique. La multiplicité des causes exclut à peu près l'idée d'une cause spécifique. Mais il est un point qu'il faut noter, c'est que le goître endémique et le goître épidémique ne coïncident jamais ; quant au goître exophthalmique, on sait qu'il faut ici le mettre entièrement hors de cause. M. Nivet insiste beaucoup sur l'action du froid ; cette influence est très-probable, et cela d'autant plus qu'elle est exclusivement cosmique et non tellurique.

M. Nivet ajoute quelques considérations sur la distribution topographique du goître.

M. Dupré demande à M. Nivet ce qu'il pense du traitement iodé, et voudrait savoir ce qu'il faut penser de la vieille opinion qui attribue l'endémicité du goître à l'absence d'iode dans l'eau.

M. Nivet répond que l'absence d'iode dans l'eau n'entraîne pas l'existence du goître dans les localités, et que d'autre part le goître existe dans des endroits où l'eau contient suffisamment d'iode.

M. Petit lit une note *sur les opérations palliatives chez les cancéreux*. Ces opérations, dont les principales sont l'œsophagotomie, la trachéotomie, la gastrotomie, l'entérotomie, la rectotomie sont le plus souvent pratiquées à titre palliatif, se terminent souvent par la mort à bref délai, mais il faut reconnaître que, dans un certain nombre de cas, elles rendent quelque service.

On accuse beaucoup la gastrotomie ; mais on n'y a guère recours qu'à la dernière extrémité : ne serait-ce pas pour cela qu'elle est si désastreuse ? Sur les 31 cas que M. Petit a pu réunir il n'y a, à la vérité, que quatre guérisons ; mais on a opéré sur des malades dont la plupart étaient dans le marasme, et tout le monde sait que les animaux en inanition supportent fort mal le traumatisme (Chossat, Cl. Bernard).

M. Petit analyse sommairement les observations et fait ressortir l'état où se trouvaient les malades au moment de l'opération. Dans la plupart des cas, on a trouvé non-seulement des lésions secondaires dans les viscères, mais encore les lésions propres aux cachexies.

Il faudrait adopter dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage un mode de traitement tout différent du mode actuel. La plupart des manœuvres employées et même les lavements alimentaires ne servent qu'à faire perdre un temps précieux. Il faudrait opérer quand le malade est encore dans de bonnes conditions de résistance.

Les autres opérations donnent des résultats bien plus avantageux, la trachéotomie par exemple qui a donné 36 succès sur 48 opérations. Toutefois il faut un peu se défier des chiffres ; car toutes les opérations ne sont pas mentionnées, et l'on peut craindre que les insuccès surtout ne soient passés sous silence. En somme, les complications viscérales sont une contre-indication aux opérations palliatives chez les cancéreux ; pour cette raison, aussi bien que pour les autres motifs qu'il vient d'exposer, M. Petit pense qu'il faut préférer les opérations précoces.

M. Daremberg ne pense pas comme M. Petit que l'on perde son temps quand on donne des lavements alimentaires. Un médecin allemand a proposé, il n'y a pas très-longtemps, d'administrer par la voie rectale des aliments macérés avec des fragments de pancréas. M. Daremberg a retiré des avantages marqués de lavements avec des aliments préalablement traités par la pepsine et la pancréatine.

M. Dujardin-Beaumetz ne partage pas l'opinion de M. Daremberg, relativement à la possibilité de nourrir les malades au moyen de lavements alimentaires. Dans un cas de cancer du pylore il a essayé d'administrer en lavement les aliments à demi digérés que rejetait le malade. Mais, au bout de quelque temps, le rectum refuse les aliments et s'enflamme ; il se produit une véritable rectite. M. Daremberg a été heureux, mais il ne faut pas trop compter sur ce genre d'alimentation. En réponse à M. Petit au sujet de la trachéotomie, il fait remarquer que les chirurgiens sont très-divisés sur l'opportunité de l'ouverture de la trachée, parce que quelques-uns d'entre eux pensent que, dans ce cas, il y a évidemment des tubercules pulmonaires.

M. Daremberg fait remarquer que le procédé adopté par M. Dujardin-Beaumetz n'était peut-être pas très-rationnel : il a administré en lavement des aliments à demi digérés par *un cancéreux*, et acides ; or, les aliments acides sont toujours irritants ; en outre ces aliments manquaient absolument d'un élément essentiel à la digestion, la pancréatine. Il pense qu'on évite facilement tous les petits inconvénients inhérents à la méthode en donnant fréquemment de petits lavements additionnés de laudanum.

M. Dujardin-Beaumetz fait observer que son malade était, à la vérité, cancéreux, mais que l'estomac était sain.

M. Dupré demande si l'on ne pourrait pas injecter des aliments à demi digérés par les animaux, et au besoin les alcaliniser.

M. Petit reconnaît que les cas où l'on a réussi à sustenter les malades pendant un certain temps au moyen de l'alimentation rectale, sont très-rares.

M. Chassagny (de Lyon) fait connaître un nouvel appareil de *compression méthodique*. Il rappelle les avantages incontestés de la compression en chirurgie et les difficultés que l'on rencontre dans l'application de la compression méthodique et uniforme. C'est pour obvier à cet inconvénient qu'il a construit les appareils qu'il présente, et dont il a approprié les divers modèles à toutes les régions. Ces appareils sont de véritables manchons formés de deux lames de caoutchouc soudées sur les bords de l'appareil, séparées dans tout le reste de la surface ; à l'aide des tubes qui y sont attachés, on introduit entre les deux lames du caoutchouc de l'air ou de l'eau suivant les indications. Puis, par-dessus le manchon de caoutchouc, on met un second manchon qui est en étoffe inextensible et que l'on peut lacer, en graduant ainsi la compression à volonté. Ces appareils rendent de grands services dans certaines affections phlegmasiques au début, la compression ne ressemble en rien à celle que l'on obtient à l'aide des bandages ; elle n'est pas désagréable, et ne cause qu'une très-légère sensation d'engourdissement ; les muscles sont pour ainsi dire condamnés au silence, et ne tentent aucun mouvement. Dès le début, M. Ollier souleva une objection qui semblait logique, mais que l'expérience a fait évanouir : il disait que lorsque la compression ne commence pas par l'extrémité du membre, on est exposé à des engorgements, à des œdèmes ; or, ces accidents ne se montrent pas, et cela est dû à la disposition légèrement conique que prend l'appareil. Le mode de compression rend de grands services dans l'entorse, ainsi que dans le coup de fouet avec larges ecchymoses ; dans ce dernier cas, les taches ecchymotiques deviennent unicolores, et cela suffirait à démontrer la régularité de la compresssion.

M. Dupré félicite M. Chassagny, dont il connaît de longue date l'ingéniosité : mais il demande si cette compression sera suffisante dans certains cas de tumeurs, de tumeurs du sein par exemple. M. Chassagny ayant répondu que l'expérience a prononcé, M. Dupré se déclare satisfait.

M. Marcé fait une communication relative au *Traitement de certaines déviations utérines* : il ne cherchera pas, comme on l'a fait souvent, s'il convient de s'adresser d'abord à la déviation et ensuite aux symptômes qu'elle détermine, ou s'il convient de procéder inversement, sans résoudre cette question, il se

© BIU Santé

propose d'envisager le côté purement mécanique de la question. Il propose de remédier à certaines déviations utérines à l'aide d'un petit appareil qu'il a imaginé, et qu'il présente à la section. Cet instrument a la forme d'un pessaire en selle ; mais au moyen d'une ingénieuse disposition imaginée par M. Marcé (une tige aboutissant à une sorte de crémaillière), on peut, en introduisant un seul doigt dans le vagin, relever ou abaisser à volonté la portion du pessaire qui soutient l'utérus. L'introduction de l'appareil est d'ailleurs aussi facile que celle d'un pessaire ordinaire. Toutefois, M. Marcé n'a pas encore expérimenté cet appareil, au sujet duquel il reçoit les félicitations de M. Dupré.

M. Franck, secrétaire, lit les conclusions d'un travail de M. Delmas (de Bordeaux) sur les *Applications thérapeutiques du froid et de la chaleur*. (La place nous manque pour reproduire les conclusions assez longues de ce travail que M. Delmas a d'ailleurs fait libéralement distribuer aux membres de la section).

A propos de ce travail, M. Chapman rappelle les avantages multiples que l'on peut retirer de l'application du froid sur la colonne vertébrale : il y a là des résultats thérapeutiques qu'il ne faut pas perdre de vue. Au moyen de ces applications, on peut obtenir le relâchement des muscles involontaires ; on active la circulation périphérique et par conséquent la chaleur (il cite à ce sujet des observations concluantes).

Il rappelle que le Dr Playfair a dû, à ce moyen, des succès remarquables dans le traitement des vomissements des femmes enceintes. On peut, par le même procédé, diminuer la tension des muscles volontaires, les crampes nocturnes par exemple, — et même les crampes du choléra, — ainsi que les convulsions infantiles. On obtient encore d'heureux effets contre l'élément spasmodique dans la méningite cérébro-spinale, dans les névralgies et les hyperesthésies, et l'eau froide appliquée sur le rachis agit en diminuant la sensibilité. On sait aujourd'hui que la glace arrête la diarrhée, et les avantages de l'eau froide dans la spermatorrhée, signalés par M. Charcot, sont confirmés par l'expérience de l'orateur.

M. Pennès présente une *préparation antiseptique*, ainsi que des produits organiques conservés au moyen de cette préparation.

M. Vieusse lit une note *sur la communication arachnoïdienne avec la capsule de Ténon*. Il s'agit d'un soldat qui présentait depuis quelque temps une diminution de la vue à gauche. En pressant un peu sur l'œil, on le sentait fuir et se réfugier dans l'orbite ; les mouvements oculaires étaient d'ailleurs normaux ; il n'y avait pas de déviation ; rien du côté du cerveau. Mais il est incontestable que la masse adipeuse normale n'existe plus au fond de la cavité orbitaire. On admit alors une communication de la cavité arachnoïdienne avec la capsule de Ténon, et M. Legouest, qui eut occasion de voir le malade pendant sa tournée d'inspection à Angoulême, parut partager cet avis. Suivant M. Vieusse, le liquide sous-arachnoïdien pénétrerait dans la capsule ; quant à la voie de communication, ce serait la fente sphénoïdale. Le malade se porte bien actuellement.

M. Dupré pense qu'en présence d'un fait aussi bizarre, il ne faudrait rien moins que l'autopsie pour lever les doutes.

M. Nepveu fait une communication sur le *Squirrhe de la glande séminale*. Cette affection, niée par Rindfleich, a été entrevue par Astley Cooper et signalée par Curling. M. Nepveu a pu en observer deux cas, dont il résume l'observation.

Cette affection paraît se montrer d'ordinaire vers l'âge de 40 ans ; le début est souvent insidieux, et le diagnostic même de la lésion souvent obscur. La forme du testicule est habituellement conservée ; la dureté de l'organe est considérable, sa surface quelquefois inégale, on ne trouve guère que quelques grammes de sérosité dans la vaginale, qui est quelquefois adhérente. Les troubles fonctionnels sont en général peu marqués ; l'évolution est lente (2 à 8 ans).

Les cellules dérivent de l'épithélium testiculaire ; la généralisation est rarement viscérale, mais ordinairement ganglionnaire. Le diagnostic différentiel est à faire avec l'orchite syphilitique et le testicule tuberculeux.

On pratique rarement la castration pour cette lésion, cependant une intervention chirurgicale précoce serait avantageuse. Malheureusement les signes de début sont tellement délicats à apprécier que le chirurgien a quelque peine à se décider à l'opération sur des indices toujours faibles ou douteux.

M. Dupré présente des appareils de deux ordres : 1° des bandages pour la contention des hernies inguinales et crurales réductibles ; 2° des suspensoirs pour le maintien des hernies scrotales irréductibles. Il dépose sur le bureau une note explicative, et répond à quelques observations de M. Chassagny.

M. Ollive dépose sur le bureau, au nom de M. le professeur Laënnec (de Nantes), un très-bel album de photographies normales et pathologiques. — M. le président prie M. Ollive d'être auprès de M. Laënnec l'interprète des remerciements de la section.

La séance est levée à 4 heures 1/2.

Séances du 29 août.

Séance du matin. — Présidence de M. Teissier.

Le procès-verbal est lu par l'un des secrétaires, M. Petit, et adopté. M. le Président présente à la section des moulages anatomiques dus à M. Talrich.

M. Livon fait, en son nom et au nom de M. Cazeneuve, une communication *sur la physiologie de l'épithélium vésical*.

Il rappelle la théorie de Küss et les expériences de Susini, et indique les procédés expérimentaux employés par M. Cazeneuve et lui. Les expériences ont été très-nombreuses (plus de 60) et les deux expérimentateurs sont arrivés à la conclusion que l'épithélium vésical n'absorbe rien à l'état normal, mais que l'absorption peut se faire quand la muqueuse a été lésée.

M. Gubler est heureux de voir que les résultats expérimentaux coïncident avec ceux de la clinique, et rappelle les conclusions analogues de la thèse d'Alling.

M. Aubert (de Lyon), qui s'est occupé et s'occupe encore de l'absorption par les épithéliums, croit que les orifices glandulaires sont les véritables voies de cette absorption, qui est par conséquent nulle dans les épithéliums pavimenteux sans glandes.

M. Arnaud de Fabri lit une *Note sur l'analogie d'action de la vératrine et de l'aconitine*. Il a fait à ce sujet de nombreuses expériences qu'il résume brièvement. Il insiste sur la difficulté de la respiration causée par la vératrine.

M. Gubler fait observer que, dans ses expériences sur l'aconitine, M. Laborde a observé cette même difficulté de la respiration.

M. Arloing fait une communication *sur les points excitables du manteau de l'hémisphère chez les solipèdes*. (A notre grand regret, il nous est impossible de résumer cette communication ; il aurait fallu reproduire le schéma dont M. Arloing s'est servi pour ses démonstrations, et le temps nous manquait pour cela, aussi bien que pour demander une note à M. Arloing ; nous nous bornerons à dire que sa communication est certainement l'une des plus intéressantes de la session).

M. Le Dentu parle des *amputations dans la gangrène foudroyante*, à propos d'un cas qu'il a observé récemment dans son service à St-Antoine. Il s'agissait d'un employé du dompteur Bidel : une carabine chargée à poudre était partie et l'avait blessé à la main ; il se produisit un sphacèle de la main, et 24 heures après le début du sphacèle, la gangrène atteignait presque l'aisselle. M. Le Dentu pratiqua la désarticulation de l'épaule par le procédé de Larrey : les muscles paraissaient sains ; pourtant, dès le lendemain, il y eut de la myosite ; mais bientôt tout s'amenda, et le malade guérit. Il s'agit bien là de ce que Velpeau appelait l'érysipèle bronzé en raison de la coloration spéciale des téguments.

M. Le Dentu rappelle les diverses dénominations successivement données à la maladie, et dont chacune rappelle une théorie. De tous les phénomènes apparents, celui qui domine, c'est le développement des gaz. — Quant à l'infection elle ne paraît pas être générale ; le cas de guérison que l'orateur vient de rapporter contribuerait au besoin à le prouver.

Il faudrait peut-être rapprocher de cette forme les gangrè-

© BIU Santé

nes presque foudroyantes et sans traumatisme que l'on observe quelquefois au périnée et aux fesses. Le mode de pansement a été simple ; mais M. Le Dentu s'est bien gardé de chercher la réunion qu'il considère comme nuisible dans les cas de sphacèle.

M. Ollivier pense que quand la gangrène laisse le temps de la réflexion, ne fût-ce que 24 heures, on doit tenter l'opération qui aura surtout des chances de succès si l'état général est bon, et si la température ne dépasse pas 38° ou 38°,5. Mais il y a des cas plus foudroyants encore, où il est inutile d'opérer, car on échoue toujours.

M. Verneuil note deux points importants dans l'opération de M. Le Dentu : 1° il a employé la méthode antiseptique, ce qui est indispensable dans les opérations pratiquées pour la gangrène; — 2° il n'a pas réussi : en pareil cas, la réunion, c'est la mort du malade.

M. Henrot fait une communication sur *la transfusion capillaire*. Il cite plusieurs opérations de transfusion qu'il a pratiquées et dans lesquelles il a eu de si beaux résultats avec des quantités très-minimes de sang qu'il a conçu l'idée de la transfusion capillaire, que l'on pratiquerait à l'aide d'une seringue de Pravaz, et avec une très-petite quantité de sang : il a expérimenté ce procédé sur les animaux, mais il n'a pas eu l'occasion de l'appliquer chez l'homme.

M. Onimus dit qu'en injectant de l'eau on aurait des résultats presque aussi avantageux ; ce n'est pas la quantité de sang injecté qui agit ; c'est la stimulation circulatoire causée par l'injection d'un liquide.

M. Verneuil pense que la transfusion est inutile ; le sang n'agit ni par la qualité, ni par sa quantité ; mais comme le dit M. Onimus par son action stimulante en tant que liquide, et l'injection de quelques gouttes d'éther donne d'aussi bons résultats. On trouvera d'ailleurs ce point développé dans une thèse récemment soutenue à la Faculté par une dame russe.

M. Cartaz tout en s'associant à ces observations croit que l'effet des injections d'éther est moins durable ; il rappelle que M. Gaillard-Thomas qui a fait en Amérique de nombreuses transfusions, injecte habituellement du lait.

M. Féréol est étonné de l'élévation considérable du chiffre des globules dans une des transfusions dont M. Henrot a résumé l'observation (2 millions 80 mille à 2 millions 800 mille) et de la rapidité de cette élévation.

M. Pacchiotti (de Turin) a vu beaucoup d'opérations de ce genre, car on sait qu'il y a eu en Italie une fièvre de transfusion. Il doute un peu du succès des transfusions capillaires, qui d'ailleurs ne seraient pas commodes, l'instrument employé ne pouvant guère injecter que 2 grammes à la fois. Il accepte l'idée de la stimulation circulatoire, mais pense qu'il faut tenir compte aussi de la nature médicatrice.

M. Potain lit un travail *sur un point de la pathogénie des affections du cœur*, et spécialement du cœur droit. Il cite à cet égard des faits dont quelques-uns sont rapportés dans la thèse d'un de ses élèves, le Dr Mahot, sur les battements du foie dans l'insuffisance tricuspidienne. Il signale l'influence des affections de l'appareil gastro-hépatique, et particulièrement des affections aiguës des voies biliaires sur le cœur, et rappelle le travail de M. Gangolphe sur les lésions cardiaques passagères que l'on rencontre chez les ictériques. Les affections aiguës des voies biliaires amènent la dilatation passagère du cœur droit ; les lésions chroniques amènent une dilatation persistante. M. Potain signale l'analogie qui paraît exister entre le mécanisme des dilatations cardiaques d'origine gastro-hépatique, et celui de l'hypertrophie dans le mal de Bright.

Ces lésions (sauf le cas d'insuffisance tricuspide), ne donnent pas lieu à des bruits de souffles réels ; mais on y rencontre souvent des souffles extra-cardiaques. La digitale en pareil cas donne de mauvais résultats. M. Potain conclut que certaines dilations du cœur droit relèvent d'affections gastriques et hépatiques.

M. Gubler dit que son expérience à cet égard lui permet de confirmer les idées de M. Potain.

M. Teissier qui a été témoin des recherches de Gangolphe, dit que plusieurs des observations citées dans sa thèse seraient très-démonstratives, si on leur appliquait les vues que vient d'émettre M. Potain.

M. Grancher fait une communication *sur la tuberculose*. La tuberculose se présente sous trois états : 1° le tubercule microscopique ; 2° la granulation tuberculeuse, ou tubercule miliaire, dont le volume est plus considérable, et 3° le tubercule dit pneumonique, qui est plus volumineux encore, et qu'on rencontre dans la pneumonie caséeuse. Virchow a bien connu que le tubercule miliaire ; voilà pourquoi, quand il ne le trouvait pas, il niait la tuberculose; voilà pourquoi, ne le trouvant pas sous la forme qu'il connaissait dans la pneumonie caséeuse, il a admis la théorie de la dualité : cette dualité n'est plus admise aujourd'hui ; on sait actuellement que la pneumonie caséeuse est tuberculeuse, et même pour ainsi dire plus tuberculeuse que la phthisie ordinaire.

La granulation est composée d'un centre caséeux et d'une zone périphérique cellulaire ; le tubercule géant de la pneumonie caséeuse a la même constitution. Or, le tubercule peut évoluer dans le sens caséeux ou dans le sens fibreux, suivant que l'évolution porte sur le centre ou sur la périphérie. C'est ainsi qu'on voit apparaître cet état que Cruveilhier a décrit sous le nom de *nodule de guérison*, et cette transformation n'est pas une exception, mais le résultat d'un processus normal et fréquent.

Dans les cas rapides, c'est l'évolution caséeuse qui domine, et *vice versa ;* de là des indications thérapeutiques qu'il ne faut pas méconnaître, et qu'on peut résumer ainsi : puisque la tuberculose lente évolue dans le sens fibreux, c'est-à-dire dans le sens de la guérison, l'indication capitale est de ralentir la marche de la maladie. On peut remplir cette indication, et la curabilité de la phthisie est aujourd'hui une notion banale.

Dans la clientèle, les guérisons ne sont pas rares ; en est-il de même à l'hôpital? Bien loin de là, le phthisique qui entre à l'hôpital est condamné à mort. Ce qu'il faut au phthisique, c'est une bonne hygiène, une nourriture de choix, beaucoup de temps, et des médicaments, il ne trouve rien de tout cela à l'hôpital, sauf les médicaments, c'est-à-dire l'élément le moins important du traitement.

On pourrait faire mieux. M. Grancher a fait le calcul approximatif des dépenses que fait en moyenne un phthisique pour se mal soigner jusqu'à sa mort, de « ce que cela lui coûte pour mourir » en un mot. Avec la même somme, on entretiendrait ce phthisique utilement, efficacement dans un sanatorium approprié.

Il faut diviser les phthisiques en deux grandes classes : les curables et les incurables. Les derniers seront placés dans les hospices où leur vie sera prolongée et adoucie, quant aux curables, on fera pour eux tout ce qu'il faut, on leur jettera l'or à pleines mains : quand on ne guérirait chaque année à Paris que cent chefs de famille, ce serait un immense résultat obtenu.

M. Grancher n'ignore pas que ces considérations ont été développées à la Sorbonne par M. Trélat : c'est d'accord avec lui qu'il vient les reproduire devant la section ; car elles ne seront jamais trop répétées, ni trop publiées.

M. Landowski a proposé, il y a deux ans, de disperser les phthisiques à la campagne dans les maisons des paysans. Il est heureux de voir prévaloir les considérations qui le guidaient à cette époque.

M. Leudet signale un rapport statistique sur la longévité dans la phthisie publié récemment par M. Pollock, médecin du Brompton Hospital, établissement qui réalise en partie le programme de M. Grancher. Il donne en même temps quelques renseignements sur la façon dont il dirige à Rouen l'hygiène de ses phthisiques.

M. Potain dit qu'il a vu des malades guérir à l'hôpital ; il a pu les suivre longtemps.

M. Grancher ne conteste pas la possibilité de ces guérisons ; mais M. Potain lui-même conviendra qu'ils sont très-rares. Il ajoute quelques nouvelles considérations à l'appui des idées qu'il vient de développer.

M. Daremberg pense qu'il y a quelquefois un inconvénient, au point de vue social, à prolonger la vie des phthisiques qui peuvent ainsi faire souche de tuberculeux.

L'ordre du jour n'étant pas épuisé, M. le président annonce qu'il y aura une séance supplémentaire à 1 h. 1/2. La séance est levée à 11 h. 1/2.

Séance de l'après-midi. — Présidence de M. Teissier.

Le procès-verbal est lu par M. Richard, que M. le président félicite du zèle qu'il a déployé pour rédiger le procès-verbal entre les deux séances.

M. Milliot émet le vœu, applicable bien entendu dans les séances de 1879, que le temps accordé à chaque orateur, soit de 15 minutes pour les communications, et de 5 minutes pour la discussion. — M. le président présente des instruments destinés à la pulvérisation des calculs vésicaux, de la part de M. Guillon.

© BIU Santé

M. Franck dépose sur le bureau les compte-rendus de la Société scientifique de Gannat.

M. Rabuteau fait une communication sur les *anesthésiques*. Il s'agit d'expériences de physiologie pure instituées dans le laboratoire de Cl. Bernard; ces expériences portent sur trois points :

1° Les éthers ont sur les végétaux une action qui consiste à tuer la vie; mais la propriété germinative n'est pas détruite, — la germination est peut-être un peu ralentie.

2° L'action des éthers est différente chez les animaux à sang chaud et à sang froid. En mettant sous une cloche un cochon d'Inde, une grenouille et une éponge imprégnée d'éther acétique, on voit le cochon d'Inde survivre, tandis que la grenouille meurt après un temps variable mais toujours très-court. Si on injecte de l'éther acétique sous la peau d'un cochon d'Inde, il n'est pas anesthésié; mais si on le met alors sous la cloche, l'anesthésie se produit. M. Rabuteau donne de ces faits l'explication suivante : l'animal à sang chaud décompose ces éthers, tandis que la grenouille ne les décompose pas; d'où la division des éthers en deux classes, ceux qui se modifient dans l'organisme, et ceux qui ne s'y modifient pas. Il faut dire en passant que le vin blanc doit ses propriétés capiteuses à l'éther qu'il contient.

3° Il y a des éthers — ce sont les trichloracétates — qui ont la propriété de supprimer la sensibilité sans anéantir le mouvement. Il y aurait peut-être là une application utile à l'obstétrique. Il faudrait toutefois faire entre eux un choix judicieux, en se souvenant que les éthers des alcools éthyliques sont inoffensifs.

M. Galezowski fait une communication *sur la dégénérescence calcaire de la cornée*. Cette maladie a été souvent confondue jusqu'ici avec la kératite interstitielle. Sa marche est lente, les deux yeux sont envahis successivement et le malade devient presque aveugle : on voit des opacités grisâtres, se développant le long du diamètre transversal de la cornée, prenant une figure elliptique et occupant ainsi le tiers central de la surface de la cornée. En examinant un malade qui présentait ces symptômes, M. Galezowski aperçut un jour une petite pellicule, il l'enleva et l'abrasion de la surface opaque étant faite, il trouva au-dessous une cornée parfaitement transparente. La pellicule, traitée chimiquement (acide chlorhydrique), fut reconnue pour être une dégénérescence calcaire de la couche opaque de la cornée. Le traitement consiste dans l'abrasion.

Quelle est la cause de cette lésion, dont les auteurs ne parlent pas ? Chez ces malades, d'après ce qui résulte des observations de M. Galezowski, la quantité des sels calcaires et des phosphates est augmentée ; il y a là quelque chose qui ressemble à la phosphaturie : l'orateur conclut que cette lésion est un des résultats de cette affection singulière, la phosphaturie, si bien décrite par M. Teissier fils.

M. Lecadre demande à l'orateur : 1° si les diathèses (la syphilis notamment) ont une influence sur la production de cette lésion; 2° si elle est plus fréquente chez les sujets qui ont l'autre œil malade.

M. Galezowski a recherché la syphilis avec le plus grand soin, mais sans rien trouver. La seule chose qu'il ait rencontrée, ce sont des accidents goutteux assez accusés; si donc il devait chercher une cause accidentelle, il invoquerait plutôt la goutte. Mais il n'a pas vu assez de cas pour conclure : sur 7,000 maladies de la cornée qu'il a observées, il n'a rencontré que six fois la lésion en question; il est probable qu'on en trouvera des cas plus nombreux, maintenant qu'elle ne risquera plus d'être confondue avec la kératite interstitielle.

M. Daremberg fait observer que la réaction qui a servi à reconnaître la nature de la pellicule ayant été obtenue à l'aide de l'acide chlorhydrique, on pourrait bien avoir affaire à des urates qui sont solubles dans cet acide.

M. Galezowski reconnaît la justesse de cette observation.

M. Teissier approuve la part que fait M. Galezowski à l'arthritisme dans l'étiologie de cette affection.

M. Ollier qui devait parler des pseudarthroses, mû par un sentiment de courtoisie, a cédé la parole à M. Féréol.

M. Féréol fait une communication relative aux *Nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques*, dont l'orateur cite, en les résumant, quelques observations. Ce sont de petits tubercules, indolents, mous, siégeant souvent au front, ayant un volume qui varie de celui d'un pois à celui d'une noisette généralement au nombre de deux ou trois, survenant pendant la nuit, mobiles avec la peau, ayant un aspect qui fait penser d'abord à des productions syphilitiques, et disparaissant d'ordinaire en un temps très-court (24 à 48 heures).

La production de ces tumeurs ne paraît pas avoir de rapport avec la menstruation, et semble être sous la dépendance de la migraine et de l'arthritisme. Il est toutefois singulier que ces deux causes, qui sont si fréquentes, ne donnent pas plus souvent lieu à l'apparition de ces tumeurs. On les observe quelquefois dans le rhumatisme articulaire aigu (Frerichs et Meynet (de Lyon) ; ainsi se trouve complétée, par ces déterminations cutanées, la série des tissus sur lesquels le rhumatisme porte son action.

M. Ollive a observé un cas analogue ; là encore, il s'agissait d'une arthritique, sujette à la migraine

M. Petit demande quel est le siége anatomique de la lésion.

M. Féréol reste un peu indécis à cet égard; ces nodosités existent certainement dans le tissu cellulaire sous-cutané; il y en a peut-être d'adhérentes au périoste, et le siége paraît quelquefois être la face profonde de la peau.

M. Teissier a aussi observé des cas semblables.

M. Dunoyer lit une note *Sur les bourses séreuses professionnelles*. Il lit une première observation (service de M. Verneuil) et en résume une seconde, desquelles résulte l'existence d'une nouvelle bourse séreuse professionnelle, celle des raffineurs, due à l'action réitérée des pains de sucre pesants que ces ouvriers portent sur l'épaule. Il y a un grand intérêt à connaître ces bourses professionnelles, car on évite ainsi quelquefois des incertitudes et même des erreurs de diagnostic; en outre, elles sont un élément précieux, en médecine légale, pour la constatation de l'identité.

M. Lecadre ne croit pas qu'il s'agisse là de lésions professionnelles : il a un malade qui en porte plusieurs sur le corps et qui est peintre en bâtiments.

M. Dunoyer répond que l'intérêt de cette bourse résulte de son siége spécial.

M. Ollive fait remarquer, au point de vue de l'identité en médecine légale, que, dans beaucoup de raffineries, les ouvriers portent les pains de sucre dans les bras et non sur l'épaule.

M. Delaunay lit un travail sur ce sujet : *La phthisie est une maladie des pays chauds*. C'est la phthisie des individus mal nourris, qui frappe surtout les femmes, les enfants, les vieillards, tous les faibles en un mot. Elle frappe surtout le poumon gauche. On ne la rencontre pas dans les pays froids. Les climats chauds augmentent la phthisie en favorisant la dénutrition. M. Delaunay s'étend longuement sur la géographie médicale et sur la statistique de la phthisie. Il conclut : 1° que la phthisie est une maladie du midi. 2° qu'on a tort d'envoyer les phthisiques dans le midi, et que c'est dans le nord qu'il faudrait leur créer des sanatoriums.

M. Rabuteau. La dépopulation des peuplades des îles que M. Delaunay attribue à la phthisie, est très-connue, et la Société d'anthropologie s'en occupait dernièrement; mais M. Lancereaux l'attribue avec raison à l'alcoolisme; et M. Rabuteau fait remarquer qu'il a depuis longtemps signalé les effets toxiques des mauvais alcools qui sont précisément ceux que l'on exporte dans ces régions.

M. Daremberg partage l'opinion de M. Rabuteau sur l'alcoolisme; quant à la phthisie, c'est incontestablement une maladie du Nord. Tous ceux qui ont été dans une station d'hiver le savent à n'en pas douter. Si la phthisie n'existe pas en Islande, comme l'a dit avec raison M. Delaunay, cela tient à la vie au grand air, à l'hygiène des habitants. — M. Daremberg combat de toutes ses forces les conclusions de M. Delaunay.

M. Houzé de l'Aulnoit, qui a été chirurgien militaire, conteste la valeur des statistiques militaires, dont M. Delaunay a tiré parti en faveur du Nord. Il dit que la façon dont elles sont dressées ne permet pas d'établir utilement la comparaison qu'a faite M. Delaunay, les nécessités administratives introduisant là une cause d'erreur. Quant aux causes de la phthisie, la plus importante, c'est la mauvaise hygiène, le défaut d'air, l'air confiné; dans ces conditions le poumon ne respire pas bien; son sommet surtout reste inactif, et tout organe qui ne fonctionne pas est destiné à périr. Aussi la gymnastique pulmonaire est-elle un moyen préventif et curatif.

M. Lecadre invite M. Delaunay à vérifier de nouveau les statistiques qu'il cite; il pense qu'il doit y avoir là des erreurs matérielles.

M. Seco-Baldor (de Madrid) a vu la phthisie plus souvent dans le Midi que dans le Nord ; mais cela tient sans doute à ce que, dans le Nord, il exerçait à la campagne. Or, tout le monde sait que la phthisie est la ma-

© BIU Santé

ladie des grandes agglomérations. — Il dit que les médecins espagnols envoient leurs malades à Malaga pendant l'hiver, mais ils les font revenir à l'époque des chaleurs, celles-ci leur étant funestes. Il pense que l'action des climats s'exerce plutôt sur les symptômes généraux concomitants que sur la lésion tuberculeuse elle-même.

M. CARTAZ dit que, dans les statistiques anglaises relatives à l'Inde, on voit que ce sont les nouveaux venus, et non les indigènes, qui grossissent le chiffre de la mortalité par la phthisie.

Après quelques observations de MM. REY (d'Alger) et PETIT, M. TEISSIER engage M. Delaunay à réfléchir très-sérieusement avant de publier les conclusions de son travail, conclusions qui sont en désaccord complet avec tout ce que l'on sait aujourd'hui de la phthisie pulmonaire.

M. DELAUNAY répond que la phthisie est une misère physiologique, une sorte d'anémie, or, il considère comme démontré que la misère physiologique est plus grande dans le Midi que dans le Nord, et que le froid tue l'anémie ; si toutes les femmes sont anémiques à Paris, cela tient à ce que, depuis deux ans, il n'y a pas eu de grands froids pendant l'hiver.

M. CHASSAGNY expose rapidement la théorie des tractions mécaniques en obstétrique, et présente un instrument ingénieux qui met en pratique cette théorie qu'il résume ainsi : 1° extraire l'enfant, quand on doit recourir à l'intervention obstétricale, avec le minimum de pression pour la mère et l'enfant ; 2° avoir toujours pour objectif d'assister la nature dans ses moyens.

L'ordre du jour étant épuisé, M. le PRÉSIDENT remercie ses confrères de lui avoir rendu la tâche agréable et facile pendant ces laborieuses séances, et déclare la session close.

M. LECADRE se fait auprès du président l'interprète de ses confrères, et demande que les remerciments unanimes que la section adresse à M. Teissier soient mentionnés au procès-verbal.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 août 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. J. GUÉRIN prend la parole, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, pour compléter la communication ou plutôt la présentation de M. Luys ; cette présentation, on s'en souvient, visait le travail original de MM. Lacassagne et Cliquet. Dans sa communication M. J. Guérin tient à faire valoir la priorité et l'originalité de ses travaux sur *l'accroissement du crâne et du cerveau dans ses rapports avec les progrès de l'intelligence*. Lors de la dernière séance, en effet, MM. Luys et Bouchardat ont présenté et rappelé des travaux sur l'accroissement du crâne à travers les âges, comme résultat du travail intellectuel ; aujourd'hui, M. J. Guérin vient communiquer à l'Académie, quelques observations sur le même sujet. Dès 1843, dans un travail intitulé : *Essai de physiologie générale*, M. J. Guérin avait cherché à établir la propriété organogénique de la fonction et avait exprimé cette propriété par cette formule : *la Fonction fait l'Organe*. Appliquant au cerveau les bénéfices de cette propriété, il avait alors énoncé le résultat général de cette application : « Il est un point de vue dans l'histoire de l'humanité qui n'a pas été abordé jusqu'ici. C'est l'étude des changements qui se sont opérés par la succession des âges, dans l'organisme et les facultés de l'homme. L'anthropologie, qui ne date pour ainsi dire que d'hier, s'est surtout occupée des origines, des races, des espèces considérées dans leurs caractères actuels, mais elle n'a pas admis que l'homme ait été susceptible d'offrir, aux différentes époques de son évolution, des modifications organiques et fonctionnelles en rapport avec ces époques. Cependant les recherches et les observations auxquelles je me suis livré, depuis bien des années, m'ont démontré que l'homme a subi successivement et graduellement des modifications qu'il ne faut pas confondre avec celles qui résultent des progrès et de l'éducation, de l'instruction et de la civilisation, mais de véritables modifications dans les instruments de son intelligence comme dans son intelligence elle-même. » Cet énoncé date de 1865 ; et, depuis cette époque, M. J. Guérin n'a cessé d'étendre et d'approfondir ses observations. Après avoir accordé une part importante aux manifestations du progrès intellectuel dans ses œuvres, il n'a pas dû négliger les témoignages apportés par les changements matériels constatés dans le cerveau et le crâne. Tenant compte des grandes différences crâniennes qui ont servi à caractériser zoologiquement certaines races, M. J. Guérin a cherché et a cru trouver dans ces différences, l'expression et le résultat des mœurs, des sentiments, du caractère, des idées. Abordant les rapports du développement du cerveau et du crâne avec le développement de l'intelligence, il a constaté sur les crânes que M. Serres a collectionnés au Muséum, qu'il existe un certain accroissement de la capacité crânienne en rapport avec les progrès de la civilisation. Ce qui lui a paru une source de témoignages plus démonstratifs, c'est la comparaison, d'une part, entre les différents peuples d'aujourd'hui ; et de l'autre, entre les différentes classes de la population. Ces deux grandes catégories de faits lui ont paru confirmer tout à la fois, par une différence dans la forme du crâne et principalement dans celle de la région frontale, l'existence d'une forme caractéristique propre à chaque population, et le fait d'un accroissement d'étendue et de capacité correspondant au fonctionnement intellectuel le plus avancé. Pour apprécier ces différences, il ne faut pas s'en remettre exclusivement à des instruments de précision, au céphalomètre par exemple ; il convient de spécifier les mensurations en rapport direct avec les accroissements des facultés dont les accroissements crâniens ne sont que la traduction et le témoignage.

M. A. VOISIN fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Structure du cerveau de certains idiots. Arrêt de développement de la cellule cérébrale. Comparaison avec le cerveau du fœtus et de l'enfant en bas âge*. L'idiotie peut être le résultat d'un arrêt de développement qui a laissé le cerveau dans l'état où il était dans les derniers mois de la vie fœtale ou dans les premiers temps de la naissance ; les études morphologiques et histologiques permettent de préciser la nature de la lésion et d'indiquer ses caractères et ses causes. Des circonvolutions présentent alors la simplicité des circonvolutions du fœtus ou du nouveau-né ou de l'enfant en bas âge ; et, au microscope, on observe presque uniquement des myélocytes ou noyaux et une très-minime quantité de cellules incomplétement formées, absolument analogues à celles du fœtus ou du nouveau-né, ou de l'enfant en bas-âge.

M. PERSONNE lit un rapport sur un mémoire de M. Bourgoing intitulé : *Sur la courbe de solubilité de l'acide salicylique dans l'eau*. Des conclusions favorables à l'auteur sont présentées et adoptées par l'Académie. Après la lecture de ce rapport M. Personne fait une communication personnelle sur *la recherche de la quinine éliminée par les urines*. De l'ensemble de ce travail il résulterait : 1° que la quinine éliminée par les urines n'éprouve aucune altération ou modification isomérique ; 2° que la moitié au moins de la quinine ingérée est complétement détruite dans l'économie.

M. LEVEN lit un travail sur la *dilatation de l'estomac*. Ce travail qui vient compléter plusieurs travaux que cet auteur a entrepris sur ce viscère, est renvoyé à une commission académique et sera ultérieurement analysé.

M. Ch. BRAME (de Tours), fait la lecture d'une observation personnelle de *bronchite capillaire* ou *catarrhe suffocant*. Cette observation a pour but de montrer les allures insidieuses, la marche irrégulière et le traitement spécial qui ont caractérisé ce cas particulier. Elle établit que la bronchite capillaire peut éclater d'emblée chez une personne âgée ; que la dyspnée peut, à l'exemple de la suffocation, se manifester avant la toux et l'expectoration. Elle relate également qu'elle peut exister sans fièvre et que la dyspnée, d'abord continue, peut ensuite ne se manifester qu'à chaque quinte de toux, etc..... Elle fait valoir enfin le traitement par le salicylate de soude à la dose de 8 grammes, qui a pu triompher de cette redoutable affection, contre laquelle avaient été impuissants les autres médicaments, tels que l'éther, l'huile de foie de morue et le goudron.

A. JOSIAS.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 17 mai 1878. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Granulie. — Tuberculose miliaire du foie, de la rate, des reins et des poumons. — Adénopathie trachéo-bronchique; par Maurice LETULLE, interne des hôpitaux.

M..., 18 ans, entrée le 8 mai, salle Saint-Jeanne (service de M. CONSTANTIN PAUL) se plaint d'être souffrante depuis huit jours. L'année dernière, elle avait été quelque temps fatiguée par son service de femme de chambre, mais elle s'était parfaitement remise grâce à un séjour à la mer. Depuis deux mois environ elle se trouvait assez mal à l'aise, mais avait pu continuer son travail. Elle s'est mise au lit très-abattue il y a huit jours; insomnie, inappétence, constipation. Elle entre dans cet état à l'hôpital.

Les traits de la malade sont un peu tirés; la face est colorée; les conjonctives injectées. La langue humide, légèrement saburrale. L'abdomen est souple, nullement tympanisé. Pas d'épistaxis; nuits assez bonnes. On pense à une fièvre continue au début, surtout en tenant compte de la température élevée du soir : 39°,8.

Le lendemain 10 mai, la température étant tombée à 38°, les poumons respirant normalement, on se range plutôt à l'avis d'un embarras gastrique fébrile. Cependant le soir même, la fièvre augmente et la température axillaire atteint 39°,8.

Ces oscillations bizarres, mal expliquées par un état général peu marqué, sollicitent l'attention. On examine avec soin les poumons où l'on ne trouve rien, sinon une rudesse assez grande des bruits respiratoires au sommet droit, en avant et en arrière. Pas de râles, un léger retentissement de la voix. D'ailleurs la malade ne tousse presque pas.

11, 12. L'état ne change pas. Les nuits sont moins bonnes, la malade ne dort presque pas. Elle se plaint de céphalalgie et d'inappétence complète. On surveille attentivement l'état du poumon dont les signes stéthoscopiques ne se modifient pas notablement. Cependant, le 13, on croit entendre dans la fosse sus-épineuse droite quelques râles sous-crépitants fins. La respiration est plus rude.

13. Ce soir, la température monte encore à 39°,6. Les oscillations de la température se répétant, permettent de craindre l'évolution d'une tuberculose aiguë.

A partir de ce jour, l'état général devient de plus en plus mauvais. La malade, le 15, se plaint d'un point de côté violent sous le sein gauche. Les bruits respiratoires deviennent très-rudes dans toute l'étendue des deux poumons. Il existe même un souffle profond, mais notable, au sommet droit. Des râles sous-crépitants et muqueux, fins, éclatent dans l'étendue des deux poumons. La dyspnée s'était manifestée dès le 13 mai. En même temps, détail important, la face se cyanose progressivement. Les nuits deviennent très-agitées. La constipation est opiniâtre, la langue se dessèche sans être fuligineuse.

Le pouls s'élève, les bruits du cœur deviennent tumultueux. L'intelligence reste cependant assez vive dans la journée.

Enfin, le 18 juin, vingt jours après le début de la maladie, l'anxiété respiratoire est extrême, les râles sous-crépitants peu abondants, disséminés dans toute la hauteur des deux poumons, permettent pourtant d'entendre encore le murmure vésiculaire; la face est injectée, violacée; les conjonctives gorgées de sang; soubresauts des tendons; agitation; mort à 2 heures. Voici le tableau de la température axillaire depuis le jour de l'entrée.

8 *mai.*		S. 39° 8.
9. —	M. 38° 2.	S. 39° 8.
10. —	M. 38° ».	S. 38° 6.
11. —	M. 38° ».	S. 38° 6.
12. —	M. 38° 2.	S. 39° 6.
13. —	M. 38° ».	S. 39° 4.
14. —	M. 38° 8.	S. 39° 2.
15. —	M. 38° 2.	S. 39° ».
16. —	M. 38° 2.	S. 39° ».
17. —	M. 37° 6.	S. 39° 4.
18. —	M. 38° 8.	S. 40° 2.
19. —	M. 40° ».	S. Mort.

AUTOPSIE.— Les poumons, énormément congestionnés, d'un rouge violacé, très-lourds, apparaissent sur les coupes, farcis de granulations tuberculeuses, presque aussi confluentes aux bases qu'aux sommets. Les granulations du sommet sont cependant plus volumineuses plus grisâtres, plus friables que les granulations miliaires des lobes inférieurs. En somme, les lésions, quoique récentes, sont moins avancées aux régions inférieures qu'aux lobes supérieurs. En aucun point du parenchyme, nous ne trouvons de noyaux caséeux. Nombreuses ecchymoses sous-pleurales et sous-épicardiques.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont plus durs et plus gros que normalement, bien qu'ils aient conservé un aspect rosé remarquable. Sur les coupes, on trouve la plus grande partie de ces ganglions farcis de masses tuberculeuses jaunâtres, caséeuses, peu volumineuses, déjà très-friables.

C'est un gros ganglion sous-bronchique du hile du poumon droit qui offre les lésions les plus étendues et peut-être les plus avancées; il est rempli de trois ou quatre gros noyaux caséeux ramollis.

Il existe par conséquent une apparente disproportion dans l'âge des lésions pulmonaires et ganglionnaires. Est-ce à dire pour cela que les lésions ganglionnaires soient les plus anciennes? aucunement, à notre avis, du moins. Ici, comme on le voit souvent chez les enfants, l'adénopathie similaire a reproduit rapidement les mêmes lésions que celles du parenchyme pulmonaire. L'évolution des lésions tuberculeuses y a été plus hâtive, voilà la seule différence, et a permis ainsi de trouver de nombreux ganglions déjà caséeux, tandis que les granulations pulmonaires commençaient à peine à s'opacifier.

Le *foie* est farci de granulations miliaires extrêmement petites et très-jeunes. Le péritoine péri-hépatique et péri-splénique est parsemé de fines granulations saillantes.

Les *reins* sont remplis de granulations qui sont surtout accumulées dans la couche corticale et toutes, sauf une seule, remarquables par leurs petites dimensions et par une auréole hypérémique, peut-être hémorrhagique, qui les entoure. Un seul gros tubercule du volume d'un pois, est isolé dans la substance corticale du rein droit, au voisinage d'une pyramide de Malpighi. Tous les autres viscères sont intacts. Le péritoine est sain.

RÉFLEXIONS.—1° Dans le fait actuel les oscillations irrégulières de la température, la dyspnée progressive, la cyanose et les râles sous-crépitants disséminés ont permis de porter en même temps qu'un diagnostic assuré un pronostic fatal à courte échéance.

2° L'élévation progressive de la température dans les derniers jours de la vie constitue un fait remarquable dans l'évolution de la tuberculose miliaire aiguë. Aucune autre lésion inflammatoire n'a pu être décelée.

3° L'adénopathie similaire trachéo-bronchique a procédé, toutes proportions gardées, beaucoup plus rapidement que la tuberculose miliaire du poumon.

4° La mort paraît avoir été la conséquence d'une asphyxie réelle par suppression rapide d'une étendue considérable du champ respiratoire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 août. — PRÉSIDENCE DE M. F. GUYON.

M. le PRÉSIDENT annonce que M. Longmoore, chirurgien en chef des armées britanniques, assiste à la séance.

M. de SAINT-GERMAIN, secrétaire général, donne lecture d'une observation d'anévrysme traumatique de l'artère occipitale, envoyée par M. Poinsot (de Bordeaux). La rareté de ces anévrysmes a décidé M. Poinsot à publier ce cas. Il s'agissait d'un homme de 73 ans chez lequel une tumeur anévrysmale se développa dans la région occipitale, à la suite d'une plaie contuse.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit encore au nom de M. Chauvel, membre correspondant, une observation intitulée : *Chute sur la paume de la main ; luxation incomplète du coude en arrière ; fracture de la trochlée.* Le diagnostic probable de frac-

© BIU Santé

ture de la trochlée était basé sur ce fait qu'après la réduction de la luxation et après la disparition du gonflement, il restait une saillie volumineuse à la partie antérieure et interne du coude.

M. Berger fait observer à ce sujet qu'il a noté lui-même chez deux enfants atteints de luxation du coude un symptôme pouvant donner lieu à une erreur de diagnostic. Il y avait d'abord un gonflement énorme de toute la région ; puis, après la disparition du gonflement, une tumeur apparut à la partie antérieure du coude. Cette saillie ne provenait nullement d'une fracture de la trochlée, mais bien d'une atrophie à peu près complète des muscles épitrochléens. Sous l'influence de courants continus très-faibles, l'atrophie diminua, et le coude reprit peu à peu sa conformation normale.

M. Tarnier présente à la Société un embryotome imaginé par M. Pierre Thomas, interne provisoire des hôpitaux de Paris. Après avoir rappelé brièvement la disposition de l'embryotome qu'il a construit lui-même, et qui, par sa cherté excessive, n'est pas accessible aux bourses des modestes praticiens, M. Tarnier décrit, en quelques mots, les diverses pièces de l'embryotome de M. Pierre Thomas (1).

L'embryotome de M. Pierre Thomas se compose de deux branches qui s'articulent latéralement ; la postérieure présente une courbure qui répond à la concavité du sacrum ; l'antérieure est presque droite. Les deux branches sont percées d'un canal qui sert à introduire une tige de baleine flexible. M. Thomas a choisi le mode d'articulation latérale pour empêcher que la peau du fœtus ne soit prise entre les deux branches de l'instrument. En effet, grâce à cette articulation, les extrémités profondes de l'instrument ont des mouvements latéraux qui repoussent les plis de la peau du fœtus. Une baleine, dite de sûreté, introduite dans la branche postérieure, indique par surcroît de précaution que l'opérateur ne fait pas fausse route. La baleine conductrice parcourt les deux branches de l'instrument ; elle est percée d'un chas servant à attacher une ficelle ordinaire qui entraîne la *ficelle-scie* spéciale inventée par M. Thomas. « La construction de cette chaîne ou ficelle-scie fait honneur, dit M. Tarnier, à l'esprit ingénieux de l'inventeur. » C'est une ficelle de fouet recouverte d'une spirale de fil de fer très-mince ; chaque tour de spire constitue une dent de scie. Cette scie est assez forte pour scier le bois et même des os d'adulte. La scie s'échappe du canal où elle a été introduite par une fente longitudinale qui regarde le fœtus.

Des expériences ont été faites sur le mannequin de MM. Budin et Pinard ; la section du fœtus se fait de haut en bas avec la plus grande facilité. « En résumé, dit en terminant M. Tarnier, j'estime que l'embryotome de M. Pierre Thomas réalise un progrès sérieux ; je n'hésite pas à déclarer qu'il est bien plus simple que le mien; c'est une invention utile, digne de l'attention des accoucheurs. »

M. Guéniot déclare que la conception de l'instrument, qui vient d'être présenté, lui paraît excellente. Il croit cependant qu'au point de vue théorique, on peut faire à propos de cet instrument quelques objections déjà formulées à propos de l'embryotome Tarnier. Ainsi, comme la courbure de la branche postérieure est moulée exactement sur la concavité du sacrum, il est à craindre que l'instrument ne puisse saisir le fœtus tout entier, lorsque celui-ci sera placé au-dessus du détroit supérieur. En second lieu, est-il bien sûr que la section puisse se faire facilement, lorsque le fœtus est saisi non dans le sens transversal, mais dans le sens oblique ?

M. Tarnier parvient sans peine à réfuter les objections théoriques de M. Guéniot. Pour le premier point, tous les accoucheurs savent que, lorsque la version est impossible, c'est un signe d'engagement profond de l'épaule ; par conséquent, on peut toujours placer l'instrument, qui, du reste, remonte au-dessus du détroit supérieur. Pour le second point, M. Tarnier ajoute que, d'après les expériences faites, le fœtus est aussi bien scié dans le sens oblique que dans le sens transversal.

Ch. Avezou.

(1) Nous publierons dans le prochain numéro une note détaillée de l'auteur ; elle sera accompagnée de figures.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE.

Thèses d'agrégation.

I. **Des maladies fœtales qui peuvent mettre obstacle à l'accouchement** ; par le Dr A. Herrgott, 1 vol., 280 p., chez O. Doin, éditeur.

II. **De l'accommodation en obstétrique** ; par le Dr J. Martel, 1 vol., 150 p., chez J.-B. Baillière, éditeur.

III. **De l'action comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium et de la morphine chez la femme en travail** ; par le Dr A. Pinard, 1 vol. de 250 p., chez O. Doin, éditeur.

I. Les maladies fœtales qui peuvent mettre obstacle à l'accouchement sont très-nombreuses. Si quelques-unes d'entre elles ont été bien décrites par les auteurs, il en est d'autres qui, vu leur rareté, ne sont que peu connues : il est néanmoins nécessaire de savoir qu'on peut les rencontrer, sous peine de s'exposer à commettre des erreurs de diagnostic, et, conséquence plus grave, à ne pas intervenir de la façon la plus favorable. La thèse de M. A. Herrgott mérite donc d'être étudiée avec attention, elle le mérite d'autant plus qu'il a pris soin de choisir dans la littérature de tous les pays les cas véritablement types. Son mémoire offre ainsi une collection de documents dont beaucoup sont publiés pour la première fois en France ; il est divisé en quatre parties principales.

La première partie comprend l'étude des maladies qui peuvent mettre obstacle à l'expulsion de la tête. Tandis que d'autres parties du corps peuvent être le siége de tumeurs assez notables sans qu'il en résulte d'impossibilité pour la sortie du fœtus, la tête qui ne traverse qu'avec peine la filière pelvienne, ne peut être augmentée de volume sans que des difficultés considérables parfois ne surgissent, aussi tout ce qui concerne l'hydrocéphalie a-t-il été exposé en détail par M. A. Herrgott. Nous recommandons surtout la description donnée par lui, avec figure à l'appui, d'un procédé particulier dont l'auteur n'est pas exactement connu, mais qui a été mis en pratique plusieurs fois déjà et avec succès par M. Tarnier. Le siége étant sorti le premier, la tête trop volumineuse étant retenue au détroit supérieur, on peut obtenir de la façon suivante l'évacuation du liquide contenu dans le crâne. On ouvre le canal rachidien avec des ciseaux ou avec un bistouri et on introduit par cette ouverture une sonde en gomme munie d'un mandrin qui est poussée jusque dans la cavité crânienne. Le liquide s'écoule par la sonde, les os de la tête s'affaissent et la tête sort avec une grande facilité.

Dans la seconde partie sont décrites les maladies qui peuvent mettre obstacle à l'expulsion du tronc, l'hydrothorax, l'ascite, les altérations des reins, des uretères et la distension de la vessie. D'autres organes contenus dans la cavité abdominale peuvent également entraver par leur volume la marche du travail, tels sont le foie, le pancréas, la rate et même l'utérus, le vagin, ainsi que les testicules non descendus dans le scrotum : un certain nombre d'observations prouvent que ces causes bizarres peuvent réellement exister. D'autres fois, ce sont des tumeurs développées à l'extérieur du tronc qui rendent l'accouchement laborieux ou impossible, des tumeurs congénitales de l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale, de la région cervicale, de la paroi abdominale, etc.

Dans la troisième partie, on trouve la description de maladies qui, en modifiant le volume et la forme du fœtus tout entier, peuvent amener des obstacles à l'accouchement, tels sont l'œdème généralisé, les ankyloses des membres et les déviations de la colonne vertébrale. Enfin, dans la quatrième et dernière partie, M. A. Herrgott a cité un certain nombre de monstruosités simples ou doubles qui peuvent être également des causes d'erreur de diagnostic; comme il s'était demandé si les monstruosités constituaient des maladies fœtales, il n'a traité cette partie que d'une façon moins complète. Tel est, dans son ensemble, ce travail dans lequel on rencontre plusieurs observations fort curieuses qui en rendent la lecture intéressante en même temps qu'instructive.

II. M. le Dr Martel, pour arriver à définir l'accommodation en obstétrique, part de la loi qui a été formulée par M. le professeur Pajot : « Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siége d'alternatives de mouvement

© BIU Santé

et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant. »

Pour M. Martel, l'accommodation, en obstétrique, est « le rapport qui doit exister entre la forme et les dimensions du contenu et celles du contenant : entre le fœtus et la matrice pendant la gestation, entre le fœtus et le pelvis pendant la parturition. Cette adaptation, ce rapport peut s'établir naturellement, sans aucune intervention de l'art, avant ou sous l'influence de la contraction utérine ; on peut au contraire l'établir artificiellement par l'intervention obstétricale. » De là, la division du sujet en deux grands chapitres ; le premier comprend l'accommodation naturelle dans la gestation et la parturition normales ; le second l'accommodation artificielle, soit au terme, soit avant le terme de la grossesse, dans les cas de dystocie maternelle ou fœtale.

Sous la dénomination d'accommodation naturelle, M. Martel étudie pendant la grossesse l'accommodation de l'utérus gravide dans la cavité abdominale, l'accommodation du fœtus dans la cavité utérine et l'accommodation de la tête du fœtus dans l'excavation pelvienne. — En ce qui concerne l'accommodation pendant le travail, il étudie d'abord la force qui préside à l'accouchement et les mouvements que le fœtus accomplit dans le bassin au moment de son expulsion dans les différentes présentations.

Dans le second chapitre, M. Martel étudie ce qui se passe dans les cas où le bassin est rétréci, soit que, sous l'influence des contractions, la tête s'engage dans l'excavation, soit que l'accoucheur intervienne et fasse l'extraction avant terme ou à terme. Un certain nombre de propositions émises par M. Martel pourraient être l'objet de vives critiques. En ce qui nous concerne particulièrement, il nous attribue, à propos des diamètres de la tête et de leurs dimensions, des idées et des chiffres qui ne nous appartiennent pas et que nous récusons absolument.

III. De l'action comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium et de la morphine sur la femme en travail, tel est le sujet complexe qui est échu à M. le Dr Pinard. Il fallait évidemment commencer par étudier l'action de chacun de ces médicaments sur les parturientes, puis comparer entre eux les résultats obtenus. Deux méthodes pouvaient être suivies : ou bien, étant donné le peu de temps accordé, il fallait se borner à faire usage des documents publiés jusqu'ici par les différents auteurs, ou bien, au contraire, il fallait avoir recours à la méthode expérimentale. M. Pinard s'est résolument engagé dans la seconde voie, car selon lui, les faits observés jusqu'ici ont été interprétés de façons si différentes, qu'aujourd'hui encore, tout esprit impartial oscille d'une affirmation à une affirmation contraire. Il s'est donc mis à l'œuvre, et du 24 mai au 13 juin, il a pu observer 28 femmes en travail, mises en puissance de l'un ou l'autre des agents dont il avait à étudier les effets. Voici ses principales conclusions :

« Le chloroforme, loin d'avoir une action primitive et élective sur l'utérus, paraît n'agir sur cet organe qu'après avoir influencé d'abord l'état général. — Dans les cas de douleurs violentes dues exclusivement à la contraction utérine énergique, il est nécessaire, si l'on veut produire l'anesthésie, d'employer les inhalations constantes et à doses massives.

» D'après ce que j'ai pu observer, ajoute-t-il, le chloroforme atteint d'une façon plus active et plus durable la rétractilité utérine que la contractilité. Cette action pour se faire sentir, ne nécessite point l'anesthésie complète, mais bien plutôt des inhalations prolongées. La contraction des muscles abdominaux est elle-même plus amoindrie lors de l'anesthésie par le chloroforme que la contraction utérine. Mais, tandis que ces deux effets sont en rapport direct avec l'intensité de l'anesthésie, ils disparaissent rapidement, on pourrait dire presque instantanément, dès qu'on cesse les inhalations, tandis que le défaut de rétractilité persiste plus longtemps. Enfin, le chloroforme inhalé pendant quelque temps modifie les caractères du sang et en particulier la coloration.

» Les effets du chloral sont bien plus difficiles à apprécier du moment qu'il n'est point placé directement dans le torrent circulatoire. Tel qu'on l'emploie en obstétrique, il semble être plus hypnotique qu'anesthésique.

» La morphine est la substance qui influence le plus la contraction utérine. L'opium agit à peu près de la même façon. La contraction utérine se ralentit, devient plus courte et enfin se suspend complètement. La morphine possède donc une action paralysante sur la fibre musculaire de l'utérus gravide qui, contrairement à celle du chloroforme, se fait sentir primitivement, la rétractilité est moins atteinte, ainsi que la contraction des muscles abdominaux. Cette action spéciale, élective de la morphine sur la contractilité utérine, est-elle d'autant plus marquée qu'on a pratiqué l'injection plus près de l'utérus lui-même ? Cela se pourrait, car Cl. Bernard avait déjà remarqué son action locale et Kormann, pour cette même raison, recommande de pratiquer les injections en un point aussi rapproché que possible de la sphère génitale. »

Telles sont les conclusions que M. le Dr Pinard tire des observations qu'il a pu prendre, observations dont le nombre est très-limité. « Assurément, dit-il lui-même, je ne puis avoir la prétention d'avoir tout vu, bien des idiosyncrasies m'ont échappé ; le milieu dans lequel j'ai opéré est un milieu spécial ; bien d'autres faits nouveaux seront signalés, je n'en doute pas ; oui, mes conclusions sont hâtives, trop peut-être, je le reconnais, mais je ne pouvais faire autrement ; je ne pouvais ni expérimenter pendant une année, ni observer sur des parturientes placées dans de meilleures conditions. Ce qui s'est passé dans ces vingt-huit cas a été scrupuleusement observé et transcrit. L'avenir se chargera de modifier mes conclusions, je n'en disconviens pas, mais du moins je puis dire en modifiant la phrase de Montaigne : ce sont des observations rédigées de bonne foi. » Acceptée dans ces termes, la thèse de M. le Dr Pinard constitue pour les accoucheurs un apport dont il est facile d'apprécier tout l'intérêt.

P. Budin.

Le *PROGRÈS MÉDICAL* à l'Exposition (1).

Les Eaux minérales du Vénézuela.

La république du Vénézuela expose, entre autres produits, une collection assez riche d'eaux minérales qui démontre, tout au moins, le parti qu'on pourra tirer un jour de cette contrée, lorsque son immense territoire sera soumis à une exploration complète. Cette étude d'hydrologie indigène est la première qui ait été faite dans les pays de l'Amérique méridionale, qui emploient presque exclusivement les eaux européennes dans le traitement des maladies ; en effet, en dehors d'une analyse qualitative de M. Boussingault de la source sulfureuse de « los Trincheras », aucun document nouveau n'avait été ajouté. Voici les analyses et les principales propriétés des eaux vénézuéliennes exposées au Champ de Mars (2).

1° *Eau de la Guadeloupe.* — La source qui la fournit jaillit sur la côte occidentale du Vénézuela, près du port de la Vela. Elle est surtout fréquentée par les malades syphilitiques qui ont fait un usage immodéré des spécifiques. Sa température, à la source, est de 30°. Un litre de cette eau renferme :

Chlorure de sodium	0 gr.	344
Sulfate de sodium	0	690
Bicarbonate de sodium	0	771
Carbonate de fer	0	318
Carbonate de calcium	0	148
Silice	0	371
	2 gr.	642

Quand on la met en bouteilles, elle dégage plusieurs jours après 11° 41 par litre d'anhydride carbonique.

2° *Eau minérale de « Pozo del Chorro. »* — Se trouve près du port de la Guayra. L'analyse d'un litre donne :

Sulfate de magnésie	0 gr.	168
Chlorure de sodium	0	154
Carbonate de sodium	0	439
Sulfate de sodium et potassium		
Carbonate de calcium	0	350
Silice	0	278
	1 gr.	389

(1) Voir les nos 27, 28, 31 32, et 34.

(2) Ces analyses ont été faites par M. V. Marcano, commissaire général à l'exposition du Vénézuela.

© BIU Santé

3° *Eau minérale de « Quenepe. »* — Cette source coule à peu de distance de la précédente. L'eau est froide et contient par litre 0 gr. 284 de sels fixes, parmi lesquels 0 gr. 204 sont constitués par le sulfate de magnésium.

4° *Eau minérale de « German. »* — Provient d'un ruisseau qui se jette dans la mer, sur la côte située au nord de Caracas, dans les environs du village de Maiqueta. Sa composition est la suivante :

Sulfate de magnésium	0 gr. 096
Chlorures de sodium et de potassium Carbonates de sodium et de potassium	0 066
Carbonate de calcium	0 240
Silice	0 086
	0 gr. 488

5° *Eau de « Pozo de Piedra. »* — Cette source jaillit aussi dans le littoral compris entre Caracas et la Guayra. Son analyse par litre est :

Sulfate de magnésium	0 gr. 024
Carbonates alcalins	0 212
Carbonate de calcium	0 134
Silice	0 044
	0 gr. 414

6° *Eau minérale de « Cumania. »* — Cette eau est purgative; elle renferme une forte proportion de sulfate de magnésium. Préconisée contre les diarrhées chroniques à forme spéciale qui sont très-communes dans ces pays. Nous n'avons pas sous la main les chiffres que l'analyse a fourni.

7° *Eau minérale de « Barcelone. »* — Très analogue à la précédente.

8° *Eau minérale de « Batatal. »* (3 sources).

9° *Eau minérale de « Chaguaramas. »*

10° *Eau minérale de « Mapurite. »*

11° *Eau minérale de « las Trincheras. »*

12° *Eau minérale du « Tuy. »*

13° *Eau minérale de « San Juan de los Morros. »*

Ces six dernières sources sont thermales et sulfureuses; elles constituent autant de stations balnéaires très-fréquentées. Les suivantes, qui sont aussi exposées, n'ont pas été soumises à l'analyse :

14° *Eau de « La Minérale »*; — 15° *Eau de « Valle Seco »*; — 16° *Eau de « Camatagua. »*

Nous mentionnerons en dernier lieu la plus importante de ces eaux et celle qui rend les plus grands services aux malades. C'est celle de *Guarumen*. Elle jaillit de quatre sources; les deux premières à la température de 37°, de 38° pour la troisième et de 48° pour la dernière. Elles sont très-utiles dans les maladies du foie, de la peau, de l'estomac, la goutte, les névroses, etc. En faisant abstraction des guérisons apparentes dues à des erreurs d'observation ou à l'enthousiasme des malades, il reste des observations positives qui démontrent l'utilité de l'emploi de ces eaux, cependant l'analyse chimique ne l'explique guère. Elle n'y a pu déceler que des traces de sulfate de calcium. Par des réactions négatives et par sa faible densité, elle se rapproche de l'eau distillée. On y trouve toutefois un sel organique à base de potassium, parfaitement défini et qui cristallise en aiguilles déliées (1). Est-ce ce principe organique qui lui communique ses propriétés? et se trouverait-on devant l'exemple unique d'une eau naturelle qui n'agirait pas par ses principes minéraux? Nous terminerons par cette question à laquelle des travaux ultérieurs répondront peut-être un jour. G. MARCANO.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De l'alcool et de la viande crue dans le traitement des nasohémies et des maladies consomptives.

L'année dernière, je traitais une enfant âgée de 6 ans, pour une arthrite chronique de nature strumeuse. Je l'avais soumise à une alimentation fortement tonique, dans laquelle la viande crue avait eu une large part. J'avais eu, pour l'administration de ce reconstituant de premier ordre, à lutter contre une répugnance invincible, dont je n'avais pu triompher que grâce à un subterfuge. La viande, finement hachée, avait dû être incorporée dans du bouillon, qu'on présentait à la petite récalcitrante comme de la soupe aux tomates.

Au bout de quelques mois, l'amélioration était marquée, et l'enfant, jusque-là soigneusement tenue au lit, avait été autorisée à se lever à la chambre, puis à faire un peu d'exercice au grand air. Tout semblait aller à merveille, quand survinrent quelques troubles gastro-intestinaux compliquant un état de malaise général mal défini.

Un jour, en allant à la garde-robe, la petite malade rendit un long ruban de tænia. Le diagnostic était éclairé. Un électuaire de semences de courges a suffi pour déterminer l'expulsion du parasite.

Les faits de cette nature sont devenus d'une observation fréquente, depuis que ce mode de traitement par la viande crue, qui rend de si grands services dans tous les cas de dépression organique, a pris cours dans la pratique journalière.

On peut voir, par le fait rappelé plus haut, et que j'ai pris au hasard, que la médication par la viande crue est passible de deux reproches trop fondés. Elle soulève de tels dégoûts, que bon nombre d'adultes, sans parler des enfants, ne peuvent se résoudre à s'y soumettre. Depuis que ce mode thérapeutique est utilisé sur une aussi large échelle dans le traitement de la phthisie pulmonaire, dans la diarrhée chronique, dans les diverses nosohémies, dans tous les cas, en un mot, où il est indiqué de reconstituer l'organisme épuisé, le tænia est, en quelque sorte, devenu endémique parmi nous.

Il était donc d'une importance capitale de parer à ces graves inconvénients. Or, grâce au progrès de la science, on peut le dire, ce double problème a été résolu de la façon la plus satisfaisante.

D'une part on a découvert un moyen aussi simple que sûr de détruire les germes qui, au sein de nos organes, engendrent le parasite. D'autre part, un ingénieux chimiste, M. Ducro, a imaginé un mode pharmaceutique qui permet de présenter les éléments reconstitutifs de la viande crue sous une forme telle, que les personnes les plus susceptibles les prennent sans la moindre répugnance.

Or, par une coïncidence heureuse, il se fait que le correctif qui, dans la viande crue, détruit les germes du tænia, remplissant lui-même des indications thérapeutiques identiques, vient encore ajouter aux vertus curatives de cet aliment-médicament. Ce correctif, c'est l'alcool, dont les travaux de Todd et de Fuster ont démontré les effets avantageux dans les affections diverses si efficacement traitées au moyen de la viande crue.

Le mode généralement utilisé aujourd'hui, pour la préparation de la viande crue alcoolisée, consiste à la faire macérer pendant une douzaine d'heures, dans du rhum ou dans de bonne eau-de-vie.

Ainsi préparée, la chair musculaire a bien perdu ses effets nocifs; mais, dans un tel mode, un seul élément du problème se trouve encore résolu. L'aliment n'a rien gagné au point de vue de la facilité de l'ingestion, j'ajouterai même à celui de la digestion. C'est ce double but que s'est proposé d'atteindre et qu'a atteint si heureusement M. Ducro, dans son élixir alimentaire, qui n'est autre chose qu'une association intelligemment combinée de viande crue et d'alcool.

On conçoit l'importance des services que peut rendre cette préparation, qui réunit deux éléments de succès, dans tous les cas, quels qu'ils soient, où il est indiqué de réparer les forces, sans imposer aucune fatigue aux organes digestifs. On est surtout heureux de pouvoir disposer d'un médicament d'un goût agréable, chez les enfants, que toute vue étrange, que tout goût suspect tiennent en défiance. On en retire de non moindres avantages chez bon nombre d'adultes, qui ne peuvent surmonter leur répugnance pour la viande crue, que bien des estomacs, d'ailleurs, sont impuissants à digérer.

Dr LEBLANC.

(1) Une étude chimique très-complète de cette eau a été publiée par M. V. Marcano dans la *Tribuna liberal* de Caracas. Avril 1875.

© BIU Santé

VARIA

Le service des accouchements à la prison de Saint-Lazare. Nous avons entretenu nos lecteurs de quelques-unes des défectuosités de la prison de Saint-Lazare (voir le n°) et nous avons, entre autres, insisté sur l'utilité qu'il y aurait à organiser un service spécial de femmes enceintes, de femmes en couches et de nourrices. La question vient de faire un nouveau pas et par le vœu suivant l'attention de l'administration a été éveillée.

Le Conseil général considérant : 1° Que la maison de Saint-Lazare comprend à côté de la prison des femmes, une infirmerie de femmes malades atteintes d'affections vénériennes ; — 2° Que parmi cette population dont le chiffre s'élève à près de 1,500 femmes, il y a un grand nombre de femmes enceintes ou nourrices ; — 3° Que les accouchements sont ordinairement faits par des internes nommés sans concours et qui d'après le nombre des inscriptions qui leur sont exigées au moment de leur nomination, n'ont pas été à même de suivre les cliniques d'accouchements et par conséquent ne possèdent pas de connaissances spéciales,

Les soussignés demandent à M. le préfet de police de créer à la maison de Saint-Lazare un service d'accouchements confié à un médecin accoucheur : Dr Paul Dubois, Bourneville, dr Béclard, A. Delpech, dr Frère, dr A. Lamouroux, dr Ph. Loiseau, E. Villeneuve, J.-A. Lefont, dr G. Martin, Mathé, dr Metivier, H. Thulie.

Entre Ours.

On lit dans le *Journal de Gand* : Les promeneurs du jardin zoologique ont été, dans la soirée de samedi dernier, témoins d'un spectacle terrible : Le grand ours Martin a dévoré la jeune femelle qui, par son extrême vivacité, faisait la joie des visiteurs ; vers cinq heures, un morceau de pain jeté par une dame entre les deux fauves fut convoité par tous les deux et lestement saisi par la femelle. Le mâle se jeta sur elle et la terrassa. Les efforts qu'elle fit pour se dégager l'irritèrent de plus en plus, et, en moins de dix minutes, malgré la prompte intervention de tout le personnel, il la déchira et l'étouffa sous ses terribles étreintes. Alors commença une scène indescriptible. Rien ne put contraindre l'ours à lâcher le cadavre de sa victime qu'il traînait sanglant par tous les coins de la fosse, essayant de se soustraire aux atteintes des fers chauffés, et des douches incessantes qu'on lui lançait au moyen de la pompe à incendie. C'est seulement après une heure et demie de travail opiniâtre qu'on est parvenu à lui arracher le cadavre horriblement déchiré.— (*Journal officiel*).

— Nous avons été témoins en 1871 ou 1872 d'un fait semblable, au Jardin des plantes de Paris. Un ours brun s'est pris de querelle avec une ourse blanche, qui lui résistait ; il l'a terrassée, étranglée, et, comme on cherchait à lui faire lâcher sa femelle, il l'a saisie dans ses puissantes mâchoires, l'a promenée à sa gueule tout autour de la fosse, la portant avec autant d'aise qu'un chien fait d'une perdrix, et est allé se réfugier sous la voûte qui sépare les deux fosses aux ours.

Médecins de la Marine.

Par décret du Président de la République en date du 17 août 1878, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine : Au grade de médecin en chef : M. Vauvray (Adolphe-Charles-Edouard), médecin principal. — Au grade de médecin principal : MM. les médecins de 1re classe : 1er tour (ancienneté) : Foiret (Gustave-Jean) ; 2e tour (choix) : Normand (Louis-Alexis).

Médecins militaires.

Par décret en date du 22 août 1878, ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre : 1° A deux emplois de médecins principaux de 2e classe : M. le professeur Vallin et M. Hattute. — 2° A quatre emplois de médecins-majors de 2e classe : MM. Semann, Chassagne, Feron et Mutin.

NOUVELLES

51e Congrès des naturalistes et médecins allemands. — Le terme du 51e congrès des naturalistes et médecins allemands, qui devait avoir lieu du 18 au 24 septembre, a dû être ultérieurement fixé aux journées du 11 ou 18 septembre. Le programme publié n'éprouve aucun autre changement. — Docteur B. Stilling, président. — Docteur E. Gerland, secrétaire du 51e congrès des naturalistes et médecins allemands.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du docteur Oscar Masson, qui vient de succomber à Beaune (Côte-d'Or), à la suite d'une longue maladie. M. Oscar Masson, neveu de l'éditeur Victor Masson avait été un des internes distingués des hôpitaux de Paris. Pendant sa dernière année d'internat, à la suite d'une piqûre anatomique, sa santé avait été profondément atteinte, et n'a depuis lors jamais cessé d'être chancelante. M. Oscar Masson a cependant exercé la médecine pendant vingt ans, à Beaune, sa ville natale, où l'élévation de son caractère et son grand désintéressement lui ont rapidement acquis l'estime de ses concitoyens et la reconnaissance de la population pauvre à laquelle il se consacrait presque exclusivement. — (*Gaz. hebd. de médecine*).

— M. Bellom, médecin-major de 1re classe vient de succomber au Sénégal, des suites de la fièvre jaune. — (*Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie.*)

— L'*Union médicale* annonce la mort de M. le docteur Eyriaud des Vergues, ancien chirurgien en chef de l'hôital d'Angoulême, décédé dans cette ville à l'âge de 72 ans.

Fièvre jaune. — Une dépêche de New-York en date du 28 août nous apprend qu'il y a eu 220 nouveaux cas de fièvre jaune et 57 morts à la Nouvelle-Orléans, et 80 nouveaux cas à Memphis.

Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élèves internes, année 1878. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 7 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3. MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 2 septembre jusqu'au samedi 21 septembre inclusivement.

En vente aux Bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à 5 heures.

Delasiauve (J.). Journal de médecine mentale, résumant au point de vue médico-psychologique, hygiénique, thérapeutique et légal, toutes les questions relatives à la folie, aux névroses convulsives et aux défectuosités intellectuelles et morales, à l'usage des médecins praticiens, des étudiants en médecine, des jurisconsultes, des administrateurs et des personnes qui se consacrent à l'enseignement. Dix volumes (1860-1870). — Prix : 50 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 40 fr.

Dransart (H.-N.). Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux. In-8° de 32 pages avec 1 figure, 70 cent. — Pour les abonnés, 40 cent.

Du Basty. De la piqûre des hyménoptères porte-aiguillon. Gr. in-8 de 48 pages. 1 fr. 25. — Pour les abonnés du *Progrès*, 85 cent.

Duplay (S.). Leçon sur les périarthrites coxo-fémorales, recueillie par H. Duret. In-8 de 20 pages. 60 cent. — Pour nos abonnés, 40 cent.

Duplay. Conférences de clinique chirurgicale, faites aux hôpitaux de Saint-Louis et Saint-Antoine, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. Prix : 3 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Dupuy (L.-E.). Etude sur quelques lésions du mésentère dans les hernies. In-8° de 16 pages, 50 cent. — Pour les abonnés. 35 cent.

Duret (H.). Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux. Un volume in-8° de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et lithographie, et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878. Premier volume, prix : 15 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 10 fr.

Exchaquet (T.-H). D'un phénomène sthétoscopique propre à certaines formes d'hypertrophie simple du cœur. Paris. In-8 de 93 pages. — Prix : 2 fr. — Pour les abonnés, 1 fr. 35.

Farabeuf (L.-H.). Réformes à apporter dans l'enseignement pratique de l'anatomie. Gr. in-8 de 28 pages, 75 cent. — Pour les abonnés. 50 cent.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole de médecine.

Blanche (E.)— Des homicides commis par les aliénés, Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 165 pages.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, pl. de l'École-de-Médecine.

Bremond (F.). — Notice sur l'eau minérale nitrée du prieuré d'Heudreville (Eure), approuvée par l'Académie de médecine, suivie d'une étude sur Heudreville et sa source minérale par J. Clouet, pharm., Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 56 pages.

Dumas (L.). — Observations et recherches cliniques relatives à l'influence de la tension artérielle puerpérale sur la marche des maladies et à l'état de circulation pendant les suites de couches. Paris, 1878, 1 vol. de 39 pages avec 6 planches noires.

Guillermet. — Etude sur les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde et spécialement sur les plus rares d'entres elles. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 84 pages. — Prix : 2 fr.

Heydenreich (A.). — Des accidents provoquées par l'éruption de la dent de sagesse, Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 105 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Humbert (G.). — Des néoplasmes des ganglions lymphatiques. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 149 pages. — Prix : 4 fr.

Lemarchant (C.). — Des effets de la douche écossaise à l'eau de mer dans toutes les affections réclamant le concours de l'hydrothérapie maritime. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 78 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Pacton (M.). — Du zona ophthalmique. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 108 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Paquet (A.). — Leçons sur la chirurgie clinique des maladies des voies urinaires professé à l'hôpital Saint-Sauveur, au dispensaire de la clinique des maladies des voies urinaires. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 190 pages. — Prix : 3 fr. 50.

© BIU Santé

TITECA. — Pathogénie et prophylaxie de la myopie. — Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 135 pages.

Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon.

TERRILLON. — Des ruptures de l'urèthre. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 228 pages, avec planche et tableaux dans le texte.

Librairie G. MASSON, boulevard Saint-Germain, en face de l'Ecole de médecine.

DROUINEAU (G.). De l'assistance aux filles-mères et aux enfants abandonnés. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 104 pages et 3 tableaux. — Prix : 2 fr.

Publications étrangères.

CARRERAS Y ARAGO (L.). — Clinica oftalmologica resena estadistica de 1875 y de 1876 con una serie de observaciones clinicas notables seguidas de un discurso sobre el criterio medico quirurgico para la aplicacion de la iridectomia en el glaucoma. Barcelona 1878, 1 vol. in-8 de 209 pages (illustrada con cuatro cromo litografias). — Tipografico de Narcisco Ramirez y Cº.

PARKIN (J.). — The antidotel treatment of disease. London, 1878, 1 vol. in-8 de 307 pages chez Hardwicke and Bogue, 192, Piccadilly.

MEDICAL REPORTS for the Half-year ended 31 st. march, 1878. 15 st. issue published by order of the inspector général of Customs, Shanghaï, statistical department of the inspectorate general 1878. Brochure in-4º de 89 pages avec planches dans le texte.

RENDU (J.). — De l'isolement des varioleux à l'étranger et en France, Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 107 pages, avec carte et schéma chronologique de l'épidémie. — Prix : 3 fr. 50.

PONTIER (A). — La pharmacie par ses côtés scientifiques à l'Exposition universelle. — Paris, 1878, brochure in-8 de 32 pages.

SEPPILLI (G.) et MARAGLIANO (D.). — Della influenza del Vajuolo sulla Pazzia, brochure in-8 de 20 pages; 1878. Milan, imprimerie Rechiedei frères.

SEPPILLI (G.) et MARAGLIANO (D.). — Studi clinici a contributo dell'azione Delle correnti ellettriche, dei metalli e della magnete in alcuni casi di anestesia, brochure in-8 de 17 pages, 1878. Reggio-Emilia, imprimerie Calderini.

MARAGLIANO (D.). — Le Localizzazioni motrici nella corteccia cerebrale studiate specialmente dal lato clinico, brochure in-8 de 76 pages, 1878, Reggio-Emilia, imprimerie Calderini.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IM. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans CONSTIPATION et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, débilité, consomption, anémie, chlorose, diabète*, etc.

PARIS : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de MIGRAINE venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

Chaque cuillerée doit être délayée dans un verre d'eau sucrée ou vineuse et lui donne une saveur d'eau de goudron un peu forte à laquelle on s'habitue facilement. Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs, même pendant les **chaleurs**.

PARIS, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux, par H. DURET, un volume in-8 de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878, premier volume, prix 15 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 10 fr.

Élixir toni-radical au Colombo, de Blottière, pharm., 56, rue de Sèvres, Paris, contre les dyspepsies, gravides, chlorotiques, syncopales, flatulentes, cardialgiques, symptomatiques du cancer, diarrhées, dysenteries, fièvres pernicieuses, convalescences, 5 fr.

Iconographie Photographique
de la Salpêtrière, par BOURNEVILLE et REGNARD, paraissant tous les mois par livraison de 8 ou 16 pages de texte et 4 photographies. — 12 livraisons sont en vente et forment le premier volume. — Prix : 3 fr. la livraison, 32 fr. le volume complet. — Pour *les abonnés* du *Progrès médical*, 2 fr. la livraison ; le volume 20 fr. — La 5e et la 6e livraisons du 2e volume viennent de paraître.

De la Psoïte traumatique, par G. Marcano, in-8 de 160 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés, 2 fr.

Établissement MÉDICO-PNEUMATIQUE du Dr MAIGROT
à Saint-Dizier (Haute-Marne). — *Bains d'air comprimé.* — Tous les médecins qui connaissent cette médication, en France et à l'Etranger, la prescrivent spécialement contre l'asthme, l'emphysème, la bronchite, la laryngite chronique, la coqueluche, les adhérences pulmonaires suivies de pleurésies. Elle est souveraine contre l'anémie, la chlorose, par son oxygénation du sang, le diabète, etc. *Installation* confortable et luxueuse avec *Chambres pneumatiques*, spacieuses, *Compresseur hydraulique*, et tous les appareils accessoires nécessaires. — L'air de Saint-Dizier est d'une pureté admirable. Séjour agréable à la ville et à la campagne. Cette médication se suit en toute saison. L'établissement reçoit des pensionnaires et des externes à des conditions de prix très-modérées. Demander le Prospectus.

Enfants Arriérés ou Idiots
Maison spéciale d'Éducation et de Traitement, fondé en 1847. Rue Benserade, 7, à Gentilly (Seine.)

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DE DUCRO
VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, Anémie, Convalescence.

Gros : Paris, 20, place des Vosges.—Détail : Toutes les Pharmacies.

QUINOIDINE D'EMILE DURIEZ
MÉMOIRE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SÉANCE DU 21 MAI 1878.

Remplace les préparations de Quinquina et le Sulfate de quinine. Même efficacité.—Economie de 80 pour 100.

10 gr. en 100 dragées : 4 fr. PARIS, 20, place des Vosges. 2 gr. en 20 dragées : 1 fr.

LAITS MÉDICAMENTEUX
Du Docteur BOUYER.

IODE, ARSENIC, MERCURE, ETC., ANIMALISÉS.

Récompenses nationales.

Approbation des Sociétés savantes.

Lait iodique. — Quinze années d'expériences ont démontré que cette préparation était la plus sûre pour administrer l'iode sans danger et avec succès contre maladies chroniques de la poitrine, Phthisie, Scrophule, Lymphatisme, Goître, Dyspepsies, Engorgements et Catarrhes des organes génito-urinaires, Albuminurie, Epuisement, Diathèses diverses et tous les états morbides où il faut relever ou modifier la nutrition abaissée ou pervertie.

Lait arséniaté contre : Fièvres, Névroses, Vésanies, Dartres, Rhumatisme, etc.

Dans les maladies du cœur, nul traitement n'est plus efficace, quand il est continué plusieurs mois, que le suivant : une cuillerée à café de lait administré le matin, et une granule de digitaline le soir.

Ces Laits s'administrent sous forme de Sirops, de Poudres et de Chocolats.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 36. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 7 SEPTEMBRE 1878

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. JULES SIMON.

De la Ciguë.

Leçon recueillie par S. CHAMBARD, interne des hôpitaux

Messieurs,

Il en est peu parmi vous, j'en suis bien convaincu, qui aient vu la ciguë employée en dehors des usages externes. J'espère cependant vous montrer que, malgré le discrédit dans lequel elle est tombée, cette plante célèbre dans l'antiquité à des titres divers, peut encore rendre des services dans la thérapeutique en général et dans celle des enfants en particulier.

Le nom de ciguë a été appliqué à certaines plantes de la famille des ombellifères, appartenant à des genres différents. Je laisserai de côté la petite ciguë, la ciguë vireuse aquatique, ou phellandrie, pour ne m'occuper ici que de la grande ciguë (conium maculatum), qui est la véritable ciguë officinale et celle à laquelle nous aurons recours.

La grande ciguë s'emploie sous forme de feuilles, de poudre et d'extrait. Son alcaloïde, la conicine ou cicutine est trop actif, trop difficile à doser et par conséquent trop dangereux. En outre, la volatilité de cet alcaloïde comparable à celle de la nicotine, en fait jusqu'à présent un toxique qu'il faut abandonner.

Dosage. Deux préparations de ciguë suffiront à tous nos besoins: la teinture et l'extrait.

La teinture alcoolique de ciguë que vous ne confondrez ni avec la teinture éthérée, ni avec l'alcoolature de la même plante qui est beaucoup plus actif, peut se donner en potions à des doses assez élevées, à peu de chose près aussi élevées que l'alcoolature de racines d'aconit.

Dans des expériences que j'ai longtemps poursuivies dans cet hôpital, il m'est arrivé de pouvoir donner :

Jusqu'à quinze gouttes de cette teinture à un enfant de deux ans ;

Jusqu'à trente à quarante gouttes à un enfant de quatre à cinq ans ;

Mais j'avais eu, bien entendu, le soin de débuter par des doses faibles, quatre à cinq gouttes, d'en espacer les prises et d'en augmenter progressivement le nombre, tout en me tenant prêt à m'arrêter à la première apparition des effets toxiques du médicament.

La teinture de ciguë seule ou associée à l'extrait ou à la teinture de belladone, peut aussi s'employer pour l'usage externe sous forme de liniment.

Teinture de ciguë	10 gram.
Teinture de belladone	10 —
Huile d'amandes douces	30 —

Il existe plusieurs sortes d'extrait de ciguë : l'extrait alcoolique et l'extrait de suc dépuré. Ce sont de bonnes préparations et de valeur à peu près identique.

Incorporé à l'axonge, à la glycérine, aux huiles, l'extrait de ciguë entre dans la composition d'un grand nombre de pommades, glycérolés et liniments dont vous devrez savoir au besoin varier les formules. La plus simple est la suivante :

Extrait de ciguë	4 gram.
Axonge	30 —

Dans laquelle vous pourrez indifféremment remplacer l'axonge par le cérat, le cold-cream, la glycérine ou le glycérolé d'amidon. Je préfère même, en général, ces derniers excipients qui n'ont pas, comme les corps gras, l'inconvénient de subir rapidement, surtout en été, la fermentation butyrique, de devenir acides et d'acquérir des propriétés irritantes et une mauvaise odeur. Vous verrez souvent, Messieurs, chez les très-jeunes enfants, des érythèmes rebelles dus à l'action véritablement irritante de semblables excipients.

Rarement, du reste, l'extrait de ciguë entre seul dans la composition des pommades et des liniments. Il est ordinairement associé à la belladone et à l'iodure de potassium. Vous obtiendrez par exemple une action résolutive manifeste sur les adénopathies, au moyen de la mixture suivante :

Extrait de ciguë	4 gram.
Iodure de potassium	4 —
Extrait de belladone	4 —
Extrait de jusquiame	4 —
Axonge ou glycérolé d'amidon	30 —

Dans les mêmes circonstances et lorsqu'il sera nécessaire de laisser à demeure l'extrait de ciguë sur les régions malades, dans les adénites strumeuses, les arthrites chroniques de même nature, il sera plus commode d'employer l'emplâtre de ciguë, dont les formules sont nombreuses, mais qui peut se faire simplement en étendant sur une peau une masse emplastique composée d'une partie de cire blanche, deux parties de résine et neuf d'extrait alcoolique de ciguë.

Action physiologique. — Pendant longtemps, les idées les plus contradictoires avaient cours sur l'action physiologique de la ciguë, car les expérimentateurs, opérant avec des produits dissemblables et mal déterminés, ne pouvaient obtenir des résultats qui fussent comparables entre eux ; ce n'est que depuis les travaux d'*Orfila*, *Schroff*, *Martin Damourette* et *Pelvet*, et grâce à la découverte de la conicine que ces expériences ont acquis quelque certitude et que l'action physiologique de la grande ciguë pût être mieux connue. (MM. Damourette et Pelvet. *Etudes de physiol. exp. et de thérap. sur la ciguë et son alcaloïde.* (*In Bulletin général de thérapeutique*, 1870).

La ciguë, appliquée localement sur la peau et les muqueuses, n'est que fort peu irritante et produit, au contraire, une sédation marquée lorsque les téguments sont le siége de douleurs ou d'hyperesthésie; la conicine seule est irritante, mais néanmoins ses effets anesthésiques se manifestent aussi ultérieurement.

A faible dose, la ciguë, administrée à l'intérieur, exciterait l'appétit et les fonctions digestives (*Martin Damourette* et *Pelvet*). A doses plus élevées, au contraire, ces mêmes fonctions seraient diminuées. Si la quantité absorbée est véritablement toxique, des phénomènes d'intolérance se montrent; le patient éprouve une sensation de chaleur et d'âcreté à la gorge, il a des nausées, des vomissements, de la gastralgie; plus rarement des coliques, de la salivation et de la diarrhée. A l'autopsie, on trouve de la rougeur et des taches ecchymotiques sur la muqueuse gastro-intestinale comme à la suite d'un empoisonnement par les strychnées.

La cicutine, analogue en cela à la plupart des substances volatiles, s'élimine par les voies respiratoires. Son absorption diminue la sensibilité de la muqueuse bronchique et paralyse les muscles des cerceaux aériens; la ciguë est donc indiquée au même titre que l'aconit, dans les affections catarrhales et spasmodiques de l'appareil respiratoire. Les muscles de la cage thoracique, d'abord un peu excités, ralentissent leurs mouvements, et, à dose élevée, la mort peut survenir par asphyxie, bien que le cœur continue à battre ; aussi le malade peut-il être sauvé par l'emploi de la respiration artificielle.

© BIU Santé

Comme l'aconit encore, la ciguë déprime le cœur; ses battements et ceux du pouls sont ralentis et surtout affaiblis. A dose élevée, les battements du cœur sont d'abord accélérés, mais bientôt ils se ralentissent, deviennent faibles, irréguliers, intermittents et la mort survient par syncope, avec arrêt du cœur en diastole; la face, d'abord pâle, devient alors cyanosée et présente des ecchymoses.

Giacomini signale, en outre, la ciguë, comme un médicament hypersthénisant-lymphatique. Si cette action n'a pas encore été démontrée physiologiquement, les faits cliniques parlent en sa faveur et son action résolutive sur les engorgements lymphatiques permettent de la rapprocher à cet égard de l'iode à qui la même propriété physiologique a été assignée.

L'action dépressive de la ciguë sur la respiration, sur la circulation générale et sur les circulations locales, l'anoxémie et l'asphyxie qui en résultent, nous permettent de nous rendre compte de l'abaissement de température qui suit son administration. Cette hypothermie, déjà sensible, dans les limites de l'expérimentation thérapeutique, devient très-accusée dans les cas d'intoxication par la cicutine.

L'élimination de la ciguë par les glandes de la peau s'accompagne de pâleur, de fourmillement, de sueurs alternant quelquefois avec une diurèse abondante, d'un certain engourdissement, et à doses élevées, de véritables éruptions, généralement érythémateuses, mais quelquefois vésiculeuses et que *Bazin* compare aux dermites vésiculeuses déterminées par le mercure et ses composés. (Bazin. *Leçons sur les affections cutanées artificielles*, 1862).

On a attribué à la ciguë le pouvoir d'atrophier les mamelles et les testicules. Sa propriété de tarir la sécrétion lactée semble plus réelle; elle paraît aussi diminuer et retarder le flux menstruel.

L'action hyposthénique de la ciguë s'exerce surtout sur les nerfs sensitifs et moteurs et sur les muscles. Comme l'aconit, elle n'impressionne que secondairement et accessoirement le cerveau.

Les nerfs moteurs de la vie animale sont les premiers affectés, surtout ceux des membres inférieurs. Les muscles volontaires deviennent paresseux, et je vous ai dit que les mouvements de la cage thoracique se ralentissaient; plus tard, les nerfs cardiaques se prennent à leur tour, mais ce n'est que bien après que les nerfs de la vie organique sont eux-mêmes paralysés (hypersécrétions).

Les nerfs sensitifs sont moins affectés que les nerfs moteurs. Je vous ai cependant parlé des fourmillements et de l'anesthésie de la peau, ainsi que de l'insensibilité de la muqueuse bronchique.

Martin-Damourette et *Pelvet* ont montré que la moelle était d'abord excitée (période de tremblement, de convulsions), puis que les terminaisons motrices étaient paralysées (période de résolution), et comparent, à cet égard, l'action de la ciguë sur les nerfs moteurs à celle du curare.

Vous voyez aussi, Messieurs, combien l'action de la ciguë est analogue à celle de l'aconit. Comme l'aconit, elle anémie la peau et les muqueuses, diminue leur sensibilité et augmente leurs sécrétions; comme lui, elle paralyse les nerfs moteurs et borne son action aux nerfs périphériques et à l'axe spinal, respectant le cerveau ou ne l'affectant que secondairement. Comme l'aconit encore, la ciguë abaisse la température, ralentit les mouvements du cœur et ceux de la respiration; j'ajouterai enfin que son action sur la pupille est tout aussi incertaine.

Indications de la ciguë. — C'est surtout à titre de médicament résolutif que la ciguë est employée en thérapeutique infantile; vous me voyez cependant quelquefois l'administrer dans les affections des voies respiratoires, du cœur et de la peau. Je vais donc passer en revue ses indications et ses modes d'administration dans les inflammations chroniques, le goître, les tumeurs, les maladies de l'appareil respiratoire et circulatoire, les maladies nerveuses de l'enfance et les affections de la peau, en m'attachant à vous montrer que la ciguë est un médicament qui vaut mieux que sa réputation, et que vous vous féliciterez plus d'une fois de le connaître, si vous savez bien le manier, et si vous avez la patience d'attendre qu'il ait produit tous ses effets.

1° *Inflammations chroniques.* — C'est surtout dans les inflammations chroniques de nature scrofuleuse dont vous voyez de si nombreux exemples dans nos salles : adénites cervicales, arthrites fongueuses, ostéites fongueuses, etc., que la ciguë rend des services, il est même vraisemblable que beaucoup de guérisons de prétendus cancers, dont on faisait autrefois honneur à la ciguë, n'ont été que la résolution de semblables affections.

C'est le plus souvent en topique que la ciguë est employée en pareil cas, et je vous recommande alors la pommade composée d'extrait de ciguë et d'iodure de potassium dont je vous ai donné tout à l'heure la formule. Après avoir étendu avec patience cette pommade sur la région malade, vous la recouvrirez d'une couche épaisse de ouate et d'une feuille de taffetas gommé afin de la plonger dans une sorte de bain de vapeur qui facilitera beaucoup l'absorption du médicament. Si vous donnez la préférence à l'emplâtre de ciguë vous le ferez préparer sur une peau souple dont les bords, suffisamment larges, envelopperont exactement toutes les parties. C'est surtout, Messieurs, dans les arthrites chroniques que je vous recommande l'emploi persévérant de ces moyens; en les combinant avec l'immobilisation et le traitement général, vous pourrez souvent obtenir d'excellents résultats que complètera la cautérisation ponctuée, plus effrayante que douloureuse, comme vous le savez.

La ciguë a été également donnée à l'intérieur contre les affections scrofuleuses. *Baudeloque*, dans cet hôpital, se vantait de l'employer avec succès, et *Bazin* la prescrit à faibles doses lorsqu'il se propose d'obtenir la résolution des adénites scrofuleuses et à doses élevées lorsqu'il recherche leur suppuration. Je l'emploie aussi sous forme de cataplasmes et de fomentations en mêlant les feuilles de ciguë à des feuilles de plantes aromatiques.

J'ai vu également ce médicament donner de bons résultats dans le traitement des inflammations chroniques du testicule, dans certaines formes de goître ainsi que dans des affections rhumatismales du système musculaire, telles que certaines contractures, certaines espèces de torticolis.

2° *Cancer.* — Le cancer, Messieurs, bien que relativement rare chez l'enfant, existe et marche généralement chez lui avec une rapidité formidable. Il est des cancers de l'enfance qui sont même proportionnellement bien plus communs qu'à un âge plus avancé. Je veux parler des cancers du cerveau, des poumons et surtout du cancer de l'œil qui, d'après *Lebert*, existerait dans la proportion de 8 cas sur 22, dans les dix premières années de la vie.

Depuis longtemps, Messieurs, on a voulu voir dans la ciguë un spécifique du cancer, et *Storck* est un de ceux qui ont le plus fait pour accréditer cette manière de voir; vous n'ignorez point qu'en dépit des idées préconçues, il n'existe aucun fait bien avéré de guérison de cancer par une médication interne quelle qu'elle soit. Je dois vous dire, du reste, que le mot de cancer n'est qu'un terme générique qui comprend toute une série ininterrompue de formes anatomiques dont les types extrêmes sont seuls bien tranchés et qui présentent une évolution fort différente sans rien perdre de leur gravité, et à coup sûr, les prétendus cancers guéris par la ciguë n'étaient que des néoplasies bénignes d'un diagnostic difficile.

3° *Maladies de l'appareil respiratoire.* — Vous me voyez, Messieurs, prescrire la teinture de ciguë associée à la belladone et à l'aconit dans les affections catarrhales et spasmodiques de l'appareil respiratoire : bronchite quinteuse, coqueluche, adénopathie bronchique : son action physiologique vous rendra suffisamment compte des motifs qui dictent ma conduite. C'est également pour diminuer la susceptibilité de la muqueuse des voies aériennes et par conséquent, atténuer les efforts de toux, que je la prescris dans la phthisie pulmonaire sans espérer pour cela le moins du monde, comme *Biett* et *Alibert* guérir cette autre ma-

© BIU Santé

ladie diathésique... *Trousseau*, du reste, plus réservé, faisait couvrir la poitrine de ses malades d'emplâtres de ciguë et n'en attendait que l'apaisement de la toux et des douleurs thoraciques, une expectoration plus facile et une modération de la fièvre : c'est en effet dans les formes érethiques, fébriles, nerveuses de la tuberculose pulmonaire que vous en retirerez les meilleurs effets. Quant aux formules, je vous renvoie à celles de l'aconit dont le dosage est identique.

4° *Affections nerveuses.* — La ciguë a été employée dans les cas de névralgies, d'hyperesthésies, dans la chorée, toutes les affections douloureuses et convulsives du système nerveux; mais toutes ces affections relèvent de trop de causes diverses pour que nous puissions porter un jugement d'ensemble sur l'action que la ciguë peut exercer sur elles. Son emploi est certainement justifié par son action physiologique, mais le plus souvent il serait, à lui seul, insuffisant.

Pour résumer en quelques mots, Messieurs, ce qui a trait aux applications thérapeutiques de la ciguë, il résulte de ce que je viens de vous exposer que ce sont surtout ses propriétés sédatives, que c'est son action dépressive sur la circulation générale et sur les circulations locales qui en justifient l'emploi. Dans les adénopathies, soit externes, soit bronchiques, elle décongestionne les glandes lymphatiques engorgées et active peut-être la circulation du courant de lymphe qui les traverse : elle les rend alors moins douloureuses et tend à les ramener à leur volume normal; par une action analogue, elle calme les douleurs et facilite la résolution des inflammations osseuses et articulaires; administrée aussi dans les affections des voies respiratoires, elle rend la muqueuse aérienne moins sensible, elle diminue ses vascularisations, éloigne les efforts de toux, de vomissement, facilite la sécrétion bronchique. Telles sont, Messieurs, les seules indications de la ciguë, elles sont peu nombreuses, mais leur intérêt compense leur petit nombre et je serais heureux de vous avoir convaincus que la ciguë mérite de reprendre dans la matière médicale, non pas la place qu'on lui avait assignée autrefois, mais un rang assez honorable pour lui être conservé.

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Contracture hystérique du poignet gauche. — Traitement par la production artificielle répétée d'une contracture du poignet droit. — Disparition de la contracture primitive. — Applications variées de l'électricité (1);

Par le Dr **Romain VIGOUROUX.**

Nous terminons aujourd'hui l'étude clinique du fait. Dans un troisième et dernier article, nous mentionnerons quelques expériences dont l'exposé aurait mal à propos surchargé notre relation. En même temps nous tâcherons de motiver l'importance que nous attachons à ce simple cas de *contracture hystérique*.

18 *juin.* Application de l'aimant *à droite*, suivant le mode habituel; les choses se passent comme précédemment : analgésie ne dépassant pas le bord supérieur de l'aimant, fourmillements, refroidissement, contracture. De plus il se produit une paralysie complète des bras et de l'épaule, bien que la peau de ces parties ait conservé sa sensibilité. On a beaucoup de peine à rendre ensuite quelque liberté au membre par la faradisation. Il reste après la séance un état parétique prononcé et l'analgésie persiste.

A gauche, la main est plus souple; le bord radial conserve la sensibilité acquise hier. Le courant faradique provoque facilement l'extension de la main et des doigts et celle-ci est plus persistante. Pendant l'électrisation, la sensibilité revient dans le petit doigt et l'éminence hypothénar exactement de la même manière qu'elle est réapparue dans le pouce, c'est-à-dire annoncée par des élancements douloureux vers le bout du doigt.

19 *juin.* La faiblesse de la veille persiste dans le membre droit. La pression de la main ne donne que trois kilogrammes au dynamomètre de Burq. On place l'avant-bras droit entre les pôles du grand électro-aimant qui, d'ailleurs, n'a pas sa puissance habituelle par suite de l'épuisement de la pile. La contracture des doigts et la paralysie du reste du membre sont complètes après vingt minutes, avec le cortége des phénomènes habituels. Courte faradisation (toujours avec le courant du fil fin) de l'avant-bras gauche. La sensibilité revient dans les deux dernières phalanges du médius, de la même façon que pour le petit doigt et le pouce.

20 *juin.* A droite, la paralysie de tout le membre supérieur et l'analgésie de l'avant-bras provoquées hier existent encore. A gauche, on obtient l'extension des doigts par la faradisation.

21 *juin.* La paralysie du membre supérieur gauche est stationnaire; la contracture du poignet est moins rigide; celle des doigts n'a pas varié. A l'avant-bras et à la main la sensibilité des bords radial et cubital s'étend jusqu'auprès du coude en comprenant en bas le petit doigt et l'hypothénar d'un côté, le pouce et le thénar de l'autre. Ces deux bandes d'anesthésie ne sont séparées dans la paume de la main que par un espace étroit. Le médius est tout entier sensible, jusqu'au pli palmaire en avant et jusqu'à la tête du métacarpien en arrière. Cette sensibilité de l'avant-bras et de la main est parfaite.

Application habituelle de l'aimant à *l'avant-bras droit.* La contracture se produit; l'anesthésie ne dépasse pas le bord supérieur de l'aimant, mais le bras et l'épaule sont paralysés. On observe dans cette expérence une particularité nouvelle : la diminution de la sensibilité au lieu de s'accompagner comme précédemment d'un abaissement de température perçu objectivement et subjectivement, coïncide avec une sensation de chaleur et un degré marqué d'hyperhémie de la peau. La région paraît aussi plus chaude au toucher que l'autre côté.

On pratique la faradisation sur les deux avant-bras, après quoi les deux mains restent étendues. Le poignet gauche tout à fait souple, reposant sur la face dorsale, les doigts sont à peine fléchis. Quant au mouvement, la paralysie du membre supérieur est égale des deux côtés. La souplesse de la main gauche dure une heure et demie environ, puis les doigts commencent à se raidir.

22 *juin.* L'expérience d'hier a laissé une grande faiblesse dans le bras droit.

On constate les changements suivants dans l'état général de la sensibilité : hémianalgésie de la tête et du cou à gauche, en continuité avec l'anesthésie de l'épaule; l'œil gauche ne perçoit pas le violet, son acuité visuelle n'a pas varié.

Application de l'aimant à la face palmaire de l'avant-bras *droit.* Après six minutes, la contracture commence à se produire; elle est complète après un quart d'heure. En même temps, on fait une faradisation légère de l'avant-bras gauche. Elle a pour résultat immédiat l'extension des doigts. Pendant cette opération la sensibilité revient dans l'annulaire, annoncée comme elle l'a été pour les autres doigts par un élancement douloureux vers la pointe. La pulpe du doigt devient la première sensible au contact. Une heure après, les deux dernières phalanges sont sensibles au contact et à la douleur, mais d'une façon plus complète sur la face palmaire. La main gauche est restée ouverte.

24 *juin.* — Le poignet gauche n'est plus fléchi. Les doigts, assez mobiles, sont dans la demi-flexion. La sensibilité du membre n'a pas varié; la moitié gauche du cou et de la face est moins analgésique qu'avant hier; la perception du violet est rétablie.

A droite, la sensibilité est redevenue normale dans le membre supérieur; mais la faiblesse est très-grande; pression de la main nulle au dynamomètre.

(1) Voir le n° 35.

© BIU Santé

Application de l'aimant à droite ; effets habituels. Faradisation légère du membre gauche, surtout au niveau de la gouttière radiale de l'humérus ; à ce moment élancements douloureux à la pointe de l'index : on constate que la dernière phalange de ce doigt est devenue sensible à la piqûre. (*Fig. 45 et 46.*)

Pendant ce temps l'anesthésie provoquée à droite par l'aimant est complétement développée avec sa limite supérieure ordinaire ; il n'y a pas de transfert, de même que les jours précédents. La température de l'avant-bras a évidemment baissé. Le reste du membre est paralysé. — Une heure après l'enlèvement de l'aimant, l'état est le même, sauf que un léger mouvement de pronation est possible.

25 *juin*. — A gauche la main et les doigts sont tout à fait

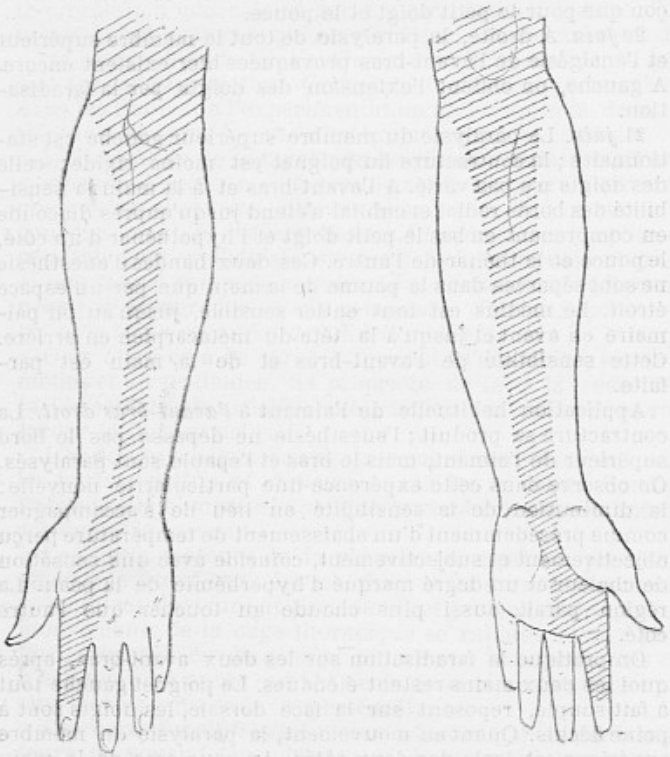


Fig. 45 et 46. — Etat de la sensibilité de la main et de l'avant-bras gauche, après quelques jours de traitement. Les parties ombrées sont anesthésiées.

souples. La sensibilité s'est étendue à toute la deuxième phalange de l'index ; sur les côtés de l'avant-bras, elle atteint le coude. La paralysie du mouvement n'a pas varié. A droite, il reste de l'expérience de la veille une parésie marquée ; mais la sensibilité est parfaite.

On provoque la contracture ; elle se produit un peu plus lentement que les jours précédents ; en outre elle ne s'accompagne pas d'abaissement de température.

26 *juin*. — La main gauche conserve sa souplesse ; du reste il n'y a pas de changement. Application de l'aimant à droite. La contracture s'établit plus rapidement et sans abaissement de température (objectif ou subjectif).

27 *juin*. — Même état. Application de l'aimant à droite, sans particularités notables. A gauche les zones latérales sensibles de l'avant-bras sont presque contiguës supérieurement, à la région dorsale.

28 et 29 *juin*. — Applications de l'aimant à droite.

2 *juillet*. — A gauche, état stationnaire. A droite, l'aimant produit rapidement et complètement la contracture. Il y a peu ou point de refroidissement ; de plus, la diminution de la sensibilité est à peine marquée.

3 *juillet*. — Les zones anesthésiques de l'avant-bras gauche ont disparu. La sensibilité a gagné le bras dont elle occupe le tiers inférieur.

4 *juillet*. — Application de l'aimant d'abord à droite puis à gauche, pendant un quart d'heure pour chaque côté. A gauche, il en est résulté la reproduction totale de l'état morbide antérieur, avec perte de la sensibilité nouvellement récupérée. A droite, contracture comme dans les expériences antérieures.

5 *juillet*. — Hier, les deux contractures ont duré, en s'affaiblissant, jusqu'au soir. Ce matin le membre gauche est sous tous les rapports dans le même état qu'avant l'expérience. Le droit est resté extrêmement faible. — Production artificielle de la contracture à droite.

7 *juillet*. — Application de l'aimant à droite.

8 *juillet*. — Notre attention se porte sur l'état général de la malade. Ces jours derniers les règles sont venues mais peu abondantes. Elles sont toujours précédées et accompagnées d'un gonflement apparent du cou (probablement du corps thyroïde) que nous avons constaté, et suivies d'une sorte de migraine qui cette fois a duré trente-six heures. Depuis son entrée Pauline J. n'a jamais cessé de se plaindre de douleurs constantes dans les régions ovariennes. Actuellement, embarras gastrique prononcé, faiblesse générale, voix presque éteinte. On prescrit un éméto-catarthique.

9 *juillet*. Etat général meilleur. Contracture artificielle.

10 *juillet*. Idem.

11 *juillet*. On provoque la contracture des deux côtés. Elle disparait rapidement, sur le tabouret de la machine électrique, par l'emploi de l'*aigrette*.

12 *juillet*. Production de la contracture double en agissant simultanément des deux côtés. A droite, on a mis le fer à cheval habituel ; à gauche un barreau aimanté droit, présenté par un de ses bouts. Deux heures après les contractures ne montrent aucune tendance à céder spontanément. La malade est alors placée sur le tabouret isolant. L'aigrette déterminée par l'approche de la pointe métallique fait disparaître les contractures en deux ou trois minutes. Ensuite, par le même procédé, on électrise les parties qui sont encore anesthésiques à gauche, c'est-à-dire la moitié supérieure du bras et de l'omoplate. Une douleur lancinante vive se fait sentir au niveau de l'acromion, sans qu'elle puisse être motivée par l'intensité, d'ailleurs, très-modérée de l'électrisation. La peau, dans cet endroit, est tout à coup devenue sensible à la piqûre. L'électrisation est continuée ; la sensibilité s'étend de proche en proche ; l'angle inférieur de l'omoplate est le dernier point délivré de l'anesthésie ; maintenant celle-ci a complétement disparu et les petites étincelles électriques excitent partout une sensation douloureuse.

A la fin de la séance d'électrisation, qui a duré en tout douze minutes, le pouce de la main gauche commence à se mouvoir, bien que très-faiblement, sous l'influence de la volonté. On se rappelle que c'est aussi par le pouce qu'avait débuté le retour de la sensibilité.

13 *juillet*. La sensibilité acquise dans la séance d'hier a persisté intégralement. Celle du côté droit n'est pas diminuée. Le faible mouvement du pouce gauche est aussi conservé. La douleur lancinante de l'épaule continue à se faire sentir. On produit la contracture artificielle à droite et on la supprime par la faradisation.

Avant de se retirer, le malade fait constater que le petit doigt de la main gauche, commence à se mouvoir.

14 *juillet*. Contracture provoquée des deux côtés simultanément. Celle de gauche est très-rapide, avec refroidissement et anesthésie. L'électrisation statique remet les choses en état. A un moment la sensibilité à la piqûre et aux étincelles est moins vive à droite ; cette différence disparait pendant l'opération. Vers la fin de la séance, le mouvement volontaire reparait par l'index, l'annulaire et le médius, sans qu'il ait été constaté dans quel ordre cela s'était produit. Une demi-heure plus tard le malade vient nous montrer que le mouvement des doigts a gagné en étendue.

15 *juillet*. Les mouvements des doigts sont assez amples, mais lents et faibles. La paralysie du reste des membres n'est pas modifiée. La douleur de l'épaule persiste, mais à un degré moindre.

Electrisation statique. On constate de nouveau une diminution relative de la sensibilité électro-cutanée à droite. Après la séance le malade peut étendre ou fléchir la main sur l'avant-bras, mais dans des limites très-restreintes. Il y a aussi

© BIU Santé

des mouvements volontaires du biceps et du triceps, mais insuffisants pour mouvoir le membre.

16 *juillet*. Pas de changement notable; les mouvements s'accentuent.

17 *juillet*. Nouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras.

La contracture s'obtient de plus en plus facilement à droite, et devient plus tenace, même avec l'emploi de l'électricité statique. La douleur de l'épaule gauche a presque disparu. — 18 *juillet*. Même état. Electrisation statique.

19 *juillet*. Contracture artificielle obtenu facilement et, comme cela arrive depuis quelque temps, non accompagnée d'anesthésie, ni de refroidissement. Electrisation statique faible.

20 *juillet*. Electrisation statique. Pendant la séance une douleur vive se fait sentir au coude gauche avec les caractères de celle qui a occupé l'épaule pendant quelques jours. Un peu moins de sensibilité électro-cutanée à droite. Pas d'autres changements.

21 *juillet*. La contracture artificielle se produit de plus en plus facilement, toujours sans anesthésie et ne cède qu'à une électrisation prolongée.

23 *juillet*. Contracture artificielle. Electrisation statique. Sensibilité égale des deux côtés. La douleur du coude a disparu.—Voici dans quel état se trouve actuellement la malade: Le membre supérieur droit possède, dans l'intervalle des expériences tous ses mouvements et toute sa sensibilité, seulement il est faible et cela d'autant plus que sa contracture a été plus récemment provoquée.

Du côté gauche, l'ancienne anesthésie a complétement disparu, ainsi que la contracture; mais les mouvements volontaires n'existent que pour les doigts et le poignet; encore sont-ils lents et faibles.

La sensibilité des autres régions et des organes des sens s'est rétablie sous l'influence de l'électrisation statique. Il n'y a d'exception que pour la surdité qui persiste à gauche, ce qui donne à penser qu'elle n'est pas de nature hystérique. Les autres symptômes inappétence, dyspepsie, douleur ovarienne, ne se sont pas amendés.

Le traitement sera continué suivant la même méthode pour l'affection locale. Quant à la maladie elle-même, on emploiera, autant que les circonstances le permettront, l'électricité statique. *(A suivre.)*

OBSTETRIQUE

Nouvel embryotome;

Par **Pierre THOMAS**, interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Dans les présentations de l'épaule, la version n'est pas toujours possible. En présence de ces cas difficiles, on se laisse entraîner à exercer des violences sur l'utérus; on essaie trop souvent de faire la version forcée. Ces tentatives violentes sont désastreuses pour la mère. On leur préférera l'embryotomie qui est alors nettement indiquée, et on devra pratiquer cette opération promptement et sans hésitation sous peine de voir succomber la femme (1).

M. le professeur Pajot se sert pour sectionner le fœtus d'un moyen simple, à la portée de tous, d'une ficelle, du fouet vulgaire. Cette méthode qui a donné des succès, peut échouer. Les instruments connus ne permettent pas toujours de faire passer une ficelle autour du cou et à plus forte raison autour du tronc du fœtus. D'autre part le fouet se casse souvent lorsqu'il rencontre l'humérus, le scapulum ou les côtes. Elève de MM. Budin et Pinard, nous les avons entendus dans leurs cours d'accouchements, louer l'embryotome de M. Tarnier. Toutefois, en raison de sa cherté, ils craignaient que l'instrument de ce maître éminent ne pût se répandre. Nous nous sommes proposé alors de construire un embryotome analogue à celui de M. Tarnier, mais d'un prix modéré et qui, une fois appliqué, pût permettre d'obtenir un résultat certain. Le 21 mai 1878, nous avons déposé un pli cacheté à l'Académie de médecine, avec le dessin, la description et le manuel opératoire de cet embryotome. Nous avons porté la copie de ces pièces à M. Budin qui nous engagea vivement à poursuivre notre idée : il en parla le lendemain à M. Tarnier. Nous nous sommes présenté de suite chez M. Collin : quelques jours après, il nous livrait l'instrument à l'état d'ébauche. Un second modèle, fut bientôt exécuté, il avait les courbures et l'articulation de l'embryotome de M. Tarnier. Dans le courant de juin et de juillet 1878, nous l'avons porté plusieurs fois à la Maternité pour avoir les critiques et les conseils de M. Tarnier et de ses élèves MM. Ribemont et Champetier de Ribes. Nous sommes heureux de remercier le maître et ses élèves qui nous ont accueilli et aidé avec la plus grande bienveillance. Dès cette époque, nous avons fait des expériences sur le fantôme avec M. Budin. Le 9 juillet 1878, nous avons déposé un second pli cacheté à l'Académie de médecine; il contenait la description de l'instrument modifié et d'une nouvelle scie. Du 10 au 15 juillet 1878, nous avons fait changer l'articulation et construire, par M. Collin, un modèle semblable à l'embryotome que M. Tarnier a bien voulu présenter en notre nom à la Société de Chirurgie (1). Nous avons dû faire cet historique pour couper court à certaines prétentions naissant trop souvent au sujet d'une invention qui ne peut être tenue tout à fait secrète.

Description. — Cet embryotome se compose : 1° de deux branches; 2° de deux baleines; 3° d'une scie spéciale.

Branches. Dans la description, nous supposons l'instrument appliqué Une des branches est antérieure : elle doit être introduite en arrière du pubis, en avant du fœtus, entre le fœtus et la paroi antérieure de l'utérus. L'autre branche est postérieure; elle sera placée dans la concavité du sacrum, en arrière du fœtus, entre le fœtus et la paroi postérieure de l'utérus. Chaque branche a deux extrémités l'une profonde, l'autre extérieure. Les extrémités profondes doivent être introduites dans l'utérus et dépasser en haut le fœtus. Les extrémités extérieures sont en dehors de la vulve. Les deux branches s'articulent entr'elles; quand les branches sont articulées, leurs extrémités profondes et leurs extrémités extérieures viennent se toucher et se superposer exactement. Les deux branches sont parcourues d'un bout à l'autre par un canal. Elles sont fendues dans toute leur longueur; elles ont sous ce rapport une disposition analogue à celle que présente le forceps-scie de Van Huevel. Dans chaque branche, on peut distinguer deux parties : 1° une partie intra-utérine; 2° une partie extra-utérine. La partie intra-utérine sera introduite dans la cavité de l'utérus entre la paroi de cet organe et le fœtus. La partie intra-utérine a deux faces, dont l'une est en rapport avec l'utérus; l'autre face s'applique immédiatement sur le fœtus. La partie extra-utérine est en dehors de l'utérus, elle est dans le vagin et entre les cuisses de la femme.

Branche antérieure (*Fig. 47, B.*).— La branche antérieure est très-légèrement recourbée dans sa partie intra-utérine qu'on appliquera en avant sur le fœtus : elle est creusée dans toute sa longueur d'un canal aplati de haut en bas, ouvert longitudinalement sur sa face inférieure. A l'extrémité profonde du canal, il y a un double plan incliné sur lequel viendra buter une baleine qui s'infléchira et passera dans la branche postérieure. L'extrémité profonde de la branche antérieure est pleine, lisse, arrondie; elle porte en bas une saillie courbe qui touche par une petite surface l'extrémité correspondante de la branche postérieure. On voit à l'autre extrémité de la branche antérieure l'orifice extérieur du canal.

Partie extra-utérine de la branche antérieure. — Elle est droite, plane sur sa face inférieure et correspond exactement par cette face à la partie homologue de la branche postérieure. Extérieurement et à la gauche de l'opérateur,

(1) Voir pour plus de détails : Budin. *Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels*. Thèse d'agrégation, 1878, p. 81, 82, 164.

(1) Séance du 21 août 1878. Voir *Progrès médical*, n° 35.

© BIU Santé

elle porte une plaque ayant une ouverture demi-circulaire qui s'articule avec la vis de la branche postérieure.

Branche postérieure (*Fig. 47, A*). — Elle est creusée dans toute sa longueur d'un canal aplati de haut en bas et ouvert longitudinalement sur sa face supérieure qui regarde la branche antérieure. L'orifice extérieur du canal est au bout extérieur de la branche; son orifice profond au bout opposé. L'extrémité profonde de la branche postérieure est plus large que le reste de la branche : elle est un peu excavée supérieurement.

Partie intra-utérine de la branche postérieure. — Sa courbure est celle de l'embryotome de M. Tarnier : elle est moulée sur celle du sacrum, convexe sur sa face utérine, très-concave sur sa face fœtale qui embrasse la partie postérieure de la région fœtale saisie. Quand les branches sont articulées, leurs parties intra-utérines limitent un intervalle dont le diamètre le plus grand a 9 centimètres. (*Fig. 47, E.*) Cet intervalle est suffisant pour entourer le fœtus, il diminue en se rapprochant des parties extra-utérines qui se réunissent à angle aigu, puis se superposent exactement par leur face plane. A leurs extrémités profondes, les branches se touchent à angle droit.

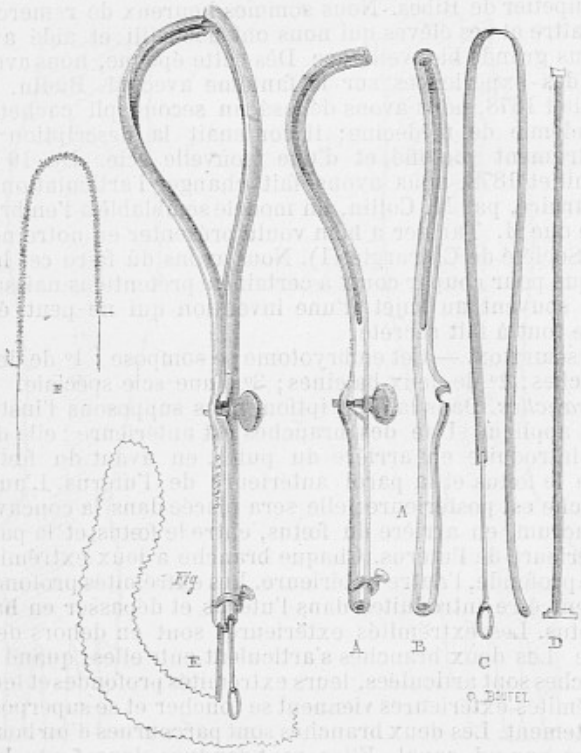


Fig. 47. — A. Branche postérieure. — On voit la courbure très-forte de sa partie intra-utérine, sa partie droite ou extra-utérine, une partie du canal qui parcourt la branche dans toute sa longueur, la fente longitudinale qui devrait exister dans toute la longueur du canal, les extrémités profondes de la branche et du canal, leurs extrémités extérieures, une plaque dans laquelle joue une vis verticale, à l'extrémité extérieure de la branche un demi-anneau avec bouton se relevant et s'abaissant à volonté.

B. Branche antérieure. — On voit sa partie intra-utérine légèrement recourbée, sa partie extra-utérine ou droite, une partie du canal qui parcourt la branche dans toute sa longueur, la fente longitudinale qui devrait exister dans toute la longueur du canal, l'extrémité pleine ou profonde de la branche, l'extrémité profonde du canal, les extrémités extérieures de la branche et du canal, une plaque avec ouverture demi-circulaire.

C. Baleine conductrice. — On voit sa tige métallique avec anneau, le chas de la baleine. Le point de repère n'est pas visible.

D. Baleine de sûreté.

E. Instrument articulé. — On voit l'intervalle limité par les parties intra-utérines des branches, l'articulation analogue à celle du forceps, le demi-anneau qui est relevé. L'instrument est parcouru par la baleine conductrice.

F. Ficelle-scie.

Partie extra-utérine de la branche postérieure. — Elle est droite, plane sur sa face supérieure et s'applique exactement par cette face sur la partie homologue de la branche antérieure. Extérieurement à la branche et à la gauche de l'opérateur, on voit une plaque dans laquelle joue une vis verticale. Les plaques des deux branches se superposent et l'échancrure embrasse la vis qui, étant serrée, fixe la branche antérieure sur la postérieure. Cette articulation est analogue à celle du forceps ordinaire. Elle est située à l'union des deux tiers profonds et du tiers extérieur des branches.

Quand la vis est serrée, les faces planes des parties extra-utérines des branches se correspondent et la branche antérieure jouit de mouvements latéraux à droite et à gauche sur la postérieure. Au bout extérieur de la branche postérieure, il y a un demi-anneau métallique surmonté d'un bouton et articulé à ses deux bouts sur cette branche. On l'abaisse et le relève à volonté; relevé il embrasse et fixe l'extrémité correspondante de la branche antérieure. Alors celle-ci n'a plus de mouvements latéraux et les extrémités profondes des branches et des canaux se correspondent exactement, malgré la résistance possible des parties fœtales, car l'instrument est très-résistant.

Baleines.— L'une est dite *baleine de sûreté* (*Fig. 47, D*); l'autre est la *baleine conductrice* (*Fig. 47, C*). La baleine de sûreté sera engagée dans le canal de la branche postérieure qu'elle parcourra dans toute sa longueur. Elle porte à l'une de ses extrémités une petite plaque d'ivoire destinée à remplir l'extrémité profonde du canal. Elle porte à l'autre bout une plaque d'ivoire plus large qui ne peut entrer dans le canal. Lorsqu'elle a été introduite, cette baleine de sûreté remplit donc complétement tout le canal de la branche postérieure. La baleine conductrice doit parcourir successivement le canal de chacune des branches en commençant par la branche antérieure. A l'un de ses bouts, elle est fixée à une tige métallique avec anneau qui permet de la pousser plus facilement. Près de l'autre bout, elle est percée d'un chas pour passer et fixer une ficelle ordinaire à laquelle on attachera la ficelle-scie. Sur cette baleine, il y a un point de repère, un petit clou qui indique que la baleine va passer de la branche antérieure dans la postérieure.

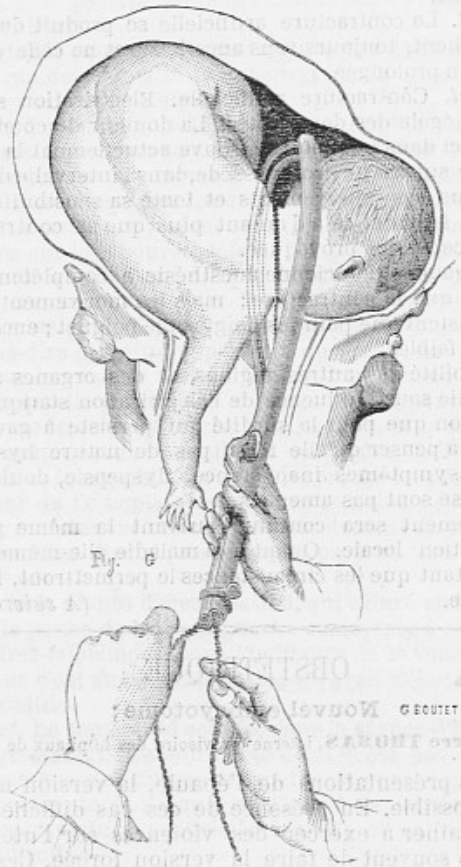


Fig. 48. — G. Instrument appliqué autour du cou du fœtus, maintenu par un aide : manœuvres pour la section.

Ficelle-scie. Fil de fer-scie. — On peut passer dans

© BIU Santé

le canal une ficelle ordinaire, le fouet, ou mieux la ficelle-scie, le fil de fer-scie. La ficelle-scie (*Fig. F*) est une ficelle sur laquelle nous avons enroulé du fil de fer fin en laissant un petit intervalle entre chaque tour de spire. Le fil de fer-scie est du fil de fer sur lequel nous avons enroulé du fil de fer en laissant, comme dans la ficelle-scie, un intervalle de quelques dixièmes de millimètre entre chaque tour de spire. Chaque tour de spire fait l'office d'une dent de scie. Nous avons pu scier des os d'adulte avec la ficelle-scie ou le fil de fer-scie. La ficelle-scie est un peu moins résistante, mais plus souple que le fil de fer-scie.

Manuel opératoire. — On introduit la branche postérieure en arrière du cou ou du tronc du fœtus, puis la branche antérieure en avant de l'une ou de l'autre de ces régions. (*Fig. 48 G*). On articule ; l'articulation est toujours facile. On ramène les extrémités extérieures des branches en contact. A ce moment précis, les extrémités opposées sont superposées et les canaux s'abouchent par leurs extrémités profondes. Le fœtus est donc entouré en avant, en arrière et en haut par un canal : ce canal est ouvert par une fente qui est en rapport immédiat avec le fœtus.

L'opérateur relève le demi-anneau qui presse latéralement et en haut la branche antérieure et la fixe à la branche postérieure. Il introduit la baleine de sûreté, puis la baleine conductrice. Quand le repère est sur le point d'entrer dans la branche antérieure, il regarde la baleine de sûreté qui doit être repoussée au dehors à ce moment précis. Si cela a lieu, on est sûr que la baleine conductrice a pénétré dans la branche postérieure ; on retire la baleine de sûreté et on pousse l'autre jusqu'à ce qu'elle émerge de l'orifice extérieur de la branche postérieure. L'opérateur passe alors une ficelle ordinaire dans le chas de la baleine, y fait un nœud pour la fixer par l'un de ses bouts et attache l'autre bout à la ficelle-scie. Puis il retire du canal la baleine conductrice. A mesure qu'elle sort de l'instrument, celle-ci entraîne dans le canal la ficelle ordinaire, puis la ficelle-scie ou le fil de fer-scie qui s'appliquent directement sur le fœtus en l'entourant. On fait maintenir l'instrument par un aide et par des mouvements rapides de va et vient imprimés à la ficelle-scie, on coupe le fœtus de haut en bas.

Les parties maternelles ne risquent pas d'être lésées par la scie ; elles sont, en effet, protégées par les branches de l'instrument entre lesquelles se meut la ficelle-scie sans pouvoir dévier à droite ou à gauche. Quand la section est terminée, la scie sort de l'embryotome. Sur le modèle que nous avons fait dessiner, le canal n'est pas ouvert dans toute sa longueur, mais il est facile de le faire. L'opération étant achevée, on retire la branche postérieure, puis l'antérieure, et on extrait les parties fœtales.

Il y a cinq temps dans le Manuel opératoire :

1° Application des branches ; 2° Articulation, rapprochement des extrémités, le demi-anneau en est relevé ; 3° Introduction de la baleine de sûreté, de la baleine conductrice, passage de la ficelle-scie ; 4° Section ; 5° Extraction de l'instrument et du fœtus.

Expériences. — L'instrument n'a pas été appliqué sur la femme vivante. Nos expériences ont été faites sur le fantôme de MM. Budin et Pinard. Le fœtus était placé obliquement au détroit supérieur ou un peu au-dessus. La paroi abdominale du fantôme était fermée et empêchait de voir les extrémités profondes de l'embryotome. Nous avons réussi à appliquer notre instrument dans toutes les présentations de l'épaule et à saisir complètement le fœtus malgré son obliquité et l'interposition du bras ou de l'épaule entre les parties intra-utérines des branches. La branche postérieure passe plus facilement que la branche antérieure. Nous avons toujours articulé avec facilité, malgré les difficultés que nous nous étions créées en plaçant la branche antérieure le plus loin possible de la postérieure. Les extrémités des branches sont juxtaposées le plus souvent sans peine et cela malgré la résistance possible du bras ou de l'épaule.

La baleine de sûreté joue très-facilement. On s'en servira par surcroît de précaution. En principe, l'opérateur ne devra pas continuer à pousser la baleine conductrice, si la baleine de sûreté n'a pas été repoussée au moment précis que nous avons indiqué plus haut. On saisit parfois un pli de peau entre les extrémités profondes de l'instrument. Malgré cela, la baleine conductrice passe le plus souvent de la branche antérieure dans la postérieure. Elle est parfois arrêtée par le pli de peau ; on sent alors une résistance qu'on ne doit jamais chercher à vaincre ; la baleine de sûreté ne joue pas. On devra abaisser le demi-anneau et sans désarticuler, on imprimera à la branche antérieure des mouvements de latéralité qui déplaceront le pli de la peau. Si l'on a éprouvé une résistance assez forte pour réunir les extrémités de l'embryotome, on attendra un peu ; les parties fœtales se seront tassées et se déplaceront plus facilement s'il y a lieu. Dans les cas les plus difficiles, nous avons toujours réussi sur le fantôme a passer la baleine conductrice après quelques tâtonnements. Nous avons fait avec ce modèle deux expériences en présence de M. Budin, elles ont réussi du premier coup. La ficelle-scie passe facilement dans le canal et s'échappe du canal pour venir s'appliquer directement sur le fœtus. Le fil de fer-scie est moins souple, nous lui préférerons la ficelle-scie. Nous avons sectionné des os d'adulte avec ces deux scies ; nous avons coupé sans peine les bras, les cuisses, les scapulums et les côtes de deux fœtus. La section des parties molles semble faite au bistouri. Les humérus et les fémurs du fœtus sont sciés en partie ; la scie trace une gouttière sur l os et en dernier lieu, celui-ci ayant perdu de la résistance se casse. La ficelle-scie est résistante ; nous n'avons observé sa rupture qu'après un certain nombre de sections faites avec la même ficelle-scie. Un médecin qui n'aurait pas de ficelle-scie de rechange pourrait en fabriquer lui-même avec la plus grande facilité.

En résumé : 1° Cet instrument facile à tenir propre, est d'un mécanisme simple ; 2° Son articulation est familière aux médecins ; 3° On pourrait renouveler les baleines et les scies dans les villages les plus reculés ; 4° Les parties maternelles sont protégées ; 5° L'instrument est en outre d'un prix modéré ; 6° Avec lui, on peut sectionner toutes les parties du fœtus. Les humérus, les côtes, le scapulum, les vertèbres, les fémurs, ne résistent pas à la ficelle-scie ou au fil de fer-scie.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Des embolies pulmonaires dans les tumeurs de l'utérus ou de l'ovaire.

J'ai observé dernièrement, dans le service de M. Bernutz que je supplée en ce moment à l'hôpital de la Charité, un fait intéressant et qui a présenté quelques particularités sur lesquelles l'attention me paraît devoir être éveillée. Il s'agit d'un cas de mort par embolies pulmonaires chez une femme atteinte d'une tumeur de l'ovaire. Les faits de ce genre, sans être très-communs, ne sont cependant pas absolument insolites (1), mais ils ne sont peut-être pas encore suffisamment vulgarisés ; aussi j'ai pensé qu'il y aurait quelque intérêt à résumer brièvement ici l'histoire de cette malade, me réservant de publier ultérieurement l'observation complète.

Une femme de 53 ans entra vers la fin de juillet à la salle Saint-Joseph, avec une tuméfaction du ventre qui avait débuté 8 mois auparavant et s'était accompagnée depuis 3 mois de douleurs assez vives ; en outre, il s'était produit un gonflement des membres inférieurs, d'abord à gauche, puis à droite : ces membres étaient, au moment de l'entrée de la malade, le siége d'un œdème dur, sillonnés de nombreuses dilatations veineuses. Je n'insisterai pas sur les différents symptômes révélés par l'examen physique ; je dirai simplement que l'on trouvait de l'ascite et,

(1) Voyez en particulier : Lancereaux. *Traité d'anatomie pathologique*, p. 610 et suiv. — et Duguet : *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1876 et 1877.

© BIU Santé

en outre, dans la profondeur une tumeur assez dure pouvant être comparée pour le volume à la tête d'un enfant d'une dizaine d'années.

Il s'agissait manifestement d'une tumeur ovarique et je crus ne pas trop m'avancer en diagnostiquant une tumeur maligne de l'ovaire ; les symptômes présentés par la malade, particulièrement l'apparence cachectique, les douleurs abdominales, le développement assez rapide de la tumeur autorisaient ce diagnostic. Aussi, après avoir demandé de faire passer cette malade dans un service de chirurgie, je n'insistai pas beaucoup pour la faire accepter, ne pensant pas qu'il y eut lieu de lui faire une opération, ni même une ponction.

La malade resta donc dans le service, et parut éprouver d'abord une amélioration sous l'influence du repos, des bains et de quelques purgatifs légers ; mais cette amélioration était purement locale, et ne se faisait nullement sentir sur l'état général. Les choses en étaient là, et la malade ne se plaignait plus guère que de temps en temps de douleurs abdominales, lorsque dans la nuit du 15 au 16 août, elle eut une attaque d'oppression extrêmement intense et à laquelle on crut d'abord qu'elle allait succomber ; la dyspnée diminua cependant, et le 16 au moment de la visite, la respiration, bien que gênée encore, était cependant beaucoup plus calme ; la faiblesse de la malade ne me permit pas de l'ausculter en arrière (en avant, on ne percevait rien d'anormal) mais en raison du développement subit des accidents survenant pendant le sommeil et réveillant la malade, je pensai que nous étions en présence d'un cas d'embolie pulmonaire dont les caillots des veines fémorales pouvaient être le point de départ. Le lendemain la malade respirait plus librement, pouvait donner quelques renseignements, et l'auscultation nous révélait alors l'existence d'un épanchement pleural du côté droit, insuffisant néanmoins pour expliquer l'intensité et surtout la brusquerie de la dyspnée.

Dans la nuit du 17 au 18 survint un nouvel incident ; la malade avait eu une autre attaque sur laquelle on donnait peu de renseignements le lendemain matin, nous la trouvions complétement aphasique, mais comprenant parfaitement toutes les questions et y répondant par des signes de tête ; elle présentait, en outre, une hémiplégie du côté droit. La respiration était plus gênée que la veille, sans que l'auscultation donnât de résultats bien nets ; cette oppression augmenta dans la journée, et la mort survint le 19, avec des phénomènes d'asphyxie.

L'autopsie nous montra une oblitération de la carotide interne du côté gauche, et un ramollissement cérébral commençant, particulièrement, dans le territoire de l'artère sylvienne.

Quant au poumon, voici ce que nous pûmes constater : le tronc de l'artère pulmonaire était libre et contenait seulement un caillot mou et noir ; au contraire, les deux branches de cette artère étaient obstruées par des caillots blancs, résistants, placés à cheval sur le point de division des vaisseaux et se prolongeant dans *toutes* les divisions, sauf deux ou trois qui étaient libres ; je ne m'arrêterai pas à décrire ces caillots ; qu'il me suffise de dire qu'ils présentaient, au moins pour la plupart, les caractères des caillots emboliques, ainsi que l'a constaté avec moi, M. Duguet, dont je citerai plus loin des observations analogues à celle-ci.

Dans les veines iliaques, on trouvait des caillots rompus à leur extrémité supérieure, au niveau du point où ces vaisseaux se réunissent pour former la veine cave. Quant à la tumeur, c'était une tumeur solide de l'ovaire droit, et constituée par la réunion de tumeurs de composition très-diverse. Cette tumeur avait déterminé une péritonite assez étendue.

Ce fait dont j'ai seulement esquissé les gros traits, est parfaitement net et ne prête à aucune confusion, en ce qui concerne l'embolie pulmonaire ; mais il n'en est pas de même pour ce qui a trait à la lésion cérébrale. Que cette lésion ait été une embolie, cela n'est guère douteux, mais il ne paraît pas facile de déterminer d'où venait le caillot embolique ; le cœur était absolument sain, et je ne vois guère que le poumon qui puisse être incriminé ; en effet, le poumon droit présentait un noyau d'induration assez ancien, et les caillots oblitérant les divisions de l'artère pulmonaire qui se rendaient à ce point étaient beaucoup plus adhérents et évidemment plus anciens que ceux des autres divisions : il est donc bien probable que ce noyau correspondait à une embolie développée à une époque plus reculée, et qui avait été assez limitée pour ne pas donner lieu à de gros symptômes, et pour passer inaperçue ; peut-être y avait-il eu consécutivement des caillots dans les veines pulmonaires pouvant devenir à leur tour le point de départ d'embolies, se faisant cette fois dans le système aortique. Ces caillots n'ayant pu être démontrés par la dissection dans les veines pulmonaires, ce n'est là évidemment qu'une hypothèse, mais c'est en somme la plus probable.

Ce n'est d'ailleurs dans cette observation qu'une circonstance accessoire et sur laquelle je ne veux pas m'arrêter davantage. Le point sur lequel je désirais surtout appeler l'attention, est relatif à la production d'embolies pulmonaires dans le cas de tumeurs comprimant les veines iliaques.

On peut invoquer, dans le cas actuel, une double cause pour expliquer le développement de caillots dans les veines iliaques : d'abord la compression exercée par la tumeur, et en second lieu les modifications dans la composition du sang résultant de l'état général ; cependant c'est, je pense, à la première de ces causes que doit être attribué le principal rôle. Le fait est encore plus frappant dans les deux observations de M. Duguet, auxquelles j'ai fait allusion plus haut (1). Dans ces cas, en effet, il s'agissait de corps fibreux de l'utérus, ayant donné lieu à des thromboses dans les veines iliaques et consécutivement à des embolies pulmonaires. Dans les deux cas les divisions de l'artère pulmonaire étaient oblitérées à peu près complétement soit par le fait d'embolies successives ayant pour origine le caillot de la veine iliaque, soit par suite de la coagulation du sang de proche en proche, à partir du caillot embolique arrêté sur la bifurcation de l'artère pulmonaire. Il en était de même dans le fait que j'ai observé, et c'était même un des points intéressants de cette autopsie, que de voir *toutes* les branches de l'artère oblitérée, chez une femme qui, cependant, n'était

(1) *Soc. méd des hôp.*, 3 nov. 1876. — 14 décembre 1877. — (V. le n° 2 du *Progrès médical*, 1878).

© BIU Santé

morte que plus de trois jours après la production de l'embolie. « On se demande à bon droit, dit M. Duguet, comment la vie était possible dans ces conditions, sans grande gêne de la respiration; mais si l'on consulte la thèse de Lemarchand (1), on verra que la vie est compatible pendant quelque temps, même avec une thrombose généralisée de l'artère pulmonaire. »

Dans les deux cas de M. Duguet comme dans celui que je viens de résumer, l'embolie avait été absolument spontanée, c'est-à-dire qu'elle n'avait été provoquée par aucun mouvement de la malade, et deux fois même, c'est pendant le sommeil qu'elle paraît s'être produite.

L'histoire des embolies pulmonaires est fort intéressante à beaucoup d'autres égards, particulièrement en ce qui concerne l'étude des symptômes, le mécanisme suivant lequel la mort survient, etc. Mais aujourd'hui, je voulais seulement attirer ici l'attention sur deux points qui ressortent spécialement des observations que j'ai rapportées. Ces points sont les suivants :

1° Les tumeurs de la cavité du bassin (même lorsqu'elles sont de nature bénigne), peuvent par compression favoriser la production de thromboses dans les veines crurales, et les caillots formés à ce niveau peuvent être le point de départ d'embolies pulmonaires.

2° Les accidents produits par les embolies pulmonaires peuvent se calmer, et la vie peut persister même avec des oblitérations assez étendues de l'artère pulmonaire.

Ces faits ne doivent pas être perdus de vue; car bien que les accidents d'embolie pulmonaire soient en somme très-rares, si on réfléchit au grand nombre de cas de tumeurs intra-pelviennes, ils acquièrent par leur gravité une grande importance.

A. Sevestre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 septembre 1878. — Présidence de M. Baillarger.

M. Dally fait la lecture d'un travail *sur l'influence du corps en attitude vicieuse dans la production des déformations*. Ce travail se résume dans les conclusions suivantes : 1° L'équilibre statique du corps dans la station bipède, comme dans la station assise ou session, est maintenu par la seule résistance des tissus élastiques et des os. Les muscles n'interviennent que pour amener ou ramener la ligne de propension dans la verticale ou centre de gravité ; 2° Dans le cas où le poids du corps se répartit également sur les deux pieds, la faiblesse relative des tissus élastiques peut, sous l'influence de la charge, produire des déformations dont le siége primitif se trouve au niveau des moyens d'union, aux divers centres de résistance et qui se traduisent régulièrement, soit par l'augmentation du rayon des courbures normales antéro-postérieures, soit par l'inclinaison antérieure du bassin, soit par l'extension forcée du fémur sur le cotyle (ensellure, lordose).

3° Dans la station assise, bi-ischiatique avec répartition égale du poids du corps sur les deux soutiens, les effets de la station bipède prolongée se corrigent, si l'on a soin de permettre aux lombes et au dos de s'affaisser légèrement, de façon à produire une courbure vertébrale unique sacro-cervicale.

4° Tout au contraire, les effets mécaniques de la station assise prolongée se produisent dans le même sens que ceux de la station bipède, et conduisent à des déformations du même ordre, si l'on exige que les reins se creusent en inclinant le bassin en avant (ensellure lombaire).

5° Dans la station unipède, le poids s'élève au double de ce que peuvent supporter la symphyse sacro-iliaque, le bassin et le cotyle. Aussi cette attitude entraîne une inclinaison latérale double du bassin avec torsion des vertèbres lombaires et du bassin autour de l'axe. Fréquemment répétée et longtemps conservée, cette attitude produit à la longue une scoliose sacro-lombaire primitive et une déformation coxo-fémorale.

6° La station assise sur une seule fesse ou mono-ischiatique, produit exactement les mêmes conséquences, mais du côté opposé. Le hancher droit produit les mêmes effets mécaniques que la station assise gauche. L'une de ces attitudes entraîne fréquemment l'autre.

7° Ces attitudes vicieuses sont très-fréquentes. La station assise gauche est même recommandée par la plupart des méthodes d'écriture. Elle est instinctive quand on se sert habituellement de la main droite. La mode le favorise ; elle devient plus habituelle et plus prolongée chez les jeunes filles, qui restent bien plus longtemps assises que les garçons. Par là s'explique la fréquence quinze fois plus considérable des déformations du rachis chez les filles que chez les garçons ; les habitudes plus sédentaires des villes, aussi la plus grande fréquence des scolioses urbaines.

8° Les déformations chroniques du squelette se produisent le plus souvent dans la seconde enfance, pendant une période où les forces élastiques n'ont pas encore acquis un développement proportionnel à l'accroissement du poids du corps. Il y a donc lieu de surveiller l'attitude des enfants pendant l'école, de leur prescrire, s'il y a lieu, le repos horizontal diurne pendant une heure ou deux, de façon à éviter la fatigue. Ces notions devraient être l'objet d'un enseignement pédagogique spécial.

10° Dans le cas où les déformations résultent primitivement d'une altération pathologique, elles restent soumises, quant à leur configuration définitive, aux lois de la pesanteur modifiées par le déplacement des centres normaux de résistance.

M. Poggiale lit plusieurs rapports officiels sur les eaux minérales.

M. Lancereaux fait la lecture d'un travail intitulé : *Note sur quelques faits de pachyméningite gommeuse avec lésions des circonvolutions cérébrales antérieures sans accidents convulsifs*. Les pièces anatomiques et les observations que M. Lancereaux présente à l'Académie, sont une nouvelle preuve des opinions qu'il a déjà émises sur la syphilis viscérale. Elles viennent, de plus, mettre en évidence que la syphilis se manifeste toujours par des désordres matériels, et qu'il importe de diagnostiquer ces désordres eux-mêmes et non pas seulement les troubles symptômatiques qu'ils peuvent engendrer.

La communication de M. Lancereaux porte sur deux observations prises dans son service à l'hôpital Saint-Antoine. Dans la première, il s'agit d'une gomme syphilitique de la dure-mère, qui tapissait les fosses ethmoïdales (pachyméningite gommeuse), déterminant une compression des bulbes olfactifs et des extrémités antérieures des lobes cérébraux, et accompagnée d'une périostite de la voûte orbitaire intéressant la branche ophthalmique de Willis ; en outre, il existait une hépatite syphilitique et des productions gommeuses symétriques des tendons des sterno-cléido-mastoïdiens. Dans la deuxième observation, il s'agit d'une malade qui avorta, et à l'autopsie de laquelle on put constater une pachyméningite gommeuse (fosse frontale gauche) et une hépatite syphilitique.

M. Bouillaud regrette que dans sa première observation, M. Lancereaux n'ait pas suffisamment analysé les troubles de la parole. Il ne suffit pas de dire que la malade, Alsacienne d'origine, parlait mal le français et s'exprimait d'une manière incorrecte, il eût été intéressant d'approfondir l'état de cette faculté par un examen minutieux et tenace. Cette femme devait, en effet, présenter un trouble de la prononciation, puisque les deux lobules antérieurs du cerveau se trouvaient affectés

(1) *Etude sur quelques points de l'histoire des oblitérations vasculaires.* Thèse de Paris, 1862, p. 36.

© BIU Santé

à leur base. Dans un cas présenté par M. Rostan, cas analogue à celui de M. Lancereaux, ce trouble de la prononciation est mis en évidence et opposé à une lésion du lobule antérieur gauche.

M. LANCEREAUX, ne méconnaît pas les imperfections du langage de sa malade. Cependant, malgré son inexpérience de la langue française, elle prononçait distinctement les mots, construisait même des phrases entières, de telle sorte qu'elle ne nous a pas semblé avoir perdu la mémoire, ni la prononciation, en un mot être atteinte d'aphasie. Quant aux circonvolutions frontales, elles étaient saines dans leur partie postérieure.

M. BRIQUET regrette que M. Lancereaux se soit borné à constater la céphalée chez ses malades, purement et simplement. Il est de bon de s'informer si les malades ont de la céphalalgie la nuit plutôt que le jour ; les maux de tête, les céphalées nocturnes doivent, dans les affections syphilitiques, être considérés comme un caractère sinon capital, du moins important.

M. LANCEREAUX. Le diagnostic des affections syphilitiques est quelquefois difficile à établir, surtout lorsque la céphalée nocturne n'existe pas. Avec une altération isolée des méninges, la céphalée ne s'observe jamais ; mais, si concomitamment il y a une altération du périoste, la céphalée se manifeste avec ses caractères que tous les médecins lui reconnaissent. Ce symptôme est important, lorsqu'il se produit, pour le diagnostic de l'affection syphilitique ; par contre, il convient de prévenir les esprits que la céphalée peut manquer.

M. GUBLER prie M. Lancereaux de s'expliquer sur l'interprétation qu'il donne à la production de la céphalée dans les affections syphilitiques cérébrales. Cette céphalée nécessitant une lésion du périoste crânien, M. Gubler se demande de quel périoste il est question,

M. LANCEREAUX fait allusion au périoste externe, car la dure-mère joue le rôle de périoste interne.

M. GUBLER ne pense pas que M. Lancereaux soit fondé à se prononcer d'une manière aussi exclusive sur la céphalée, puisqu'on la retrouve dans plusieurs affections cérébrales, notamment dans les lésions des ventricules cérébraux. Dès 1829, M. Bouillaud a bien établi que la douleur véritable n'existe que là où on rencontre des nerfs du sentiment ; dans le cas contraire, la douleur est obtuse et vague. Les exemples ne manquent pas pour confirmer cette assertion. Aussi la céphalée doit-elle être considérée comme un phénomène banal dans les lésions du cerveau.

M. LANCEREAUX n'a pas eu l'intention d'entreprendre une discussion sur la céphalée. Dans son travail, il n'entend parler que de la céphalée spéciale syphilitique ; or, cette céphalée si intense, ne s'observe jamais, lorsque les méninges ne sont pas intéressées.

M. BOUILLAUD n'a jamais rencontré la douleur sans qu'il y eût une lésion d'un nerf du sentiment. Lorsque les viscères, comme le poumon et le foie, sont exclusivement attaqués, il n'y a pas de douleur proprement dite. Il en est de même des lésions des centres nerveux. La migraine, cette maladie si redoutable et si redoutée, en raison de l'intensité de sa douleur et de sa résistance à la thérapeutique, nous en fournit un exemple saisissant. Les lésions, passagères et légères, il est vrai, portent sur la cinquième paire. En somme, M. Bouillaud affirme que, toutes les fois qu'un organe est spécialement affecté sans réaction extérieure, la douleur ne saurait exister.

M. BELHOMME fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Traitement préventif des affections charbonneuses et autres affections infectieuses.* L'auteur s'efforce de mettre en relief l'action efficace du sirop antiscorbutique et de l'eau d'Enghien, appliqués au traitement préventif du charbon, du furoncle, de l'anthrax et des autres affections infectieuses. A. JOSIAS.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés dont l'abonnement est terminé depuis le 31 août que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le 25 septembre, augmentée* D'UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous leur rappelons que le* MEILLEUR MODE DE PAIEMENT *pour eux et pour nous, consiste en l'envoi d'un mandat sur la poste.*

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 17 mai 1878. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Tumeur à myéloplaxe généralisée. — Sarcome angioplastique, note additionnelle à la présentation de M. Robin ; par Ernest CHAMBARD, interne des hôpitaux, répétiteur au Collége de France.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société anatomique le résultat de l'examen microscopique de pièces présentées par M. Robin dans la séance du 29 mars 1878 et concernant un cas de tumeur généralisée des os. Les points examinés ont été; 1° Les régions épaissies du rebord alvéolaire du maxillaire inférieur ; 2° Les parties ramollies du fémur non fracturé ; 3° La tumeur du tibia; 4° La portion kystique du fémur qui était le siége de fracture.

Des fragments d'os ont été décalcifiés par macération successive dans le bichromate d'ammoniaque à $\frac{2}{100}$ et une solution saturée d'acide picrique et durcis par la gomme et l'alcool. Les coupes colorées par le picrocarminate d'ammoniaque ont été montées dant la glycérine picrocarminée.

A. Fémur non fracturé, au niveau du point examiné, le tissu du fémur était friable et ramolli: il se laissait facilement pénétrer par le scalpel et la moelle était rouge.

Le tissu osseux est transformé en tissu spongieux. Les espaces médullaires présentent pour la plupart l'apparence normale, mais dans quelques-uns d'entre eux la moelle est infiltrée d'éléments embryonnaires. Ces points représentent des foyers limités d'ostéite raréfiante légère. Le nombre des myéloplaxes et n'est pas augmenté.

B. Maxillaire inférieur. Les coupes du maxillaire ont été faites perpendiculairement à la surface de l'os : elles intéressent le périoste et les couches osseuses sous-jacentes. Le périoste est hérissé de papilles fibreuses, infiltrées, surtout vers leur extrémité, d'éléments embryonnaires et parcourues par des vaisseaux parallèles à leur axe. L'os est normal sauf sur les points où on rencontre des foyers sarcomateux qui seront décrits en détail là où ils se rencontraient en plus grand nombre et sont plus étendus, c'est-à-dire, dans le tissu osseux du fémur fracturé et du tibia.

C. Tibia. Le tibia est le siége d'une tuméfaction au niveau de laquelle le tissu osseux est friable et la moelle rougeâtre. Le coupe est également perpendiculaire à la surface de l'os.

A un faible grossissement, on trouve aussi le tissu osseux sous-périostique transformé en tissu spongieux; les trabécules osseuses sont usées irrégulièrement comme dans l'ostéite raréfiante et quelques-unes d'entre elles sont isolées au milieu du tissu médullaire. Il existe de grands espaces où le tissu osseux a complètement disparu. Le tissu médullaire même à ce faible grossissement semble présenter tous les degrés d'altération entre le tissu normal et le tissu sarcomateux et ces altérations sont d'autant plus prononcées qu'on se rapproche plus du revêtement périostique. Il est parsemé d'un grand nombre de foyers d'aspect également sarcomateux, au centre desquels se rencontrent de nombreuses cellules géantes, très-volumineuses. Enfin, le tissu médullaire est fortement congestionné. Les vaisseaux sont dilatés et la surface de la coupe est semée de granulations isolées ou agglomérées d'hématosine. De plus forts grossissements vont nous permettre de préciser toutes ces lésions et d'étudier les rapports et la situation des cellules géantes.

Dans les parties les moins altérées, la moelle osseuse est seulement congestionnée et infiltrée de pigment sanguin. Elle est constituée par un tissu conjonctif fibrillaire lâche entre les fibres duquel se trouvent des cellules lymphatiques et des cellules conjonctives granuleuses et granulo-graisseuses. Au centre des espaces médullaires, on rencontre des cellules adipeuses et le long des trabécules osseuses des cellules à noyaux multiples et des ostéoblastes.

Au voisinage des foyers sarcomateux, le tissu de la moelle est infiltré de cellules lymphatiques plus nombreuses. Beaucoup sont entourées de tissu médullaire devenu fibreux, fibro-sarcomateux ou semblable au sarcome fasciculé. Les vaisseaux sont congestionnés et leur contenu est directement en rapport avec le tissu ambiant. Beaucoup contiennent un nombre de globules blancs plus grand qu'à l'état normal.

© BIU Santé

Si le tissu qui entoure les foyers sarcomateux offre déjà les caractères du sarcome fasciculé et du fibro-sarcome, ceux-ci constitués par des amas d'éléments embryonnaires mériteraient le nom de sarcome globo-cellulaire. Ils sont remarquables par la présence de nombreuses cellules géantes. Ces cellules sont constituées par des plaques généralement épaisses de protoplasma qui se colore fortement en jaune brun par le picro-carmin. Elles sont munies d'un nombre de noyaux plus ou moins considérables irrégulièrement disposés et présentent des prolongements dont quelques-uns très allongés et également nucléés se perdent dans l'épaisseur des coupes ou ont été sectionnés sans qu'on puisse saisir, dans l'espèce, de relation entre eux et des vaisseaux. Leur protoplasma contient des granulations nombreuses, souvent des granulations de pigment sanguin : on y voit aussi quelquefois des vacuoles, mais dans aucune il n'a été possible de constater la présence de globules rouges du sang. Ces cellules géantes sont situées dans des espaces un peu plus grands qu'elles, dont les parois, bien nettes, présentent des noyaux ovalaires et sont formées par le tissu conjonctif voisin. En examinant un grand nombre de points des préparations, on arrive facilement à se convaincre qu'elles sont, au moins pour la plupart, contenues dans de véritables cavités vasculaires. On voit, en effet, des vaisseaux largement béants et coupés, soit transversalement, soit longitudinalement, soit en biseau, facilement reconnaissables à leur revêtement endothélial et aux globules rouges et blancs qu'ils contiennent, que présentent, accolées à leurs parois, des cellules géantes très-belles comme si celles-ci s'étaient développées aux dépens de leur endothélium.

Ailleurs les vaisseaux ne sont pas dilatés mais on voit, sur un point de leur parcours, une cellule géante qui s'y trouve comme arrêtée et au niveau de laquelle le vaisseau s'est élargi.

D. Fémur fracturé. La portion malade du fémur fracturé était gonflée et présentait des loges nombreuses à surface lisse. Ici les altérations sont beaucoup plus avancées que dans les os que nous venons d'examiner : le tissu médullaire est presque entièrement tranformé en tissu sarcomateux et en partie organisé en tissu conjonctif adulte, les masses embryonnaires y sont plus étendues et les cellules géantes s'y rencontrent en plus grand nombre. La lésion que nous avons vue dans les autres points procéder par nodules isolés tend à devenir générale et à affecter la masse entière de l'os malade.

Les grandes cavités kystiques résultent d'hémorrhagies survenues au sein des espaces médullaires, par suite de la distension exagérée des veinules et capillaires de la moelle dont les parois sont revenues à l'état embryonnaire. On rencontre en effet des sections de ces vaisseaux énormément dilatés et les parois des kystes sont constituées par du tissu fibreux revêtu, du côté de la cavité kystique, d'une couche embryonnaire parsemée de cellules géantes. Le contenu des kystes est purement sanguin. Il semble résulter de ces faits que l'hémorrhagie s'est faite de préférence dans les régions centrales des espaces médullaires, occupées uniquement par des amas d'éléments embryonnaires et de cellules à noyaux multiples.

Définition histologique et conclusions. — La pièce dont nous venons de décrire les caractères histologiques, nous paraît présenter quelque intérêt au point de vue anatomique et au point de vue clinique. Si, d'abord, nous cherchons quelle place doit lui être assignée dans les classifications, nous voyons qu'elle ne peut être rapprochée ni des *tumeurs ostéoïdes* de Muller, ni du *sarcome ostéoïde* de Virchow, ni de la *tumeur osseuse généralisée* si remarquable que M. Bouveret vient de décrire sous le nom de tumeurs à ostéoblastes, et qui ne nous semble être qu'une des formes du groupe complexe des tumeurs ostéoïdes. Elle est uniquement caractérisée par la transformation sarcomateuse de la moelle osseuse avec production de nombreuses cellules géantes, groupées au centre des nodules sarcomateux. Le nom qui lui convient le mieux nous semble donc être celui de *sarcome à cellules géantes.*

Nous n'avons pas l'intention, à propos d'un fait isolé, de faire ici l'histoire des cellules géantes et de discuter leur signification. Nous rappellerons seulement que les recherches de Brodowski, et celles plus récentes et non encore publiées *in extenso* de M. Malassez ont montré d'une manière indubitable que ces éléments, dans certains cas du moins, étaient directement en rapport avec les vaisseaux sanguins et devaient être considérés comme des cellules vaso-formatives décrites par M. le professeur Ranvier, hypertrophiées et arrêtées dans leur évolution (réseaux vaso-formatifs métatypiques). Ici, nous n'avons pu voir, comme ces observateurs, la cellule géante placée en dehors du vaisseau communiquer avec lui par un cordon protoplasmique analogue aux cordons angioplastiques de Rouget, ni les vacuoles dont leur protoplasma est souvent creusé contenant des globules du sang. Notre pièce n'est donc pas aussi favorable que celles qu'ils ont pu examiner, pour démontrer la signification angioplastique de ces éléments,

Par contre, nous avons vu très-nettement et nous avons même pu dessiner des cellules géantes contenues dans les cavités vasculaires aux dépens de la paroi desquelles elles semblaient s'être développées. Ce fait a été vu par tous les observateurs qui se sont occupés de cette question et notamment par Schuppel.

Au point de vue clinique, l'observation de M. Robin nous offre un cas de tumeur à myéloplaxes généralisée. Les chirurgiens en décrivant cette sorte de tumeur, tendent généralement avec Eug. Nélaton à la regarder comme de nature bénigne et vous voyons, par exemple, dans l'ouvrage de Follin » qu'elles ne sont graves que par leur état lourd, car elles ne » se généralisent pas dans l'économie et ne sont pas suivies de » récidive quand tout a été enlevé. »

M. Houel, cependant, dans son appendice à l'anatomie pathologique de Cruveilhier, a fait quelques réserves à ce sujet. Pour lui, les cas de tumeurs à myéloplaxes bien analysées sont trop rares pour qu'on puisse se prononcer d'une manière définitive sur leur degré de gravité, et il cite un cas de Willst touchant une tumeur de cette nature qui se serait généralisée.

Cet optimisme des chirurgiens provient en grande partie de ce fait que, sous le nom essentiellement clinique de tumeurs à myéloplaxes, ils ne comprennent que les plus bénignes des tumeurs qui renferment de ces éléments, et les recherches microscopiques seules, en analysant les éléments de ce groupe complexe, pourront établir leurs différents degrés de bénignité ou de malignité. Toutes les tumeurs, en effet, de la série conjonctive, depuis le sarcome presque pur jusqu'au sarcome le plus voisin de l'état embryonnaire, peuvent présenter des cellules géantes en nombre plus ou moins considérable : il en est de même d'un grand nombre de tumeurs mixtes. On conçoit donc que la présence de ces cellules dans une tumeur osseuse ne puisse être une garantie de bénignité si le reste de la masse morbide est constitué par un tissu sarcomateux dont la présence indique toujours l'idée d'une certaine malignité et quelquefois d'une malignité extrême.

Indépendamment de la valeur pronostique que l'on peut tirer de la nature du stroma, il est probable que le degré de développement et d'activité des cellules géantes joue dans l'avenir des tumeurs un rôle important. Tantôt, en effet, celles-ci paraissent inertes et semblent avoir atteint le terme de leur évolution ; elles peuvent même, ainsi que nous l'avons vu, subir la dégénérescence graisseuse. Tantôt au contraire, elles paraissent concourir activement à la formation de vaisseaux nouveaux et l'on comprend sans peine que leur signification pronostique soit plus grave dans le second cas que dans le premier.

Séance du 24 mai. — Présidence de M. Charcot.

Petit rein gras ; — Granulie du péritoine ; par P. Merklen, interne des hôpitaux.

Gaudet, Alexandre, 61 ans, employé, entré le 12 janvier 1878, salle Saint-Michel, lit n° 23, dans le service de M. Empis.

Ce malade avait toujours eu une bonne santé avant l'hiver dernier. Il contracta à cette époque une bronchite chronique, dont il ne fut guéri qu'à la fin du mois de mai. Deux mois après il entrait dans le service de M. Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine pour une hydropisie qui avait débuté par la face et les membres inférieurs ; soumis au régime lacté, il sortit de

© BIU Santé

l'hôpital, au mois de septembre, dans un état assez satisfaisant, mais non guéri. Il lui restait un peu d'œdème malléolaire, et, peu de jours après, il était repris de bronchite.

A son entrée à la Charité, l'hydropisie était très prononcée; indépendamment de l'œdème surtout accusé aux membres inférieurs, à la face, au scrotum, il y avait de l'ascite. Le malade se plaignait en outre d'une dyspnée constante avec petits accès de toux ; à l'auscultation et à la percussion, on constatait l'existence d'un œdème pulmonaire aux deux bases, rien dans le reste des poumons. Du côté du cœur, augmentation de la matité et, par moment, dédoublement du premier bruit à la pointe, bruit de galop. Les urines non modifiées d'une manière appréciable dans leur quantité avaient l'aspect du bouillon de veau et les réactifs habituels y décelaient la présence d'une grande quantité d'albumine. A ce moment il n'existait ni troubles oculaires, ni diarrhée, ni vomissements.

Le régime lacté et les bains de vapeur amenèrent d'abord une amélioration très-notable dans l'état du malade, mais bientôt survinrent des accidents d'urémie lente consistant en diarrhée, vomissements, céphalées avec vertiges, amaurose passagère, quelquefois difficulté de la parole, enfin délire. Le malade succomba dans un véritable état de cachexie le 12 mai.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, écoulement d'un liquide ascitique en grande quantité, péritoine parsemé dans toute son étendue, particulièrement au niveau de l'épiploon et du mésentère, de granulations tuberculeuses; la séreuse est épaissie par places.

Les plèvres sont indemnes. Les poumons engoués à leur base présentent à la coupe un certain nombre de tubercules crétacés, et de plus, des cicatrices aux deux sommets.

Le cœur est remarquable par une hypertrophie très-notable du ventricule gauche sans lésions d'orifice. Son volume est double environ du volume normal.

Le foie paraît sain. La rate est indurée et atrophiée.

Les reins sont remarquables par un certain degré d'atrophie coïncidant avec les apparences extérieures du gros rein blanc. Ils sont petits, diminués d'un tiers environ, blancs et lisses. La capsule fibreuse se laisse décoller facilement en n'entraînant que sur quelques points la substance du rein. A la coupe de l'organe, la substance corticale est blanche avec points jaunâtres, réduite au tiers environ de son épaisseur; la substance médullaire paraît normale.

Malgré la longue durée de la diarrhée et des vomissements, l'estomac et l'intestin ne présentent pas trace d'ulcérations urémiques, mais quelques infarctus hémorrhagiques.

Examen histologique. Du côté du rein, lésions multiples portant à la fois sur les épithéliums, le tissu conjonctif et les vaisseaux.

Dans toute l'étendue du rein la gangue conjonctive est épaissie; mais cette altération est surtout prononcée dans la région du labyrinthe. De nombreux glomérules de Malpighi sont réduits absolument à l'état de bourgeons fibreux entourés d'une zone de tissu embryonnaire.

Les vaisseaux présentent les altérations de l'endartérite chronique, avec cette particularité que des gouttelettes de graisse en assez grande quantité se sont produites dans l'épaisseur de leurs tuniques hypertrophiées, fait confirmé par l'examen après action de l'acide osmique.

Quant aux tubuli, leurs lésions sont diverses: les uns, surtout au centre des lobules, sont dilatés, remplis d'un épithélium granuleux ou granulo-graisseux, altération mise en évidence par l'acide acétique qui met la graisse en liberté de l'acide osmique qui la colore en noir; d'autres sont atrophiés, dépourvus d'épithélium; enfin, leur altération la plus remarquable est la présence, dans un certain nombre d'entre eux, surtout dans les tubes de Henle, de matière colloïde. Sur certains points, on voit dans les tubuli l'épithélium gonflé et vésiculeux, la matière colloïde encore peu abondante; ailleurs, au contraire, les cylindres colloïdes occupent tout le calibre des tubuli et l'épithélium est aplati contre les parois.

Examinées au microscope sur des coupes perpendiculaires, les granulations du péritoine sont constituées par des zones de tissu embryonnaire, tantôt diffuses, tantôt nettement limitées et formant des nodules remarquables par la présence, à leur périphérie, de cellules géantes du tubercule.

L'examen histologique des parties engouées du poumon a permis d'y constater les lésions de la pneumonie catarrhale.

Remarques. 1° Les caractères cliniques de cette forme de mal de Bright paraissaient se rattacher à une néphrite parenchymateuse. Il s'agissait néanmoins, ainsi que l'ont démontré l'autopsie et l'examen histologique, d'une néphrite mixte, et plus particulièrement de celle que Johnson a décrite sous le nom de petit rein gras granuleux.

2° La tuberculose miliaire du péritoine, sans lésions tuberculeuses récentes d'autres organes et sans symptômes appréciables pendant la vie, constitue d'autre part une particularité intéressante de cette observation. L'état de détérioration organique dans lequel était tombé le malade aura sans doute provoqué cette éclosion de tubercules chez un individu en puissance de la diathèse; quant au siége de cette manifestation, il pourrait peut-être trouver sa raison d'être dans l'irritation déterminée sur la séreuse péritonéale par l'ascite.

Etranglement interne par un épithélioma cylindrique du gros intestin ; noyaux secondaires dans le foie ; par J. Déjerine, interne des hôpitaux.

La nommée Martin (Marguerite), âgée de 57 ans, polisseuse en bijoux, est entrée le 13 mai 1878, salle Sainte-Madeleine, lit n° 2.

Ses parents sont morts, mais rien de particulier à noter à leur égard ; ses frères et sœurs se portent bien.

Elle a eu une fluxion de poitrine dans sa jeunesse; elle a toujours eu un bon appétit ; les selles et la miction étaient faciles ; toujours bien réglée. Elle a perdu deux enfants. Pas d'antécédents syphilitiques ni cancéreux.

Depuis le mois de janvier, cette malade a eu de la difficulté dans les selles, elle avait des alternatives de constipation et de diarrhée; et depuis trois semaines les selles ont été complètement *suspendues* ; depuis cette époque, il n'est sorti par l'anus aucun gaz. Son ventre est *douloureux* depuis un mois. La pression réveillait surtout la douleur au côté gauche. La douleur était sourde et profonde.

Il y a un mois, le ventre a commencé à gonfler, le ballonnement se faisait peu à peu ; la malade dit qu'elle sentait dans son ventre des *roulements perpétuels*, souvent des renvois de gaz par la bouche.

Les vomissements ont apparu il y a trois semaines ; d'abord alimentaires, puis sont venus les vomissements bilieux, qui ne se sont pas arrêtés ; ils avaient lieu trois ou quatre fois par jour. Ils soulageaient la malade, qui, dit-elle, ne demandait qu'à vomir. La malade a eu, la semaine dernière, des vomissements fécaloïdes comme de la bouillie, noirâtre, verdâtre, d'une odeur horrible et d'une saveur caractéristique. Ils ont commencé et duré la nuit. Elle a vomi trois ou quatre fois. Le lendemain, ont reparu les vomissements biliaires. Elle n'a jamais eu de fièvre.

Etat actuel. — Le rectum est complétement libre, au moins jusqu'au point où l'on peut arriver par le toucher rectal.

13 *mai* 1878. — La douleur a diminué d'intensité. La constipation est complète. Rien du côté de l'utérus. Le météorisme a un peu diminué depuis son entrée. Le ventre est plus mou; la malade peut en saisir la peau entre ses doigts, ce qu'elle ne pouvait faire le 12 mai. Purgatif avec 2 gouttes d'huile de croton. Aucun résultat.

14 *mai.* — L'état était le même ; elle a vomi deux fois de la bile avec des mucosités; l'odeur n'est pas fécaloïde. Pas de fièvre. En percutant le ventre, on trouve partout de la sonorité excepté au niveau du cœcum et du colon ascendant qui présentent de la matité.

Traitement : Toutes les 3 heures, un paquet A calomel 0,10 centigrammes ; Extr. belladone, 0,01 ; trois fois par jour des lavements avec du lait et 1/4 d'eau de Vichy. Glace. La nuit a été assez bonne ; la malade a assez bien dormi ; elle a pu reposer sur le dos, ce qu'avant elle ne pouvait faire.

15 *mai.* — Pas de vomissements, pas de fièvre. Constipation complète; pas d'élévation de la température. Les borborygmes sont nombreux, mais moins qu'auparavant. La langue est rou-

© BIU Santé

ge sur les côtés, blanchâtre au milieu ; elle est sèche. La soif est vive. Dans l'après-midi, la malade a rejeté par l'anus deux ou trois gaz qui l'ont soulagée. Elle n'a pas eu de fièvre le soir. La nuit n'a pas eu presque de sommeil.

16 *mai*. — Même état; le pouls est un peu plus rapide ; le faciès abattu, la langue est moins sèche. Même traitement ; pas de vomissements.

La malade n'a pas du tout dormi; elle a eu de *fortes douleurs* abdominales, remontant vers l'estomac. On lui a injecté deux siphons d'eau de Seltz qui n'ont abouti à rien.

17. Le ventre est un peu plus tendu ; de nombreux borborygmes la fatiguent ; la malade est plus prostrée qu'hier, elle a un peu de hoquet. 100 pulsations. La peau est un peu chaude, elle a rendu des gaz par l'anus, mais pas de matières fécales. Elle a vomi deux fois ; à midi, elle a eu un fort frisson.

18. Le ventre est toujours ballonné. 3 gr. d'ext. de bellad. et 30 gr. d'axonge. Pas de gaz par l'anus. Même état général. Elle a vomi presque toute la journée. Pas de frissons, pas de fièvre.

19. Le ventre est plus douloureux; quelques gaz par l'anus. borborygmes ; ballonnement plus marqué. Constipation complète. La figure est dans le même état ; quand la malade urine, le ventre est douloureux. Les couvertures la fatiguent. Pas de fièvre, pas de frissons. Même traitement.

20. Elle a vomi toute la journée. Mort.

Autopsie faite le 22 mai. L'intestin grêle est très-dilaté, ainsi que les colons dont le volume est quadruplé ; à la surface de l'intestin grêle, on trouve quelques exsudats séro-purulents de péritonite récente.

A la partie terminale de l'S iliaque, un peu avant d'arriver au rectum, on constate l'existence d'un rétrécissement du canal intestinal ; à ce niveau, le gros intestin présente un épaississement de ses parois sur une hauteur de trois centimètres environ. Cet épaississement a une forme assez régulièrement annulaire et a une consistance très dure, En incisant la paroi intestinale, on arrive sur la face interne de la tumeur et l'on constate qu'à ce niveau le calibre du canal admet à peine l'extrémité d'une sonde cannelée ; la muqueuse du gros intestin est intacte et recouvre la tumeur, sauf en un point où elle est recouverte d'une couche de bourgeons charnus.

Le foie présente plusieurs tumeurs, dont une occupe à elle seule presque tout le lobe gauche du foie (1); ces tumeurs sont arrondies, se délimitent assez facilement du tissu hépatique environnant sans en être cependant séparées par une enveloppe de tissu conjonctif. Leur coloration est d'un blanc uniforme, leur consistance molle, se désagrégeant facilement sous le doigt sans présenter toutefois les caractères de la régression caséeuse, elles ne donnent pas de suc au raclage.

L'examen des autres viscères ne nous a pas montré d'altérations appréciables ; à part un certain degré d'athérôme artériel, les poumons en particulier ne présentaient aucun néoplasme.

Examen microscopique. — L'examen microscopique pratiqué dans le laboratoire de M. le professeur Vulpian nous a donné les résultats suivants :

Tumeur de l'intestin. — Cette tumeur qui occupait sous la forme d'un anneau la partie terminale de l'S iliaque, dans une étendue de trois centimètres, a été examinée par le raclage à l'état frais. Ce mode d'examen a fait constater la présence d'une grande quantité de cellules d'épithélium cylindrique, quelques-unes munies de deux noyaux se colorant très-facilement par le picro-carmin. Après durcissement dans l'alcool, on a pratiqué une série de coupes perpendiculaires à la longueur de la tumeur ; ces coupes, colorées au picro-carmin et examinées dans la glycérine, nous ont présenté les altérations suivantes : A un faible grossissement, on voit tout d'abord et sur toutes les préparations que la lésion est d'emblée sous-muqueuse et qu'elle reste telle partout ; les glandes de l'intestin avec leur épithélium coliciforme, sont remarquables de netteté ; il en est de même du tissu cellulaire sous-muqueux, sauf en un point où l'altération atteignait la surface interne de l'intestin ; c'est dans le tissu musculaire surtout que se montre l'altération ; cette couche musculaire est criblée de cavités les unes arrondies, les autres plus ou moins allongées, suivant le sens de la coupe ; ces cavités présentent un bord limitant fortement coloré en rose et qu'à un plus fort grossissement on reconnait comme formé par une couche régulière d'épithéliums cylindriques. Tantôt la cavité qui circonscrit cet épithélium est plutôt virtuelle, en ce sens que ses bords sont en contact, tantôt, au contraire, il y a de véritables petits kystes les uns vides, les autres contenant des amas d'épithélium cylindrique normal ou en régression graisseuse. A ces différents caractères, il est facile de reconnaître que l'on a affaire à un épithélioma cylindrique du gros intestin.

Tumeurs du foie. — Par le raclage à l'état frais, on obtient une quantité considérable de cellules cylindriques ayant les mêmes caractères que celles de la tumeur primitive. Sur des coupes après durcissement dans l'alcool, chaque tumeur apparaît constituée par une multitude de cavités tubulées, tapissées par un épithélium cylindrique implanté perpendiculairement à la paroi ; et ces tumeurs présentent la même texture que celle de l'intestin. Ce sont des épithéliômes cylindriques du foie, absolument semblables à la tumeur primitive. Les autres viscères et les poumons en particulier n'ont pas présenté de lésions.

M. Houel. Dans un mémoire que j'ai publié sur les occlusions intestinales et l'étranglement interne, j'ai montré que l'un des siéges les plus fréquents de l'étranglement était situé à l'union de la partie inférieure de l'S iliaque et de l'extrémité supérieure du rectum. En ce point, les tuniques hypertrophiées sont très-épaissies, et produisent la sténose intestinale; au-dessus s'accumulent les matières, puis survient une débâcle, et les accidents d'étranglement disparaissent. Au bout de quelques jours, les matières s'accumulent de nouveau, et ainsi de suite ; c'est ainsi que se sont passés les accidents dans le cas de Talma, si connu et si souvent cité. J'ajouterai que, dans ce dernier cas, il s'était produit un accollement du bout supérieur très-dilaté, au bout inférieur retréci, et que si Talma eut pu vivre quelques jours encore, il se serait fait une communication entre les deux extrémités de l'intestin, et les accidents auraient cessé.

M. Berger rappelle qu'il a publié un cas analogue alors qu'il remplaçait M. Richet; il s'agissait d'un malade atteint d'un rétrécissement de l'extrémité inférieure du rectum; la partie supérieure de cet intestin était invaginée dans l'inférieure. M. Richet pratiqua l'anus contre nature, par la méthode de Littre Dès le troisième jour après l'opération, il y eut rétablissement du cours des matières, et le malade momentanément remis, quitta l'hôpital avec une fistule stercorale.

(1) La pièce a été déposée au Musée Dupuytren.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 août. — Présidence de M. Guyon.

M. Houzé de l'Aulnoit présente une bande élastique destinée à remplacer la bande d'Esmarch. Cette bande permet de graduer la compression à volonté : elle dose mathématiquement la pression de telle manière que le chirurgien est à peu près sûr de ne pas atteindre les limites qui peuvent entraîner la mortification des tissus.

M. Houzé de l'Aulnoit insiste encore sur l'efficacité de ce moyen hémostatique fort simple qui consiste à tenir le membre dans une position élevée pendant le cours de l'opération.

M. Peyrot présente un malade entré dans son service de l'hôpital de la Pitié, pour une luxation en avant de l'extrémité inférieure du cubitus. Cette lésion fort rare peut être prise au premier abord pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Mais M. Peyrot est parvenu à reproduire cette luxation sur deux cadavres; et ces pièces, disséquées avec soin, montrent une parfaite analogie avec les lésions apparentes du poignet qu'on rencontre chez le malade qui fait l'objet de la présentation.

M. Berger met sous les yeux de ses collègues les organes génito-urinaires d'un homme sur lequel il avait pratiqué l'uréthrotomie interne. Le malade mourut le quatrième jour de

© BIU Santé

l'opération. A l'autopsie, on trouva un abcès urineux en arrière du rétrécissement et des coagulations sanguines par phlébite adhésive dans les veines prostatiques. Les reins présentaient un commencement d'infiltration purulente dans toute la substance corticale. Il n'y avait rien dans les autres viscères.

C'est là, suivant la remarque de M. Verneuil, un exemple type de mort par néphrite à la suite d'une opération sur les voies urinaires, les reins étant déjà malades.

Séance du 4 septembre. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

De l'hydrocèle chez les jeunes enfants. — M. DE SAINT-GERMAIN donne lecture d'un rapport sur un travail manuscrit de M. le Dr GAILLARD, de Parthenay (Deux-Sèvres). M. Gaillard a été frappé de la différence qui existe, au point de vue de la marche et du pronostic, entre l'hydrocèle de l'adulte et l'hydrocèle de l'enfant. Il n'est pas du tout question de l'hydrocèle congénitale par persistance du canal péritonéal, mais de l'hydrocèle indépendante sans communication avec la cavité du péritoine. M. Gaillard a observé dans sa pratique 13 cas d'hydrocèle chez l'enfant : six fois il a traité avec succès ses petits malades par la ponction simple, ou par des applications de chlorhydrate d'ammoniaque ; sept fois il s'est abstenu de toute intervention et la guérison spontanée a eu lieu.

M. Gaillard s'appuie sur cette dernière série d'observations, pour poser en principe que l'hydrocèle chez les jeunes enfants guérit toujours spontanément.

Sans partager complètement l'avis du médecin de Parthenay, M. de Saint-Germain pense que la guérison spontanée de l'hydrocèle simple, chez les jeunes enfants, est très-commune. Sauf quelques cas particuliers où le médecin a, pour ainsi dire, la main forcée par la famille, M. le rapporteur se rallie aux conclusions de M. Gaillard, qui sont les suivantes : 1° Jusqu'à l'âge de 5 à 6 ans, on ne doit pas opérer l'hydrocèle simple des enfants ; — 2° A la ponction, il faut préférer l'expectation simple ou des applications de chlorhydrate d'ammoniaque.

M. de Saint-Germain déclare cependant que la ponction simple, sans injection, pratiquée par M. Maisonneuve, par M. Désormeaux et par lui-même, n'a jamais donné d'accidents.

M. DESPRÉS conseille l'abstention. Si l'hydrocèle de l'enfant n'a pas disparu à l'époque de la puberté, on peut alors sans danger faire une ponction avec injection iodée.

M. MARJOLIN raconte qu'il a vu un enfant mourir en vingt-quatre heures d'une péritonite suraiguë, à la suite de l'application d'un séton filiforme dans la poche d'une hydrocèle. Chez l'adulte, l'hydrocèle peut aussi guérir spontanément mais c'est une bien rare exception.

M. TARNIER déclare que les accoucheurs ont pour habitude de ne pas toucher à l'hydrocèle des nouveau-nés. L'épanchement se résorbe d'habitude avec facilité.

Enfin M. DE SAINT-GERMAIN, répondant à M. Després, affirme qu'il a vu une hydrocèle simple guérir spontanément chez un vieillard de 72 ans.

Opération de la cataracte. Procédé de M. Vibert, du Puy. M. GIRAUD-TEULON communique à la Société un rapport sur le récent travail de M. Vibert (du Puy) qui a fait connaître un procédé spécial d'extraction de la cataracte.

A l'incision simple de M. Notta et de M. Kuchler, qui est tangente au bord supérieur de la pupille, et qui a 10 à 11 millimètres de longueur, M. Vibert substitue une véritable porte à deux battants. Il introduit, suivant la ligne de M. Notta, un couteau plat et droit à deux tranchants, ayant deux fois le diamètre du couteau de Græffe ; puis il le retire après avoir fait à chaque extrémité de la corde une ouverture de 4 millimètres. C'est le premier temps de l'opération. Dans le second temps, M. Vibert se sert d'un couteau boutonné qu'il introduit dans la plaie cornéenne ; il opère ainsi avec facilité la section du pont cornéen. Le reste de l'opération se fait suivant les règles classiques.

M. Vibert supprime tout pansement à la suite. En opérant indistinctement par ce procédé tous les malades qui se sont présentés à lui, M. Vibert a obtenu une proportion de 79 succès sur 100.

M. Giraud-Teulon se livre à une longue étude critique du procédé, qui lui paraît offrir de sérieux avantages. Sur sa proposition, la société vote à l'unanimité des remerciments à M. Vibert.

Un médecin de Moscou, dont nous n'avons pu saisir le nom, donne lecture d'une observation d'ovariotomie double pratiquée avec succès sur une femme de trente-cinq ans. Son travail est renvoyé à une commission composée de MM. Gillette, Terrier et Périer.

M. CRAS (de Brest), membre correspondant, communique à la Société trois observations de cécité unilatérale par contusion rétro-oculaire. Dans les trois cas, il s'agissait de plaies ayant pénétré assez profondément dans l'orbite. M. Cras attribue cette cécité unilatérale à une contusion rétro-oculaire, à cause des symptômes suivants observés chez chacun de ses malades : *exophthalmie, pouls veineux et mydriase.*

Enfin, M. PEYROT présente un malade qui, à la suite d'une fracture de la clavicule consolidée par un cal volumineux, a présenté des symptômes d'insensibilité partielle et d'atrophie générale dans le membre correspondant. Ch. AVEZOU.

REVUE DE CHIMIE MÉDICALE

Traité élémentaire de chimie médicale, par le Dr RABUTEAU. Librairie v° Adrien Delahaye.

Nous n'avons sous les yeux que la première partie de l'ouvrage : elle a trait à la chimie minérale ; l'auteur a adopté la théorie unitaire qui pour lui est la seule vraie, la seule possible. Nous n'avons point à discuter ces prétentions, mais nous devons convenir qu'ici cette théorie offre au moins l'avantage d'être exposée d'une façon très-nette et très-claire ; nous ne pourrions en dire autant de tous les livres classiques. En terminant cet exposé, le Dr Rabuteau indique les moyens d'effectuer la transformation des formules dualistiques, exprimées en équivalents, en formules unitaires exprimées en poids atomiques.

Nous signalerons dans les généralités préliminaires une représentation graphique fort ingénieuse, des *atômes* et des *molécules*, et qui indique en même temps la différence entre la *cohésion* et l'*affinité*.

Des notions très-claires de cristallographie terminent ce chapitre, point d'autant plus important que cette partie de la chimis est réputée très-difficile et que l'étudiant n'en aborde en général l'étude qu'avec une grande appréhension.

Ce premier volume, avons-nous dit, traite de la chimie minérale, c'est-à-dire des métalloïdes et des métaux. Ils seront étudiés d'après la classification *atomistique*. L'atomicité d'un corps simple est représentée par le plus grand nombre d'atômes d'hydrogène avec lesquels ce corps puisse se combiner, l'hydrogène étant mono-atomique. Mais tous les corps simples n'étant point susceptibles de contracter une combinaison avec l'hydrogène, on peut les faire réagir avec un autre corps dont l'atomicité est connue, par exemple le chlore.

Les *métalloïdes mono-atomiques* sont : l'hydrogène, le chlore, le brôme, l'iode, le fluor. Les *métalloïdes biatomiques* sont : l'oxygène, le soufre, le sélénium, le tellure. Il n'y a qu'un métalloïde triatomique : le bore.

Métalloïdes tétratomiques : le carbone, silicium, *étain. Métalloïdes pentotomiques :* azote, phosphore, arsenic, *antimoine, bismuth, uranium, osmium.*

Nous trouvons rangés parmi les métalloïdes des métaux proprement dits, tels que le *bismuth*, l'*antimoine*, l'*étain :* c'est une des conséquences de la théorie atomique. L'auteur passe en revue les préparations, les propriétés de chacun de ces corps simples en insistant plus particulièrement sur tous les points qui se rattachent à la médecine, et en indiquant l'action sur l'économie et la recherche toxicologique quand il y a lieu.

Vient ensuite l'étude des métaux classés d'après le même principe. Leur atomicité est représentée par le plus grand nombre d'atômes d'un métalloïde monoatomique avec lequel ce métal puisse être combiné. Le point de repère n'est pas unique comme l'était l'hydrogène pour les métalloïdes ; c'est

© BIU Santé

ici un métalloïde variable, c'est celui qui se combine sous le plus grand nombre d'atômes avec le métal en question : tantôt c'est le *chlore*, l'iode, le soufre, voire même un radical composé, l'éthyle.

Cette seconde partie du livre est plus importante que la première; les métaux, en effet, fournissent à la médecine un nombre de médicaments beaucoup plus considérable que les métalloïdes. L'auteur insiste plus particulièrement sur les sels usuels et fait connaître leur mode d'action sur l'économie; ces données résultent le plus souvent de ses recherches personnelles.

Nous citerons en particulier les passages qui traitent des phosphates de chaux : les sels de fer, de cuivre, de mercure.

Chacun de ces divers chapitres contient les caractères distinctifs du sel et se termine par un résumé dont nous ne saurions trop louer la bonne conception et l'utilité.

Ce volume est terminé par un chapitre consacré à la recherche des substances minérales médicamenteuses et toxiques : le Dr Rabuteau insiste spécialement sur les procédés cliniques et décrit en détail la méthode de MM. Mayencoz et Bergeret. Il donne de très-utiles renseignements sur les procédés appliqués dans les expertises médico-légales et termine par l'*hydotimétrie* et la *sulfhydrométrie*.

Un dernier point à signaler : chaque fois qu'il a occasion de citer le nom d'un grand chimiste, l'auteur en profite pour donner sur sa vie et sur ses œuvres une petite notice très-intéressante, hommage mérité rendu à un grand homme.

En résumé, nous ne pouvons trop engager nos lecteurs à consulter ce premier volume en attendant qu'ils puissent se procurer le second.

Traité pratique et élémentaire de chimie médicale appliquée aux recherches cliniques; par le Dr Méhu; P. Asselin, éditeur.

Le Dr C. Méhu vient de faire paraître la seconde édition de son Traité de chimie médicale, les additions sont tellement nombreuses qu'elles constituent, à vrai dire, un livre nouveau. Les deux premiers chapitres contiennent la description des instruments nécessaires pour l'étude de la chimie médicale et traitent des opérations chimiques que l'on est appelé à effectuer. L'énumération des différents réactifs et leur préparation est décrite avec beaucoup de soin. Le chapitre III traite des matières albuminoïdes. Après avoir fait connaître leurs propriétés générales, l'auteur parle des diverses espèces d'albumine, et s'étend longuement sur l'albumine d'œuf, prise comme type; il étudie avec détail la coagulation par la chaleur, et surtout par l'acide azotique; il indique les différents moyens de rechercher l'albumine dans les liquides de l'économie ainsi que les procédés de dosage. Le seul exact est la pesée après coagulation par la chaleur ou par l'acide phénique en solution acéto-alcoolique (Réactif Méhu). Ce chapitre est terminé par l'étude de l'*hydropisine* ou *fibrine dissoute*, de la *métalbumine* et de la *paralbumine*. Les caractères différentiels sont exposés avec clarté ainsi que les divers modes de séparation et de dosage.

L'étude du *sang* fait l'objet du chapitre suivant. Après quelques généralités sur les propriétés physiques et chimiques de ce liquide, M. Méhu en étudie les divers principes constituants, indique leur mode de dosage et termine par une méthode générale d'analyse. C'est, du reste, la méthode classique, nous regrettons de ne rien y voir figurer sur le dosage de l'urée. La recherche du sang dans l'urine se fait au moyen du microscope et du spectroscope.

Le chapitre V, un des plus importants de l'ouvrage traite de l'analyse du *lait*. Après avoir parlé de la composition et des propriétés générales du lait; l'auteur aborde l'étude des divers principes constituants, s'étend longuement sur chacun d'eux, fait connaître les procédés de séparation et de dosage. Nous appelons particulièrement l'attention du lecteur sur la partie qui a trait au dosage rapide du beurre par le *lacto-butyromètre de Marchand*, M. Méhu en fait ressortir les avantages et les inconvénients, indique les modifications qu'il a été amené à lui faire subir. Il étudie ensuite quelques laits en particulier et tout d'abord celui de femme, et décrit une méthode assez exacte qui permet de séparer et de doser la *lactose* d'avec les matières albuminoïdes, dans le même liquide.

Le chapitre VI a pour objet l'étude des *liquides séreux* et *séroïdes*; il est presque entièrement nouveau. M. Méhu les divise en deux groupes :

1° *Liquides séreux* ou *sérosités* dont la composition est à peu près la même que celle du sérum du sang (sérosités de la plèvre, de la cavité péritonéale, de l'hydrarthrose).

2° *Liquides séroïdes*, en général incolores, sans fibrine et souvent sans albumine; parfois ils sont caractérisés par un élément anatomique particulier (échinocoques, spermatozoïdes). Dans cette classe se trouvent le liquide céphalo-rachidien, celui des kystes hydatiques, etc.

L'étude de ces divers produits morbides est faite avec beaucoup de détails et de soin. Il y a là de nombreuses observations inédites et des appréciations qui permettent d'éclairer le diagnostic. Cette partie du livre est entièrement nouvelle, et toutes les données que nous possédons sur ce sujet sont dues à M. Méhu, nous ne saurions donc trop le féliciter de les avoir réunies dans un livre destiné à rester classique.

Le chapitre suivant est consacré à l'étude de la bile. Après avoir fait connaître la composition de ce liquide, l'auteur passe en revue les divers éléments constituants. Les acides et les matières colorantes; il fait connaître le moyen d'isoler l'*acide cholique*, *l'acide choléïque*, ainsi que les précautions à prendre pour les caractériser par la réaction de Pettenkofer. Même étude est faite pour les pigments, au nombre de cinq : la *bilirubine*, *biliverdine*, *biliprasine*, *bilifuscine* et *bilihumine*. Ces pigments ont pour caractère commun de donner avec l'acide azotique nitreux une série de couches colorées de haut en bas en vert, bleu, violet, rouge et jaune. (Réaction de Gmelin).

Le chapitre est terminé par une étude des calculs biliaires formés soit par de la *cholestérine*, soit par des *pigments biliaires*, soit par un mélange de ces corps.

Les acides et pigments biliaires peuvent passer dans l'urine, elle prend alors une coloration spéciale, urine ictérique et ses variétés (urine hémaphéïque). Les procédés indiqués jusqu'ici pour isoler ces matières colorantes étaient loin de donner des résultats satifaisants, M. Méhu a été assez heureux pour trouver dans le sulfate d'ammoniaque un corps qui lui a permis de les isoler sans altération.

Dans le chapitre VIII l'auteur s'occupe des divers corps que l'on peut rencontrer dans les liquides de l'économie, par exemple la *cholestérine*, la *tyrosine*, la *leucine*, la *créatine*, la *créatinine*; il termine par quelques pages sur le *mucus* et le *pus*, indique les caractères différentiels et les moyens de caractériser chacune de ces sécrétions.

La fin de l'ouvrage est consacrée à l'étude de l'urine.

Après avoir énuméré les éléments qui peuvent se rencontrer dans l'urine, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, M. Méhu étudie les caractères physiques et chimiques de ce liquide : *odeur*, *consistance*, *transparence*, *densité*, *réaction*, etc., il résume l'état actuel de nos connaissances sur les matières colorantes normales et anormales (urines bleues, violettes, etc.), puis passe à la description très-détaillée des divers éléments.

En premier lieu vient l'acide urique; l'auteur décrit les nombreuses formes que peut affecter cet acide; des gravures fixent cette description dans l'esprit; il indique les principales combinaisons de cet acide avec les bases; et arrive aux procédés de recherche qualitative et au dosage. Comme point nouveau nous signalerons la précipitation par l'acide sulfureux.

L'étude de l'urée, de son extraction, préparation, recherche et dosage est très-complète; M. Méhu a supprimé avec raison tous les anciens procédés pour en décrire seulement quelques uns basés sur l'action de l'hypobromite de soude; cette partie est un résumé de ce qui a été fait jusqu'à ce jour, nous n'avons à signaler que quelques observations importantes pour la pratique.

Parmi les éléments anormaux qui se rencontrent dans l'urine, il faut citer en premier lieu le sucre et l'albumine.

Urine albumineuse. L'albumine de l'urine renferme les

© BIU Santé

mêmes éléments que le sérum du sang, de la *sérine* et de la *fibrine dissoute*. L'auteur décrit les caractères de l'urine albumineuse et indique les moyens de rechercher cette albumine soit au moyen de la chaleur, soit au moyen de l'acide azotique, il signale quelques particularités, souvent assez embarrassantes. Le dosage de l'albumine est exposé avec beaucoup de soin.

Urine sucrée. Après avoir fait connaître les caractères et les propriétés chimiques de la *glucose*, M. Méhu examine l'influence de cette substance sur le dosage des matières fixes de l'urine; il recommande de toujours examiner l'urine du matin et du soir, lorsqu'il s'agit de rechercher si un malade est diabétique, et indique ensuite le moyen d'extraire la glucose de cette urine. Pour constater simplement la présence du sucre, on peut avoir recours aux alcalis caustiques, à la liqueur de Felhing; cette dernière comporte un certain nombre de causes d'erreur, l'auteur les signale en même temps que le moyen pour les éviter. Le dosage est effectué au moyen du polarimètre ou de la liqueur de Felhing.

Il ne reste plus à étudier que les éléments minéraux que l'on rencontre dans l'urine; c'est ce que fait l'auteur en entrant pour chacun d'eux dans tous les détails nécessaires; composition, propriétés, formes cristallines, qui sont représentées avec la plus scrupuleuse exactitude. Il signale aussi les substances qui peuvent se trouver accidentellement dans l'urine, le plus souvent après leur administration comme médicament; le *mercure*, l'*iode*, l'*iodure de potassium*, le *bromure*, le *fer*, le *chlorate de potasse*.

La fin de l'ouvrage est consacrée à l'étude des sédiments et calculs urinaires. Cette partie révèle le talent d'observation que possède l'auteur; de nombreuses figures qu'il a lui-même dessinées d'après nature, fixent dans l'esprit la forme de l'*épithélium* de la *vessie*, du *vagin*; des *leucocytes*, *hématies*, *tubes urinaires*, *vibrions* et *ferments*.

Une excellente marche à suivre pour l'examen complet de l'urine termine ce chapitre, puis les dernières pages de l'ouvrage sont remplies par l'étude du sperme et des excréments.

Tel est le plan du livre que nous avons sous les yeux, hâtons-nous de dire qu'il a été aussi bien exécuté que conçu. Aujourd'hui que l'analyse clinique est devenue un des éléments indispensables du diagnostic dans un grand nombre de maladies, cet ouvrage est appelé à rendre d'immenses services, et un succès bien mérité doit récompenser l'auteur et l'éditeur de leurs travaux. YVON.

BIBLIOGRAPHIE

Thèses d'agrégation (1).

X. Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels; par le Dr P. BUDIN. — Paris, Octave Doin, éditeur.

Les réflexions générales qui s'imposent naturellement à l'esprit à la lecture de la thèse du Dr Budin, ont été émises, ici, dans un article que n'ont pas oublié les lecteurs du *Progrès médical*. L'importance de ce travail nous engage à y revenir aujourd'hui, pour l'étudier avec quelque détail, en nous plaçant à un point de vue plus particulier.

Après avoir rapidement discuté les termes du sujet qui lui était imposé, et en avoir de la sorte fixé les limites, l'auteur divise les lésions qu'il va passer en revue en lésions des parties molles et lésions des parties dures. Dans la première partie de sa thèse, M. le docteur Budin étudie tout d'abord les lésions du périnée. Après avoir énuméré les variétés de déchirures et les causes nombreuses de ces lésions, l'auteur montre que trois éléments principaux entrent en jeu dans leur production : l'élément tissu, l'élément temps, l'élément direction. De l'étude de ces différents facteurs, découlent les indications à remplir pendant la sortie de la tête fœtale. La conduite de l'accoucheur est examinée alors dans les trois circonstances suivantes : A. Comment doit-il faire pour empêcher la déchirure du périnée de se produire? B. Si malgré ses soins la déchirure est imminente, ne doit-il pas intervenir pour empêcher qu'elle ne s'étende trop en arrière vers l'anus et la cloison recto-vaginale? C. Que doit-il faire quand la déchirure existe, incomplète ou complète?

L'auteur étudie ensuite les lésions du vagin et examine successivement la déchirure, les contusions des parois du vagin, en insistant avec raison sur les lésions symétriques que produisent, soit en avant soit en arrière, les cuillers du forceps de Levret.

Les lésions de l'utérus forment un des chapitres les plus importants de cette première partie de la thèse de M. Budin.

Les plus fréquentes sont les déchirures de l'organe. Elles peuvent occuper soit le col, soit le corps; le plus souvent, elles atteignent à la fois l'un et l'autre. Puis viennent les contusions et le renversement de l'utérus.

Les déchirures du col sont, avec raison, divisées par l'auteur en deux classes : celles qui occupent la portion vaginale du col et celles qui atteignent la portion sus-vaginale. Les premières, ordinairement peu graves, présentent de nombreuses variétés anatomiques et étiologiques. Les secondes se rapprochent à un tel point des déchirures du corps de l'utérus que l'auteur les confond dans une même description.

Mettant à profit les récents travaux du professeur Braune (de Leipzig) et de Bandl (de Vienne), M. Budin fait une étude complète du mécanisme des ruptures du corps et de la portion sus-vaginale du col de l'utérus dans les cas où l'on intervient, alors que l'utérus est fortement rétracté sur le corps du fœtus. Qu'il s'agisse d'une présentation de l'épaule, ce qui est le cas le plus fréquent, et d'une tentative tardive de version, ou bien d'une hydrocéphalie et d'une tentative d'application du forceps; qu'il y ait obstacle à l'engagement de la tête comme dans certains cas de rétrécissement du bassin, le col et le segment inférieur de l'utérus subissent un tiraillement, une distension, quelquefois même une compression telles qu'une intervention relativement prudente peut alors déterminer la rupture de l'utérus.

Les autres causes prédominantes et déterminantes de la rupture utérine sont également passées en revue.

L'histoire des contusions du tissu utérin et celle du renversement de l'utérus, terminent ce chapitre. Après avoir ainsi étudié toutes les lésions traumatiques qui peuvent s'observer sur les parois mêmes du canal génital, l'auteur examine celles des organes ou des tissus situés dans le voisinage de ce canal. Les lésions des voies urinaires sont très-variées, elles peuvent, en effet, intéresser l'urèthre, la vessie, les uretères; des fistules uréthro-vaginales, vésico-vaginales, vésico-utérines, uréthro-utérines en sont la conséquence.

Les lésions du rectum, celles de l'intestin grêle, procidence, section, pincement, gangrène avec établissement de fistules vagino-intestinales ou utéro-intestinales; les contusions du tissu cellulaire et le phlegmon diffus intra-pelvien qui en résulte, les lésions des vaisseaux, celles des nerfs et des muscles intra-pelviens ou fessiers, constituent les éléments du dernier chapitre de la première partie.

L'étude de chacune des lésions que nous venons d'indiquer brièvement, est accompagnée d'exemples empruntés aux auteurs français ou étrangers. La même lésion peut, en effet, être causée par l'emploi des instruments les plus divers : forceps, céphalotribe, crâniotome, etc., ou par la seule introduction de la main ou du doigt. De nombreuses indications bibliographiques, indiquant des faits analogues, suivent chacune de ces observations types. Celles-ci se rapportent à des lésions limitées, résultant d'une intervention unique ou consécutives à l'emploi d'un même procédé opératoire. Le plus souvent les lésions sont multiples et il est facile d'imaginer ce qu'elles peuvent être et comment elles se produisent.

La deuxième partie du travail du Dr Budin est consacrée à l'étude des lésions des parties osseuses. Un premier chapitre est relatif aux lésions des articulations du bassin. Toutes les symphyses peuvent être disjointes. Par ordre de fréquence on voit l'arrachement de la symphyse pubienne, celui de l'une ou des deux sympbyses sacro-iliaques, celui enfin de l'articulation sacro-coccygienne.

Un second chapitre est consacré à l'étude des lésions du

(1) Voir les nos 31, 33, 34, 35.

© BIU Santé

tissu osseux lui-même. Outre la dénudation de la face postérieure du pubis consécutive à l'application du forceps, on trouve dans les auteurs des exemples de lésions produites avec le crochet aigu, avec le perforateur, enfin, des fractures survenues pendant la traction exercée sur la tête fœtale à l'aide du forceps.

Dans la troisième partie de sa thèse, M. P. Budin tire des faits malheureux qu'il a dû réunir, des conséquences de la plus haute importance. Presque toujours, en effet, dit-il, les lésions traumatiques n'ont pas eu d'autre origine qu'une erreur de diagnostic ou une faute opératoire. Il montre comment l'on doit faire pour éviter de commettre ces fautes et ces erreurs; et comment, grâce aux progrès de l'obstétrique moderne, on peut prévenir certains accouchements laborieux. Il insiste sur la nécessité de faire un diagnostic exact; sur l'importance capitale pour le médecin de s'être exercé aux opérations obstétricales; sur les précautions que nécessite l'emploi du forceps, « cet instrument si précieux, » soit au moment de l'introduction, soit pendant les tractions qui doivent être pratiquées dans l'axe et rien que dans l'axe.

M. Budin pense que dans les cas de bassin vicié on pourrait éviter de laisser la femme exposée à un travail de deux ou trois jours de durée et à toutes ses conséquences : rupture de l'utérus, suites de couches pénibles, etc., en pratiquant la dilatation artificielle de l'orifice utérin à l'aide de sacs en caoutchouc, analogues à ceux dont se sert le professeur Barnes pour provoquer l'accouchement prématuré.

Il montre comment, lorsque l'enfant est mort, on doit, ainsi que le dit M. Blot, le considérer comme un corps étranger dont il faut débarrasser la mère en exerçant sur les organes le moins de violence possible, c'est-à-dire en morcellant le fœtus. Enfin il fait voir comment à l'aide de la version céphalique par manœuvres externes, pratiquée pendant la grossesse, et en fixant le fœtus dans sa nouvelle attitude à l'aide de la ceinture eutocique du Dr Pinard, on peut empêcher bien des accidents de se produire. Dr A. RIBEMONT.

XI. Des ruptures de l'urèthre; Thèse d'agrégation du Dr TERRILLON, chirurgien des hôpitaux. Paris, Octave Doin, 1878.

Je n'ai point à faire ici l'éloge de M. Terrillon. Ses travaux et ses succès sont suffisamment connus de nos lecteurs, et, dans son excellent travail sur les ruptures de l'urèthre, je relèverai seulement ce qui me paraît neuf. J'insisterai principalement sur les résultats d'anatomie pathologique qu'il a obtenus par voie expérimentale et sur les déductions thérapeutiques et opératoires qu'on peut tirer de ces études. M. Terrillon divise les ruptures de l'urèthre en deux grandes classes : les ruptures traumatiques et les ruptures pathologiques qu'on désigne aussi sous le nom de ruptures spontanées. Les ruptures traumatiques qui forment à juste titre la classe la plus importante sont assez fréquemment observées surtout à la suite de chutes à califourchon sur un objet dur. Voici à titre de curiosité quelques-uns des cas de rupture de l'urèthre que M. Terrillon a rassemblés : rupture de la portion pénienne par un coup de pied de cheval (2 cas); par une roue de voiture (1 cas); par pincement entre une commode et le tiroir de ce meuble (1 cas); par un coup de pincettes, le pénis étant en érection (1 cas); dans des efforts de coït malaidroits (plusieurs cas); par rupture de la corde dans la chaudepisse, etc. Les ruptures de la portion périnéale antérieure s'observent surtout dans les chutes à califourchon sur une barre rigide et à la suite de toute espèce de coups violents sur le périnée. Les ruptures de la portion périnéale profonde se voient à la suite des fractures du pubis; elles sont plus rares et liées le plus souvent à de graves désordres qui entraînent la mort. M. Terrillon a étudié avec un soin tout particulier le mécanisme de la rupture de la portion périnéale antérieure, variété qui est la plus importante à bien connaître pour le chirurgien. Il faut savoir d'abord que les déchirures de l'urèthre à la suite des chutes à califourchon s'observent le plus souvent à un centimètre ou un centimètre et demi en avant de l'aponévrose moyenne. Pour se rendre compte du mode de production de ces ruptures, M. Terrillon a fait un assez grand nombre d'expériences, tantôt en laissant tomber un sujet d'une certaine hauteur à cheval sur un corps résistant de diamètre variable, tantôt en portant directement des coups sur l'urèthre. Les expériences l'ont conduit à se rallier à la théorie de M. Cras que voici en deux mots : le corps contondant n'atteignant presque jamais le périnée sur la ligne médiane, vient rencontrer tout d'abord l'une des branches descendantes du pubis; il en résulte que l'urèthre se trouve pris latéralement entre le corps contondant d'une part et la branche du pubis opposée d'autre part. Il y a donc une sorte de pincement. La théorie de MM. Ollier et Poncet, d'après laquelle l'urèthre se briserait contre le ligament de Henle, espèce de corde sous-tendant la symphyse pubienne ne pourrait, d'après M. Terrillon, s'appliquer qu'à des cas exceptionnels.

Contraint de me limiter, je me bornerai à ajouter que M. Terrillon pose les principes thérapeutiques suivants qui paraissent résumer l'opinion des principaux chirurgiens sur le traitement des ruptures uréthrales : Le cathétérisme est nuisible ou ne doit être pratiqué que comme moyen d'exploration. L'uréthrotomie externe suivie de la sonde à demeure puis de dilatation temporaire progressive a donné de beaucoup les meilleurs résultats. L'uréthrotomie doit être faite dès le début parce qu'on trouve bien plus facilement le bout postérieur de l'urèthre quand aucun travail inflammatoire n'a eu le temps de se produire. Dr A. MALHERBE.

REVUE DE PHARMACOLOGIE

Du bromure de zinc dans les névroses.

Au nombre des médicaments qui ont affirmé leur droit de cité dans la thérapeutique, il faut ranger le *bromure de potassium*; ce médicament restera sans doute encore longtemps le spécifique par excellence des névroses. Toutefois, beaucoup de médecins ont reconnu que dans certains cas, ce médicamsnt restait impuissant, et l'on a pu dire que le bromure de potassium était en quelque sorte la pierre de touche de certaines affections nerveuses non encore cliniquement classées. Un des reproches les mieux justifiés qui ont été adressés au bromure de potassium, est celui de débiliter outre mesure certains malades. C'est ainsi que l'on voit ceux-ci maigrir beaucoup, perdre l'appétit en dépit des toniques administrés pour relever leurs forces.

L'action exercée par le bromure de potassium sur les facultés intellectuelles, s'est montrée souvent déplorable; l'affaissement le plus complet, la perte absolue de la mémoire, ont été dans un grand nombre de cas le résultat immédiat de l'administration à haute dose de ce médicament. En présence de ces accidents, le rôle du médecin est tout tracé; il faut suspendre la médication et donner à l'organisme le temps d'éliminer le médicament. Mais interrompre le traitement, c'est, dans beaucoup de cas, permettre aux crises de revenir et compromettre le résultat obtenu.

Nous pensons donc qu'il sera utile aux praticiens de leur faire connaître un médicament d'une constitution chimique parfaitement définie, d'une pureté absolue, dont l'étude physiologique et clinique a été faite par des hommes compétents. C'est le BROMURE DE ZINC que prépare un pharmacien de Paris, M. Freyssinge.

Dans les *comptes-rendus de la Société de Biologie*, nous voyons qu'on a fait dans les laboratoires de la Faculté, des expériences qui ont démontré que le *Bromure de zinc* agit sur les centres nerveux, encéphalo-médullaires et particulièrement peut-être sur la moelle épinière et sur le bulbe rachidien. Non-seulement le bromure de zinc a le même mode d'action que le bromure de potassium, mais il résulte des expériences faites dans les hôpitaux de Paris, que le bromure de zinc agit à plus faible dose que le bromure de potassium, sans avoir ses inconvénients. De telle sorte que si un malade, soit par saturation, soit par anémie bromurique, se trouve dans l'impossibilité de prendre du bromure de potassium, le bromure de zinc peut permettre d'attendre l'élimination du bromure de potassium ainsi que le relèvement des forces du malade, tout en continuant pour ainsi dire le bon résultat obtenu par la similitude de son action physiologique.

© BIU Santé

Ce sont là des résultats qui nous ont paru mériter l'attention du monde médical ; nous devons ajouter que c'est avec le sirop de bromure de zinc à l'écorce d'oranges amères ou avec les pilules de bromure de zinc de Freyssinge, que beaucoup d'expériences ont été faites. Chaque cuillerée à soupe de sirop contient 50 centigrammes de sel ; chaque pilule 20 centigrammes. Les doses journalières de bromure de zinc pouvant être de 0,20 à 3 grammes par jour, le médecin pourra avec ces deux préparations répondre aux besoins de tous ses malades.

22. Oxyde de zinc dans le traitement de la diarrhée.

En 1874, un élève de M. Gubler, le docteur Puygautier, avait inséré dans sa thèse 14 observations de diarrhées rebelles presque toutes tuberculeuses, modifiées par l'oxyde de zinc. Si on ajoute quelques observations anglaises, on complète l'histoire thérapeutique du médicament.

La formule préférée par le Dr Jacquier, qui a réussi dans cinq cas, est la suivante : Oxyde de zinc 3 gr. 50 ; bicarbonate de soude 0 gr. 50, en quatre doses, à prendre dans les vingt-quatre heures, à donner surtout à la fin des repas. (*Lyon Médical.*)

23. De la créosote dans le traitement de la phthisie.

Le docteur Bravet a observé dans le service de M. Brouardel, à Saint-Antoine, les bons effets de la créosote ; sur 19 cas, voici les résultats observés :

Améliorations.....	11	1er degré	1
		2e —	6
		3e —	4
Insuccès.....	6	1er degré	1
		2e —	2
		3e —	3
Etats stationnaires.....	2	1er degré	0
		2e —	0
		3e —	2

Voici les conclusions de M. Bravet :

1° La créosote est un médicament qui agit à la façon d'un puissant balsamique sur les sécrétions bronchiques et pulmonaires. A ce titre, il rend d'éminents services dans la phthisie.

2° Son effet immédiat est de diminuer l'expectoration. Secondairement, la toux diminue, la fièvre s'apaise, les sueurs disparaissent, l'état général s'améliore et la nutrition devient plus active. Comme corollaire, l'auscultation relève la sécheresse du poumon ; la pesée indique l'augmentation du poids des malades ; enfin le dosage de l'urée met en relief les progrès de l'activité nutritive. — 3° Une seule contre-indication est nettement posée, à savoir l'aggravation de la toux et la production d'hémoptysies dans certaines formes sthéniques de la maladie. (Thèse de Paris, 28 mai 1878, n° 111). (*Bulletin général de thérapeutique.*)

VARIA

Déontologie médicale. — Déclaration d'un enfant mort peu de temps après sa naissance.

Un fait assez grave vient de se passer dans une commune voisine de Paris. Quelques journaux politiques ont cru devoir le signaler dans des articles dont un nous a été transmis directement, avec prière de donner notre avis sur un sujet qui intéresse la déontologie médicale. Avant de répondre au désir qui nous était exprimé, nous avons dû prendre quelques renseignements dont nous pouvons garantir la parfaite exactitude. Comme ils nous permettent d'apprécier plus justement la conduite d'un très-honorable confrère que l'on attaquait assez vivement, nous n'hésitons pas à exposer cette affaire avec quelques détails. Voici d'abord le fait.

Dans un couvent où se trouvent des religieuses destinées à donner des soins aux malades, une sœur était parvenue à dissimuler assez longtemps une grossesse. Elle en avait cependant prévenu son supérieur ecclésiastique, alors absent. Celui-ci arriva trop tard pour aviser aux mesures à prendre. Un accouchement prématuré rendit vaines toutes les précautions qui auraient pu empêcher un scandale. Il fallut donc mander un médecin. Celui-ci, appelé par le supérieur du couvent assez longtemps après l'accouchement, répondit aux questions qui lui étaient adressées qu'il fallait : 1° déclarer la naissance de l'enfant ; 2° déclarer son décès. N'ayant point pratiqué l'accouchement, ce médecin n'avait pas, en effet, à faire lui-même sa déclaration de naissance. L'avis qu'il donnait au supérieur de la maison, de se rendre à la mairie, n'engageait en rien sa responsabilité professionnelle ; mais l'ecclésiastique auquel s'adressait le médecin lui demanda de lui rendre le service de faire lui-même ces déclarations et le pria de les faire directement au maire de la localité, et non dans les bureaux de l'état civil, afin que toutes suppositions ou commentaires malveillants fussent plus aisément prévenus. C'est donc *à la sollicitation du supérieur, et sur sa demande expresse* (certainement aussi avec l'assentiment de l'accouchée), que le médecin a fait à la mairie une déclaration que son devoir professionnel ne lui imposait nullement. Peut-être aurait-il bien fait, dans son intérêt, de décliner une mission qui l'exposait à des questions diverses de la part du maire ; mais on ne peut soutenir qu'il ait commis une infraction à l'article 378 du Code pénal, relatif au secret professionnel.

L'enquête ordonnée sur la demande du maire par le procureur de la République, l'autopsie médico-légale pratiquée pour constater qu'il y avait eu mort naturelle de l'enfant et non pas infanticide, la descente de justice faite au couvent où l'événement avait eu lieu, et toutes les conséquences qu'entraînent dans une petite ville les formalités de cette nature, ne sont donc nullement imputables au médecin.

Il s'agit, il faut bien le comprendre, non d'une *naissance* illégitime et que le médecin, s'il l'avait constatée dans l'exercice de ses fonctions, avait le droit de déclarer sans indication précise ; mais d'un *décès* survenu quelques heures après la naissance de l'enfant. Il fallait donc un permis d'inhumer et un acte de décès. Il fallait constater ce décès. De là, la nécessité de prévenir la mairie, et même de pratiquer à bref délai une autopsie médico-légale, pour éviter une accusation d'infanticide qui eût été certainement dirigée contre la mère, et une accusation de complicité de dissimulation du cadavre que le médecin n'eût point évitée.

D'ailleurs, toute critique doit cesser devant ce fait que le médecin n'a agi qu'avec l'autorisation formelle et sur la demande expresse des intéressés. Après avoir ainsi dégagé la responsabilité du médecin et expliqué sa conduite, nous devons cependant, pour répondre aux questions qui nous sont posées, rappeler encore une fois quel est le devoir du médecin dans le cas où, après avoir accouché une femme, il se trouve appelé à faire les déclarations prescrites par l'article 56 du Code civil, sans être formellement autorisé à déclarer le nom ou le domicile de la mère. A cette question, notre réponse sera faisée. Le 30 décembre 1876, un de nos confrères, le docteur Berrut, intentait un procès à M. le maire du VIIe arrondissement de Paris, pour le contraindre à recevoir une déclaration de naissance d'un enfant sans indication de père ni de mère, et sans désignation de la maison où l'accouchement de la mère avait eu lieu. M. le maire du VIIe arrondissement refusait de recevoir cette déclaration, et motivait son refus sur ce que le domicile où l'accouchement eut lieu ne se trouvait pas désigné. Or, la première Chambre du tribunal civil de la Seine donna raison à notre confrère, par un jugement fortement motivé et dont nous citons les considérants principaux. Après avoir établi qu'il est *dans l'esprit de la loi* que mention expresse du domicile où est né l'enfant soit inscrite dans les actes de naissance, le tribunal fait remarquer que l'omission de cette mention n'annule pas les actes de l'état civil ; que la loi n'a pas entendu que toute infraction à ses prescriptions entraînerait la nullité de ces actes, et que, dans cette intention, le législateur n'a point voulu établir de règles absolues. Sans reconnaître formellement le droit du médecin de se refuser à désigner le domicile où un accouchement a eu lieu, le jugement du tribunal civil de la Seine admet donc implicitement qu'il peut en être ainsi dans certains cas spéciaux ; il ajoute d'ailleurs les considérants suivants :

« Attendu que le demandeur (M. le docteur Berrut), dans ses observations à la barre, a affirmé que c'était par suite de l'exercice de sa profession de médecin qu'il connaissait le domicile où est né l'enfant, et a invoqué la disposition de l'article 378 du Code pénal qui lui ferait un devoir de garder le secret sur ce point aussi bien que sur le nom de la mère ;

» Attendu qu'il est constant que le plus souvent l'indication de la maison où a eu lieu l'accouchement équivaudrait à la divulgation du nom de la mère ; qu'en conséquence, la déclaration de ce domicile ne pouvait être exigée du demandeur. »

Ces considérants sont d'une netteté qui ne laisse plus aucun doute dans l'esprit. Un médecin appelé à assister une femme en couches peut invoquer les dispositions de l'article 378 du Code pénal pour refuser de désigner non-seulement le nom du père et de la mère de l'enfant, mais encore le lieu précis où l'accouchement a eu lieu. Mais il ne devra évidemment pas se soustraire aux obligations que lui impose l'article 57 du Code civil, qui exige l'énonciation du lieu de naissance, que dans les cas où il n'a point été autorisé à faire une déclaration complète, c'est-à-dire alors que le secret professionnel s'impose formellement à sa conscience. (*Gaz. hebd.*, p. 563).

Décret relatif aux examens à subir par les élèves en pharmacie.

Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, vu l'article 15 de la loi du 21 germinal an XI ; vu les décrets portant règlement d'administration publique, en date des 15 juillet 1875 et 12 juillet 1878 ; vu l'avis du conseil supérieur de l'instruction publique ; le conseil d'Etat entendu, décrète :

Article premier. — Les dispositions de l'article 3 du décret du 12 juillet 1878 sont applicables aux candidats au titre de pharmacien de 2e classe ; ces candidats peuvent toutefois subir les épreuves, soit devant les écoles supérieures de pharmacie ou les Facultés mixtes, soit devant les écoles de plein exercice ou les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Après avoir accompli le stage officinal et avant de prendre la première inscription de scolarité, les élèves en pharmacie de l'une ou de l'autre classe, devront subir un examen de validation de stage devant un jury composé de deux pharmaciens de 1re classe et d'un professeur ou

© BIU Santé

agrégé d'école supérieure de pharmacie président. L'époque des sessions dudit jury est déterminée par un arrêté du ministre après avis du conseil supérieur de l'instruction publique.

Art. 3. — Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 31 août 1878, etc.

Rapport sur le concours de l'agrégation des Facultés de médecine (1)

(Section des sciences anatomiques, physiologiques et section des sciences physiques), adressé au Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts.

Monsieur le Ministre,

Dix-sept places d'agrégés (section des sciences anatomiques et physiologiques et section des sciences physiques) ont été déclarées vacantes dans les Facultés de médecine de la République et ont été mises au concours.

Dix-sept candidats s'étaient inscrits dans les diverses académies; douze seulement se sont présentés pour soutenir les épreuves du concours. De ce fait que le nombre des compétiteurs s'est trouvé inférieur au nombre des places vacantes, il ne faudrait pas se hâter de conclure que les j unes générations médicales se livrent avec moins de persévérance et d'ardeur à la culture des sciences anatomiques et physiologiques et des sciences physiques. En raison de la création de nouvelles Facultés de médecine et de la suppression du stage, le nombre des places d'agrégés vacantes était, cette année, plus considérable qu'à l'ordinaire et dépassait le nombre des jeunes docteurs en médecine suffisamment préparés aux nombreuses et difficiles épreuves de ce concours.

De nouveaux centres d'instruction médicale ont été institués, les programmes de l'enseignement ont été élargis et complétés, des laboratoires et de précieux instruments de travail ont été mis à la disposition des maîtres et des jeunes gens voués à la culture de la science; la position des agrégés a été considérablement et très-justement améliorée. Ces mesures sont de nature à imprimer une vigoureuse impulsion aux études ; bientôt l'harmonie se rétablira entre les besoins toujours croissants de l'enseignement des Facultés de médecine et le nombre des sujets distingués fournis par chaque génération de docteurs.

L'agrégation est une précieuse institution dont les preuves sont faites depuis longtemps. Elle excite l'émulation, suscite et développe les vocations scientifiques ; elle crée, alimente et maintient dans les Facultés, à côté des professeurs titulaires, une pépinière de jeunes savants tous les jours exercés à la pratique difficile de l'enseignement, et assure ainsi un bon recrutement du personnel professoral. Dans les conditions nouvelles qui sont faites aux Facultés de l'Etat par la loi de la liberté de l'enseignement supérieur, en présence des concurrences qui s'organisent de toutes parts, le jury a compris qu'il était de son devoir de surveiller, d'une manière spéciale, les épreuves du concours.

Dans les diverses épreuves soutenues par les candidats aux places des sciences anatomiques et physiologiques proprement dites, nous avons remarqué une tendance très-prononcée vers les études d'histologie et de physiologie. Cette direction est sans doute très-heureuse et doit être encouragée. Nous devons pourtant faire observer aux jeunes docteurs voués à la carrière de l'enseignement que toutes les branches des sciences anatomiques et physiologiques sont solidaires et ont les mêmes titres à leurs préoccupations, qu'il serait fâcheux de les voir négliger la dissection, s'éloigner de l'étude de l'anatomie descriptive et se laisser trop exclusivement entraîner vers la culture de l'anatomie générale.

Comme leurs camarades de la section des sciences anatomiques et physiologiques proprement dites, les candidats de la section des sciences physiques ont fait preuve d'une instruction à la fois très-étendue et très-variée, en même temps que d'une connaissance approfondie des découvertes dont la science s'est enrichie dans ces dernières années. Nous aurions désiré que, dans leurs épreuves orales, ils eussent accordé une place moins large aux considérations purement théoriques, pour laisser aux faits positifs, aux résultats directs de l'observation et de l'expérience, toute l'importance qui leur revient dans une leçon bien conçue, bien ordonnée. Mieux que nos observations, la pratique de l'enseignement ne tardera pas à les corriger de ce léger défaut, résultat inévitable de l'inexpérience et des entraînements de la jeunesse.

Le concours pour les places d'agrégés d'histoire naturelle n'a pas fourni des résultats aussi satisfaisants. Généralement les questions ont été traitées par les candidats d'une manière insuffisante, les épreuves pratiques surtout ont été d'une grande faiblesse. Pour maintenir l'agrégation au niveau d'où elle ne saurait déchoir, sans compromettre l'avenir de l'enseignement des Facultés, le jury s'est trouvé dans la dure nécessité de prendre une mesure de rigueur. Nous avons jugé que les deux aspirants aux deux places d'agrégés d'histoire naturelle des Facultés de Nancy et de Lyon, n'avaient pas fait preuve d'une instruction scientifique suffisante pour être admis à prendre rang dans l'agrégation des Facultés de médecine.

(1) M. Vulpian, doyen de la Faculté de médecine, s'étant retiré du concours, le jury s'est trouvé définitivement composé de MM. Gavarret, président; Sappey, Robin, Baillon, Béclard, Ritter, Grimeaux, Poggiale, juges titulaires.

Le jury a procédé avec un soin particulier à l'examen et a tenu grand compte des titres scientifiques. Nous sommes heureux de constater que, sans négliger les études d'érudition indispensables à une bonne préparation du concours, les candidats les plus distingués ont fait des recherches personnelles et nous ont présenté des travaux originaux d'une valeur incontestable. Nous ne saurions trop nous féliciter de voir les jeunes générations entrer résolûment dans cette voie. C'est dans la fréquentation assidue du laboratoire, en se familiarisant avec les méthodes rigoureuses de l'expérimentation et de l'observation, que se forment les hommes capables de travailler activement au progrès de la science.

En résumé, Monsieur le Ministre, dix-sept places d'agrégés pour les deux sections réunies des sciences anatomiques et physiologiques et des sciences physiques étaient mises au concours. Après examen des titres scientifiques et appréciation des épreuves, le jury vous a proposé de nommer seulement huit agrégés, à savoir : quatre agrégés d'anatomie et de physiologie, un pour la Faculté de Paris, un pour la Faculté de Lyon, deux pour la Faculté de Montpellier ; deux agrégés de chimie, un pour la Faculté de Paris, un pour la Faculté de Lyon; un agrégé de physique pour la Faculté de Nancy ; un agrégé d'histoire naturelle pour la Faculté de Montpellier.

En conséquence, il reste neuf places d'agrégés vacantes dans les Facultés de médecine, à savoir: trois places d'agrégés d'anatomie et physiologie, deux dans la Faculté de Nancy, une dans la Faculté de Lille ; trois places d'agrégés d'histoire naturelle, une dans chacune des Facultés de Lille, de Lyon et de Nancy ; deux places d'agrégés de chimie, une dans le Faculté de Montpellier, une dans la Faculté de Nancy ; une place d'agrégé de physique dans la Faculté de Lille.

En exécution du statut de l'agrégation, les concours de toutes les Facultés ont été centralisés à Paris. Cette mesure a été généralement accueillie avec faveur. On a fait observer, non sans raison, que les candidats de province, en s'éloignant du lieu de leur résidence habituelle, pour venir à Paris, se séparent nécessairement de leur bibliothèque, de leurs instruments de travail, se trouvent par cela même dans des conditions défavorables pour la préparation de certaines épreuves du concours, et surtout pour la rédaction de la thèse ; qu'en outre, un déplacement suivi d'un séjour prolongé dans la capitale est pour eux très-onéreux. On a dit encore qu'en retenant à Paris un certain nombre de professeurs des Facultés de province, pendant la durée de l'année scolaire, on s'expose à porter atteinte à la régularité du fonctionnement de ces Facultés, et même à affaiblir momentanément leur enseignement, dans quelques-unes de ses branches. Ces inconvénients sont très-réels ; quoi qu'on fasse, ils resteront inséparables du déplacement plus ou moins prolongé des candidats et des professeurs, et seront seulement amoindris.

L'expérience a montré que, sans diminuer l'importance et le nombre des épreuves, on peut abréger la durée des concours, tout en leur conservant leur haute valeur et leur caractère ; par cela même, les fâcheux effets de ces déplacements se trouvent considérablement atténués.

Les Facultés de province se sont montrées blessées d'une mesure qui leur enlève la nomination directe de leurs agrégés; la centralisation de tous les concours à Paris leur est apparue comme une atteinte grave à leur importance, à leur autorité, à leur autonomie.

Inspirées par un sentiment très-respectable, ces plaintes et ces appréhensions nous paraissent exagérées. Une large place est réservée dans les jurys aux professeurs des Facultés de province; d'autre part, les candidats s'inscrivent et sont nommés pour une place et dans une Faculté déterminée et par eux librement choisie. Enfin, les professeurs des Facultés de province participent à la nomination des agrégés de la Faculté de Paris, dans res mêmes conditions et au même titre que les professeurs de la Faculté de Paris interviennent dans le choix des agrégés des Facultés de province. Tous les droits sont donc soigneusement sauvegardés; le choix de Paris comme siége de tous les concours centralisés en un même lieu est trop naturellement indiqué pour blesser, en quoi que ce soit les justes susceptibilités des professeurs des Facultés de province.

Cette question de la centralisation à Paris de tous les concours d'agrégation des Facultés de médecine a acquis une grande importance, et nous paraît devoir être examinée d'un tout autre point de vue. Les agrégés jouent, dans l'enseignement des Facultés de médecine un rôle important que les derniers décrets ont considérablement élargi. Pour développer la force et assurer la supériorité de l'enseignement des établissements de l'Etat, il devient plus que jamais nécessaire de maintenir le niveau de l'agrégation très-élevé, et d'exiger les mêmes garanties d'instruction scientifique des agrégés de toutes les Facultés de médecine. Cette préoccupation nous paraît, monsieur le Ministre, devoir prédominer dans les conseils de l'instruction publique. Du moment où il est généralement reconnu qu'il est nécessaire de travailler à élever graduellement le niveau de l'agrégation dans toutes les Facultés et à le maintenir en harmonie avec les progrès incessants des diverses branches des sciences médicales, la centralisation des concours à Paris présente de précieux et incontestables avantages. D'une part, en soumettant l'appréciation de toutes les épreuves à un même jury, elle rapproche les candidats de province de ceux de Paris et surexcite l'émulation ; d'autre part elle soustrait autant que possible les juges à l'influence de l'esprit de clocher et à des considérations extra-scientifiques. La centralisation des concours est d'application bien récente, et les esprits ne sont peut-être pas encore assez calmes pour en apprécier la portée avec toute l'impartialité désirable. Nous espérons que les résultats fournis par la session de 1878 et la session pré-

© BIU Santé

cédente contribueront puissamment à l'apaisement des oppositions qui, au début, ont accueilli cette mesure.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de mon profond respect et de mon entier dévouement.

Paris, le 25 août 1878. Signé : J. GAVARRET.

Enseignement médical libre.

Préparation aux examens. — M. MARTIN-DAMOURETTE reprendra ses cours préparatoires aux 3e et 4e examens du doctorat en médecine, et au 1er examen de fin d'année, le lundi 9 septembre à une heure, boulevard Saint-Germain, 6, le 3, les cours seront terminés le 31 octobre.

MORTALITÉ A PARIS. — Recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 5 septembre 1878, on a constaté 821 décès, savoir : fièvre typhoïde, 30 ; rougeole, 5 ; scarlatine, 2 ; variole, » ; croup, 5 ; angine couenneuse, 17 ; bronchite, 23 ; pneumonie, 30 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 28 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 2 ; affections puerpérales, 3 ; érysipèle, 4 ; autres affections aiguës, 245 ; affections chroniques, 358, dont 160 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 40 ; causes accidentelles, 29. — Les 821 décès ci-dessus donnent une proportion de ",," par 1,000 habitants et pour l'année.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.—Le personnel du laboratoire de clinique de la Faculté de médecine de Paris à l'hôpital de la Charité est constitué ainsi qu'il suit : Chef du laboratoire : M. Rémy (Charles-Auguste), docteur en médecine ; — Chef adjoint du laboratoire : M. Robin (Albert-Edouard-Charles), docteur en médecine ; — Aides de laboratoire : MM. Bergeron (Albert), docteur en médecine, et Malherbe, bachelier ès lettres et ès sciences restreint ; — Garçons de laboratoire : Les sieurs (?) Vuillemot et Grobon. Ces nominations sont valables pour trois ans.

— M. Magnier de la Source, docteur en médecine, est chargé des fonctions de préparateur de chimie biologique à la Faculté de médecine de Paris pendant la durée du congé accordé à M. Daulos.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par décret du 31 août, une chaire de médecine expérimentale est créée à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

NÉCROLOGIE. — Une scène navrante a eu lieu avant-hier au numéro 53, rue de Châteaudun. Le docteur Deleau venait d'assister aux derniers moments de sa fille, emportée par la phthisie, dont la science du père n'avait pu la guérir. Le malheureux père, qui avait veillé à son chevet pendant sa longue agonie, refusa de quitter la chambre mortuaire. Il fallut l'arracher de force d'auprès du cadavre. Il demanda alors à l'embrasser une dernière fois. Il se pencha sur le visage de la morte, lui donna un long baiser, puis, sans pousser un cri, il s'affaisa... Il était mort aussi. Les deux enterrements ont eu lieu hier, à midi, à l'église de la Trinité, au milieu d'une foule considérable. (*L'Evénement*).

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** » au **Bromure de Camphre**, sont employées » avec succès toutes les fois que l'on veut pro- » duire une sédation énergique sur le système » circulatoire et surtout sur le système nerveux » cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et » un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** » ont servi à toutes les expérimentations faites » dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Chaque **Dragée** du Dr Clin renferme 0,10 Camphre pur.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enve- » loppe mince de Gluten, constituent le moyen le » plus parfait pour administrer certains médica- » ments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence de Santal**, associée au Copahu » et à d'autres balsamiques, possède une efica- » cité incontestable et est employée avec succès » dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite » du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections » des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digé- » rées très-rapidement, même par les estomacs les » plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

NOTA. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

GROS : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules**.

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules au Bromure de Camphre du Dr Clin.**

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

SOLUTION

De Salicylate de Soude

Du Docteur Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris (PRIX MONTYON)

La Solution du Dr Clin, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Cette solution très-exactement dosée contient :

2 grammes de *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche
0,50 centigr. — — par cuillerée à café.

VENTE EN GROS, CHEZ **CLIN & Cie**, RUE RACINE, PARIS.

Détail dans toutes les Pharmacies.

Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux, par H. DURET, un volume in-8 de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878, premier volume, prix 15 fr. ; pour les abonnés du *Progrès médical*, 10 fr.

Recherches sur les Lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des Localisations cérébrales, par le Dr A. Pitres. Paris, 1877. In-8 de 148 pages, avec deux planches chromo-lithographiques. — Prix : 4 fr. Pour les abonnés du *Progrès Médical*, 2 fr. 75.

Établissement MÉDICO-PNEUMATIQUE du Dr MAIGROT à Saint-Dizier (Haute-Marne). — *Bains d'air comprimé.* — Tous les médecins qui connaissent cette médication, en France et à l'Etranger, la prescrivent spécialement contre l'asthme, l'emphysème, la bronchite, la laryngite chronique, la coqueluche, les adhérences pulmonaires suivies de pleurésies. Elle est souveraine contre l'anémie, la chlorose, par son oxygénation du sang, le diabète, etc. *Installation* confortable et luxueuse avec *Chambres pneumatiques* spacieuses, *Compresseur hydraulique*, et tous les appareils accessoires nécessaires. — L'air de Saint-Dizier est d'une pureté admirable. Séjour agréable à la ville et à la campagne. Cette médication se suit en toute saison. L'établissement reçoit des pensionnaires et des externes à des conditions de prix très-modérées. Demander le Prospectus.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 37. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 14 SEPTEMBRE 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

De la scarlatine consécutive aux opérations.

Leçon recueillie par le Dr A. CARTAZ.

Messieurs,

Les faits dont je vais vous entretenir ne sont pas empruntés à notre service hospitalier; mais ils sont assez peu fréquents, assez peu connus pour que j'aie jugé utile de traiter ce sujet devant vous. Mes souvenirs me permettront de vous retracer fidèlement le tableau de ces cas intéressants. Avant d'entrer dans la discussion du fait en lui-même, je vais vous exposer brièvement ces cas.

Il y a trois mois maintenant, je fus appelé auprès d'un enfant que j'avais soigné autrefois pour une coxalgie. Au mois de décembre dernier, cet enfant avait été pris de rougeole dont la convalescence avait été lente, pénible et qui avait laissé, chez un sujet déjà peu vigoureux, des traces de faiblesse très-marquée. Depuis quelques jours (avant le moment où je le vis), il était survenu de la douleur et du gonflement du côté de la cuisse; l'examen que nous fîmes, mon collègue M. Hardy et moi, nous permit de reconnaître un abcès de la région antérieure de la cuisse, en partie sous-aponévrotique, en partie sous-cutané. Cet abcès ne me parut pas ossifluent et je le regardai comme un de ces abcès critiques des fièvres éruptives : je dois vous dire que je suis un peu revenu aujourd'hui sur cette appréciation et que la lenteur de la cicatrisation me fait pencher vers l'idée d'un abcès secondaire à une altération osseuse profonde.

L'abcès fut vidé par un tube à drainage et la quantité de pus fut assez minime, le foyer assez petit pour que je puisse, au bout de 15 jours, supprimer le tube. L'orifice supérieur se ferma, l'orifice inférieur resta ulcéré. Au bout de trois semaines, je fis changer le pansement, j'exerçai de la compression; malgré tout, le trajet fistuleux s'était décollé à la périphérie. Je pris le parti de fendre en haut et en bas ce décollement; la chose était simple et d'un coup de ciseaux, je mis à découvert le foyer. Je quittai mon malade, persuadé que tout marcherait bien et que la guérison ne tarderait pas à survenir.

Le lendemain, apparition brusque de fièvre avec mal de gorge et en moins de vingt-quatre heures, éruption généralisée que le jeune médecin qui soignait ce malade n'hésita pas à qualifier de scarlatine; M. Hardy, appelé en consultation, confirma sans embarras le diagnostic de scarlatine : le cas était des plus nets.

Cette scarlatine évolua bien au début; mais la terminaison fut marquée par des irrégularités dans le cycle fébrile, dans la marche de la desquamation, etc. Pendant tout ce temps, le trajet fistuleux suppura, la plaie offrit un aspect livide, mauvais et les choses ne rentrèrent dans l'ordre que très-tardivement, à la belle saison et après le transport du malade à la campagne.

Ainsi, pour résumer ce fait, apparition d'une scarlatine au lendemain d'une opération insignifiante; phases ultérieures de l'éruption d'une marche un peu anormale, guérison lente et enfin, troubles très-accusés du côté de la plaie antérieure. J'avais été très-frappé de ces particularités et j'en cherchais une explication lorsque le hasard me rendit témoin d'un second cas en tout semblable au premier.

Le 11 avril, je fus consulté pour un jeune homme de 17 ans, d'un tempérament profondément lymphatique qui venait de passer l'hiver dans le Midi, où on l'avait envoyé à la suite de manifestations diathésiques diverses, notamment d'un abcès froid de la racine de la cuisse droite. Je constatai que, sous une apparence d'embonpoint acquis pendant ce séjour au bord de la Méditerranée, ce jeune homme cachait une série d'accidents peu prononcés, mais d'un caractère bien inquiétant. Sur divers points du corps, on constatait des ulcérations scrofuleuses, superficielles, notamment aux mains, à la fesse; l'épididyme du côté droit était le siége d'un abcès d'origine probablement tuberculeuse; la prostate présentait quelques bosselures bien caractéristiques. Dans le pli inguino-crural, on trouvait deux orifices fistuleux résultant de l'ouverture d'un abcès; au-dessus du pubis, du côté gauche, existait enfin un abcès froid assez volumineux; c'était pour cette dernière lésion surtout qu'on était venu demander mon avis. Le diagnostic était facile : diathèse scrofuleuse à manifestations multiples; imminence du tuberculose génito-urinaire. Il y avait indication urgente de vider les foyers de suppuration; ma proposition fut acceptée.

Le lendemain (un dimanche) j'ouvris le petit abcès de la queue de l'épididyme et je vidai par l'aspirateur l'abcès sus-pubien. Le jeune homme, intelligent, raisonnable, n'avait pas été le moins du monde ému de cette petite opération qui s'était faite sans difficultés.

Le lendemain matin, on m'envoyait chercher en toute hâte; dans la nuit, vers 4 heures du matin, le malade avait été pris de fièvre avec état de dépression, de fatigue très-marqué; il avait vomi à plusieurs reprises. Le médecin du malade croyait à des accidents septicémiques à marche aiguë; dès ma première visite, je refusai de mettre ces accidents sur le compte de l'opération; je ne trouvais rien encore qui pût les expliquer, mais je ne voyais pas là de septicémie. Le mardi soir, les signes généraux me faisaient pencher vers l'idée d'une fièvre éruptive et le lendemain, en effet, apparaissait l'exanthème scarlatineux, avec l'angine caractéristique. Ce ne fut qu'à ce moment là que mon confrère fut gagné à l'idée d'une scarlatine; dès les premiers moments de l'éruption, il avait cru encore à des accidents septicémiques. J'avais écarté ce diagnostic, car je n'avais pas trouvé les caractères de la fièvre septicémique; de plus, il n'y avait aucun phénomène du côté des abcès que j'avais vidés; on ne trouvait plus trace de la piqûre de la ponction.

La scarlatine évolua régulièrement; vers la fin survint de l'albuminurie, mais cette albuminurie apparut juste au moment où le foyer sus-pubien présenta de la rétention du pus et une certaine accumulation de gaz. En suivant jour par jour la courbe de la température, nous avons vu tomber la fièvre due à la scarlatine elle-même; puis, vers la fin, une élévation insolite nous a mis, M. Gosselin et moi, sur la voie d'une rétention de pus. Le drainage de ce foyer a fait, en effet, baisser rapidement la température et immédiatement l'albuminurie a disparu.

Voici donc deux faits, au premier abord assez simples, mais qui, si vous les étudiez de près, offrent cependant quelque chose d'insolite. Le lendemain d'une opération, sans que le malade nous ait rien présenté d'anormal ce jour même, le lendemain, dis-je, apparaît très-brusquement une fièvre ruptive. D'ici je vous entends prononcer ce mot de coïncidence, de hasard : c'avait été ma première idée, mais vous allez voir que ce n'est pas d'aujourd'hui que ces faits ont été observés et que je ne suis pas le seul à avoir remarqué l'étrangeté de cette manifestation.

En 1858, M. Germain Sée signalait l'apparition, à la suite de la trachéotomie, d'exanthèmes qui se rapprochent de la scarlatine.

En 1864, dans une communication à la Société pathologique de Londres, Maunder rapportait que, à la suite de deux opérations de taille sur des enfants, il avait vu survenir la scarlatine. La discussion qui suivit cette commu-

© BIU Santé

nication mit au jour un certain nombre de faits semblables. Broadbent en avait vu trois cas ; Crisp, un cas mortel, après une circoncision ; Callender, un cas après la taille ; H. Lee, 3 cas ; Martin, 1 cas.

En 1868, mon collègue et ami, M. Verneuil publiait (*Gaz. hebdomad.*, n° 46, 1868) et faisait publier plus tard par ses élèves (Tremblay, *Gaz. hebd.* 1870 et *thèse de Paris*, 1876), des observations de manifestations cutanées, de véritables éruptions consécutives aux accidents septicémiques. Je dois vous dire de suite que si les faits que je vous ai rapportés se rapprochent à un certain point des observations de M. Verneuil, ils s'en éloignent à d'autres points de vue : je ne considère pas mes deux malades comme ayant été sous le coup d'accidents septicémiques et partant je ne regarde pas la scarlatine comme due à une cause infectieuse traumatique, de quelque nom que vous la revêtiez. Je passe, pour revenir un peu plus loin sur ces points de doctrine.

Dans un ouvrage traduit récemment en français (*Leçons de clinique chirurgicale*, traduction de M. Petit, 1877) Paget a consacré un court chapitre à l'exposition de faits analogues. (Apparition de la fièvre scarlatine après les opérations, chap. XVI, p. 438). Il mentionne une dizaine de cas observés chez des enfants. Howard Marsh, dans une note additionnelle à ce chapitre, confirme de tous points l'opinion de Paget et en rapporte 8 cas.

Thomas Smith (même note) dit que sur 43 enfants, sur lesquels il a pratiqué la taille, 7 ont eu la scarlatine, et l'éruption a varié comme apparition du premier au troisième jour après l'opération.

Un de mes élèves, M. Cartaz a observé le cas suivant, pendant la campagne de 1870 : un jeune mobile de 20 ans fut apporté à l'ambulance pour une plaie pénétrante du genou (par coup de feu). La résection du genou fut pratiquée 4 jours après la blessure, le malade refusant l'amputation. Au troisième jour après cette opération, apparition d'une scarlatine dont le diagnostic ne fut posé que tardivement : au début, avant l'éruption, on avait cru à de la pyohémie, en raison de l'intensité de la fièvre. Il n'existait pas de scarlatine à ce moment dans l'ambulance, mais dix jours après on en signalait deux cas.

Voilà, Messieurs, un ensemble de faits (près de 40) qui impose une certaine réserve dans leur interprétation. Que se passe-t-il ? Dans la plupart des cas, nous voyons qu'il s'agit de jeunes sujets ; dans presque tous, c'est dans un très-court délai après l'opération qu'apparaît l'exanthème ; enfin la scarlatine a souvent une marche un peu anormale ; tantôt l'angine a fait défaut, tantôt la desquamation : la maladie semble avoir une marche typique moins bien caractérisée.

On s'est demandé s'il s'agissait bien dans ces cas de scarlatine : je ne crois pas, Messieurs, qu'on puisse révoquer en doute le diagnostic de scarlatine posé par des médecins aussi expérimentés. Pour les cas particuliers que j'ai vus, j'ai demandé, pour lever tous les doutes, l'avis en consultation de plusieurs de mes collègues et il n'y a pas eu de leur part hésitation à reconnaître la fièvre éruptive. Ce point me semble donc acquis sans conteste.

Il n'en est pas de même de la question de savoir quel rapport existe entre le traumatisme et l'apparition de la scarlatine. Il est impossible qu'il n'en existe pas un, mais quel est-il ; je vous dirai franchement que je n'en sais rien. On a formulé bien des hypothèses vraisemblables, et je suis disposé à accueillir certaines d'entre elles, mais la relation vraie, intime, nous échappe.

Dans ses leçons, Paget, à cet égard, s'exprime ainsi : L'apparition de la scarlatine est jusqu'à un certain point liée aux premières suites des opérations. S'il n'en était pas ainsi, il n'y aurait pas de raisons pour que l'éruption apparaisse plutôt immédiatement après l'opération que plus tard.

On peut donner deux explications de ce fait : ou bien la condition produite chez un patient par une opération chirurgicale est de nature à l'exposer tout particulièrement à la réception d'un poison morbide épidémique ou contagieux, et le virus, s'imprégnant immédiatement après l'opération, produit son effet spécifique en un temps beaucoup moindre que la période ordinaire d'incubation ; ou bien ceux qui sont atteints de la scarlatine dans les quelques jours qui suivent l'opération avaient auparavant absorbé le poison qui n'aurait pas manifesté ses effets aussitôt ou peut-être pas, si leur santé ne se fût affaiblie ou troublée.

Ces explications sont des plus logiques, mais elles ne nous donnent pas la clef de ce rapprochement. Il y a lieu de s'étonner, en tous cas, que la scarlatine soit la seule des fièvres éruptives qui se montre ainsi consécutivement à un traumatisme ; je ne sache pas qu'on ait signalé des rougeoles ou autres fièvres survenant de la même façon après les opérations.

Ces faits sont d'autant plus remarquables et dignes d'étude que depuis longtemps on a signalé des scarlatines survenant à la suite des couches dans des conditions analogues aux scarlatines après les opérations. M. Hervieux, dans l'épidémie qu'il observa, nota que les malades de la Maternité qui furent atteintes présentaient les symptômes de scarlatine les premiers jours de la semaine des couches et alors qu'il n'y avait pas d'épidémie de scarlatine à Paris. Dans ces derniers temps, les gynécologistes se sont beaucoup occupés de la question, et une discussion intéressante a été soulevée, il y a deux ans, à la Société obstétricale de Londres, les uns voulant faire jouer à la scarlatine un rôle tout particulier dans la pathogénie de la fièvre puerpérale, les autres n'y voyant qu'une complication fréquente, ayant des liens de rapprochement avec le traumatisme de l'accouchement. Cette scarlatine puerpérale, comme on l'a désignée, ressemble de tous points, comme marche, évolution, à celle que je viens de vous décrire. Même début rapide vers le deuxième au troisième jour de l'accouchement ; absence assez fréquente de symptômes prémonitoires ; marche irrégulière et s'écartant du type normal. Dans un long et important travail, qui ne repose pas sur moins de 141 observations, Olshausen a étudié avec soin cette question ; en lisant son mémoire (*Arch. f. Gynækologie*, Band IX, heft II), vous verrez les points de similitude à établir entre la scarlatine opératoire, si je puis m'exprimer ainsi, et la scarlatine puerpérale.

Je ne m'étends pas davantage sur cette question qui peut prêter encore à controverse et je terminerai cette leçon en vous disant sous forme de propositions résumées : 1° après des opérations sans gravité, on peut voir apparaître des complications, de début grave et inquiétant, qui ne sont autres que la scarlatine.

2° Cette scarlatine n'a pas les allures franches qu'on lui connaît normalement ; le début est plus soudain, se fait dans les premiers jours qui suivent le traumatisme ; l'angine est quelquefois peu prononcée ; les symptômes et l'évolution, en un mot, sont moins typiques.

3° La plaie, si minime qu'elle soit, se ressent de l'invasion de cette complication et l'évolution, la cicatrisation de cette plaie en sont profondément troublées.

4° Il ne faut pas confondre avec cette scarlatine les diverses éruptions septicémiques ; la marche, les symptômes permettront d'établir assez facilement le diagnostic.

HYGIÈNE

Des accidents produits par la marche pendant les fortes chaleurs et de leur pathogénie ;

Par le Dr **A. DEMMLER**, médecin-major.

Le travail de M. le docteur Sevestre publié dans le numéro 32 du *Progrès médical* m'a engagé à décrire certains faits que j'ai observés pendant des marches faites récemment, en les accompagnant de quelques remarques sur la pathogénie de ces accidents. Comme le fait observer M. Sevestre, l'effet produit par l'insolation n'est pas le même que celui produit par l'élévation de température. Dans l'insolation, je ne reconnais qu'un seul facteur entrant en cause : l'action directe des rayons solaires ; dans le coup de chaleur, je reconnais l'effet de plusieurs causes que je chercherai à expliquer dans le courant de ce

© BIU Santé

travail. L'insolation peut accompagner le coup de chaleur; mais ces deux maladies peuvent être indépendantes l'une de l'autre; et je tiens tout d'abord à faire remarquer que l'effet du calorique joue un rôle beaucoup plus important que celui de l'action solaire. Car, j'ai pu me convaincre bien des fois, que l'action des rayons solaires par elle-même, quand la brise souffle, quand la température n'est pas lourde, entraîne des accidents bien moins fréquents et biens moins graves que dans les cas où la température est très-élevée, même le soleil faisant défaut. J'ai souvent chassé dans les pays chauds par un soleil ardent, sans en être incommodé. J'ai beaucoup souffert de la chaleur sous la tente, bien que le ciel fût obscurci. Voici le résumé des faits que j'ai observés récemment.

Dans les derniers jours du mois de juin, je fus chargé d'accompagner de Guingamp à Saint-Brieuc, c'est-à-dire dans une étape de 32 kilomètres, un bataillon du 48e. Le bataillon était parti à 2 heures du matin; dès 7 heures, la température était lourde, accablante. Je fus dès ce moment obligé de faire monter dans les voitures plusieurs hommes qui se plaignaient d'éblouissements, qui « ne sentaient plus leurs jambes; » d'autres, qui ressentaient des « secousses et des crampes dans les membres. » Leur corps était couvert de sueur; brûlant à la main. A 9 heures, après le repos pris à la grande halte, la température avait beaucoup augmenté. Elle atteignit, m'a-t-on dit, 25 à 30° à l'ombre; ce qui est une chaleur excessive pour le climat tempéré des Côtes-du-Nord. A partir de ce moment, le nombre des hommes que je fus obligé de faire monter en voiture devint plus considérable : quelques-uns furent pris de véritables défaillances qui se dissipèrent au bout de quelques minutes, dès qu'on les eût allégés de leur équipement, et que la respiration pût se faire plus librement. Au moment d'entrer dans la ville, par conséquent à l'ombre des maisons, mais dans un milieu resserré et échauffé par le calorique rayonnant des murailles, un homme s'affaissa, mais sans perdre connaissance immédiatement. Cinq minutes après, je le fis descendre de voiture et conduire à l'infirmerie du quartier, où je lui donnai mes soins. Il avait perdu connaissance, l'insensibilité était complète, la poitrine se soulevait difficilement et seulement dans sa partie supérieure. Pouls précipité, d'intensité moyenne. Corps couvert de sueur; je n'ai malheureusement pas pu prendre sa température. Rien de particulier dans le facies : peut-être un peu de pâleur et les traits légèrement tirés, exprimant la fatigue.

Je commençai par faire de vigoureuses frictions sur la région précordiale; je pratiquai la respiration artificielle par compression alternative du thorax; je fis une saignée, pensant qu'il y avait peut-être gêne circulatoire du côté des poumons. Le sang était noir, poisseux. Enfin, je fis sur la tête, avec une grosse éponge, des affusions froides, et mis une compresse d'eau aussi fraîche que possible, n'ayant pas de glace à ma disposition. Ces moyens restèrent sans résultat; le pouls devient de plus en plus faible; le jeu du cœur ne se rétablit pas et, au bout de 2 heures de soins infructueux, le malade transporté à l'hôpital mourut une demi-heure après son arrivée, sans avoir repris connaissance.

A la suite d'une visite que je fis immédiatement dans les chambres, j'envoyai à l'infirmerie deux autres hommes qui se plaignaient de céphalée, nausées, mais sans délire, et qui se trouvèrent rétablis au bout de quelques heures.

Moi-même, dans le courant de cette marche faite à pied, je fus pris à un moment donné d'un sentiment de défaillance extrême avec angoisse précordiale, symptômes qui se dissipèrent au bout d'un certain temps : je conservai néanmoins une inappétence marquée avec nausées et pesanteur de tête.

Quinze jours après, j'accompagnai un 2e bataillon, la chaleur était moins forte, je n'eus à constater qu'un accident léger, qui consistait en une syncope avec constriction de la région épigastrique, éblouissements. Je fis maintenir des compresses froides sur la tête du malade, qui acheva la route en voiture et dont l'indisposition n'eut aucune suite.

Le même jour, M. le docteur Chenaud, qui accompagnait le bataillon rentrant à Guingamp eut à soigner un malade atteint d'accidents graves, et plus heureux que moi, il parvint à lui sauver la vie. Je transmets ici les renseignements qu'il a bien voulu me donner à ce sujet :

X... bien constitué, tempérament sanguin, est pris d'éblouissements avant d'entrer à la caserne. Il marche environ 300 mètres sans avoir conscience, machinalement, puis tombe entre les bras de ses camarades qui le conduisent à l'infirmerie. Face rouge. Yeux hagards. Pupilles contractées. Corps couvert de sueur, brûlant; dont la température peut être évaluée à 41, 42° c. Pouls normal, un peu précipité; le malade répond d'abord avec hébétude aux questions qu'on lui adresse; puis, au bout de quelques instants, il tombe dans un délire tranquille, marmotte des mots entrecoupés. Carphologie. On fait usage des affusions froides sur tout le corps placé dans un courant d'air; on parvient à faire avaler au malade plusieurs gorgées d'une potion d'éther et d'acétate d'ammoniaque. Au bout de 2 heures, réveil; le malade ouvre des yeux effarés; l'intelligence revient lentement, et X... cause un peu avec ses camarades auxquels il adresse des questions, car il ne se souvient de rien. Le soir, sommeil tranquille. — Le lendemain, guérison complète.

Les accidents observés par le Dr Chenaud diffèrent de ceux que nous avons vus. Ils appartiennent encore au 1er degré de la maladie; l'innervation nerveuse était moins abolie : il y avait simplement irritation nerveuse, d'où délire. L'ensemble de ces faits nous permet déjà de faire quelques remarques au point de vue de la symptomatologie des accidents produits par la chaleur. Les symptômes du début, comme on le voit, consistent surtout dans un sentiment de faiblesse dans les jambes avec angoisse précordiale, céphalée et nausées. A un degré plus avancé, il y a défaillance complète : le soldat ne peut plus se tenir debout. Troubles dans les idées. Délire. Enfin, à un 3e degré, il y a perte de connaissance. Le pouls n'est généralement pas dur : il est précipité au début, et va en s'affaiblissant à mesure que la perte de connaissance arrive. La face est congestionnée au début; mais dans la 3e période, il y a le plus souvent pâleur. Enfin nous appellerons l'attention sur les secousses et les crampes dans les membres observées par nous chez quelques individus et ayant constitué toute la série morbide de l'accident. Ces symptômes appartiennent aux premiers degrés de la maladie. Thürn cité par Roth et Lex dans leur hygiène militaire (3 vol. publiés par Hirschwald, Berlin, p. 404) rapporte le cas d'un homme qui, à la suite d'une marche forcée par une chaleur excessive, présenta tout d'abord une irrégularité du pouls, puis des crampes dans les muscles extenseurs avec flexion exagérée de la nuque, crampes qui furent suivies de perte de connaissance.

J'ai remarqué aussi que ces accidents se produisaient beaucoup plus souvent dans la 2e partie des marches, après le repas que les hommes font à la grande halte et les boissons qu'ils ingèrent (1). Enfin, les hommes faibles un peu anémiés sont plus facilement atteints.

L'importance attachée à la coiffure dans la production de ces accidents n'est pas aussi grande qu'on le prétend, car ils se produisent quand les soldats portent le képi, alors même qu'ils ont eu soin de garantir la tête par un mouchoir flottant.

Dans quel cadre nosologique faut-il ranger les symptômes que nous venons de décrire? Evidemment tout indique dans cette succession de phénomènes morbides une action produite sur les centres nerveux. Peut-être même est-il possible de préciser et de dire sur le bulbe en tenant compte des phénomènes produits du côté du pneumogastrique (poumons, cœur, troubles digestifs), et des troubles survenant dans la motilité (défaillance, mouvements convulsifs chez quelques-uns, perte subite de connaissance). Mais dans quel ordre ces désordres apparaissent-ils? Quel est le point de départ initial? Le placera-t-

(1) Les accidents arrivés dernièrement à Lyon dans le 140e d'infanterie montrent bien l'influence des repas sur la production du coup de chaleur.

© BIU Santé

on dans une congestion des centres nerveux? Je ne le crois pas, pour les phénomènes du début tout au moins, l'absence de dureté dans le pouls, de stertor, de coma à la période initiale, excluent l'idée d'une compression. Quand elle existe, elle n'arrive que plus tard, alors que de l'œdème s'est déjà produit. Mais la mort peut arriver sans que cela ait eu lieu, je dirais même que cela arrive souvent avant que ces phénomènes se produisent, vu l'état de faiblesse, de fatigue antérieure des individus qui sont en général atteints. La fugacité des symptômes dans les cas légers et traités dès le début nous fait aussi supposer que l'action est plus passagère que celle de la congestion qui laisse généralement après elle des traces plus ou moins durables.

Je ne veux pas nier la réalité de la congestion, les autopsies ont démontré qu'elle existait dans certains cas; on a même noté la présence d'hémorrhagies capillaires. Mais je pense que ces lésions ne se produisent qu'au bout d'un certain temps, quand les accidents ont duré plusieurs heures. En revanche, je crois que, dans les premières heures, la pathogénie de ces accidents morbides est tout autre, et qu'elle dépend au contraire d'une anémie bulbaire par anonémie ou privation momentanée d'oxygène.

Voici comment j'explique la succession des faits. Tout d'abord, l'homme en marche respire difficilement: les bretelles du sac gênent les mouvements du thorax; la compression exercée par la cravate et le col de la capote rétrécit les premières voies respiratoires; la colonne d'air dans laquelle il se trouve est composée en partie d'air vicié par les voisins. Premières causes pour que l'oxygénation du sang soit moins complète. Et pourtant les oxydations des tissus sont augmentées, les sécrétions sont activées, surtout celle de la sueur, le travail musculaire, et, par conséquent la formation d'acide lactique dans les muscles est plus considérable; tout cela nécessite une quantité d'oxygène plus grande qu'à l'état normal; et, pourtant l'oxygène fait défaut à l'homme, parce que, dans les conditions où il se trouve, la respiration est gênée. Qu'advient-il ? Les muscles, les appareils sécréteurs, tout le travail de combustion, absorbent une plus grande quantité d'oxygène. Cela ne peut être qu'aux dépens d'un autre organe, et cet organe est le bulbe. Nourri par un sang insuffisamment oxygéné, le bulbe perd peu à peu ses propriétés vitales; l'innervation des poumons du cœur se fait mal, la digestion est troublée. Le bulbe en présence de ce sang mal oxygéné est irrité tout d'abord, il peut y avoir délire au début, vague dans les idées, phénomènes convulsifs dans les membres. Si l'on ne porte remède en excitant le centre nerveux, soit par le fait d'un apport d'air pur, en facilitant la respiration, soit par des excitants réflexes, à l'irritation des centres succède la paralysie, l'innervation s'abolit tout à fait, et la perte de connaissance arrive. Ainsi donc, au début, irritation bulbaire, puis paralysie à un degré plus avancé.

Je ne pense pas que l'action de la température sur la contractilité du cœur soit, comme on l'a prétendu, le point de départ des accidents. On a noté très-rarement 42°, 43°, c'est plus souvent 41° (1). Mais pendant combien de temps l'organisme reste-t-il soumis à cette température? Peut-elle suffire à amener des lésions, quand on sait que dans l'état de maladie, l'organisme peut rester soumis à des températures élevées pendant un temps beaucoup plus long?

Certes, je ne prétends pas que la théorie mise en avant ne soit pas susceptible d'objections, et je la livre à la critique de tous mes confrères. Je crois néanmoins, qu'au point de vue thérapeutique, elle n'est pas sans importance. Dans le cas mortel auquel j'ai assisté, j'ai pratiqué une saignée. On croit généralement qu'il faut agir ainsi, aux yeux de ceux qui nous entourent, officiers et soldats, cela paraît être le seul remède, et le médecin qui irait en marche sans sa lancette serait vivement incriminé. Eh bien! je ne crois pas que la saignée soit si souvent indiquée, je pense, au contraire, qu'elle l'est très-rarement. Si j'ai saigné mon malade dans le cas cité plus haut, c'est parce que je pensais régulariser un peu le jeu du cœur, peut-être aussi, parce que, malgré moi, je cédais à des idées anciennes et préconçues.

Mon confrère le docteur Chenaud a été plus heureux que moi en employant l'irritation par des affusions froides et les fustigations de la poitrine. Je crois, en effet, que l'impression subite du froid est le meilleur moyen de réveiller l'innervation bulbaire. Il ne faut pas se contenter de la porter sur la tête; il faut la porter sur toute la surface cutanée. Le *New-Herald* rapporte que, dans le courant de juillet, on a observé à New-York plusieurs accidents occasionnés par la chaleur; et qu'on douchait les individus atteints. Affusions froides sur tout le corps, immersion dans un bain froid au besoin; tel est, je crois, le seul procédé thérapeutique à suivre en première ligne. La théorie émise plus haut explique pourquoi. Air frais et respiration artificielle sont des moyens qui n'auront d'efficacité, qu'au moment où l'innervation bulbaire réveillée pourra venir en aide au praticien qui s'efforce d'attirer l'oxygène dans des poumons ne fonctionnant plus, par suite d'arrêt nerveux.

Enfin, au point de vue prophylactique, j'insisterai sur la nécessité de laisser au soldat en marche la liberté de ses mouvements respiratoires. Il faut convaincre les hommes de l'utilité qui existe à desserrer leurs cravates et leurs capotes, à marcher en colonnes espacées. Il ne faut pas oublier qu'il est nécessaire souvent de les autoriser à quitter pendant quelques instants et à déposer dans les voitures leurs sacs et leurs fourniements. Enfin, il faut surtout prendre garde de les faire manger immédiatement à la grande halte pour les faire repartir une heure après. Le trouble apporté dans la digestion est une cause de plus ajoutée aux troubles déjà produits par l'anonémie dans l'innervation bulbaire.

Aux auteurs français cités par M. le Dr Sevestre, j'ajouterai la liste de quelques travaux publiés à l'étranger. Ils pourront être utiles à ceux de nos confrères qui seraient désireux d'approfondir cette question sur laquelle M. Sevestre vient d'appeler l'attention.

1. C. F. Riecke. — *Der Tod durch den Sonnenstich oder Hitzschlag, mit besonderer Rücksicht auf das Forthommen desselben in den Kriegsheeren* (*De la mort par insolation ou par coup de chaleur. Considérations particulières sur cet accident parmi les soldats.*)
2. Obernier. — *Der Hitzschlag* (*Le Coup de chaleur*). Bonn 1867.
3. *American Journal of the medical sciences*, 1866.
4. W. Thurnn. — *Die Entstehung von Krankheiten als directe Folge anstrengender Märsche* (*De la production des maladies à la suite des marches forcées.*) Berlin 1872.
5. Koster. — *Zur Pathologie des Hitzschlages*, in *Berlin. Wochenschrift*, 1875, n° 34.
6. Jacubasch. — *Der Hitzschlag*, in *Deutsche militairärztliche Zeitzschrift*, 9e fascicule, Berlin 1873.
7. Roth et Lex — *Militär-Gesundheitspflege* (*Hygiène militaire*). Tome 3, pages 237 et 402 à 407.

(1) Il est très-rare que, quand chez un malade, la température dépasse 42° le pronostic ne soit pas fatal. (B.)

Une sœur occupée. — Un futur père de famille voulant tout prévoir, va de bonne heure chez une de ces religieuses qui, à Lyon, se sont fait une spécialité de garder les femmes en couches.

Ma sœur, dit-il timidement, il y aura bientôt du nouveau à la maison: et nous comptons sur vous. A quel mois faut-il vous prévenir ?

A quel mois ? et vous croyez arriver à temps ? C'est-à-dire qu'il y a, tous les jours, des Messieurs qui, avant de devenir pères, viennent me dire: « Sœur, » quand est-ce que vous serez libre. — (*Lyon médical*).

Assistance publique. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, est autorisé à accepter:

1° Le legs fait à cette administration par la dame veuve Caron et consistant en un titre de rente 3 0/0 sur l'État de 300 fr. (Décret du 26 juin 1878).

2° Le legs universel éventuel fait en faveur des bureaux de bienfaisance de Paris par la demoiselle Chicotot. (Décret du 13 juillet 1878).

3° Le legs d'une somme de 200 fr. fait aux bureaux de bienfaisance de Paris par la demoiselle Becq. (Décret du 13 juillet 1878). — (*Recueil des actes administratifs*).

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

La dépopulation des sanctuaires.... et des congrégations hospitalières.

La nécessité de créer des écoles pour les infirmières des hôpitaux n'est, certes, mise en doute par aucun de nos lecteurs. Ils savent que de tous côtés les plus grands efforts sont faits pour le développement de l'instruction primaire et que, partant, il est indispensable que les personnes appelées à donner des soins aux malades ne soient pas plus ignorantes que les autres. Il est même surprenant que, jusqu'ici les administrateurs des hôpitaux et hospices se soient contentés de sous-employées, religieuses ou laïques, ayant une instruction tout à fait élémentaire ou même n'en possédant pas du tout. Nous devons reconnaître que, à cet égard, les religieuses sont proportionnellement inférieures aux laïques. « La plupart des religieuses de mon hôpital, nous disait, il y a quelque temps un directeur, ont une orthographe de cuisinière. » Nous nous bornons à enregistrer cet aveu dénué d'artifice.

Voici encore une autre raison qui milite en faveur des nouvelles institutions. L'*enseignement professionnel* a été organisé dans beaucoup de villes pour un certain nombre de métiers et a produit, en général, d'excellents résultats. Il est évident que, dans un temps prochain, la force même des choses aurait amené les administrations hospitalières à se préoccuper de l'enseignement spécial qu'il convient de donner aux infirmières si l'initiative n'en avait pas été prise. La connaissance, aujourd'hui suffisamment vulgaire, de ce qui se fait à l'étranger, devait aussi contribuer puissamment à la réalisation de cette réforme. Les Anglais, les Américains, etc., sont fiers de leurs *Schools for nurses*. Liverpool, Belfast, Londres, etc., possèdent des écoles de ce genre depuis des années, et les médecins de ces pays se félicitent hautement de leur existence, vantent les mérites de leurs infirmières.

Les hommes qui s'occupent d'assistance publique avaient donc l'impérieux devoir d'étudier ces institutions, de profiter de l'expérience, des essais des autres peuples, puisqu'on n'avait pas su les devancer dans cette voie. A toutes ces raisons, qui devaient pousser à la création des Ecoles d'infirmières, est venue s'en ajouter une nouvelle. Tout le monde connaît, par les articles publiés depuis deux ou trois semaines dans les journaux, le livre de M. Bougaud, vicaire général de M. Dupanloup, livre dans lequel est signalée, avec une profonde tristesse, « *la dépopulation des sanctuaires*. » Grâce à ce que M. Bougaud et ses coreligionnaires appellent le malheur des temps ; grâce, dirons-nous, aux efforts qui sont faits soit par les Municipalités, soit par le Gouvernement, pour répandre l'instruction, pour multiplier les écoles, le nombre des curés diminue, les sanctuaires deviennent déserts. Ce n'est pas tout: le mal est plus grand encore que ne l'avoue M. Bougaud. Non-seulement le recrutement des prêtres ne se fait plus que péniblement, mais le recrutement des religieuses hospitalières, c'est-à-dire des religieuses qui consentent à donner des soins aux *malades pauvres*, offre, lui aussi, des difficultés qui vont chaque jour croissant.

L'un des membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, M. Péan de Saint-Gilles, qui, bien qu'il ne porte pas la même robe que M. Bougaud, n'en est pas moins imbu des mêmes idées politico-religieuses, s'exprime ainsi dans son *Rapport sur les recettes et les dépenses* (de l'Assistance publique) *proposées pour l'Exercice 1879*:

M. le directeur nous apprend que les sœurs de l'Hôtel-Dieu sur lesquelles nous comptions pour desservir Ménilmontant, lui ont fait défaut, et qu'il a l'intention de transporter à Ménilmontant les sœurs de l'Hôpital Temporaire, et d'installer dans ce dernier établissement un personnel laïque. Est-ce bien là l'essai prudent et restreint que vous aviez admis dans votre délibération du 27 février? En faisant cette concession à la minorité du conseil, vous n'aviez pas pensé certainement à assurer le service des sœurs à 600 malades nouveaux, pour les retirer à 520 anciens. *Mais l'impossibilité du recrutement signalée par M. le directeur est un fait de force majeure devant lequel il faut nous incliner*, tout en faisant des vœux pour que les nouvelles infirmières ne soient pas au-dessous de la tâche qui leur sera confiée.

Peu nous importent et les récriminations et la mauvaise humeur de M. Péan de Saint-Gilles! Nous ne voulons retenir des lignes qui précèdent que ce fait, à savoir que *le recrutement des religieuses hospitalières est de plus en plus laborieux*; que, à un moment plus ou moins rapproché, des communautés religieuses — et nous en avons eu un exemple récent — pourront se trouver forcées d'abandonner des hôpitaux; que, dès aujourd'hui, il en est une qui s'est vue, après s'être engagée imprudemment à fournir un personnel suffisant pour un nouvel hôpital, dans l'impossibilité de tenir sa promesse.

Toutes les raisons que nous venons d'énumérer montrent combien l'administration de l'Assistance publique a été prudente et sage, en se prêtant libéralement à la création de l'Ecole d'infirmières de la Salpêtrière et de l'Ecole d'infirmiers de Bicêtre. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 septembre 1878 — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. GUIDO BACCELLI (*de Rome*), lit une note sur les *vibrations sonores de la voix et de la toux, traversant, d'une manière différente, les divers liquides épanchés dans les plèvres*. L'auteur rappelle que recherchant, il y a plus de dix ans, dans l'ordre des phénomènes physiques, s'il pouvait y avoir un signe différentiel entre les épanchements pleuraux, les séreux et les purulents, il s'est aperçu que les vibrations sonores de la respiration, de la voix et de la toux traversaient, d'une manière différente, les divers liquides épanchés. Contrairement à tout ce qui était admis jusqu'alors, il a pu reconnaître qu'une masse liquide pouvait, dans certains cas, transmettre la *voix aphoniquement syllabée*, et que cette masse liquide, par conséquent, pouvait être traversée, dans toute sa profondeur, par les vibrations les plus légères et avec une étonnante précision. Dès 1872, il a publié son premier travail sous ce titre : *De la pectoriloquie aphonétique et de la diplophonie, pouvant servir comme nouveaux signes pour préciser le diagnostic des cavernes pulmonaires*. Aujourd'hui, malgré les travaux que plusieurs médecins ont entrepris sur la pectoriloquie aphone, M. Guido Baccelli maintient les conclusions qu'il a données dans ses publications, à savoir : 1° que la vibration sonore dans un fluide est en raison inverse de la densité, de la corpusculation et de l'hétérogénéité ; 2° que la faculté conductrice s'amoindrit notamment par la non-homogénéité du liquide et par la corpusculation ; 3° que l'hétérogénéité du liquide se mesure à la quantité des détritus pseudo-membraneux et des flocons albumino-fibrineux et particulièrement à la présence des leucocytes, cellules épithélioïdes, pyoïdes et purulentes ; 4° que les caractères externes d'un liquide, couleur, épaisseur, opacité, viscosité, n'en démontrent pas toujours fidèlement la nature intrinsèque, laquelle doit être élucidée par l'analyse micro-chimique ; 5° que la viscosité d'un liquide au point d'en devenir extraordinairement filant, ne diminue pas, d'une manière notable, lorsqu'il est très-homogène, la transmission des plus faibles sons.

M. PETER fait la lecture d'un travail sur les *températures*

© BIU Santé

morbides locales dans la phthisie pulmonaire. Il résulte de ces recherches que partout où il y a tubercule, il y a hyperthermie locale : hyperthermie pendant et par la germination du tubercule, qu'il appelle *hyperthermie trophique* tuberculeuse, comme hyperthermie pendant l'évolution et l'involution du tubercule et qui devient une hyperthermie rayonnante, faisant la congestion, l'hémorrhagie ou la phlegmasie. Dans la tuberculose pulmonaire commençante, l'élévation locale de la température est généralement proportionnelle à la nature, à l'étendue et à la gravité des lésions. Dans certains cas de tuberculisation pulmonaire commençante, la température locale n'est pas seulement plus élevée que la température normale de la région ; elle l'est plus que la température de l'aisselle. Cependant il est des cas absolument apyrétiques, où la température locale n'est, avec des craquements humides, que de quelques dixièmes plus élevée que la moyenne (36°,2), la température axillaire étant dans ces cas au-dessous de 37° (36°,4). Cette élévation locale de la température des espaces intercostaux supérieurs peut devenir un précieux moyen de diagnostic, au cas où l'esprit hésite entre un simple dépérissement avec anémie et la tuberculisation commençante ; au cas surtout où l'on ignore si l'on a affaire à de la chlorose ou à de la tuberculose à leur début. Dans le cas d'anémie et de chlorose, la température locale des espaces intercostaux est également inférieure à la moyenne, tandis que dans la tuberculose commençante, la température locale est plus élevée que la moyenne et cela dans la proportion de 0°,5 à 1° et même davantage. L'investigation thermométrique des espaces intercostaux supérieurs est tout aussi probante pour fixer le diagnostic de la dyspepsie simple et de la dyspepsie de la tuberculose commençante, le diagnostic de l'hypochondrie accompagnée de dépérissement d'avec le dépérissement par tuberculose au début, le diagnostic encore de palpitations purement nerveuses d'avec les palpitations symptomatiques de la tuberculisation pulmonaire, initiale et retentissant déjà sur le pneumogastrique. Cette élévation locale de la température peut également servir à élucider la question de diagnostic au cas d'hémoptysie, alors qu'il n'y a encore aucun signe évident de tuberculisation pulmonaire. La disparité de la température entre deux espaces intercostaux homologues des sommets, est un très-bon signe de tuberculisation pulmonaire ; car, dans ces points où normalement la température est égale, cette disparité révèle des conditions anatomiques différentes et, dans l'espèce, une hypérémie morbide presque toujours tuberculeuse. Dans la tuberculisation pulmonaire fébrile à forme bronchique, comme dans celle à forme infiltrée, la température locale est très-élevée (2° à 2°,8 pour la forme bronchitique ; de 3°,2 à 3°,8 pour la forme caséeuse). C'est dans cette dernière forme que la température générale, comme la température locale, est la plus élevée (2°,5 à 3° pour la pneumonie caséeuse, de 1° à 1°,8 pour la forme bronchitique.)

A toutes les phases de la tuberculisation pulmonaire, il y a donc hyperthermie locale, laquelle ne se peut concevoir sans hypérémie proportionnelle ; et, comme on a prise sur l'hypérémie par la révulsion on voit, à la suite de celle-ci, la température locale s'abaisser, soit que la révulsion ait été pratiquée à l'aide de la cautérisation ponctuée ou du vésicatoire, ou des ventouses scarifiées. L'abaissement local de la température peut être ainsi de 0°,5 à 0°,9, et rester ainsi abaissée pendant plusieurs jours après la révulsion. Wunderlich, Lebert, Williams, etc., se sont exclusivement occupés de la température générale, jamais de la température locale ; les recherches actuelles de M. Peter portent, au contraire, sur la température recherchée en plein foyer ; elles démontrent que celui-ci est un vrai foyer thermogène, tenant les variations de la température générale sous sa dépendance ; ces recherches enfin, sur la température locale dans la phthisie pulmonaire, peuvent conduire à des résultats pratiques au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

M. Gubler ne partage pas entièrement cette manière de voir et d'interpréter les phénomènes thermiques locaux, auxquels M. Peter vient de faire allusion dans sa communication. Ce dernier prétend, en effet, que la température est surélevée dans les foyers de tuberculose, autrement dit, que derrière la paroi thoracique se trouve une hypérémie. La quantité de sang, qui existe dans une région, ne doit être considérée que comme un facteur de la température. Ces phénomènes de la température sont en raison inverse de la quantité de sang qui existe dans une région quelconque. Avec une température élevée, on peut constater une pâleur remarquable ; la migraine, cette hémicrânie si commune, nous le démontre surabondamment. Bien plus, il ne faut pas oublier qu'il y a des circonstances où, avec une hypérémie manifeste, visible, coïncide un abaissement de la température. Le bain de moutarde, le sinapisme, la teinture d'iode, donnent lieu à une hypérémie locale, laissent à leur suite une couleur rouge intense, et cependant la température est notablement abaissée au niveau de la plaque rouge. Il ne faut pas oublier ces faits contradictoires où une température élevée répond à une légère somme de sang et où une température basse est en relation avec une notable quantité de sang. M. Gubler aborde ensuite la discussion de certaines observations de M. Peter sur la température morbide locale dans la pneumonie et insiste pour montrer que cette élévation de la température se trouve en rapport avec le travail inflammatoire, avec la fluxion active qui donnera lieu à l'exsudat. Que le travail s'arrête, en effet, et la température ne s'élève plus.

Quelques observations sont alors échangées entre MM. Peter, J. Guérin et Gubler. A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 septembre. — Présidence de M. Tarnier.

Au nom de M. le dr Dabas, médecin à Aix-les-Bains et membre correspondant de la Société, M. le secrétaire général donne lecture d'un long mémoire intitulé : *Etude sur l'oblitération des veines.* M. Dabas préconise le traitement des varices par la méthode des épingles enfoncées dans la veine. Cette opération ne lui a, dit-il, jamais donné d'accidents. Il est vrai que l'auteur, en sa qualité de médecin d'eaux thermales, vante aussi les bons effets des eaux minérales chaudes qui, d'après lui, améliorent toujours les varices. Son mémoire se termine par une déclaration de confiance bien sentie « dans l'expérience, la sagesse et le jugement de la savante société. » — En entendant cette belle péroraison, M. Duplay ne peut s'empêcher de crier : « Bravo ! bravo ! »

Présence de ganglions lymphatiques entre la vessie et le rectum. — Engorgement tuberculeux de ces ganglions. M. Lannelongue présente les pièces d'un jeune enfant qui a succombé, dans son service, après avoir présenté les symptômes d'une tuberculisation des voies urinaires. Au début, l'enfant se plaignait seulement de douleurs vives qu'il éprouvait en urinant.

L'exploration de la vessie fit reconnaître à deux reprises différentes qu'il ne s'agissait pas d'un calcul. Par le toucher rectal, on constatait seulement au niveau de la prostate une tumeur molle et fluctuante qui n'était autre chose qu'un abcès tuberculeux entourant le col de la vessie. L'enfant est mort avec tous les accidents d'une cystite purulente et d'une néphrite consécutive.

A l'autopsie, on a trouvé, dans la région prostatique de l'urèthre, une cavité anfractueuse, tapissée de productions tuberculeuses et pouvant admettre une noix de volume moyen. Les reins étaient également infiltrés de dépôts caséeux. Mais la lésion la plus intéressante consistait dans la présence de sept noyaux ayant chacun le volume d'un pois chiche, et situés dans ce tissu complexe qui sépare le rectum du bas-fond de la vessie. L'un de ces noyaux correspondait exactement à l'embouchure de l'uretère. L'examen histologique a prouvé que ces noyaux étaient de véritables ganglions lymphatiques devenus caséeux.

M. Lannelongue a fait d'autres recherches sur ce point d'anatomie; et chez un autre enfant, qui n'avait pas de lésion des voies urinaires, il a également trouvé six ganglions situés entre la vessie et le rectum.

Pour M. Lannelongue, la présence de ces ganglions pourrait bien expliquer la formation de certains abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur. Une excoriation de la muqueuse du rectum ou une lésion des voies urinaires provoquerait une adénite de

© BIU Santé

ces ganglions, et l'adénite se terminerait par la suppuration en s'étendant au tissu cellulaire du voisinage.

M. Duplay confirme les données anatomiques que vient d'exposer M. Lannelongue. Dans ses dissections, il a souvent rencontré des ganglions situés au devant de la face antérieure du rectum.

M. Lucas-Championnière fait observer que les nouveaux faits communiqués par M. Lannelongue se rapprochent de ceux qu'il a signalés lui-même sur la disposition des lymphatiques utérins et des ganglions des ligaments larges. Ces ganglions ne deviennent apparents pour l'anatomiste que lorsque le réseau lymphatique de la muqueuse utérine est malade. C'est dans ces cas que la pathologie sert utilement à l'étude de l'anatomie.

M. Després a suivi jour par jour un abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur, chez un individu robuste. Après une observation attentive, il demeure persuadé que cet abcès avait pour cause une adénite. Le malade présenta, comme premier symptôme, une rétention d'urine. M. Després se rallie d'ailleurs à la doctrine de Dolbeau, qui professait à la Faculté que neuf fois sur dix, les abcès sont consécutifs à une lymphangite.

Anévrysme artérioso-veineux datant de trois semaines. M. Berger demande l'avis de la Société sur un cas intéressant de pratique chirurgicale. Il s'agit d'un jeune garçon boucher qui se donna, il y a trois semaines, un coup de couteau dans l'aine du côté droit. Un flot de sang jaillit; on arrêta l'hémorrhagie chez un pharmacien à l'aide du perchlorure de fer et de la compression.

Le lendemain, le blessé fut transporté dans le service de M. Berger; il avait une petite plaie large de 15 millimètres et siégeant dans la région des vaisseaux fémoraux à la base du triangle de Scarpa. Le sang ne reparut pas; mais le lendemain on entendait au niveau de la plaie, un *thrill* des plus manifestes, avec des prolongements au-dessus et au-dessous dans les artères et dans les veines.

Les jours suivants, une tumeur pulsatile apparaissait au niveau de l'artère. Aujourd'hui, on se trouve en présence d'une véritable phlébartérie, avec un double bruit de souffle très-intense, qui ressemble au bruit d'un soufflet de forge. — M. Berger se demande alors ce qu'il y a de mieux à faire dans l'intérêt du malade.

M. Lannelongue ne croit pas qu'il soit impossible de guérir cet anévrysme. Il conseille d'essayer la compression digitale.

Ch. Avezou.

Le *PROGRÈS MÉDICAL* à l'Exposition (1).

Les instruments de chirurgie.

Dans le *Bulletin*, publié dans ce journal sur la disposition générale des choses qui regardent la médecine à l'Exposition universelle, on se souvient sans doute que nous avions indiqué qu'une salle spéciale était consacrée à l'exposition des instruments de chirurgie et aux appareils médicaux.

Lorsqu'on entre dans le palais du Champ-de-Mars par la porte Rapp, il suffit de remonter à une cinquantaine de pas, vers la gauche dans la grande galerie des machines, jusqu'à ce qu'on rencontre une grande allée tranversale, de suivre celle-ci jusqu'en face le pavillon de la Ville de Paris; immédiatement avant de parvenir à celui-ci et à gauche, on aperçoit la salle des instruments de précision; il suffit de la traverser pour pénétrer dans le groupe de la chirurgie et de la médecine.

Si les circonstances ont fait que le visiteur se trouve au pavillon d'honneur, en face le Trocadéro, que près du centre de celui-ci et à gauche, il recherche l'inscription suivante, placée au-dessus d'une grande galerie: *Arts libéraux*, parcourant celle-ci dans sa longueur, il ne tardera pas à rencontrer la salle de chirurgie.

Nous adopterons dans les articles que nous consacrerons à l'étude de cette salle, l'ordre suivant: instruments de chirurgie; orthopédie; bandages; prothèse dentaire; hygiène de l'enfance; hydrothérapie; instruments d'électricité, de physique et d'optique médicale; préparations pour musées d'anatomie normale ou pathologique.

(1) Voir les nos 26, 27, 32, 33 et 34.

Nous commençons aujourd'hui par la description de l'exposition des instruments de chirurgie.

1. *Ancienne maison Charrière. Collin et Cie.* — Nous n'apprendrons rien à personne en disant que M. Collin continue

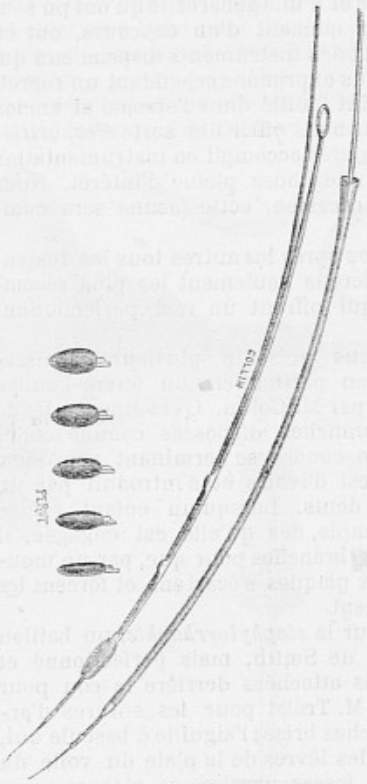


Fig. 47.



Fig. 48.

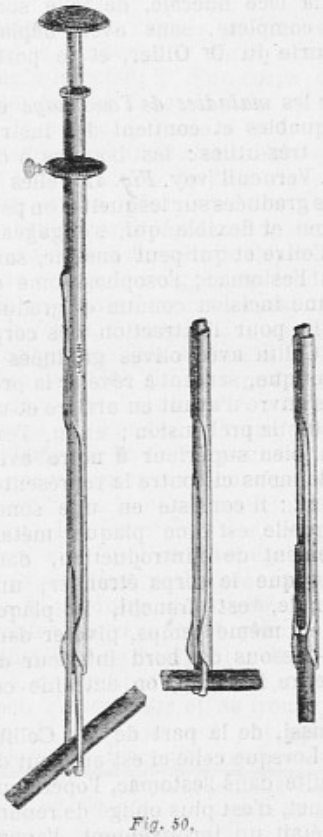


Fig. 50.

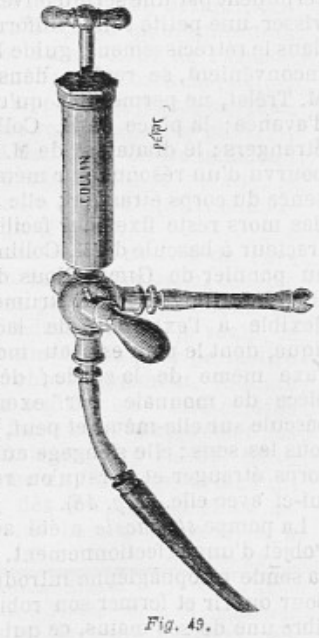


Fig. 49.

dignement la haute réputation de la maison Charrière; nous ajouterons qu'il a tenu à faire une exposition qui dépassât les précédentes en étendue, en perfection dans la construction et

© BIU Santé

en inventions nouvelles. Les qualités personnelles de M. Collin pouvaient déjà faire prévoir le succès qu'il a légitimement obtenu : c'est un constructeur habile, connaissant bien son art, un chercheur passionné, dévoué aux idées scientifiques, et un homme plein d'une affabilité et d'une générosité qu'ont pu souvent apprécier ceux qui, au moment d'un concours, ont eu recours à lui, pour l'emprunt des instruments dispendieux qui leur étaient nécessaires. Nous exprimons cependant un regret: c'est que M. Collin n'ait point fouillé dans l'arsenal si ancien de la maison Charrière, pour nous offrir une sorte d'*exposition rétrospective*, montrant le progrès accompli en instrumentation chirurgicale. C'eût été là une chose pleine d'intérêt. Nous espérons qu'à la prochaine occasion, cette lacune sera comblée.

Ne pouvant décrire les uns après les autres tous les instruments exposés, nous signalerons seulement les plus récemment construits et ceux qui offrent un réel perfectionnement.

La chirurgie *buccale* nous présente plusieurs abaisse-langues perfectionnés, et, en particulier, un ouvre-bouche nouveau à bascule, inventé par M. Collin. C'est une sorte de pince composée de deux branches disposées comme celles d'un davier, et d'une partie coudée se terminant par deux plaques ; l'une de celles-ci est d'ivoire et s'introduit par un bord très-mince, entre les dents. Lorsqu'un enfant refuse d'ouvrir la bouche, par exemple, dès qu'elle est engagée, il suffit de presser sur les deux branches pour que, par un mouvement de bascule, les deux plaques s'écartent et forcent les mâchoires à s'ouvrir largement.

Parmi les instruments pour la *staphylorrhaphie*, un baillon ouvre-bouche imitant celui de Smith, mais perfectionné et n'ayant pas besoin de brides attachées derrière le cou pour être maintenu ; l'aiguille de M. Trélat pour les sutures d'arrière en avant ; l'aiguille à chas brisé ; l'aiguille à bascule qui, lorsqu'on a transpercé une des lèvres de la plaie du voile du palais, de la bouche vers les fosses nasales, se retourne sur elle-même par un mouvement de bascule et perfore l'autre lèvre de la fosse nasale vers la face buccale, de telle sorte qu'on a passé une anse de fil complète, sans avoir déplacé son instrument ; le rugine-courte du Dr Ollier, et le porte-suture de M. Sédillot, etc.

La boîte d'instruments pour les *maladies de l'œsophage* est certainement des plus remarquables et contient des instruments tout à fait nouveaux et très-utiles : les bougies à dilatation avec conducteur de M. Verneuil (voy. *Fig. 47*) ; elles se terminent par une série d'olives graduées sur lesquelles on peut visser une petite sonde filiforme et flexible qui, s'engageant dans le rétrécissement, guide l'olive et qui peut ensuite, sans inconvénient, se replier dans l'estomac ; l'osophagotome de M. Trélat, ne permettant qu'une incision connue et graduée d'avance ; la pince de M. Collin pour l'extraction des corps étrangers ; le dilatateur de M. Collin avec olives graduées et pourvu d'un résonnateur métallique, servant à révéler la présence du corps étranger ; elle s'ouvre d'avant en arrière et un des mors reste fixe pour faciliter la préhension ; enfin, l'extracteur à bascule de M. Collin, bien supérieur à notre avis, au pannier de Græfe. Nous donnons ci-contre la représentation de cet ingénieux instrument : il consiste en une sonde flexible à l'extrémité de laquelle est une plaque métallique, dont le plan est, au moment de l'introduction, dans l'axe même de la sonde ; dès que le corps étranger, une pièce de monnaie par exemple, est franchi, la plaque bascule sur elle-même et peut, en même temps, pivoter dans tous les sens ; elle s'engage au-dessous du bord inférieur du corps étranger et, lorsqu'on retire la sonde, on entraîne celui-ci avec elle. (*Fig. 48*).

La pompe *stomacale* a été aussi, de la part de M. Collin, l'objet d'un perfectionnement. Lorsque celle-ci est au bout de la sonde œsophagienne introduite dans l'estomac, l'opérateur pour ouvrir et fermer son robinet, n'est plus obligé de rendre libre une de ses mains, ce qui était un inconvénient, l'appareil n'étant que difficilement maintenu ; la poignée qui sert à maintenir la pompe, porte elle-même la clef du robinet ; il suffit de faire tourner cette poignée sur elle-même, sans l'abandonner, pour faire décrire au robinet son double mouvement : dans un sens, on aspire le liquide nutritif placé à l'extérieur ; dans l'autre, on ferme le robinet et on peut alors le chasser dans l'estomac, sans interrompre un seul instant la manœuvre. (*Fig. 49*).

La collection des instruments pour la chirurgie *des voies urinaires* n'est pas moins remarquable : les dilatateurs de l'urèthre, les divulseurs et les uréthrotomes ont été perfectionnés. M. Collin expose une série d'instruments très-précieux pour l'extraction des corps étrangers des organes urinaires ; pinces pour les corps étrangers de l'urèthre ; instruments de Mercier, de Moreau Wolf, de Caudmont pour extraire les sondes en gomme de la vessie ; instruments de Courty (de Montpellier), pour plier et retirer des épingles.

Nous représentons ici un extracteur des corps étrangers à long diamètre, engagés dans la vessie, tels qu'un crayon, un tube de verre, etc. Avec cet instrument, quel que soit le point de sa continuité par où se trouve saisi le corps étranger, le mécanisme est tel que celui-ci est obligé de basculer et de s'engager par une de ses extrémités dans l'axe creux de l'extracteur ; il peut dès lors être retiré sans blesser l'urèthre ou le col de la vessie, et, par cette facile opération, on a évité au patient (*Fig. 50*) les dangers de la taille

Un certain nombre d'instruments pour la *lithothritie* ont été créés dans ces dernières années. Citons : le brise-pierre avec résonnateur de M. Guyon, pour reconnaître la présence des pierres dans la vessie ; le brise-pierre à bec plat et à écrou à bascule (nouveau modèle Collin) ; les brise-pierres à mors en gouttières du docteur Reliquet ; le lithothriteur de Bigelow, instrument avec lequel le chirurgien ne craint pas de faire des séances de lithotritie très prolongées d'une heure et plus, le malade étant chloroformé. On sait que, pour les chirurgiens français, les séances de lithothritie doivent être de très courte durée, quelques minutes seulement. Le docteur Bigelow, après avoir brisé la pierre le plus complétement possible, en y mettant le temps nécessaire, se livre à un lavage très soigneux de la vessie, lavage rendu plus facile par l'injection d'une grande quantité d'eau à l'aide d'une grosse sonde, de forme spéciale, et à travers laquelle s'échappent successivement la plupart des fragments du calcul. Il a publié sur sa méthode des résultats très-favorables. — Nous mentionnerons encore, à propos des voies urinaires, les instruments pour la *taille périnéale*, les dilatateurs de M. Dolbeau, de M. Demarquay, de M. Guyon et de M. Duplay ; le casse-pierre à écrou de M. Guyon ; la tenette casse-pierre de M. Collin (*Fig. 51*) ; et enfin le casse-pierre à scie pour les calculs très-volumineux et très-durs. Ce dernier instrument est d'une construction très-remarquable ; avec lui M. Collin a pu scier devant nous, en quelques instants, une pierre du volume du poing et très-résistante ; — les canules avec ampoules en caoutchouc de MM. Ollier et Guyon, pour placer dans la plaie périnéale, après l'opération, et permettant au malade la miction sans dangers d'infiltration d'urine.

La thérapeutique chirurgicale des *maladies des femmes* s'est aussi enrichie d'un nombre considérable d'instruments : spéculum universel de Bozemann, avec écarteurs latéraux ; spéculum intra-utérin du docteur Brissey (de Lille), du docteur Barnes ; ventouse, avec scarificateur pour le col utérin de Collin ; une collection d'instruments pour l'extraction des corps fibreux de l'utérus, tels que la pince-forceps et céphalotribe du docteur Guyon ; la pince à griffes rentrant à volonté, du docteur Richet, on l'introduit sans crainte de blesser les organes, et dès que le corps fibreux est saisi entre les mors, un mécanisme ingénieux fait sortir de longues pointes aiguës qui s'enfoncent dans le néoplasme et empêchent l'instrument de glisser. (*Fig. 52*). — Il nous faut nous contenter d'indiquer en passant que M. Collin a, par des perfectionnement singénieux, rendus plus élégants et plus faciles à manœuvrer les instruments destinés à l'opération de la fistule vésico-vaginale, de l'ovariotomie, etc.

Les boîtes d'instruments pour la trachéotomie, les maladies du larynx, les maladies des yeux, des oreilles, du nez, etc., se sont aussi enrichis de quelques instruments nouveaux : la canule à trachéotomie, de Krishaber (*Fig. 53 54 et 55*), avec man-

© BIU Santé

drin pour faciliter l'introduction, et œillères latérales ; la pince de Collin pour l'extraction des fausses membranes ; — la pince de M. Cusco, de M. Ch. Fauvel, les polypotomes à tranchants obliques, à guillotine, à anneau tranchant, en demi-sphère, tournants dans tous les sens pour l'extraction des polypes du larynx ; — les appareils à douches oculaires (vaporisateur du docteur Laurenço de Rio Janeiro, employé journellement par M. Panas, dans son service des maladies des yeux), l'ophthalmoscope en forme de lorgnette, de M. Galezowski, pour l'examen des malades au lit, les ophthalmoscopes de MM. Panas, de Wecker ; des ciseaux et des pinces nouvelles pour l'iridectomie,

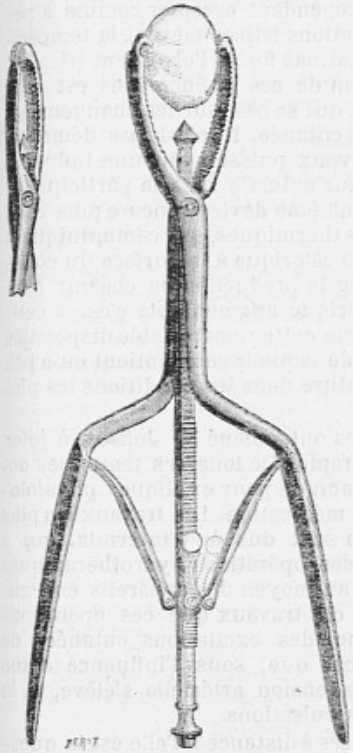


Fig. 51.

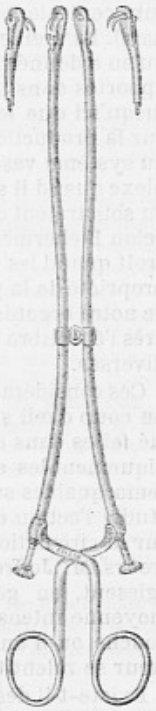


Fig. 52.

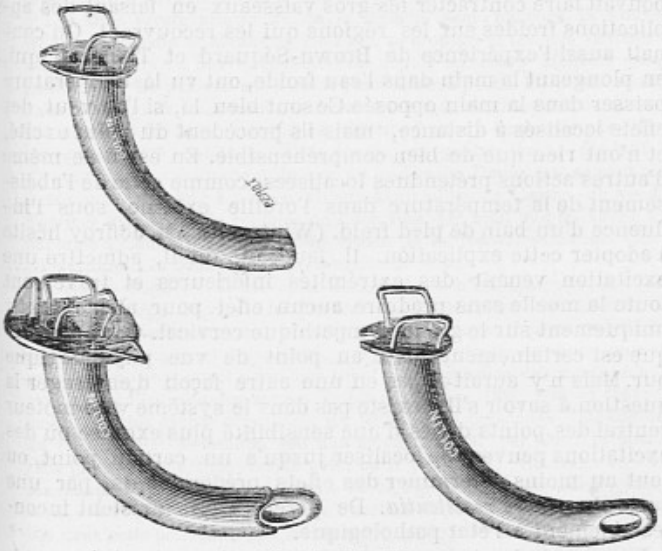


Fig. 53, 54 et 55.

etc. ; — le spéculum de M. Duplay pour les oreilles, sa pince à résection du manche du marteau, des polypotomes, des extracteurs de corps étrangers, etc.

Parmi les instruments d'utilité générale pour les opérations, nous citerons : le davier à résection de M. Farabeuf, sa pince pour réduire les luxations du pouce ; une nouvelle pince à détente pour les appareils tracteurs dans la réduction des luxations ; une scie nouveau modèle à lame mobile et pivotant sur elle-même, dans tous les sens, etc.

Nous ne décrirons pas le *thermo-cautère Paquelin*, qui constitue une invention des plus importantes et dont l'usage s'est répandu si rapidement. La collection des extrémités en platine est maintenant complète. La boîte contient des cautères à pointe fine pour ponction ; à extrémité arrondie, à extrémité aplatie en lame pour dissection, à extrémité recourbée, et enfin, des ciseaux à branches en platine devenant incandescentes.

En terminant le compte-rendu de la vitrine de M. Collin, nous signalerons, à sa demande, son *transfuseur* et sa *lampe*



Fig. 56.

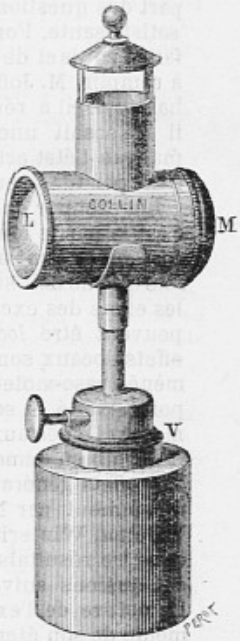


Fig. 57.

à éclairage des cavités profondes. — Le *transfuseur* (modèle Collin) se compose : 1° d'une cuvette dans laquelle on reçoit le sang à injecter ; 2° d'un corps de pompe latéral, destiné à chasser le sang dans un tube en caoutchouc, mis en rapport avec la vessie à l'aide d'une canule trocart. Le principal avantage de cet instrument c'est qu'il empêche automatiquement l'introduction de l'air dans les veines. Ce résultat est obtenu par un mécanisme des plus simples : un flotteur, fait de substance très-légère et inaltérable (bille en aluminium), flotte au-dessus du tube de dépense. Au moment de l'aspiration du piston, le sang, en descendant dans le corps de pompe, le déplace, mais il reprend aussitôt sa position première ; pendant la *foulée*, il empêche le sang de rentrer dans la cuvette ; le sang ne peut que suivre la voie du tube de transfusion ; d'autre part, dès que le liquide est épuisé dans la cuvette, le flotteur tombe dans la partie inférieure et s'applique automatiquement sur l'orifice du transfuseur. (*Fig. 56.*)

La *lampe* de M. Collin pour l'éclairage des cavités de l'organisme, est un instrument *aussi portatif que possible*, capable de fournir une lumière assez intense pour éclairer le fond de la gorge, les fosses nasales, le conduit auditif, le vagin, le rectum, etc., lumière assez égale à elle-même pour permettre une exploration prolongée sans obscurcissement, lumière facile à produire et à régler. Une lentille en verre colorée concentre les rayons et permet facilement d'apprécier les modifications pathologiques dans la teinte des tissus. Cette lampe, qui se tient à la main, comme un flambeau ordinaire, est peu *dispendieuse* et se trouve, dès maintenant, entre les mains de tous ceux qui ont souvent besoin de se livrer à l'exploration des cavités profondes. (*Fig. 57*). H. DURET.

Enseignement médical libre.

Hôpital des cliniques. — A partir du mardi 10 septembre, M. le docteur CHANTREUIL, professeur agrégé, suppléant M. le professeur DEPAUL, fera pendant les vacances des leçons cliniques d'accouchement, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 9 heures du matin. Leçon à l'amphithéâtre le jeudi. M. Chantreuil y traitera des progrès récents de l'obstétrique et de l'application des instruments nouveaux.

© BIU Santé

BIBLIOGRAPHIE

Thèses d'agrégation : médecine. (1)

IV. De l'influence des excitations cutanées sur la circulation et la calorification; par A. Joffroy.

Le sujet de la thèse de M. Joffroy a vivement attiré l'attention des physiologistes et des médecins dans ces dernières années. Outre l'attrait physiologique qu'il présente, il touche en effet à des questions de pathogénie et de thérapeutique fort importantes. Malheureusement il n'est pas facile; aussi, malgré de sérieuses recherches n'est-on pas encore arrivé sur la plupart des questions qu'il comporte à une solution réellement satisfaisante. Force a donc été à M. Joffroy de s'en tenir aux faits acquis et de montrer les nombreux *desiderata* qui restent à remplir. M. Joffroy s'est acquitté de sa tâche avec son talent habituel, il a réussi à faire avec les éléments restreints dont il disposait une monographie des plus intéressantes qui marque l'état actuel de la science et qui sera consultée avec fruit par tous ceux qui s'occupent des médications cutanées.

Le premier chapitre traite des recherches physiologiques: c'est la partie fondamentale de la thèse. Après avoir établi le rôle qui revient à la peau dans la régularisation de la chaleur rôle qu'elle doit surtout au jeu de ses vaisseaux, l'auteur étudie les effets des excitations cutanées sur la circulation; ces effets peuvent être *locaux*, *généraux*, ou *localisés à distance*. Les effets locaux sont les plus simples. Ils consistent en phénomènes vaso-moteurs, constriction et dilatation des vaisseaux au point excité, et sont dûs à une action réflexe des centres vaso-moteurs spéciaux et probablement aussi à une action non encore bien démontrée des ganglions nerveux périphériques. Les effets généraux sont plus complexes; ils ont été étudiés récemment par Naumann, Mantegazza, Röhrig, Heidenhain, Vulpian, Winterintz, etc., etc. Malgré certaines contradictions dans les résultats obtenus, on peut poser, selon M. Joffroy, les conclusions suivantes qui paraissent suffisamment établies. La nature de l'excitation est indifférente, il n'en est pas de même de son étendue et de son intensité. Avec des excitations faibles on observe une accélération de la circulation générale et un resserrement manifeste des artères et même des veines. L'excitation cessant les vaisseaux reviennent rapidement à leur calibre normal. Lorsqu'une excitation faible est prolongée pendant longtemps, on obtient une constriction des artérioles qui peut persister pendant plusieurs heures (applications locales de froid modéré, de substances astringentes, etc., etc.) Avec les excitations énergiques, il a produit d'abord une accélération du cours du sang, et un rétrécissement marqué du calibre des vaisseaux, mais les premiers phénomènes font rapidement place au ralentissement de la circulation avec dilatation des vaisseaux. Avec les excitations très-violentes, on n'observe pas ou à peine le stade initial de resserrement; la dilatation des vaisseaux se produit instantanément et devient excessive; ces effets ont été observés chez les animaux. Selon M. Joffroy, il est probable que chez l'homme les phénomènes sont plus simples et que la plupart du temps tout se réduit à un rétrécissement des vaisseaux et à une accélération de la circulation.

Le jeu du cœur est aussi considérablement modifié par les excitations de la peau. Avec des excitations faibles, il est accéléré; avec des contractions fortes, il se produit d'abord une accélération de courte durée puis un ralentissement qui persiste assez longtemps. L'interprétation de ces faits n'est pas absolument facile, elle a longtemps embarrassé les physiologistes. Voici celle que propose M. Joffroy. Plus l'excitation périphérique est énergique plus son ralentissemect sur le système nerveux central est étendu. Une excitation légère retentit uniquement sur la partie correspondante des centres vaso-moteurs. Plus énergique, elle produit une modification non-seulement dans les centres vaso-moteurs correspondants, mais encore dans les centres voisins. Plus forte encore, cette excitation va retentir non plus seulement sur les centres spinaux mais encore sur le centre vaso-moteur général situé dans le bulbe et alors se produisent les modifications générales de la circulation y compris l'accélération des battements du cœur. A un degré de diffusion plus grande encore, l'excitation portera sur le pneumogastrique et déterminera le ralentissement des contractions cardiaques.

Cette théorie, comme on le voit, n'est qu'une extension aux phénomènes vaso-moteurs des lois de Pfluger sur les mouvements réflexes. Elle est conforme aux vues actueiles sur le fonctionnement du système nerveux central.

Les modifications qui s'observent dans la calorification sous l'influence des excitations cutanées, sont encore plus difficiles à déterminer que celles de la circulation. Les causes d'erreur sont nombreuses. On peut cependant accepter comme à peu près démontré que les excitations faibles élèvent la température centrale, et que les excitations fortes l'abaissent (Heidenhain). La meilleure explication de ces phénomènes est celle qu'en a donnée M. Vulpian et qui se base sur les changements apportés dans la circulation cutanée. Il n'est pas démontré jusqu'ici que le système nerveux puisse avoir une influence sur la production de la chaleur animale sans la participation du système vasculaire. Le problème devient encore plus complexe quand il s'agit d'agents thermiques, qui communiquent ou soustraient directement du calorique à la surface du corps. Selon Liebermester et Kernig la production de chaleur s'accroit quand les pertes de calorique augmentent; c'est à cette propriété de la peau qu'est due cette remarquable disposition de notre organisme en vertu de laquelle se maintient ou à peu près l'équilibre de la température dans les conditions les plus diverses.

Ces considérations générales ont amené M. Joffroy à jeter un coup d'œil sur l'hydrothérapie. De louables tentatives ont été faites dans ces dernières années pour expliquer physiologiquement les effets de cette médication. Les travaux les plus remarquables sur la question sont dus à Winternitz, qui a étudié l'action de la plupart des opérations hydrothérapiques sur la circulation et le cœur, au moyen des appareils enregistreurs. M. Joffroy conclut de ces travaux que ces opérations agissent, en général, comme des excitations cutanées de moyenne intensité. C'est ainsi que, sous l'influence d'une douche ou d'un bain froid, la tension artérielle s'élève, et le cœur se ralentit de quelques pulsations.

Existe-t-il des effets localisés à distance? Telle est la question que s'est posée M. Joffroy? Winternitz a montré qu'on pouvait faire contracter les gros vaisseaux en faisant des applications froides sur les régions qui les recouvrent. On connaît aussi l'expérience de Brown-Séquard et Tholozan qui, en plongeant la main dans l'eau froide, ont vu la température baisser dans la main opposée. Ce sont bien là, si l'on veut, des effets localisés à distance, mais ils procèdent du point excité, et n'ont rien que de bien compréhensible. En est-il de même d'autres actions prétendues localisées, comme celle de l'abaissement de la température dans l'oreille externe, sous l'influence d'un bain de pied froid. (Winternitz.) M. Joffroy hésite à adopter cette explication. Il faudrait, dit-il, admettre une excitation venant des extrémités inférieures et traversant toute la moelle sans produire aucun effet pour aller retentir uniquement sur le grand sympathique cervical. Cette remarque est certainement juste au point de vue physiologique pur. Mais n'y aurait-il pas eu une autre façon d'envisager la question, à savoir s'il n'existe pas dans le système vaso moteur central des points doués d'une sensibilité plus exquise où des excitations peuvent se localiser jusqu'à un certain point, ou tout au moins déterminer des effets prédominants, par une sorte de *minore resistentia*. De pareils effets existent incontestablement à l'état pathologique.

Le second chapitre est consacré au rôle pathogénique des excitations cutanées. Ce rôle est incontestable.

Malheureusement, la science est encore pauvre en documents sur ces questions, et force a été à M. Joffroy d'écourter cette partie de sa thèse. Même dans les faits qui paraissent les plus simples, comme celui d'un refroidissement, nous ignorons encore par quel mécanisme intime les phénomènes morbides se produisent et quelle part doit être attribuée à l'action réflexe sur la circulation. Tout est à faire dans cette voie.

Dans le dernier chapitre, M. Joffroy a passé en revue les ap-

(1) Voir le n° 31.

© BIU Santé

plications thérapeutiques. Il a divisé les excitations cutanées en excitations de courte durée, en excitations prolongées et en excitations à répétition. Dans la première catégorie, il a étudié les effets des frictions, de la flagellation, des sinapismes, de la cautérisation ponctuée, de la faradisation cutanée, etc...; Dans la seconde catégorie, ceux des vésicatoires, des cautères, des sétons, etc...; enfin, il a réservé la troisième à l'étude des applications de l'hydrothérapie, la médication cutanée par excellence. Nous signalerons dans cette partie de la thèse, les pages consacrées à l'examen de la méthode de Brand. M. Joffroy s'y prononce avec raison pour ceux qui, tout en admettant l'utilité des bains froids dans la fièvre typhoïde, veulent en restreindre l'emploi à des cas nettement déterminés, et leur préfèrent souvent d'autres formes d'application du froid ou d'autres modes de traitements. Th. KELLER.

VARIA

Distribution des prix à l'Ecole des infirmiers de Bicêtre.

Nous empruntons les détails qui suivent à un article de M. J. Bertillon, inséré dans le *Voltaire* :

« Les femmes — ce point est remarquable — se sont montrées plus zélées encore que les hommes, et j'ai vu plusieurs dictées et exercices qui montrent une connaissance assez complète de la langue française. Hier, 7 septembre, a eu lieu la distribution des prix et encouragements. Quelques livrets de caisse d'épargne et un bon nombre de livres ont été distribués aux plus méritants de ces écoliers de trente ans. J'ai remarqué les noms de Mlles Agnus, Dubrai, Onzon et Rosenthal, et de MM. Beurier et Charbonnier. Il faut citer aussi une vieille employée de l'hospice, âgée de cinquante-cinq ans, et qui, il y a trois mois, ne savait ni lire ni écrire. Elle a saisi l'occasion par les cheveux, et malgré son âge, n'a pas manqué une seule leçon.

« M. d'Echerac, secrétaire général de l'Assistance publique, et M. Bourneville ont prononcé chacun un petit discours improvisé où ils indiquaient aux élèves le but de la nouvelle institution : c'est de donner aux malades les meilleurs soins possibles. C'est aux infirmières surtout qu'ils s'adressaient ; j'ai remarqué le passage suivant : « Il y a dans le cœur de toute femme un sentiment de compassion qui la pousse à soulager la misère des malheureux ; vous prouverez que vous pouvez faire aussi bien et mieux que les religieuses. »

« De fait, on sait que les surveillantes laïques font « aussi bien et mieux que les religieuses » à la Maternité, aux Cliniques, à Bicêtre et à la Salpêtrière, où saint Vincent-de-Paul n'eut jamais que des auxiliaires laïques. »

Epidémie de fièvre jaune.

Le *Courrier des Etats-Unis* nous apporte les nouvelles suivantes sur les ravages de la fièvre jaune dans la vallée du Mississipi :

Les trois foyers principaux de la maladie sont toujours la Nouvelle-Orléans, Grenada et Memphis, mais elle se propage et fait des victimes sur tout le parcours du fleuve, en remontant depuis son cours inférieur jusqu'à Saint-Louis. La panique est partout ; sur certains points les portes sont fermées aux fugitifs ; ailleurs ils trouvent une généreuse hospitalité. Une petite ville de 4,000 âmes, Canton, est déserte ; on n'y trouverait pas, disent les rapports, 125 habitants. Tous ont fui en quatre jours; dix-huit cas s'y sont produits subitement du jour au lendemain. Douze cas se sont manifestés en un seul jour à Sharon, village à huit milles de Canton, où venaient d'arriver une masse de réfugiés de cette ville. On croit que la fièvre a été importée à Canton par une famille venant de la Nouvelle-Orléans. Ces détails montrent la soudaineté de l'invasion du fléau.

Dans la dernière de ces villes aucune classe n'est épargnée. Au début, les enfants, les étrangers et les pauvres ont été les premières victimes. Les classes supérieures sont maintenant attaquées ; plusieurs personnes de mar que ont succombé, et les nègres, qui jouissent d'ordinaire d'une immunité presque absolue, payent aussi leur tribut. La proportion des morts n'a pas atteint jusqu'ici celle des années les plus funestes, 1853, 1858 et 1867; l'émotion est plus grande cependant. En 1853, 12,151 personnes ont succombé du 1er mai au 1er novembre, soit une moyenne de 67 par jour ; la plus terrible journée a été celle du 20 août, où il y a eu 230 victimes : en 1867 le maximum de 82 décès a été atteint le 24 septembre. Cette année, dans un mois, du 12 juillet au 13 août, on a constaté 562 cas et 173 décès. La mortalité dans cette période a donc été en moyenne de 5 à 6 par jour, soit un peu plus de 30 p. 100 ; mais on peut juger du progrès par ce fait douloureux que dans la dernière journée dont nous avons le rapport, le 21 de ce mois, il y a eu 107 nouveaux cas et 40 décès ; la proportion des morts est montée à 37 p. 100. Depuis le commencement de l'épidémie jusqu'à samedi midi, la fièvre jaune a attaqué 1,866 habitants de la Nouvelle-Orléans et en a tué 577. Pendant la semaine écoulée le nombre des cas nouveaux a été de 891 et celui des décès de 311. Samedi, de midi à six heures du soir, la commission sanitaire a reçu notification de 103 cas nouveaux.

On peut se rendre compte du rapide développement de la fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans par le rapprochement suivant. Dans le mois écoulé du 12 juillet au 13 août, il y a eu, dans les limites de cette ville, d'après le rapport officiel du bureau de la santé, 173 décès de la fièvre jaune, soit six par jour en moyenne. Dans la semaine du 11 au 18 août, il y a eu 185 décès, soit une moyenne de 25 par jour, et 19 de plus que dans le mois précédent tout entier. Si cette progression ne s'arrêtait pas promptement, nous serions bientôt reportés aux jours funestes de 1853.

Malheureusement nous ne voyons encore aucun symptôme d'arrêt, et de même sur la ligne du Mississipi le terrible fléau crée chaque jour de nouveaux foyers d'infection, malgré les précautions prises partout pour en prévenir l'invasion. Les nouvelles de Memphis et de Grenada sont lamentables. Helena, dans l'Arkansas ; Senatobia, dans le Mississipi; Nashville, Holly, Springs, et d'autres localités sont atteintes; un cas a été constaté à Louisville ; la panique est partout et les populations s'enfuient, cherchant un refuge qu'elles ne savent où trouver. Le commerce de la Nouvelle-Orléans souffre considérablement de l'interruption des communications. Les malles ont cessé de parvenir dans nombre de localités.

— Dans la journée d'hier, 8 septembre, on a constaté à la Nouvelle-Orléans 81 décès et 223 cas nouveaux.

A Memphis, le chiffre des enterrements s'est élevé à 100. Le nombre total des malades atteint 3,000. Quatre membres de l'association Howard et huit médecins sont morts.

— L'horreur de la situation à Memphis dépasse tout ce qu'on peut dire. Un comité de sécurité vient de se former afin de faire partir de la ville les personnes qui ne sont pas encore atteintes.

La fièvre s'est déclarée à Plaquemines (Louisiane). Une légère décroissance du fléau est signalée à Hickman, mais pas ailleurs. La circulation des chemins de fer et des bateaux à vapeur est partiellement suspendue. Dans les districts ravagés par la fièvre, les affaires sont complétement arrêtées, 90,000 personnes sont sans travail, dans un dénûment absolu. Il faudrait un million de dollars pour leur fournir des vivres pendant seulement cinquante jours.

Ecole préparatoire de médecine d'Arras.

Par arrêté en date du 24 août, des concours s'ouvriront à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras :

1° Le 27 février 1879, — pour un emploi de suppléant de la chaire de clinique et de pathologie interne, et pour un emploi de suppléant des chaires de clinique, pathologie externe et accouchements ; — 2° Le 3 mars 1879,— pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie ; — 3° Le 10 mars 1879, — pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle ; — 4° Le 27 mars 1879, — pour un emploi de chef des travaux chimiques ; — 5° Le 24 mars 1879, — pour un emploi de chef des travaux anatomiques.

MORTALITÉ A PARIS. — Recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 12 septembre 1878, on a constaté 761 décès, savoir : fièvre typhoïde, 25 ; rougeole, 4 ; scarlatine, 1; variole, 2 ; croup, 7 ; angine couenneuse, 15 ; bronchite, 28; pneumonie, 24 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 16 ; choléra nostras, » ; dysenterie, » ; affections puerpérales, 2 ; érysipèle, 6 ; autres affections aiguës, 224 ; affections chroniques, 341, dont 107 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 44 ; causes accidentelles, 23. — Les 761 décès ci-dessus donnent une proportion de 19,9 par 1,000 habitants et pour l'année.

NOMINATIONS. — M. le docteur Samalens est nommé médecin-adjoint du lycée d'Auch. — M. le docteur Contesse, médecin-adjoint au lycée de Lons-le-Saunier, est nommé médecin audit lycée en remplacement de M. le docteur Raguay, décédé. — M. le docteur Langlois est nommé médecin-adjoint du lycée du Puy, en remplacement de M. le docteur Vibert, appelé à d'autres fonctions. — Sont nommés médecins du théâtre de la Gaîté : MM. les docteurs Marchand, Calvo, Braconnot, Philbert, P. Dubois, Malterre, Thezet, Amadieu, Courserant, Maugeit, Hulot, Naret, Galley-Lagoguey, Morelot Schloss, Cazalis.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort, à l'âge de 68 ans, de M. Emile Philibert-Claude GROMIER, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon, médecin expert près les tribunaux, ancien médecin des hôpitaux.

En vente au PROGRÈS MÉDICAL, 6, rue des Écoles.

Manuel de la Garde-malade et de l'Infirmière

Publié sous la direction du Dr BOURNEVILLE.

PAR

MM. BLONDEAU, DE BOYER, Ed. BRISSAUD, BUDIN, H. DURET, G. MAUNOURY, MONOD, POIRIER, P. REGNARD, SEVESTRE et P. YVON,
Rédacteurs du *Progrès médical*.

MODE DE PUBLICATION : Le Manuel de la garde-malade sera publié hebdomadairement, par livraison de 32 pages in-16 couronne, et sera composé de 20 livraisons qui formeront trois volumes contenant, dans leur ensemble, tout ce que la garde-malade et l'infirmière doivent savoir.

Prix de la livraison : **25** c. — Prix de l'ouvrage complet : **5** fr.

Nous recevons les souscriptions au bureau du *Progrès médical*. Les per-

© BIU Santé

sonnes qui souscriront avant la mise en vente, recevront FRANCO les livraisons au fur et à mesure de leur apparition. Aussitôt l'ouvrage terminé, le prix sera augmenté. La deuxième livraison vient de paraître.

1re LIVRAISON : Des lits et de leurs accessoires; — Comment on fait le lit d'un malade ; — Des pièces nécessaires aux pansements (linge, charpie, compresses, bandes, etc.).

2e LIVRAISON : Des médicaments topiques; — Des cautères; — Imbibition; — Irrigations; — Fomentations; — Liniments; — Teinture d'iode; — Hygiène de la bouche : dentifrices, gargarismes; — Collyres; — Lavements.

3e LIVRAISON : Cérats; — Glycérine; — Pommades; — Onguents; — Emplâtres; — Cataplasmes; — Sinapismes; — Vésicatoires; — Hygiène de la chevelure; — Frictions; — Des différentes espèces de bains.

4e LIVRAISON : Des différentes espèces de bains (suite). — Des douches. — Appareils hydrothérapiques. — Importance des bains et des douches.

5e LIVRAISON : Des douches (fin). — Des topiques à l'état de gaz et de vapeur. — Des fumigations. — De la pulvérisation. — Des bains et des douches de vapeur. — Des bandages.

6e LIVRAISON : Des bandages (suite). — Appareils pour les fractures. — Pansement du séton. — De la saignée. — De la pose des sangsues. — Des ventouses sèches.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE et Ce, 108, boulevard Saint-Germain.

RICHET (C.). — Structure des circonvolutions cérébrales, in-8 de 172 pages et orné de 18 planches, 1878. — Prix : 5 fr.

Publications étrangères.

LEYDEN (E.). — Ueber die Entwickelung des medicinischen Studiums, petite brochure in-8 de 40 pages. Berlin, 1878, imprimerie Hirschwald.

BEARD (G.). — Certain symptoms of nervous exhaustion ; brochure in-8 de 24 pages. New-York, 1878.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans CONSTIPATION et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, débilité, consomption, anémie, chlorose, diabète*, etc.

PARIS : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de MIGRAINE venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

Chaque cuillerée doit être délayée dans un verre d'eau sucrée ou vineuse et lui donne une saveur d'eau de goudron un peu forte à laquelle on s'habitue facilement. Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs, même pendant les **chaleurs.**

PARIS, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Élixir toni-radical au Colombo, de Blottière, pharm., 56, rue de Sèvres, Paris, contre les dyspepsies, gravides, chlorotiques, syncopales, flatulentes, cardialgiques, symptomatiques du cancer, diarrhées, dysenteries, fièvres pernicieuses, convalescences, 5 fr.

Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux, par H. DURET, un volume in-8 de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878, premier volume, prix 15 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 10 fr.

Recherches sur les Lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des Localisations cérébrales, par le Dr A. Pitres. Paris, 1877. In-8 de 148 pages, avec deux planches chromo-lithographiques. — Prix : 4 fr. Pour les abonnés du *Progrès Médical*, 2 fr. 75.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et MOURGET (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DE DUCRO

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, Anémie, Convalescence.

Gros : Paris, 20, place des Vosges.—Détail : Toutes les Pharmacies.



VIN TANNIQUE
DE BAGNOLS - SAINT - JEAN

NATUREL

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



HYDROTHÉRAPIE
Eau de source 9 degrés

EDOUARD SOLEIROL

49, rue de la Chaussée-d'Antin, 49

Établissement MÉDICO-PNEUMATIQUE du Dr MAIGROT à Saint-Dizier (Haute-Marne). — *Bains d'air comprimé.* — Tous les médecins qui connaissent cette médication, en France et à l'Etranger, la prescrivent spécialement contre l'asthme, l'emphysème, la bronchite, la phthisie dans ses formes les moins aiguës, la laryngite chronique, la coqueluche, les adhérences pulmonaires suite de pleurésie. Elle est souveraine contre l'anémie, la chlorose, par son oxygénation du sang, le diabète, etc. *Installation* confortable et luxueuse avec *Chambres pneumatiques* spacieuses, *Compresseur hydraulique*, et tous les appareils accessoires nécessaires.— L'air de Saint-Dizier est d'une pureté admirable. Séjour agréable à la ville et à la campagne. Cette médication se suit en toute saison. L'établissement reçoit des pensionnaires et des externes à des conditions de prix très-modérées. Demander le Prospectus.

DRAGÉES BLOT au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opial*, Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à **Toulouse** : toniques, dépuratives, **anti-blennorragiques**, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires*, catarrhe vessie. Bte 4f, fco 4.20.

Pour éviter imitation exiger : Ette Blot Pharm.-chim.

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

M. GALLEPIE, pharmacien, *30, rue Monge*, fera une remise spéciale à MM. les ÉTUDIANTS, sur les **Dragées Blot** et sur tous les médicaments en général.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 38. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 21 SEPTEMBRE 1878

Le Progrès Médical

SYPHILIOGRAPHIE

Etude sur les variétés et les formes anormales du chancre simple (1).

Par le Dr Louis **JULLIEN**.

b. *Conditions générales.* — La gangrène moléculaire peut aussi dépendre, dans certains cas, d'une altération spéciale des humeurs qui prédispose au processus diphthéritique, ou mieux d'une dyscrasie, en vertu de laquelle une inflammation produite par une cause quelconque revêt le caractère diphthéritique. Pour bon nombre d'auteurs ces causes tirées de l'état général seraient de beaucoup les plus fréquentes; mais il serait difficile de justifier une assertion aussi absolue (2).

Les circonstances que nous allons passer en revue exercent incontestablement une réelle influence; cependant il n'est pas rare de les voir réunies chez des malades dont les chancrelles suivent le cours le plus régulier; inversement on en cherche vainement la trace dans un grand nombre de cas de phagédénisme avéré.

La plupart des états pathologiques qui altèrent la constitution du sang doivent prendre place dans cette étiologie. Un des plus fréquents est l'alcoolisme, non pas seulement celui qu'amène un long usage des spiritueux, mais cet alcoolisme passager qui succède à un excès accidentel. Son influence est telle, que Ricord donnait à certains chancres le nom d'œno-phagédéniques. Les vieillards, les chloro-anémiques, les scrofuleux, les syphilitiques, les scorbutiques, les paludéens, en un mot tous les individus affaiblis, tous les cachectiques, auxquels il faut encore ajouter ceux que déprime l'hypochondrie, la tristesse, le séjour en pays étranger, la mauvaise hygiène, sont aussi exposés à souffrir de phagédénisme. Parmi ces *causes de type asthénique*, nous mentionnerons particulièrement l'usage interne de mercure; il n'en est pas dont l'influence ait été plus souvent et mieux constatée (3). Avant que l'école du Midi ait enseigné la distinction des ulcères vénériens, au temps où tous les chancreux étaient abreuvés d'hydrargyre, le nombre et la gravité des ulcères phagédéniques étaient en effet incomparablement plus considérables qu'aujourd'hui. D'autre part, les *causes de type sthénique* peuvent conduire aux mêmes effets. Il faut comprendre, dans cette classe, la pléthore, le tempérament sanguin, les maladies inflammatoires et, ajoute M. Diday, le déplacement de certaines fluxions herpétiques ou hémorrhoïdales, l'enfièvrement de l'amour ou de l'ambition, enfin la passion du jeu.

Comme on le voit, les causes les plus diverses, les plus opposées, un excès ou une diminution dans la force plastique du sang, peuvent conduire aux mêmes effets. Ajoutons que, toutes ces causes étant supprimées, on voit quelquefois le phagédénisme suivre son cours comme une individualité morbide radicalement indépendante. Force est bien d'accepter ces brutales données de la clinique si contraires aux lois ordinaires de la physiologie pathologique, et il faut bien avouer, quoi que l'on en ait dit, que les caractères objectifs des chancres rongeurs ne sont guère de nature à nous éclairer beaucoup plus sur leur origine. Pour nous donc, cette importante question est encore loin d'être résolue; plusieurs états différents sont sans doute encore confondus sous cette appellation vague de *phagédénisme*, et c'est à les bien distinguer que devront s'appliquer les travaux ultérieurs.

Bien que le phagédénisme puisse se montrer sur des chancres du fourreau ou de tel autre point entièrement à découvert, il complique de préférence les ulcérations qui ont leur siége dans les régions peu accessibles aux soins locaux, au fond des cavités naturelles (vagin, prépuce), au milieu des replis anfractueux des nymphes, dans l'intérieur du canal de l'urèthre, etc.

Ce n'est jamais ou presque jamais d'emblée qu'un chancre devient phagédénique, mais bien plutôt pendant sa période d'état, quelquefois au début de cette période, mais souvent après une assez longue durée, et alors que la marche a été des plus régulières jusque-là. C'est en général par des symptômes d'inflammation que débute la complication : inflammation souvent très-aiguë, avec rougeur et tuméfaction des bords, mais parfois aussi ne se manifestant que par un engorgement œdémateux de la base et de la périphérie.

Dans le premier cas (inflammation intense, *chancre phagédénique pultacé aigu*), les bords déchiquetés, dentelés sont décollés dans une étendue plus ou moins considérable. Tantôt ils sont tuméfiés par les produits inflammatoires qui les infiltrent; tantôt, surtout sur les muqueuses délicates, corrodés par l'ulcération ils retombent flasques dans la plaie. Le fond inégal, parsemé de crêtes et d'enfoncements, offre, à divers degrés d'organisation, le produit pathologique qui caractérise la gangrène moléculaire. Le plus souvent ce produit se présente sous la forme d'une couche, de couleur blanc grisâtre, quelquefois altérée par une teinte rougeâtre ou verte provenant de l'action des matières colorantes du sang, continue dans toute l'étendue de l'ulcération, ou ne l'occupant que partiellement. Cette membrane, d'aspect feutré, résistante, épaisse de un millimètre environ, profondément adhérente par sa base, n'est autre chose que la couche superficielle de l'ulcère transformée par l'exsudat cellulo-fibrineux. D'autres fois on voit à la surface du chancre une matière pultacée, baignant dans une sanie purulente, du sein de laquelle émergent quelques bourgeons charnus de mauvais aspect. Ce liquide est éminemment virulent; au dire de Rodet, il posséderait même un plus haut degré d'inoculabilité que celui de tout autre chancre. De plus il est produit en telle abondance que toute solution de continuité du voisinage, qu'elle soit le fait du grattage ou de quelque éruption cutanée, subit immédiatement l'inoculation. C'est sans doute à ce mode de propagation que l'on doit attribuer le fait, signalé par quelques malades, de l'agrandissement rapide de la plaie à chaque période menstruelle. Chez beaucoup de femmes en effet l'apparition des règles s'accompagne d'une éruption plus ou moins considérable de vésicules herpétiques qui

(1) Voir le n° 33.

(2) Les anciens auteurs admettaient une corrélation intime entre la qualité des humeurs et les caractères du chancre. On peut en juger par le passage suivant que nous empruntons à la célèbre *Chirurgie* de Della Croce (chapitre du MAL FRANÇAIS) : « Sogliono apparire ulcere galliche de varie maniere, le quali per lo più sono maligne *cacoethe* et *phagedeniche* et, con progresso di tempo, corrompono con la loro velenositade, et acutezza, l'ossa istesse et fannosi putrefacienti et cancrose, il che per la natura dell' humore avenir suole, conciosiache dal sangue colerico si fanno l'ulcere superficiali, corrosive, dolorose et non senza qualche inflammatione, dal sangue melancolico si fanno l'ulcere aduste, ineguali, icorose et dure; et dal sangue pituitoso si fanno l'ulcere crude, biancheggianti, sordide, et con poco dolore, avertendo di più che quando la materia e salsujinosa si offende la sostenza del periostio. » (GIO. ANDREA DELLA CROCE. *Cirurgià universale e perfetta* in Venetia presso Giordano Ziletti, MDLXXXIII. Libro quinto, trattato duodecimo, cap. XII. Delle ulcere Galliche, page 48.)

(3) Aucun auteur n'a insisté avec plus de netteté sur ce point que Carmichaël dans son admirable chapitre sur le phagédénisme; il y dit en propres termes : « But unlike a chancre, instead of being checked by mercury, it is almost always rendered more inveterate and rapid in its progress by that mineral. » (R. CARMICHAEL, *An essay on venereal disease and the uses and abuses of mercury*, 2e ed. London, 1825, page 165.)

© BIU Santé

constituent autant de portes ouvertes à la contamination (Chéron).

La progression peut se faire avec une grande rapidité. Dès que la peau a été détruite dans toute son épaisseur, grâce à la fonte du tissu cellulaire, le pus fuse au loin, attaquant par leur face profonde peau et muqueuses, disséque et décolle les tissus, si bien que l'étendue vraie du chancre peut dépasser de beaucoup son étendue apparente. Il est bien plus rare que l'ulcération de proche en proche se fasse suivant la profondeur (forme térébrante); les tissus hétérogènes, qu'ils soient aponévrotiques, musculaires ou caverneux, opposent en effet au chancre comme à toute lésion envahissante une barrière qu'il franchit difficilement.

Les symptômes subjectifs sont toujours assez accentués; certains malades éprouvent de vives douleurs (voy. *Chancre érethique*), surtout au début, quand l'inflammation est très-intense. D'autres se plaignent d'une sorte de brûlure, comme si une substance corrosive avait été déposée sur la plaie. Tout autour de la lésion ils accusent un sentiment de démangeaison, de cuisson, indices de la propagation périphérique du mal; avec cela fièvre, céphalalgie, malaise. Quand le processus inflammatoire est moins prononcé, on observe encore une seconde forme de phagédénisme, qui n'est, à proprement parler, qu'une atténuation et bien souvent qu'un mode de terminaison de la précédente: c'est particulièrement chez les sujets affaiblis qu'elle prend naissance, chez les tuberculeux, chez les individus atteints de cachexie herpétique. Son point de départ est très-fréquemment dans un bubon inguinal; on voit alors le mal s'étendre soit du côté de l'abbomen, soit sur la cuisse. Il n'est pas rare, dans ce cas, que deux chancres, nés séparément, l'un dans l'aine, l'autre sur un point des organes génitaux, se réunissent pour former une vaste ulcération occupant à la fois le fourreau, le scrotum, la partie inférieure de l'abdomen, le haut de la cuisse et le périnée. Chez la femme, en raison de leur faible épaisseur, les lèvres envahies sont parfois découpées (fig. 39), séparées de leurs points d'attache, le clitoris est perforé, l'urèthre est entouré et disséqué dans une plus ou moins grande étendue; enfin les ravages sont tels qu'il est souvent difficile de reconnaître au milieu des lambeaux informes ce qui appartenait aux diverses parties de la vulve. L'aspect de la lésion s'est assombri, son fond violacé, rouge foncé, marbré d'ecchymoses, quand il n'est pas tout entier recouvert d'une fausse membrane grisâtre, la lividité de ses festons marginaux, différencient bien nettement cette forme de la précédente. Le pus est séreux, quelquefois épais, chargé de détritus organiques.

Chez un grand nombre de malades, le professeur Bencit (de Montpellier) a constaté que les progrès du phagédénisme et les douleurs qu'il provoque coïncidaient avec un abaissement notable de la température des parties atteintes: c'est là un fait du plus grand intérêt, et dont il a su faire profiter la thérapeutique.

Le processus destructif ne persiste pas toujours dans toute l'étendue des parties atteintes. A mesure qu'il s'étend d'un côté, on voit parfois, dans un point opposé, naître des bourgeons d'assez bonne nature et la cicatrisation se faire plus ou moins complétement. Ce fait s'explique par la saturation partielle et passagère des points primitivement frappés, phénomène en vertu duquel le virus chancreux perd toute aptitude à s'y développer. Il s'accomplit parfois avec une telle régularité que, s'avançant et rétrogradant dans une égale proportion, il semble que l'ulcération se déplace en masse à la manière d'un curseur. Cette variété de chancre, qui n'avait point échappé à quelques anciens auteurs, Celse, Avicenne, Forestus (1), a reçu la dénomination de *chancre serpigineux*. Sa durée est indéterminée, d'autant plus que les parties guéries peuvent faire retour à l'ulcération, fait qu'avait bien noté Carmichael. Aussi a-t-on rapporté différents cas (Belhomme, Diday, Fournier) où la ténacité du mal fut vraiment étonnante (2 ans, 3 ans, et même 8 ans). Un des exemples les plus remarquables de phagédénisme serpigineux qui ait été signalé appartient au professeur Giuseppe Profeta (de Palerme). Il s'agit d'un chancre facial qui présentait les phénomènes suivants: De la commissure droite des lèvres, où il avait pris naissance il s'était étendu peu à peu à toute la joue du même côté et à presque tout le front, se cicatrisant d'un côté pour s'élargir sur un autre, suivant toujours une marche chronique et progressivement envahissante. Sa vaste surface était divisée en deux moitiés égales, l'une au front, l'autre à la partie supérieure de la joue, s'étendant en arrière au pavillon de l'oreille, en avant jusqu'à l'aile du nez. Chacune de ces deux moitiés, avait une forme irrégulière, le fond parsemé de crêtes et de renflements disparaissait sous une couche de matière jaunâtre, mêlée de détritus organiques; tout autour les bords étaient livides, décollés, etle tissu cellulaire disséqué dans une grande étendue par des fusées chancreuses. Or tous ces phénomènes, qu'on ne l'oublie pas, étaient constatés deux ans après le début du chancre !

Il est plus facile de concevoir que de décrire les désordres qui peuvent être la conséquence du phagédénisme. La perte de substance peut s'être limitée au prépuce, qui, dans les cas les plus heureux, est complétement détruit. Il est

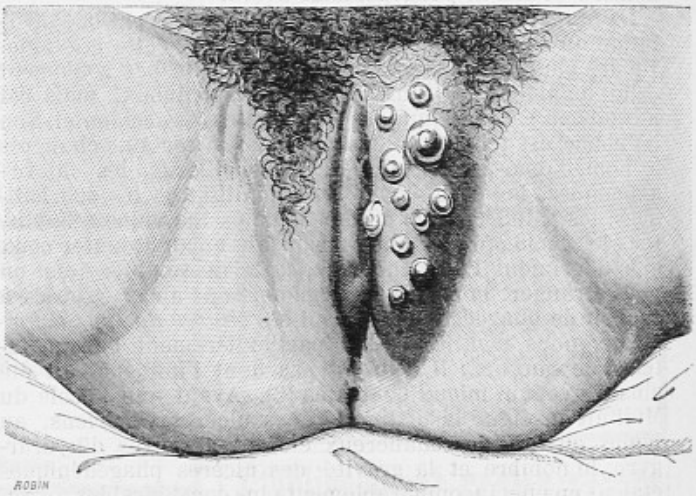


Fig. 39. — Chancre simple phagédénique de la vulve (d'après un moule de la collection A. Fournier).

plus ordinaire de le voir rongé en certains points, latéralement et sur la surface dorsale de l'organe, tandis que la partie sous-jacente infiltrée forme un jabot plus ou moins considérable; ou bien le fourreau seul a été atteint, et le pénis est dépouillé de son tégument dans une étendue variable (*chancre décorticant* de Ricord, *chancrelle écorçante* de Diday). Dans d'autres cas moins heureux, le gland plus ou moins profondément entamé peut se présenter sous les formes les plus bizarres; si la destruction est surtout prononcée du côté du filet, il y a perforation de l'urèthre. L'orifice de la fistule quelquefois à peine perceptible est souvent de forme allongée et reconnaissable à la teinte rouge vineux de ses bords. Enfin le gland peut être réduit à un infime tubercule, ou bien avoir complétement disparu. Il en est de même des autres tissus érectiles.

Une remarque générale que nous ferons ici, c'est que l'on est souvent étonné de voir persister, en dépit des plus affreux ravages, la possibilité des rapprochements. La turgescence rend parfois méconnaissables les lambeaux informes qu'a épargnés le phagédénisme. Nous ne voulons pas dire que le coït s'accomplisse toujours alors dans les conditions normales; nous avons insisté déjà (page 188) d'ailleurs, sur quelques-unes des conséquences qui peuvent suivre la lésion des corps érectiles; tout ce que nous tenons

(1) Avicenna, de ulceribus quæ in testiculis, virgâ, aut ano fiunt, prognosticum fecit, ea esse mala et *ambulantiva* (ut medicè loquar) ex quibus facilis contingit putrofactio, cum sint in loco abscondito declinante ad caliditatem et humiditatem, per quem excrementa defluant; ut hic urinæ mordicantes, curationem que imperientes. » (Forestus, t. II, p. 565).

© BIU Santé

à faire ressortir c'est le peu de concordance que l'on observe souvent entre les lésions anatomiques et les troubles fonctionnels.

Enfin, outre les troubles locaux, le malade peut subir dans son état général de terribles secousses, la fièvre hectique, la débilitation progressive et le désespoir, tour à tour cause et conséquence du phagédénisme, le conduisent souvent à la cachexie et quelquefois à la mort.

(*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL COCHIN. — **M. DESPRÉS.**

Fracture itérative de la rotule ; cal fibreux ; guérison définitive ;

Par M. **BOUDET DE PARIS**, interne des hôpitaux.

Les exemples de fracture itérative de la rotule ne sont pas très-rares ; mais, dans presque tous, on remarque que la seconde fracture est séparée de la première par un intervalle de deux mois, au maximum. Voici un cas dans lequel la seconde fracture n'est survenue que trois ans après :

Vougnon (Marie), 56 ans, journalière. Entrée le 9 avril, salle Cochin, n° 9 ; sortie le 3 juin.

La malade raconte que le matin de son entrée, elle est tombée sur des marches de pierre d'une façon telle que son genou gauche a heurté, par son côté interne, l'angle saillant d'une de ces marches. Elle s'est relevée avec beaucoup de peine, a essayé de faire quelques pas en *tenant roide* le membre blessé, puis s'est affaissée une seconde fois, ne pouvant même plus se tenir debout.

A son arrivée à l'hôpital, six heures après l'accident, on constate les symptômes suivants : Le genou gauche est le siége d'un gonflement très-prononcé ; large ecchymose sur son côté interne, au niveau du bord correspondant de la rotule ; les mouvements volontaires sont abolis en grande partie ; la flexion de la jambe sur la cuisse se fait encore assez facilement, mais l'extension est impossible et la malade ne peut soulever son talon à un centimètre au-dessus du lit. Les mouvements communiqués provoquent une douleur très-aiguë dont le maximum correspond à la partie antérieure du genou.

Lorsqu'on examine directement l'articulation, on la trouve distendue par un épanchement abondant. Les extrémités du fémur et du tibia sont intactes.

Malgré le gonflement des parties molles, on parvient à saisir entre les doigts la rotule qui fait une forte saillie en avant des condyles. On sent alors que cet os est le siége d'une fracture transversale qui, au premier abord, paraît double, car on trouve manifestement trois fragments bien distincts les uns des autres. Mais, avec plus d'attention, il est facile de reconnaître que les deux fragments supérieurs, écartés d'un centimètre environ, sont peu mobiles l'un sur l'autre, tandis que tous deux sont très-mobiles sur le fragment inférieur ; l'écartement est ici de trois centimètres.

D'ailleurs les renseignements fournis par la malade lèvent tous les doutes à cet égard. Elle nous dit, en effet, que 3 ans auparavant, en descendant une échelle, elle eut le genou gauche pris dans un échelon, et qu'à la suite d'un violent effort pour se dégager, elle a senti un craquement très-douloureux dans le genou et est tombée sans pouvoir se relever.

Elle fut transportée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Cusco, qui diagnostiqua une fracture de la rotule, et lui appliqua un appareil plâtré, puis les griffes de Malgaigne avec coussinets de gutta-percha, telles que les emploie M. Trélat. Cet appareil resta en place pendant deux mois. Au bout de quatre-vingt-dix jours, la malade quitta l'hôpital avec un cal fibreux qui lui permettait de marcher presque aussi bien qu'avant sa fracture. Peu de temps après, les mouvements étaient redevenus complétement normaux, et depuis, elle avait continué de marcher sans boiterie, ni fatigue.

Les deux fragments supérieurs sont donc le résultat de cette ancienne fracture qui, d'après l'histoire racontée par la malade paraît avoir été causée par action musculaire dans la flexion forcée de la jambe.

Quant à la fracture actuelle, qui est de cause directe, elle siége à deux centimètres environ au-dessous de l'ancienne ; sa direction est exactement transversale. Lorsqu'on étend la jambe et qu'avec les deux mains on rapproche les fragments, on sent très-nettement la crépitation.

M. Després applique un appareil silicaté, renfermant toute la jambe et remontant jusqu'au tiers supérieur de la cuisse.

Au bout de six jours, le gonflement ayant diminué, on change l'appareil silicaté qui ne comprimait plus assez fortement le genou. Ce deuxième appareil reste appliqué pendant douze jours.

27 *avril*. — Le gonflement articulaire a disparu en partie. Les fragments, toujours écartés, sont cependant moins mobiles et la réunion fibreuse est en bonne voie. En outre, la rotule n'est plus soulevée que par une très-petite quantité de liquide intra-articulaire. On refait alors un nouvel appareil silicaté ouvert au niveau du genou, puis on applique sur chaque extrémité de la rotule une bande élastique dont les chefs s'entrecroisent sur les faces latérales et postérieures de l'articulation.

Pendant vingt et un jours, les fragments sont maintenus aussi rapprochés que possible, et tous les matins on resserre la bande élastique, de façon à diminuer l'écartement.

18 *mai*. — L'appareil est enlevé. Le cal fibreux est complétement formé et les fragments ne sont plus séparés que par un intervalle d'un centimètre environ. L'épanchement articulaire a totalement disparu. On applique simplement autour du genou une bande de flanelle fortement serrée, et permission est donnée à la malade de se lever.

Le premier jour, elle accuse de la roideur et une certaine hésitation dans la marche, mais le 3 juin, cinquante-cinq jours après la fracture, elle quitte l'hôpital, marchant aussi bien qu'avant l'accident.

Trois semaines après, nous avons revu la malade ; elle ne porte plus sa bande de flanelle et travaille toute la journée sans éprouver aucune fatigue ni faiblesse dans le membre blessé.

RÉFLEXIONS. — Les cas de ce genre sont rares dans la science ; dans la plupart des observations de fractures itératives de la rotule, on trouve que c'est presque toujours le cal fibreux qui se rompt.

A ce point de vue, l'histoire de notre malade est donc déjà très-intéressante. Mais les deux conclusions principales qu'en a tirées M. Després, dans une de ses leçons, sont les suivantes :

1° *La formation d'un cal osseux dans les fractures de la rotule est impossible toutes les fois que l'articulation est distendue par un vaste épanchement ou lorsque des adhérences préexistantes ne maintiennent pas les fragments en contact parfait en limitant l'épanchement.* Cette opinion soutenue par M. le professeur Guyon trouve ici une nouvelle preuve. Au commencement de l'année nous avons pu observer dans le service de M. Després un malade qui s'était fracturé la rotule gauche dans une chute sur les genoux et qui a guéri avec un cal osseux, après avoir été traité un mois avec un appareil ouaté silicaté, le membre étant dans l'extension. Cet homme avait eu auparavant des suppurations dans les tissus périarticulaires, à la suite d'une affection osseuse ; il en était résulté la formation de nombreuses et fortes adhérences fibreuses qui maintenaient la rotule appliquée sur les condyles ; ajoutons que, chez lui, l'émaciation des muscles de la cuisse venait encore en aide au maintien des fragments en faisant disparaître une des causes principales de leur écartement.

Enfin, ainsi que nous le faisait remarquer M. Després, si le cal osseux était possible, la femme V... s'était trouvée, lors de sa première fracture, dans les meilleures conditions pour l'obtenir, puisqu'elle avait été soignée par M. Cusco dont l'habileté en pareille matière est connue de tous.

© BIU Santé

2° *La formation d'un cal fibreux peut être considérée comme une guérison définitive des fractures de la rotule.* En effet, notre malade, après sa seconde fracture comme à la suite de la première, marche sans fatigue, sans boiterie, et ne sent aucune différence dans les mouvements de l'un et l'autre membre. Bien plus, le cal fibreux, dans le cas actuel, a résisté plus que l'os lui-même, puisqu'il n'a pas été atteint par la seconde fracture. Quel profit y a-t-il donc à poursuivre la formation régulièrement impossible du cal osseux, si le cal fibreux est plus solide que l'os.

Nous croyons donc pouvoir admettre que la formation d'un cal osseux, si difficile à obtenir, n'est peut-être pas plus désirable que celle du cal fibreux, pourvu, toutefois, que celui-ci soit court et solide, ce qui dépend surtout du mode de traitement employé.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Le budget de l'Assistance publique.

Le projet de budget des recettes et des dépenses de l'Assistance publique pour 1879 vient d'être présenté par M. Michel Möring, au Conseil de surveillance. Nous n'avons pas la prétention d'en faire, dès aujourd'hui, une étude approfondie qui ne saurait s'improviser; nous voulons seulement indiquer les principales modifications proposées par la nouvelle direction.

Comme tous les budgets, celui de l'Assistance publique va toujours grossissant; l'année dernière, M. de Nervaux réclamait à la ville de Paris un supplément de 680,000 fr.; cette année, M. Möring aura besoin de 670,000 de plus que l'année dernière; la progression reste à peu près la même si les causes en diffèrent. L'Administration, nous ne disons pas le directeur, paraît avoir pensé d'abord à demander au Conseil municipal toute la somme nécessaire à parfaire cette différence entre les recettes et les dépenses; mais, avisée par M. le préfet qu'il ne fallait pas compter obtenir du Conseil municipal plus de 100,000 fr. d'augmentation sur la subvention précédente, il lui a fallu recourir à un autre moyen financier qui lui a procuré le reste.

Ce moyen, qui n'a rien de mystérieux ni de miraculeux, consiste à appliquer à ce besoin les bénéfices obtenus par l'Administration sur l'achat et la revente des rentes provenant de l'emploi des subventions municipales extraordinaires versées par avance en 1876. Dans ce fait, de l'Administration ne songeant à ce moyen de trésorerie que faute de pouvoir mettre la totalité de l'augmentation à la charge de la Ville de Paris, il y a la preuve de tendances fâcheuses et un enseignement dont le directeur général et le Conseil municipal sauront faire également leur profit. Nous ne demanderons pas pourquoi le bénéfice réalisé étant de 674,000 fr., dépassant par conséquent de 4,000 fr. le déficit, on demande nonobstant 100,000 fr. à la ville; c'est une bagatelle destinée à sauver le principe: la subvention municipale doit s'élever chaque année. Mais il est permis de s'étonner que les habiles financiers de l'Assistance publique n'aient pas songé plutôt et d'eux-mêmes à cette ressource qui n'est pas à dédaigner, et qui, par son origine même, devait appeler leur attention. Espérons qu'à l'avenir, leur ingéniosité sera plus éveillée.

Il en sera grand besoin pour réduire autant que possible les sacrifices que la Ville de Paris sera appelée à faire dans un avenir prochain. M. Michel Möring, comparant à une distance de vingt ans les chiffres de la population et le nombre des lits dans les hôpitaux et hospices, a trouvé que les ressources hospitalières de la population avaient relativement décru, et cela dans une proportion considérable. En 1859, on comptait un lit d'hôpital pour 164 habitants, et un lit d'hospice pour 162 habitants; en 1878, on ne trouve plus qu'un lit d'hôpital pour 235 habitants et un lit d'hospice pour 231. « D'où cette conclusion que si on voulait, non pas marcher dans la voie du progrès, mais seulement revenir au passé, il faudrait créer aujourd'hui 3,626 lits dans les hôpitaux et 3,641 dans les hospices. » Les points de comparaison pris par M. Möring ne sont pas absolument exacts, car il eût fallu comparer aux deux époques, non pas les chiffres de la population totale, mais, chose plus difficile, ceux de la population malade, à moins d'admettre que l'hygiène publique n'a fait à Paris aucun progrès depuis vingt ans; pour ce motif, l'insuffisance accusée par M. Möring est probablement un peu exagérée; il propose lui-même de ne l'évaluer qu'à 2,000 lits environ de chaque catégorie, en raison du développement plus grand qu'il entend donner au traitement et au secours à domicile.

Quoi qu'il en soit, M. le directeur général a parfaitement raison de prévoir les embarras qu'amènerait cette situation, si une épidémie venait à éclater, et de se préoccuper des moyens de la prévenir. Le maintien des lits de l'Hôpital-Temporaire, la création de nouveaux lits où les localités le permettent, et l'accroissement à bref délai du nombre des établissements hospitaliers, entraîneront des dépenses considérables, mais nécessaires, devant lesquelles la Ville de Paris ne reculera certainement pas; mais il convient que l'Assistance publique ne néglige non plus aucune de ses ressources propres.

Pour 1879, le budget comporte 880 lits de plus que pour 1878; mais en fait, l'augmentation ne sera que de 684 lits, parce que, dans divers hôpitaux, le nombre de lits porté au budget était inférieur à celui des lits existant réellement (de 53 à Saint-Antoine, de 48 à Cochin, de 20 à Laribosière, de 40 aux Enfants-Malades, de 35 à Ménilmontant). Ces différences, pour le dire en passant, n'inspirent pas une grande confiance dans l'exactitude et le soin avec lesquels étaient dressés les précédents budgets. Il conviendra d'en tenir compte, et nous n'y manquerons pas, pour rectifier le tableau comparatif des dépenses que nous avons publié d'après les chiffres erronés du dernier budget (1). Les 684 lits nouveaux se décomposent ainsi : 104 lits pour le service des cliniques à l'Hôtel-Dieu, 81 lits à Sainte-Eugénie, 520 lits à l'Hôpital-Temporaire qui sera maintenu.

Ce dernier établissement, qu'il serait bon de désigner autrement désormais, « recevra à partir de 1879, une dou-» ble affectation; d'une part il constituera une sorte d'*hô-*» *pital de réserve* pour le traitement des maladies aiguës » (300 lits), et pourvoira ainsi, dans une certaine mesure, » aux besoins exceptionnels qui se produisent chaque » année, à certaines époques, dans les hôpitaux généraux; » d'une autre part, il servira d'*hôpital-hospice*, c'est-à-dire » recevra, jusqu'à leur placement dans un hospice les in-» firmes et les chroniques (220 lits) qui encombrent trop

(1) Voir le *Progrès médical* n° 9, 1878.

© BIU Santé

» souvent au détriment de l'hygiène, comme de la science, » les salles de nos hôpitaux. »

En elle-même l'invention de l'*hôpital-hospice* n'est pas très-recommandable et serait même passible de graves critiques ; mais il y faut voir moins une innovation destinée à durer qu'un expédient transitoire pour accroître immédiatement le nombre des lits d'hospice pour lesquels le budget de 1879 ne prévoit pas d'augmentation. A ce titre, la combinaison peut s'approuver, mais à condition de ramener l'hôpital temporaire à l'unité de destination, aussitôt que le permettra la création de nouveaux hôpitaux ou hospices.

Dans les Fondations le nombre des lits s'est accru de 132 lits. Ici encore on trouve signalée une erreur inexplicable des précédents budgets, où la fondation Chardon-Lagache comptait pour 29 lits d'infirmerie au lieu de 15, soit 14 lits en trop. Comme ces 14 lits représentaient au budget une certaine somme, une vérification rétrospective des comptes de la maison Chardon-Lagache ne manquerait pas d'intérêt.

Le nombre des lits d'aliénés des deux sexes est élevé de 98, passant de 1,202 à 1,300 pour Bicêtre et la Salpêtrière; celui du service intérieur des Enfants-Assistés reste le même.

Tels sont, avec l'assimilation des traitements des employés de l'Assistance à ceux de la Préfecture de la Seine, les points principaux qui caractérisent le budget de 1879, ceux que nous tenions à signaler sans retard à nos lecteurs, remettant à plus tard à entrer dans d'autres détails, si besoin en est. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 21 août 1878.

De l'homotypie des membres thoraciques et abdominaux ; par Alexis JULIEN.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

1° L'humérus n'est pas un fémur retourné.

2° On appelle angle de torsion un angle formé par la projection et l'intersection de deux plans, dont le premier passe par les axes de la tête et du corps de l'humérus et le second par l'axe du corps huméral et la ligne bicondylienne (ligne allant de l'épicondyle à l'épitrochlée). Cet angle exprime en chiffres la différence de direction existant entre les axes des extrémités basilaire et terminale de l'humérus. Il peut offrir, ainsi qu'on l'a démontré, des variations suivant les classes, les ordres, les familles, les genres, les espèces et les races ; et constitue par conséquent un caractère important à étudier.

3° Mais ce n'est point de cet angle que dépend la direction et l'attitude générale du membre thoracique. En effet, chez les reptiles et les oiseaux, où cet angle a une valeur de 90°, les membres thoraciques regardent en sens inverse par leurs faces homotypiques. Tandis que le segment antibrachial des reptiles se fléchit en dedans et en avant sur le segment brachial, chez les oiseaux, la flexion de ce segment se fait en dehors. Elle a lieu en avant chez l'homme où l'angle de torsion est de 180°.

4° Le membre abdominal ne peut être considéré comme le membre type, car sa position est acquise aussi bien que celle du membre thoracique.

5° Au moment de leur apparition, les deux membres sont en effet parallèles au plan vertébro-sternal. Ils ont chacun une face interne et une face externe ; le radius et le pouce, le tibia et le gros orteil sont dirigés dans le même sens, c'est-à-dire du côté de l'extrémité céphalique de l'embryon ; le cubitus et le cinquième doigt, le péroné et le cinquième orteil sont aussi dans des positions homotypiques, car ils regardent l'extrémité caudale de l'embryon.

6° A partir de ce moment, l'humérus et le fémur subissent chacun en sens inverse un mouvement de 90° au niveau des articulations scapulo-humérale et coxo-fémorale. A la suite de ce mouvement, la face externe de l'humérus devient postérieure, le radius et le pouce se placent en dehors. D'un autre côté la face externe du fémur devient antérieure, le tibia et le gros orteil se placent en dedans. De là résulte la différence de 180° qui existe dans la direction des faces homotypiques des membres thoraciques et abdominaux.

7° Pour établir les homotypies de ces deux membres, il suffit donc de les ramener à leur position embryonnaire, en faisant subir à chacun d'eux un mouvement de 90° en sens inverse de celui qu'ils ont subi depuis leur apparition.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 décembre 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. J. GUÉRIN, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, lit une note sur le *traitement de la tuberculose pulmonaire par la cautérisation ponctuée*. Cette note a pour but de rappeler les résultats qu'il a obtenus par l'emploi de cette méthode et qui peuvent être ramenés à trois propositions : 1° La tuberculose pulmonaire s'annonce généralement par une dépression claviculaire caractérisée ; 2° cette dépression qui coïncide avec un défaut d'expansion pulmonaire en ce point et avec toutes les modifications corrélatives du bruit respiratoire, est le résultat de la pression atmosphérique extérieure, laquelle ne se trouve pas balancée par l'expansion pulmonaire, c'est-à-dire la pression intérieure ; 3° La cautérisation ponctuée, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire à la première période, agit non comme révulsif, mais en réveillant dans le poumon la vitalité, dont l'abaissement successif est la véritable cause initiale du dépôt tuberculeux.

M. E. VIDAL, d'Hyères (Var), fait la lecture d'un travail sur *les températures morbides locales dans la phthisie pulmonaire*. M. Vidal, qui aurait fait ses premières expériences il y a quelques années déjà, croit qu'en thèse générale l'élévation de la température locale est produite non point tant par la quantité du sang qui afflue dans un organe, que par la difficulté que ce liquide éprouve à retourner de la périphérie vers le centre circulatoire. Il semblerait que, toutes les fois que dans les capillaires le sang artériel éprouve de la difficulté à pénétrer dans le réseau veineux, il y a production de chaleur.

L'élévation moindre de la température dans les congestions pulmonaires suivies d'hémoptysie paraît constituer, à ce point de vue, un argument d'une grande valeur, puisque dans ce cas la déchirure vasculaire permet au liquide de s'échapper librement.

M. PLANCHON fait *la lecture d'un rapport officiel sur les remèdes secrets*.

M. ROGER lit, au nom d'une commission composée de MM. Gueneau de Mussy, Barthez et Roger, un rapport sur le travail de M. Delthil, sur *l'ulcération diphthéroïde de la coqueluche*. — M. Roger, après avoir rappelé l'état actuel de la science sur les ulcérations de la langue qu'on observe dans la coqueluche, étudie tout à la fois et la cause et la valeur séméiotique de ces ulcérations. Celles-ci seraient dues à la projection de la langue qui, dans les quintes, les saccades de la toux, viendrait frotter et par suite se déchirer au contact des dents incisives. La valeur séméiotique de cette ulcération sublinguale dans le diagnostic de la coqueluche ne saurait être contestée par personne ; néanmoins, il importe de ne rien exagérer et il convient surtout de ne pas donner à des faits simples et précis une interprétation grave et générale. Aussi M. Delthil a-t-il eu le tort de considérer l'ulcération diphthéroïde comme un symptôme pathognomonique de la coqueluche et d'attribuer à ce phénomène un caractère de spécificité qu'il ne saurait avoir.

M. MANDON, de Limoges, fait une communication sur les caractères chimiques et thérapeutiques des combinaisons lactées du bi-chlorure hydrargyrique.

M. GUÉNIOT fait la lecture d'un mémoire ayant pour titre :

© BIU Santé

Du prolapsus graisseux de l'abdomen chez la femme. Les conclusions suivantes découlent de l'étude que vient d'entreprendre M. Guéniot : 1° il existe, particulièrement chez la femme, une altération morbide de la paroi abdominale, que l'on peut désigner sous le nom de *prolapsus graisseux* et qui, jusqu'à ce jour, n'a pas attiré, comme elle le mérite, l'attention des cliniciens ; 2° cette affection, anatomiquement caractérisée par la surcharge graisseuse du tissu cellulaire, de même que par l'exubérance, le défaut de ressort et la chute des couches superficielles (tablier hypogastrique), présente comme symptômes principaux : une tension exagérée des muscles de la région, des douleurs lombaires et inguinales, une sensation de malaise abdominal qui, suivant l'expression des malades, « porte au cœur, » et enfin, pendant la marche ou la station verticale, un état de faiblesse générale qui rend les femmes plus ou moins impotentes ; 3° le prolapsus graisseux s'observe généralement chez des femmes robustes, pourvues d'un grand embonpoint et qui ont eu des grossesses plus ou moins nombreuses, sans prendre à leur suite certaines précautions d'hygiène que cette répétition rendait indispensables.

4° Le pronostic de cette affection, quoique sans gravité réelle, ne laisse pas d'offrir toutes les conséquences d'une fâcheuse infirmité, surtout si, comme il arrive fréquemment, un autre état morbide de l'abdomen coexiste avec le prolapsus, et si ce dernier reste méconnu ou non traité.

5° Le diagnostic, cependant, est des plus faciles ; une large éventration ou bien cette autre forme de prolapsus, que j'ai qualifiée de *pariéto-viscérale*, pourraient seules prêter à confusion ; or, pour éviter l'erreur, il suffit d'apporter à l'examen clinique un peu d'attention.

6° Au point de vue thérapeutique, tantôt il convient de préserver du prolapsus les femmes qui s'y trouvent prédisposées, ce que l'on obtient à l'aide du *traitement préventif* ; tantôt, la lésion étant confirmée, celle-ci réclame l'emploi d'un agent mécanique local et d'une hygiène générale appropriée (*traitement curatif*) ;

7° Pour être efficace, l'agent de contention doit satisfaire à deux indications fondamentales, à savoir : *a*. relever, puis soutenir la masse prolapsée de manière à supprimer les tractions qu'elle exerce sur les lombes et sur l'hypochondre droit ; *b*, suppléer les couches tégumentaires dans l'appui qu'elles devraient fournir aux muscles sous-jacents pour supporter le poids des viscères abdominaux ;

8° Enfin, grâce au point d'appui qu'elle prend sur les épaules, de même qu'à la fermeté élastique de son tissu, une ceinture abdominale spéciale, semble particulièrement propre à remplir fructueusement ce double office.

M. Reliquet lit une note accompagnée d'une pièce anatomique. Cette note est intitulée : *sympexions volumineux d'une vésicule séminale chez un sujet sain par MM. Reliquet et Cadiat.* — En 1874, M. Reliquet a lu devant l'Académie l'observation d'un cas d'oblitération du canal éjaculateur gauche par des sympexions de la vésicule séminale, et en a présenté des sympexions évacués dont l'examen microscopique avait été fait par M. Ch. Robin. — Il a observé depuis, deux nouveaux faits d'oblitération des canaux éjaculateurs dont l'un est encore soumis à son observation. Aujourd'hui, MM. Reliquet et Cadiat présentent une vésicule séminale d'homme sain contenant des sympexions très-gros.

Cette pièce a été prise à onze heures du matin sur le cadavre d'un supplicié âgé de 25 ans, exécuté six heures avant. Au premier examen, les vésicules séminales distendues, dures, se tenaient raides comme dans une sorte d'état d'érection. La surface en était injectée au point d'offrir une teinte violacée ; la prostate n'offrait rien d'anormal et l'urèthre ne contenait pas de sperme, ce qui est pourtant ordinaire chez les suppliciés.

Deux jours après, au premier examen nous reprenons la dissection de la pièce que nous avions mise dans un liquide n'altérant pas les tissus. (Liquide de Müller). La vésicule séminale droite à une pression légère entre les doigts se vide facilement par le conduit éjaculateur ; le liquide qui en sort a tous les caractères microscopiques du sperme. En même temps que lui, s'échappe une masse sphérique à peine grosse comme un petit grain de millet, transparente, jaunâtre et de consistance molle. — La vésicule qui renfermait ce produit est absolument saine et ne renferme que du sperme normal.

La vésicule séminale gauche est très-dure ; en la comprimant légèrement entre les doigts il ne sort que très-peu de liquide par le canal éjaculateur, à peine une goutte. Elle est littéralement remplie par des sympexions denses. L'un d'eux, du volume d'un pois, se trouve dans le cul-de-sac ; un autre est au milieu de la cavité et enfin, du côté du canal éjaculateur, on voit une masse volumineuse qui fait bouchon et oblitère ce conduit dans le premier tiers de son parcours. Il faut noter encore qu'il n'y avait aucun dépôt de ce genre dans la partie vacuolée du canal déférent de ce côté gauche.

L'examen microscopique de ces sympexions a montré qu'ils étaient bien de même nature que ceux qui ont été décrits par le professeur Robin dans son *Traité des humeurs*, page 443.

Celui qui s'est échappé de la vésicule séminale droite par le conduit éjaculateur, est formé d'une substance homogène s'écrasant entre deux plaques de verre, un peu plus réfringente que l'eau, soluble dans l'acide acétique et couverte de cellules épithéliales et de spermatozoïdes adhérents à sa surface.

Les sympexions volumineux de la vésicule séminale gauche sont irréguliers, formés de travées ou trabécules anastomosées entre elles, de façon à limiter des aréoles remplies par des cellules épithéliales irrégulièrement entassées. — La substance des travées est de même nature que celle de la petite masse sphérique de la vésicule droite. — Elle renferme quelques éléments englobés, des granules graisseux, des grains d'hématosine ; Tels sont les caractères habituels de ces productions. — Ici seulement l'action des acides dissolvants est moins énergique en raison du séjour de la pièce pendant 48 heures dans du bichromate de potasse.

Il faut noter encore que l'acide chlorhydrique ne donne d'effervescence en aucun point des préparations ; ce qui prouve qu'il n'y a pas de dépôt de carbonate de chaux. Ces formations calcaires existent en effet dans certains cas et très-probablement dans ceux où le sympexion est plus ancien. Ce caractère permet donc de penser que le produit spermatique que nous examinons actuellement doit être de formation récente.

Au point de vue pathologique, la consistance de ces sympexions et leur volume considérable explique très-bien comment ils peuvent oblitérer le canal éjaculateur. Poussés par la contraction expultrice de la vésicule séminale, ils pénètrent comprimés dans le canal éjaculateur qu'ils détendent. De là l'oblitération permanente de ce conduit et les symptômes douloureux de coliques spermatiques qui persistent jusqu'à l'évacuation spontanée ou provoquée des sympexions.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 24 mai. — Présidence de M. Charcot.

Mal de Pott. — Paraplégie sans déformation de la colonne vertébrale. — Pachyméningite externe. — Tubercules de la dure-mère. — Méningite ascendante aiguë ; par Quénu, interne des hôpitaux.

Simon J., âgé de 36 ans, entre le 20 février à la salle Sainte-Marthe (n° 43), pour une paraplégie : c'est un homme grand, paraissant encore vigoureux. Pourtant ses antécédents personnels sont mauvais ; outre la syphilis contractée, il y a quatorze ans (chancre induré, puis roséole), il a eu une pleurésie gauche, il y a cinq ans, et une pleurésie droite l'an dernier. De plus, il a craché du sang il y a trois ans. Depuis sa dernière maladie, bien qu'imparfaitement rétabli, il avait pu reprendre sa profession de déménageur, quand il fut pris de maux de reins, il y a *quatre semaines*. On lui appliqua un vésicatoire à la région lombaire. A cette époque, S... ressentait des élancements très-aigus dans les reins quand il posait le talon par terre. Aucune douleur dans les jambes. Il y a *trois semaines*, le malade est réveillé la nuit par des fourmillements

© BIU Santé

dans les deux jambes et dans les pieds, et une sensation de froid dans ces mêmes parties.

Le lendemain matin, il éprouve des difficultés pour lever les jambes. Il a pu néanmoins faire encore quelques pas en s'accrochant aux meubles, et marcher dans sa chambre pendant une semaine ; puis il a dû complétement s'aliter.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, nous observons une paralysie incomplète des deux membres inférieurs : le malade peut, en effet, sans détacher le talon du lit, fléchir la jambe sur la cuisse, les jambes auraient maigri depuis le début de la paralysie.

La sensibilité est intacte ; quelques difficultés pour uriner, pas d'incontinence, un peu de rougeur à la région sacrée.

La colonne vertébrale ne présente pas la moindre déformation ni la plus petite déviation ; pas de point sensible à la percussion des apophyses épineuses. Nous trouvons quelques craquements au sommet gauche du poumon. Le diagnostic est : compression de la moelle, probablement par une production de nature tuberculeuse. A la fin de mars, la paraplégie est complète et intéresse la sensibilité.

18 *avril*. Exagération des mouvements réflexes. Epilepsie spinale se produisant spontanément. La vessie et le rectum sont paralysés ; la fesse du côté gauche est le siége d'une eschare qui tend à devenir de plus en plus profonde ; les deux membres inférieurs sont très-œdématiés.

25 *avril*. L'eschare fait des progrès malgré l'usage d'un matelas d'eau et d'un pansement régulier.

7 *mai*. Le malade est pris le soir de frissons, pendant 5 à 6 jours, la fièvre est continue avec exacerbations vespérales, et le thermomètre oscille entre 39°,6 et 40°,5. La peau du ventre est insensible ; il y a constamment du météarisme. Céphalalgie continuelle,

10 *mai*. Le malade se plaint très-vivement de douleurs et de roideur dans le cou. Pas de contracture des membres inférieurs. A cette époque, l'eschare dépasse la ligne médiane de 2 à 3 travers de doigts, et mesure 16 centimètres de long sur 14 cent. de large. La partie périphérique est assez superficielle. La peau seule est détruite, mais dans le reste de son étendue, la plaie est profonde, anfractueuse, recouverte de débris noirâtres. Nous pensons à une méningite spinale par propagation de l'eschare au canal sacré. Le malade succombe le 13, sans présenter de délire.

Autopsie.— Nous nous assurons de nouveau que la colonne vertébrale ne présente aucune déformation. Le canal rachidien est ensuite ouvert par sa face postérieure depuis l'extrémité inférieure du sacrum jusqu'à l'atlas. Le canal sacré à sa partie inférieure est en communication avec l'eschare, et les méninges sont à ce niveau en contact avec des détritus noirâtres ; elles ont une teinte verdâtre qu'on retrouve jusqu'à la région cervicale et qui va en diminuant, à mesure qu'on s'éloigne de l'extrémité inférieure du rachis.

Nous éprouvons des difficultés pour détacher la moelle du canal rachidien, vers la 6e ou 7e dorsale ; une plaque de matière caséeuse de 6 à 7 cent. reste adhérente à la surface antérieure de la dure-mère.

Etat de la colonne vertébrale. — Le ligament vertébral postérieur est complétement détruit au niveau de la 6e et 7e vertèbres dorsale : il est remplacé par une matière caséeuse ; les corps de ces deux vertèbres ont une coloration blanche et une densité remarquables. Sur une coupe longitudinale des corps vertébraux, on découvre une petite cavité remplie d'une matière analogue à de la craie délayée et creusée aux dépens de la 6e et de la 7e dorsales. Cet abcès n'a détruit qu'une petite partie des vertèbres, il les a pour ainsi dire écornées, mais le disque intervertébral est détruit dans sa moitié antérieure ; le ligament vertébral antérieur est intact ; la cavité osseuse communique en dehors de ce ligament avec une petite poche sessile, grosse comme un œuf de poule et renfermant la même matière crayeuse, mélangée à des parcelles d'os. Les autres vertèbres ne présentent pas d'altérations.

Etat des méninges. — Avant l'incision des méninges, il est facile de voir qu'il existe entre elles et la moelle un liquide séro-purulent; ce liquide occupe non pas l'espace sous-arachnoïdien mais la cavité de l'arachnoïde elle-même ; il distend cette cavité dans toute son étendue, et quand on a incisé la dure-mère par sa face antérieure, on trouve le feuillet viscéral de l'arachnoïde épaissi et infiltré d'une matière jaunâtre. Ces altérations diminuent quand on s'éloigne de la queue de cheval ; un peu au-dessous de la plaque caséeuse, la face interne de la dure-mère est soulevée par deux petits noyaux dont l'un a le volume d'une petite lentille et l'autre celui d'un petit haricot qu'on aurait aplati. Les artères spinales sont gorgées de sang ; en coupant la moelle en travers de distance en distance, on remarque que la substance médullaire est comme diffluente à la périphérie, dans toute la hauteur de l'axe spinal.

Les méninges crâniennes sont aussi atteintes, et il existe par places, par exemple près du chiasma des nerfs optiques et le long de la scissure de Sylvius, des plaques molles, jaunâtres, de méningite. Pas de tubercule dans les méninges, ni dans le cerveau. Le liquide des cavités ventriculaires est plus abondant, mais n'offre pas de teinte louche. Les poumons sont infiltrés da granulations tuberculeuses récentes ; il existe aussi des masses tuberculeuses ayant subi la caséification. Les autres organes ne présentent rien de remarquable. Notons néanmoins qu'il n'existait pas de thrombose dans les veines iliaques ni dans les veines fémorales.

En résumé, les altérations des méninges spinales sont de deux ordres : les unes comprennent la face interne de la dure-mère et le reste des méninges ; elles résultent d'un processus aigu, de la méningite ascendante qui est venue hâter la terminaison fatale ; les autres sont le résultat d'une inflammation chronique siégeant principalement à la face externe de la dure-mère et ayant donné lieu à la production de cette plaque caséeuse que nous avons signalée.

L'examen microscopique de cette plaque nous a démontré que la plus grande partie, les couches périphériques étaient composées d'amas de petites cellules embryonnaires granuleuses ; à mesure qu'on se rapproche de la face externe des méninges, on voit apparaître entre les cellules quelques petits faisceaux de tissu lamineux, puis les faisceaux fibreux de la dure-mère elle-même, écartés les uns des autres par des traînées de ces mêmes éléments, et par places, par des amas de leucocytes.

Les noyaux décrits plus haut sont situés dans l'épaisseur de la dure-mère dont ils occupent la partie profonde ; en allant de dedans en dehors, on rencontre : une première couche formée par quelques fibres de tissus lamineux lâche et des corps fibroplastiques en très-grande abondance, puis de petites masses arrondies, assez bien limitées par des faisceaux conjonctifs et composées de cellules embryonnaires sans traces de vaisseaux; en quelques point plus opaques, les cellules plus granuleuses sont moins distinctes les unes des autres. Plus en dehors encore, on reconnaît le tissu de la dure-mère dont les faisceaux sont infiltrés de cellules. Il s'agit là, en un mot, de tubercules de la dure-mère, avec une zone d'inflammation périphérique. L'examen microscopique de la moelle sera fait ultérieurement. Il est permis d'affirmer que la moelle a été atteinte d'inflammation secondaire, car la présence de cette plaque de pachyméningite externe eut été insuffisante pour amener une paraplégie complète. De plus, la myélite secondaire nous explique l'abolition de la sensibilité, observée à la dernière période.

Nous pouvons rapprocher cette observation du cas de M. Liouville, mentionné dans les *Leçons sur les maladies du système nerveux* de M. Charcot, où le rachis n'était nullement déformé, quoiqu'il y eut paraplégie. Elle est une démonstration du processus pathologique, tel que l'a indiqué M. Michaud dans sa thèse.

1° Production d'une ostéite dans les corps vertébraux.

2° Destruction du ligament vertébral postérieur.

3° Pachyméningite externe consécutive.

4° En dernier lieu dégénérescences secondaires de la moelle.

Seulement dans notre cas, la pachyméningite n'est pas résultée de l'irritation directe causée par une collection de pus, mais a été la conséquence d'une simple propagation de l'inflammation osseuse.

M. Charcot. Ce fait confirme l'explication qu'à fournie Michaud dans sa thèse sur des cas de ce genre.

© BIU Santé

Au niveau de la vertèbre malade se produit un foyer d'ostéite caséeuse, qui, après usure et destruction du ligament vertébral postérieur, se trouve en rapport direct avec la dure-mère; celle-ci s'épaissit peu à peu, et comprime la moelle, d'où accidents paralytiques.

Plusieurs de ces paraplégies peuvent guérir, j'en ai constaté le fait sur plusieurs malades de la Salpêtrière. Chez une malade, entre autres, la moelle avait été réduite, par la compression, au volume d'un porte-plume, et cependant cette femme guérit complètement, et mourut plusieurs années après d'une coxalgie.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

Du suc gastrique chez l'homme et les animaux ; par Ch. Richet. — Paris, 1878. Germer-Baillière.

De la nature et du rôle physiologique des peptones ; par A. Henninger. — Paris, 1878. Havy.

Ces deux ouvrages de chimie biologique marqueront un progrès sérieux dans l'étude de la physiologie de l'estomac. Depuis trente ans, on discute à perte de vue sur la nature des sécrétions digestives de l'estomac. Pour juger des questions aussi délicates, il fallait recourir à une expérimentation d'une précision absolue. MM. Richet et Henninger qui ont étudié à la bonne école scientifique, ont tenté cette œuvre et en examinant les résultats qu'ils ont obtenus, on verra quel abîme sépare la vraie méthode chimique de la méthode approximative que nous critiquions ici-même l'année dernière.

M. Charles Richet, dans sa thèse de doctorat ès-sciences, a présenté une monographie complète du suc gastrique. On connait déjà les recherches remarquables de l'auteur sur la nature du suc gastrique, recherches qui peuvent faire regarder l'acide normal du suc gastrique comme étant de l'acide chlorhydrique. Dans ce récent travail il vient de les compléter de la façon la plus ingénieuse.

Berzelius, Chevreul, Leuret et Lassaigne, Lehmann, M. Laborde pensaient que l'acidité du suc gastrique était due à l'acide lactique. Tiedeman et Gmelin mettaient en cause l'acide acétique ; Frerichs, l'acide butyrique et Blondlot, le phosphate acide de chaux. Prout, Children, Schmidt, Maly, M. Rabuteau affirmaient l'existence de l'acide chlorhydrique. Enfin, Reoch et Lzabo disaient que les acides lactique et chlorhydrique se trouvaient en même temps dans le suc gastrique. M. Charles Richet a apporté la lumière au milieu de ce monceau de documents contradictoires, en prouvant que toutes les opinions étaient exactes, mais que les interprétations étaient inexactes parce qu'on n'avait pas opéré dans les mêmes conditions.

Tout d'abord on pouvait prévoir que les acides organiques lactique, acétique, butyrique pouvaient être des produits de décomposition secondaire provenant de l'action d'un acide minéral sur des sels à acides organiques provenant de l'alimentation, et cela d'après une loi émise par M. Berthelot. « Lorsque le sel d'un acide organique et un acide minéral sont en présence, l'acide minéral s'empare toujours de la base, tandis que la totalité de l'acide organique est mise en liberté. » Mais pour démontrer cette proposition, il fallait commencer par démontrer que l'acide libre normal du suc gastrique est l'acide chlorhydrique.

Tout d'abord, M. Charles Richet a dosé l'acide lactique contenu dans le suc gastrique; il a trouvé 0 gr. 531 mil. pour un litre, équivalent à 0 gr. 17 d'acide chlorhydrique ; tandis que l'analyse alcalimétrique directe montre que l'acidité locale est de 2,002. On voit donc que l'acide lactique ne représente que la dixième partie de l'acidité totale. Il est de même pour l'acide phosphorique qui est de 0 gr. 439 par litre. L'acide acétique et l'acide butyrique ne se trouvent qu'en quantité encore plus faible. Mais ce n'était là encore qu'une démonstration indirecte. Pour arriver à la démonstration directe, M. Charles Richet s'est appuyé sur un fait découvert par M. Berthelot : Quand on agite une solution aqueuse d'un acide avec l'éther, l'éther et l'eau se partagent l'acide suivant un rapport constant qu'on appelle coefficient de partage. Pour les acides minéraux ce coëfficient est supérieur à 500, c'est-à-dire que l'éther ne les enlève presque pas à l'eau. Pour les acides organiques, il est bien plus faible, c'est-à-dire que l'éther enlève à l'eau une partie de ces corps. Pour l'acide lactique il est de 70. Par cette méthode, on peut facilement déterminer la nature organique ou minérale d'un acide. Si deux acides libres, l'un minéral, l'autre organique, se trouvent dans le même liquide, on reprend par l'eau l'éther qui a enlevé une portion de l'acide organique et qui n'a pas pris d'acide minéral ; de cette façon, on retrouvera le coëfficient de partage de l'acide organique.

Grâce à cette méthode aussi précise qu'ingénieuse, M. Ch Richet a démontré que le suc gastrique pur contient uniquement un acide minéral insoluble dans l'éther, et qu'il s'y forme des acides organiques dès qu'il vieillit. Parmi ces acides organiques, le plus fréquent était non pas l'acide lactique, mais l'acide sarco-lactique que l'on trouve dans la viande. Cependant M. Ch. Richet a vu dans ses expériences que l'acide chlorhydrique n'est pas absolument libre dans le suc gastrique, mais qu'il est combiné à des substances qui lui font perdre une partie de ses propriétés. On verra dans la thèse de M. Richet le détail de ses expériences, fondées toujours sur la loi de M. Berthelot (p. 48-53). Et poursuivant toujours ses recherches, l'auteur a démontré que l'acide chlorhydrique était combiné dans le suc gastrique avec la leucine, l'un de ces produits de décomposition des matières albuminoïdes. Il y aurait donc dans l'estomac un chlorhydrate d'une base faible, sel facilement décomposable.

C'est à ce chlorhydrate de leucine qu'est due une partie de l'acidité du suc gastrique, l'autre étant causée par la fermentation acide des aliments ingérés. Ces deux principes, fermentation et sécrétion, semblent marcher de concert pour atteindre un certain degré total d'acidité qui n'est jamais dépassé. M. Richet a vu que, contrairement à l'opinion des auteurs, l'eau de Vichy n'augmente pas l'acidité de l'estomac. Cette acidité est cependant accrue par l'usage de l'alcool, ce qui explique le pyrosis alcoolique. Souvent l'acidité de l'estomac peut ne pas être accrue, et cependant sa nature peut être complètement modifiée. Chez les dyspeptiques, il se fait un grand excès d'acide lactique et d'acide butyrique ; et l'acide chlorhydrique n'étant plus sécrété, la digestion est arrêtée. L'indication est donc de saturer l'excès d'acide organique par une boisson alcaline et de donner en outre une solution d'acide chlorhydrique (2. p. 1000). Selon la nature de la dyspepsie, il faudra donner cet acide chlorhydrique soit avant le repas, soit immédiatement après, soit deux ou trois heures après, selon la marche de la digestion, ou plutôt de l'indigestion. Quelques médecins en France et en Allemagne ont érigé l'un de ces trois moments en principe absolu ; c'est là une faute d'observation.

M. Charles Richet a fait des recherches très-remarquables sur l'origine de la sécrétion gastrique. On sait que Cl. Bernard et le professeur Lépine ont démontré que l'acide gastrique se formait seulement à la surface de l'estomac et non pas dans la couche glanduleuse. M. Richet pense avec raison que ce fait de l'acidification est indépendant des phénomènes de fermentation dus à des organismes inférieurs et même de la structure des glandes stomacales, mais dépendant uniquement de la constitution chimique du suc gastrique. Aussi l'auteur a-t-il recherché la nature de l'agent qui produit la formation de cet acide minéral. Il a vu qu'il était fortement augmenté par l'action d'un courant d'oxygène. Aussi pense-t-il que l'oxygène des aliments contribue à augmenter l'acidité du suc gastrique et que l'oxygène du sang produit cet acide au moment du gonflement artériel qui accompagne la digestion. De cette façon la production de l'acide gastrique se ferait grâce à l'oxygène, par un simple dédoublement chimique, et la digestion des matières albuminoïdes serait un phénomène chimique analogue à ceux de la désassimilation et de la combustion organique. Ainsi tous les grands actes vitaux seraient réunis dans un même faisceau dont le nœud serait l'oxygène. Nous ne disons pas l'oxygénation, car le résultat de l'action de ce gaz est le plus souvent un dédoublement. Cette vue originale mérite d'attirer l'attention des physiologistes, et pourra devenir le point de départ d'études biologiques, cliniques et thérapeutiques dont nous ne pouvons encore mesurer toute l'étendue.

© BIU Santé

Nous venons de parcourir avec M. Charles Richet l'histoire de l'acide stomachal, étudions avec M. Henninger celle de la seconde partie des liquides gastriques, les peptones. On sait que pour digérer complètement les matières albuminoïdes, il faut un acide qui les transforme en albuminose, et un ferment peptogène, appelé pepsine, qui les transforme en peptone. Ce ferment existe non-seulement dans l'estomac, mais encore dans le pancréas. Son existence est problématique dans la salive; mais il existe certainement dans plusieurs végétaux et surtout dans les plantes dites carnivores, comme les drosera et les nepenthès. Du reste il faut savoir que les peptones peuvent se former en petite quantité sous l'influence des acides dilués et même de l'eau pure, sans l'action de la pepsine.

Il est fort difficile de se faire une idée exacte de ces produits de transformation des matières albuminoïdes, parce qu'aucune de ces substances n'est cristallisable. Toutes se ressemblent et l'on n'est presque jamais certain d'être en face d'un produit pur ou mélangé. Aussi voit-on toujours avec plaisir des chimistes aussi distingués que M. Henninger entreprendre des études aussi patientes et aussi délicates.

M. Mialhe le premier, en 1846, donna une théorie satisfaisante de la digestion des matières albuminoïdes. D'après lui, elles se transformaient toutes en *albumine caséiforme*, puis en un produit ultime, l'*albuminose*. Lehmann, en 1850, avança que le produit ultime de cette digestion différait pour chaque espèce de matières albuminoïdes ; il admettait une *albumine-peptone* une *fibrine-peptone*, une *caséine-peptone*. En 1862, Meissner prétendit que la digestion stomachale a pour but de dédoubler les matières albuminoïdes en deux parties, l'une assimilable d'emblée, les *peptones*, et l'autre, les *parapeptones*, qui avant d'être assimilées ont besoin de l'influence du suc pancréatique. En outre, il admettait une *métapeptone* transformable en peptone par une action prolongée de la pepsine. Puis il divisait les peptones proprement dites en *peptones a*, *b*, *c*, différant par quelques réactions chimiques. Enfin il y aurait une *dyspeptone* absolument insoluble. De tout cet édifice compliqué, il ne reste plus rien, et ce dédoublement des matières albuminoïdes en deux grands groupes n'est plus admis. La parapeptone et la métapeptone sont complètement différentes des peptones et constituent l'albuminose de Bouchardat, ou syntonine. La dyspeptone est analogue à la nucléine, cette matière albuminoïde que l'on rencontre dans le sperme et la laitance de poisson. Quant aux peptones *a* et *b*, elles ne sont autres que des peptones impures. Il ne reste donc que la peptone *c*.

Telle est la doctrine admise. Mais les recherches de M. Henninger viennent confirmer la théorie de Lehmann qui admettait autant de peptones que de matières albuminoïdes. Pour entreprendre de telles recherches, M. Henninger a d'abord préparé des peptones pures. Jusqu'ici les produits obtenus contenaient une quantité considérable de sels qui entravaient leurs propriétés spéciales, ou bien on altérait les peptones par des excitants trop énergiques, tels que l'oxyde d'argent. L'auteur, au lieu de purifier les peptones une fois formées, s'est attaché au contraire à purifier les matières albuminoïdes qui devaient servir à former les peptones, et à n'employer dans la digestion artificielle que de l'acide sulfurique très-facile à éliminer par la baryte. De cette façon, les sels ou les réactifs ne venaient plus introduire de causes d'erreur. On trouve dans la thèse de M. Henninger les détails expérimentaux que nous ne pouvons développer ici.

C'est avec ces produits ainsi purifiés que les recherches ont été faites par M. Henninger. Il a reconnu que les peptones sont dialysables, contrairement à l'opinion de Wittich. Il a vu que les pouvoirs rotatoires de l'albumine-peptone et de la fibrine-peptone différaient ; mais que l'écart indiqué par M. Corvisart était trop grand. Enfin il a analysé pour la première fois les peptones pures fournies par l'albumine et la caséine. Les chiffres obtenus, ainsi que ceux que Maly avait trouvés pour la fibrine-peptone, montrent que les peptones contiennent moins de carbone et d'azote, et la même proportion d'hydrogène que les matières albuminoïdes.

Ces résultats ont permis à l'auteur de présumer le mode de formation de ces peptones. Adamkiewicz pensait que ces corps étaient simplement des matières albuminoïdes privées de sels. L'expérience a démontré qu'il n'en est rien. Lehmann et Herth disaient que les albuminoïdes sont les polymères des peptones, corps primaires. Mais cette hypothèse n'est pas exacte, car les corps primaires sont instables, tandis que les peptones n'ont aucune tendance à revenir facilement à l'état d'albuminoïdes, leurs polymères supposés. Aussi M. Henninger pense-t-il avec MM. Wurtz et Hoppe-Seyler que les peptones sont des produits d'hydratation des albuminoïdes. Elles se forment sous l'influence des agents ordinaires d'hydratation : eau bouillante, acides étendus, ferments. En outre, les analyses de M. Henninger, en faisant voir que les peptones contiennent moins d'azote et de carbone que les corps d'origine, appuient fortement cette hypothèse. Mais elle est encore confirmée par un autre expérience de l'auteur. En traitant la fibrine-peptone par un déshydratant, tel que l'acide acétique, il a pu retrouver une véritable matière albuminoïde analogue à la syntonine. Tout paraît donc indiquer que les peptones sont des produits d'hydratation partielle. Et l'auteur rapproche très-ingénieusement ces faits des hydratations analogues qui s'opèrent sur les ureïdes (ou produits pouvant se transformer en urée par oxydation), pour former les acides alloxanique et oxalurique. Ce rapprochement est tout naturel, puisque M. Schutzenberger a démontré par des décompositions graduées que les albuminoïdes étaient des ureïdes complexes. Ainsi la peptone serait le premier chaînon d'une longue chaîne terminée par l'urée et commençant par l'albumine. C'est pour cette raison qu'il nous paraîtrait intéressant de refaire sur les peptones la série des décompositions opérées par M. Schutzenberger sur les albuminoïdes.

Ces peptones ont été regardées à tort, par un grand nombre d'auteurs allemands, comme des substances altérées et peu utiles à la nutrition. Plozy, Maly, Gyergyai et Adam Kiewicz ont, au contraire, démontré expérimentalement que des animaux nourris avec des peptones augmentaient de poids avec fixation d'azote. Ces expériences sont très-importantes pour la thérapeutique. Elles montrent que dans les affections stomachales, on doit faire ingérer des peptones, et Leube a proposé d'alimenter certains malades par le gros intestin, en leur injectant une bouillie compod'esée au, de pancréas, de viande et de graisse. Dans 3 cas de cancer, les sujets ont été prolongés fort longtemps.

On voit combien les travaux de MM. Richet et Henninger ouvrent d'horizons nouveaux ; ce sont là des œuvres fécondes, car elles appellent des recherches nouvelles et guident les expérimentateurs dans de vastes terrains à peine explorés.

G. Daremberg.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation.

Comparaison des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques ; par le docteur G. Bouilly.

La thèse de M. Bouilly est divisée en six chapitres. Dans le premier, l'auteur étudie l'étiologie générale des affections articulaires et recherche si l'on peut trouver dans cette étiologie des caractères différentiels entre les arthropathies qu'il a à comparer. Dans le second, il présente un essai de classement des arthropathies scrofuleuses et des arthropathies rhumatismales.

Dans le chapitre suivant (III), il fait l'anatomie pathologique générale des arthropathies scrofuleuses et rhumatismales ; il en résume les caractères distinctifs dans les termes suivants : « L'altération simultanée des diverses parties de la jointure et l'extension que ces lésions peuvent acquérir, sans se compliquer de suppuration, constituent le caractère anatomique des arthropathies rhumatismales (Charcot). L'extension des lésions avec tendance à la suppuration, constitue le caractère anatomique des arthropathies scrofuleuses. »

Le quatrième chapitre est consacré à la comparaison des signes des arthropathies scrofuleuses et rhumatismales. Les arthropathies syphilitiques sont ensuite étudiées à part au point de vue de leurs diverses formes et des caractères qui les différencient des affections articulaires dépendant de la scrofule

© BIU Santé

ou du rhumatisme. (Chapitre V). Le travail se termine par quelques courtes considérations sur le traitement en général des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques. Dr Ch. H. PETIT.

De la valeur thérapeutique des courants continus ; par L.-J. Teissier.

L'auteur de cette thèse a eu une tâche délicate ; il l'a remplie d'une manière digne d'éloges. Peu de médications ont, en effet, donné lieu à plus de travaux que les courants continus ; peu ont été appliquées à des maladies plus nombreuses et plus variées, et ont donné naissance à des opinions plus différentes M. Teissier a-t-il mieux réussi que ses devanciers dans le jugement qu'il a eu à porter ? C'est ce que nous n'oserions affirmer ; trop d'obscurités règnent encore sur ces questions. La thèse de M. Teissier sera d'ailleurs très-souvent consultée avec profit. Nous nous contenterons donc d'indiquer la marche qu'a suivie l'auteur et les conclusions qu'il a cru devoir poser. M. Teissier avait à choisir entre deux procédés critiques : l'un consistait à déduire la valeur thérapeutique des courants continus de leur action physiologique ; l'autre, de s'en tenir aux données de la statistique. L'un et l'autre de ces procédés, pris isolément, ont paru insuffisants à l'auteur : il a préféré adopter une méthode mixte les comprenant tous les deux à la fois. Partant de ces principes, il a divisé le sujet en deux parties, la première consacrée à l'étude du rôle physiologique des courants continus, et l'autre aux résultats fournis par la clinique.

Dans la première partie, l'auteur a résumé l'action physiologique des courants continus sur les principaux systèmes de l'économie, nerfs, muscles, centres nerveux, circulation, etc., etc. Nous ne citerons que le passage relatif à la théorie de l'influence de la direction des courants. Selon M. Teissier, cette influence ne saurait plus être maintenue. Les travaux de Chauveau ont transporté la question sur un nouveau terrain, celui de l'excitation unipolaire. La plupart des physiologistes ont accepté les idées de Chauveau, notamment Hitzig, Reynolds et Benedickt. Ce dernier, comme on sait, a été autrefois l'un des défenseurs les plus ardents de l'ancienne théorie.

La deuxième partie de la thèse est divisée elle-même en deux chapitres. Dans le premier chapitre l'auteur étudie les applications thérapeutiques des propriétés physiques des courants continus. Il passe en revue les applications aux troubles de la motilité, de la sensibilité, des organes des sens, de la circulation et de la nutrition. Voici les principales conclusions de l'auteur : les courants de la pile ont une action incontestable sur la contractilité musculaire et sur les phénomènes de la sensibilité. Certaines paralysies réclament plus spécialement leur emploi ; le courant continu serait d'autant plus utile que la contractilité faradique serait moins facilement obtenue. Les paralysies saturnines sont spécialement justiciables du courant constant.

Les courants continus peuvent modifier avantageusement les manifestations spasmodiques, et principalement les crampes douloureuses (tic de la face, spasmes continuels, etc., etc.).

Dans les grandes crises convulsives de l'hystérie, les courants constants donnent des résultats intéressants, mais l'effet produit est de peu de durée et les autres moyens thérapeutiques sont peut être plus utiles et souvent plus faciles à manier.

L'influence calmante du courant constant est un de ses plus précieux avantages. Il est rare que l'élément douloureux ne soit pas atténué par lui. C'est une des actions les mieux établies. Il en est de même de l'action anti-anesthésique ; (courants faibles, métallothérapie).

Dans les troubles des organes des sens, les résultats sont beaucoup moins nets ; l'atrophie papillaire ne paraît guère influencée par les courants constants ; les altérations nutritives des milieux de l'œil seules fournissent des succès réellement acquis. Dans l'ataxie locomotrice, les résultats ont été le plus souvent nuls, dangereux quelquefois, ce qui tient sans doute à ce que l'on a employé des courants trop intenses.

Dans l'atrophie musculaire, au contraire, les courants constants semblent donner toujours de bons effets, que l'atrophie dépende d'une lésion périphérique ou qu'elle soit symptomatique d'une lésion médullaire ; quelques réserves seraient à faire au sujet de l'atrophie musculaire progressive.

Dans le deuxième chapitre, l'auteur s'est occupé des applications thérapeutiques des propriétés chimiques des courants continus. On sait que ces propriétés ont été utilisées plus spécialement dans ces derniers temps dans le traitement des anévrysmes de l'aorte. M. Teissier s'est étendu longuement sur cette intéressante question. Selon lui la méthode est rationnelle. Si elle ne compte point encore de succès complet bien certain, du moins a-t-elle donné lieu à des améliorations plus ou moins prolongées, ce qui, dans des maladies aussi sérieuses, justifie suffisamment l'emploi du traitement appliqué selon les règles ; la méthode ne paraît du reste point offrir de danger. Les meilleures conditions seront celles où la tumeur communiquera avec l'aorte par un orifice étroit, et où le cœur lui-même ne sera point trop altéré. T. KELLER.

VARIA

Concours d'agrégation.

Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique en date du 28 août 1878, pris en exécution du statut du 19 août 1857, il sera ouvert, à Paris, le 16 mars 1879, un concours pour sept places d'agrégés des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, savoir :

ECOLES et FACULTÉS	SECTION de physique, chimie, toxicologie.	SECTION d'histoire naturelle médicale et de pharmacie.	TOTAL
Paris.....	2 places.	2 places.	4 places.
Nancy.....	2 places.	»	2 places.
Lille.....	»	1 place.	1 place.
TOTAL.....	4 places.	3 places.	7 places.

Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, Vu l'arrêté, en date du 23 août 1878, portant qu'il sera ouvert à Paris, le 16 mars 1879, un concours pour sept places d'agrégés des écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie ; vu les articles 56 et 73 du statut du 16 novembre 1874, sur l'agrégation des Facultés et des écoles supérieures de pharmacie : Arrête ainsi qu'il suit les sujets de thèses que les candidats de chaque section pourront traiter à leur choix.

1° *Section de physique, de chimie et de toxicologie.* — 1re Question : De la propagation de l'électricité dans les corps, sous leurs trois états : gazeux, liquide et solide, ses actions chimiques. — 2e Question : Théorie générale des alcools. — 3e Question : Etude des alcalis, de l'opium ; leur recherche dans le cadavre.

2° *Section d'histoire naturelle médicale et pharmacie.* — 1re Question : Des appareils glandulaires des végétaux et des produits qu'ils fournissent à la matière médicale. — 2e Question : Des insectes et de leurs produits au point de vue pharmaceutique. — 3e Question : Méthode d'analyse des eaux minérales. — 4e Question : Action de l'air et de la lumière sur les médicaments chimiques. — 5e Question : Des extraits et de leurs principes immédiats ; procédés généraux de préparation et d'analyse. — 6e Question : Des fermentations et des altérations qu'elles déterminent, dans les médicaments galéniques. — (*Journal officiel*).

La Fièvre jaune.

La fièvre jaune continue ses ravages sur le territoire des Etats-Unis et dans nos colonies du Sénégal.

Voici les renseignements que nous trouvons dans le *Journal officiel* au sujet de l'épidémie sénégalienne :

« Depuis le milieu de juillet, le deuxième arrondissement de la colonie du Sénégal (Gorée, Dakar et Hann) est en proie à une violente épidémie de fièvre jaune. Au 6 septembre, date du dernier télégramme reçu par la voie de Saint-Vincent, le nombre des victimes était de 155, chiffre considérable, eu égard à celui de la population européenne. Toutefois cette même dépêche fait espérer, nous sommes heureux de pouvoir l'annoncer, que l'épidémie est entrée dans la période de décroissance ; car, si les cas sont encore nombreux, beaucoup de malades se rétablissent.

L'autorité locale a pris, dès le début, toutes les mesures propres à combattre la maladie et à la circonscrire dans le deuxième arrondissement. Les casernes ont été en partie évacuées et les troupes mises sous la tente à Hann, à Dakar, au cap Manuel, à la Madeleine. Un cordon sanitaire a été

© BIU Santé

établi au sud de Saint-Louis et de sa banlieue ; grâce à cette disposition, cette partie de la colonie a été jusqu'à présent préservée de l'invasion du fléau, et elle a pu ainsi rester en communication avec la métropole.

Ceux des paquebots qui touchent à Saint-Vincent communiquent avec un aviso de l'Etat venant de Saint-Louis ; ceux qui touchent à Dakar y restent en quarantaine, se bornant à y débarquer des passagers sans en prendre, et à échanger la correspondance en observant les précautions d'usage.

Le Ministre de la Marine a accordé au gouverneur tous les crédits nécessaires pour l'établissement des camps et pour l'organisation des ambulances. Des médicaments, des rafraîchissements ont été envoyés en abondance à Dakar par toutes les occasions.

Six médecins, un pharmacien, six sœurs de charité, sont morts en donnant leurs soins aux malades ; ils ont été immédiatement remplacés, et quatre médecins partiront encore de France pour le Sénégal par le paquebot du 20 septembre, afin d'assurer largement le service des hôpitaux.

Tous, fidèles aux devoirs professionnels, se rendent avec empressement à leurs postes; plusieurs ont sollicité cette distinction.

Au milieu de ces graves circonstances, le lieutenant-colonel Canard qui commande depuis plus de douze ans l'arrondissement de Gorée donne à tous le plus noble exemple. Calme au milieu du danger, il pourvoit avec une intelligente activité à tous les besoins et son héroïque attitude relève et soutient les courages. »

Ajoutons que dès le début de l'épidémie, le colonel Brière de l'Isle, gouverneur du Sénégal, s'était hâté de rejoindre son poste, et que le Gouvernement a déjà pu recevoir de lui une dépêche annonçant que la situation s'est beaucoup améliorée, il n'y a eu aucun cas nouveau ni aucun décès à Gorée ni à Dakar ; on pense que presque tous les derniers atteints seront sauvés.

Les renseignements qui nous parviennent des Etats-Unis sont malheureusement bien loin d'être aussi favorables. On sait que c'est un bateau à vapeur venant de la Havane qui a apporté la fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans ; il y a eu dans cette ville une panique générale, et les fuyards ont porté le fléau dans des localités qui sans cette circonstance seraient peut-être restées indemnes. Aujourd'hui la fièvre jaune règne dans presque toute la vallée du Mississipi et si elle frappe de préférence les nouveaux arrivants, les enfants, et généralement tous les faibles, on peut dire qu'elle n'épargne personne, pas même les nègres, qui, comme on le sait, jouissent habituellement d'une sorte d'immunité.

La Nouvelle-Orléans, Wicksburg, Memphis, Grenada, sont jusqu'à présent les localités où le fléau a exercé ses ravages de la façon la plus terrible.

Des télégrammes de New-York, en date du 15 septembre, indiquent les chiffres suivants de décès dans les différentes villes où règne la fièvre jaune: ces chiffres sont ceux de la journée du 14 septembre ; Wicksburg, 22 décès ; la Nouvelle-Orléans, 79 ; Memphis, 117.

La même dépêche fait connaître le nombre total des décès jusqu'à ce jour dans les mêmes localités, à savoir : à la Nouvelle-Orléans, 1,951 ; Memphis, 1,971 ; Wicksburg, 565 ; Grenada, 209 ; Port-Gibson, 96 ; Holly-Springs, 77; Canton, 53 ; Greenville, 49 ; Bâton-Rouge, 27 ; Ocean-Springs, 75, etc.

Si maintenant l'on se demande à quoi tient l'intensité anormale de cette épidémie de fièvre jaune aux Etats-Unis, on trouvera (en dehors de l'endémicité de la maladie) deux causes qui dans les circonstances actuelles paraissent avoir joué un rôle considérable. En première ligne il faut placer la panique qui a saisi les habitants de la Nouvelle-Orléans dès les premiers jours de l'épidémie, et leur a permis de colporter la maladie dans un rayon assez étendu, avant que l'autorité ait pu prendre les mesures sanitaires généralement usitées en pareil cas ; en seconde ligne doit se placer une cause bien autrement importante, bien autrement adjuvante, nous voulons parler de la détestable hygiène qui règne dans ces localités, et dont la plupart des journaux américains nous font un déplorable tableau. Les rues sont infectes, dans certains quartiers, les pièces petites, ventilées d'une façon insuffisante, pour ne pas dire nulle ; quant aux cours situées dans l'intérieur des maisons, ce sont de véritables cloaques, destinés, dit un journal de New-York, à servir de réceptacle à toutes les ordures que la maison ne peut contenir.

Puissent les Américains de la Nouvelle-Orléans et des environs tirer profit de la rude leçon d'hygiène que leur donne aujourd'hui la fièvre jaune.

Universités autrichiennes.

A l'occasion de l'Exposition universelle de Paris, le gouvernement autrichien a fait publier un travail intéressant sur l'état des universités dans l'empire d'Autriche depuis la dernière exposition de 1867, c'est-à-dire depuis une dizaine d'années. Cette publication, qui a été rédigée par un des chefs de section de l'administration autrichienne, M. le docteur Lemayer, nous fait connaître l'organisation de l'enseignement supérieur en Autriche et les réformes qui y ont été introduites de 1868 à 1877.

En 1867, on ne comptait en Autriche que six universités, quatre complètes : Vienne, Prague, Gratz, Cracovie, et deux incomplètes, c'est-à-dire sans Faculté de médecine, savoir : Inspruck et Lemberg. Aujourd'hui, il en existe sept, dont cinq complètes qui sont : Vienne, Prague, Gratz, Inspruck et Cracovie, et deux incomplètes : Lemberg et Czernovitz.

Le budget des universités était, en 1867, de 1,242,088 florins (le florin autrichien vaut 2 fr. 50).

En 1867, à l'université de Vienne, que nous prendrons pour exemple, le nombre des professeurs titulaires était de 66, celui des professeurs supplémentaires de 31, et celui des agrégés ou *Privat Docentes* de 72 ; aujourd'hui ce chiffre est respectivement de 80, 44 et 91, ce qui indique le nombre de nouvelles chaires qui ont été créées à cette université.

C'est pendant la période décennale de 1868-1877 qu'a été fondée une nouvelle université, à l'extrémité orientale de la monarchie. Depuis un siècle, il n'avait été créé en Autriche qu'un seul établissement de ce genre, à savoir l'université de Lemberg en 1874 ; d'autre part, le nombre des universités existantes avait été diminué de deux : à savoir celle de Salzbourg disparue en 1810 après avoir existé deux siècles, et celle d'Olmutz, supprimée en 1855 et qui était déjà trois fois centenaire.

L'université d'Inspruck avait été complétée en 1869, par l'adjonction d'une Faculté de médecine : on songea dès lors à la réalisation d'un projet depuis longtemps formé, celui de créer une nouvelle université.

Toutes les nationalités dont se compose l'empire réclamaient cette faveur. Ainsi, à Zara et à Trieste, on demandait une université italienne ; les Slaves du sud en désiraient une; les Tchèques également; la Moravie, de même, etc. Le gouvernement se décida pour Czernovitz. Le décret de fondation de cette université, qui porte le nom de François-Joseph, est du 30 septembre 1875.

Enseignement médical libre.

Voies urinaires. — M. le docteur H. Picard, commencera le jeudi 26 septembre, à une heure, à son dispensaire, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Technique microscopique. — M. le dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté à l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours, le lundi 30 septembre, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure de faire les analyses que réclame journellement la pratique médicale. Pour cela, ils répètent eux-mêmes toutes les expériences, et sont exercés individuellement. On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de midi à 4 heures.

Concours de l'internat. — Sur la réclamation d'élèves israélites qui, par suite de la fête du Grand-Pardon, n'auraient pu prendre part au concours de l'internat des hôpitaux de Paris, l'ouverture de ce concours annoncée pour le lundi 7 octobre courant, est remise au surlendemain 9 octobre à midi.

Crémation. — A dater du 1er octobre, la crémation des corps humains deviendra facultative à Gotha, où un édifice spécial a été construit dans ce but. — (*L'Union médicale*).

Nécrologie. — Les liens qui unissent le corps médical de Paris à celui de Lyon nous autorisent à nous associer aux regrets manifestés par nos confrères de cette ville à propos de la mort récente de M. Gromier, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon, médecin expert près les tribunaux. M. Emile Gromier, né à Bourg en 1810, débuta dans la carrière médicale en entrant par voie de concours à l'Ecole du Val-de-Grâce. Il fut à même d'y profiter de l'enseignement de Broussais, qui se l'attacha comme secrétaire particulier ; après avoir abandonné la médecine militaire, Gromier revint à Lyon et y concourut avec succès pour une place de médecin de l'Hôtel-Dieu.

Nommé en 1845, médecin expert près les tribunaux, Gromier conserva ces délicates fonctions pendant vingt-cinq ans : A la réorganisation de l'Ecole de Lyon, en 1854, Gromier fut successivement nommé suppléant de médecine, puis professeur de pathologie interne ; enfin, en 1877, à la création de la Faculté de Lyon, Gromier obtint la chaire de médecine légale à laquelle ses travaux spéciaux lui donnaient tant de droits.

C'est au moment où il allait pouvoir consacrer ses dernières forces à perpétuer par l'enseignement oral les méthodes qu'il avait éprouvées depuis plusieurs années, que la mort est venue frapper Gromier, et priver ainsi la nouvelle Faculté de Lyon d'un de ses professeurs les plus autorisés ; qu'il soit donc permis au *Progrès médical* de s'associer aux regrets du corps médical de Lyon et à la douleur d'un fils dont la collaboration lui a été précieuse. H. de B.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Jean-Baptiste Lechat, praticien distingué d'Evreux, mort dans sa cinquante-neuvième année. — (*Gazette hebd. de méd. et de chirurgie*).

En vente au PROGRÈS MÉDICAL, 6, rue des Écoles.

Manuel de la Garde-malade et de l'Infirmière

Publié sous la direction du Dr Bourneville.

PAR

MM. Blondeau, de Boyer, Ed. Brissaud, Budin, H. Duret, G. Maunoury, Monod, Poirier, P. Regnard, Sevestre et P. Yvon,
Rédacteurs du *Progrès médical*.

Mode de publication : Le Manuel de la garde-malade sera publié hebdomadairement, par livraison de 32 pages in-16 couronne, et sera composé de 20 livraisons qui formeront trois volumes contenant, dans leur ensemble, tout ce que la garde-malade et l'infirmière doivent savoir.

Prix de la livraison : **25** c. — Prix de l'ouvrage complet : **5** fr.

Nous recevons les souscriptions au bureau du *Progrès médical*. Les per-

© BIU Santé

sonnes qui souscriront avant la mise en vente, recevront FRANCO les livraisons au fur et à mesure de leur apparition. Aussitôt l'ouvrage terminé, le prix sera augmenté.

4e LIVRAISON : Des différentes espèces de bains (suite). — Des douches. — Appareils hydrothérapiques. — Importance des bains et des douches.

5e LIVRAISON : Des douches (fin). — Des topiques à l'état de gaz et de vapeur. — Des fumigations. — De la pulvérisation. — Des bains et des douches de vapeur. — Des bandages.

6e LIVRAISON : Des bandages (suite). — Appareils pour les fractures. — Pansement du séton. — De la saignée. — De la pose des sangsues. — Des ventouses sèches.

7e LIVRAISON : Des ventouses scarifiées. — Traitement de la gale. — Des moyens d'arrêter les hémorrhagies : saignements de nez, crachement et vomissement de sang. — Des thermomètres et de la température des malades. — Injections sous-cutanées.

Librairie J.-B. BAILLIERE et fils, 19, rue Hautefeuille.

FABRE (S. P.). — De l'élévation de la température dans les houillères, brochure in-8 de 15 pages, 1878. — Prix : 50 cent.

MARTEL (J.). — De l'accommodation en obstétrique, volume grand in-8 de 150 pages. Paris, 1878. — Prix : 3 fr. 50.

GIRARD DE CAILLEUX. — Rapport général avec tableaux statistiques du service des aliénés de la Seine pendant sa période d'installation, grand volume in-8 de 178 pages. — Prix : 6 fr.

Librairie et imprimerie A. CHAIX et Ce, 20, rue Bergère.

VAUTHIER (L.-L.). — Exposition universelle (Paris, 1878), cartes statistiques à reliefs, notice explicative. Paris 1878, brochure in-8 de 24 pages. — Prix : 1 fr.

C. COULET, éditeur, Grande-Rue, 5, à Montpellier.

GRASSET (J.). — Etudes cliniques et anatomo-pathologiques ; volume in-8 orné de 2 planches, de 52 pages, Montpellier, 1878. — Prix : 2 fr.

A. PARENT, 31, rue Monsieur-le-Prince.

CHATEAUFORT (D'A.). — Contribution à l'étude de la méningite spinale tuberculeuse, in-8 de 80 pages, 1878. — Prix : 2 fr.

VIARD (J. SÉNÈQUE). — De l'épilepsie d'origine syphilitique, volume in-8 de 126 pages, Paris, 1878. — Prix : 4 fr.

NICOLET (V.-J.-A.). — Lettres écrites du pied des montagnes ou réponse à la réponse du docteur Burggraeve, petite brochure in-8 de 8 pages de 1878, Aix-les-Bains, imprimerie A. Gérente.

LANDAU (L.). — Un coin de Paris, le cimetière Gallo-Romain, petite brochure in-8 de 31 pages, ornée de 10 planches. Paris, librairie Didier, 1878.

DAGONET (H.). — De la réorganisation du service des aliénés du département de la Seine, petite brochure in-8 de 22 pages, Paris, imprimerie E. Donnaud, 1878.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du Dr **Clin** renferme 0,20 Bromure de Camphre.
Chaque **Dragée** du Dr **Clin** renferme 0,10 Camphre par.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartez. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence** de **Santal**, associée au Copahu et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

NOTA. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

GROS : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du Dr Rabuteau régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules**.

Les Préparations du Dr **Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr **Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du Dr **Clin**.

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

SOLUTION

De Salicylate de Soude

Du Docteur Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris (PRIX MONTYON)

La Solution du Dr Clin, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Cette solution très-exactement dosée contient :

2 grammes de *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche
0,50 centigr. — — par cuillerée à café.

VENTE EN GROS . CHEZ **CLIN & Cie**, RUE RACINE, PARIS.

Détail dans toutes les Pharmacies.

Vacance médicale. — La commune de Betz (Oise), demande un médecin ; subvention : 1000 fr. ; Betz, chef-lieu de canton, se trouve entouré de communes formant une population de 4,000 habitants, qui n'ont pas de médecin. Pour tous renseignements s'adresser à M. le maire de Betz.

A céder bonne clientèle médicale, très-jolie petite ville, à 2 h. 1/2 de Paris (gare) ; conditions avantageuses. S'adresser chez M. Dubus, professeur, cité de la Mairie, 2, Montmartre-Paris.

Sirop gastrothénique anti-nerveux, d'écorces d'oranges amères au vin de Madère, de Blottière, pharm., rue de Sèvres, 56. Employé avec succès contre les *gastrites, gastralgies, coliques d'estomac et d'intestin, constipations, affections du cœur, hypochondrie, hystérie, scrofules, lymphatismes*, 5 fr.

Revue de littérature médicale, publiée par le Dr Félix BRÉMOND, paraissant tous les 15 jours en numéros de 32 pages, avec une photographie et un autographe d'une célébrité médicale. Prix de l'abonnement : 15 fr. par an pour toute l'Europe. Bureaux, 20, passage Saulnier, à Paris.

L'Hygiène contemporaine, *journal de la longévité humaine*, par le professeur GALOPIN. Journal bi-mensuel. Prix d'abonnement : 6 fr. par an pour toute l'Europe ; le port en sus pour les autres pays. Bureaux, 7, rue Magnan, à Paris.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 39. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 28 SEPTEMBRE 1878

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Contracture hystérique du poignet gauche. — Traitement par la production artificielle répétée d'une contracture du poignet droit. — Disparition de la contracture primitive. — Applications variées de l'électricité (1);

Par le Dr **Romain VIGOUROUX.**

On remarquera, sans qu'il soit nécessaire de nous arrêter longtemps sur ce point, la marche et la physionomie particulières de la maladie. Chez Pauline J.., la diathèse hystérique a fait explosion brusquement et sans que rien dans les antécédents ait pu la faire soupçonner. La cause occasionnelle a été un simple refroidissement, cause banale qui, chez un autre sujet, aurait donné lieu à une affection aiguë quelconque. Sous ce rapport, le cas présent peut être rapproché de ces cas d'hystérie locale de cause traumatique, signalés par M. Charcot. (V. la leçon reproduite dans le *Progrès médical* du 4 mai). Une fois déclarée, la maladie s'est manifestée par la plupart de ses symptômes caractéristiques ; nous disons la plupart, car les grandes attaques convulsives ont toujours fait défaut ; mais, avant l'apparition de la contracture, la douleur ovarienne, les troubles viscéraux, la céphalalgie de forme spéciale, constituaient un ensemble suffisamment significatif, lors même que l'anesthésie cutanée et sensorielle n'eût pas complété le tableau. Celle-ci, toutefois, ne s'est pas présentée sous cette forme d'hémianesthésie régulière que l'on est habitué à rechercher. L'abolition ou la diminution de la sensibilité siégeait bien exclusivement d'un côté, le gauche, mais elle était loin de l'occuper entièrement. Cette dissémination de l'anesthésie, sur laquelle M. Charcot insiste depuis longtemps dans ses leçons, est toujours intéressante à signaler comme pouvant embarrasser le diagnostic. M. Abadie a récemment (*Progrès* du 13 juillet) rapporté quelques cas empruntés à la pathologie oculaire et qui viennent à l'appui de ces considérations.

Mais, ne nous arrêtons pas sur ce côté, purement clinique, de l'observation ; ce que nous y voyons de principal, c'est la production artificielle d'une contracture ; celle-ci obtenue, il était naturel de se demander si l'on ne pourrait pas l'utiliser pour atténuer et finalement déplacer l'affection primitive, vue qui nous paraît avoir été justifiée par l'événement. Sans doute, il eût été préférable, pour la rigueur de la méthode, que le traitement eût consisté exclusivement dans la production artificielle de la contracture ; mais l'insuffisance de la faradisation en pareil cas est si bien établie, qu'on ne saurait attribuer à l'usage très-restreint qui en a été fait, une part essentielle dans le résultat.

D'ailleurs, la production d'une contracture aussi bien que l'utilisation de ce fait comme moyen thérapeutique, perdent leur apparence d'étrangeté si l'on se reporte aux notions récemment acquises sur certains phénomènes de l'hystérie.

On sait qu'il est possible de produire l'anesthésie chez les hystériques (par les applications de métaux et les moyens analogues) dans deux circonstances : ou bien en l'absence de toute altération actuelle de la sensibilité, ou dans le cas contraire, et alors l'anesthésie occupe des parties du corps qui semblaient être tout à fait normales. C'est ce que M. Charcot a appelé *anesthésie métallique*. La contracture provoquée est un fait de même ordre. Mais on ne peut pas l'obtenir chez toutes les hystériques indistinctement ; il faut, comme le fait remarquer M. Charcot, que la malade soit pourvue d'une prédisposition spéciale, c'est-à-dire qu'elle soit ou qu'elle ait été récemment affectée de contracture. En réalité, sur un nombre considérable d'explorations métalliques, magnétiques ou électriques, il ne nous est arrivé que deux fois (sans compter celle-ci) d'observer la contracture provoquée, et c'était chez deux malades qui présentaient, chacune, une contracture de date récente et de caractère d'ailleurs transitoire. Mais cette nécessité de la préexistence de l'état morbide qu'il s'agit de reproduire, n'a-t-elle pas lieu aussi pour l'anesthésie elle-même ?

Quant à l'influence possible de l'affection provoquée sur l'ancienne, elle était clairement indiquée par cet autre phénomène nouvellement étudié, le transfert. Il a été vu d'abord chez les hystériques ; c'est une sorte de balancement physiologique entre les deux moitiés latérales du corps, en vertu duquel certains phénomènes locaux de sensibilité, de température, etc., sont en général accompagnés d'une modification en sens inverse dans la région symétrique de l'autre côté du corps.

C'est sans doute à ce genre de mécanisme qu'il faut rapporter l'influence exercée dans notre cas par la production d'une contracture nouvelle sur la disparition de l'ancienne. La marche même de l'observation vient à l'appui de cette manière de voir : la contracture morbide n'a cédé que graduellement; à mesure qu'elle cédait, la contracture artificielle devenait de jour en jour plus facile à produire et plus tenace, si bien que si l'on n'avait pris le soin de plus en plus nécessaire de la faire disparaître, on aurait vu une contracture nouvelle, absolument semblable à l'ancienne, la remplacer d'une manière permanente dans le membre opposé.

Voilà les points essentiels de notre observation, mais il reste encore un certain nombre de détails utiles à signaler :

1° La simple application d'un aimant sur le côté sain a produit l'anesthésie, la contracture, etc., tandis que les moyens les plus variés, dirigés sur le côté malade, n'avaient donné lieu à aucune modification appréciable.

C'est là un exemple d'un fait général que nous avons eu occasion de vérifier bien souvent; le voici : supposons une hémianesthésie *gauche*, sur laquelle l'aimant, par exemple, se montre impuissant à ramener la sensibilité, eh bien, ce même aimant, appliqué à droite, y produira une anesthésie, laquelle, par un effet de transfert, sera accompagnée de l'apparition de la sensibilité à *gauche*. On aura donc obtenu, par une action indirecte, ce qu'on avait vainement demandé au même agent appliqué directement. Nous tirons de là le précepte d'agir toujours sur le côté le moins affecté, soit dans les explorations, soit dans le traitement par les nouvelles méthodes. Dans notre fait, quel résultat aurait-on obtenu si l'on s'était obstiné à agir directement sur la contracture?

2° On aura noté dans l'observation la marche singulière et sans rapport avec les conditions anatomiques du retour de la sensibilité dans le membre malade, et ensuite que le mouvement avait reparu successivement dans les diverses parties, suivant le même ordre. La sensibilité a, en outre, présenté dans sa manière d'être, sur les deux moitiés du corps, une anomalie ; il n'y a pas eu de transfert de la sensibilité. Dans les premières séances, en effet, on voit une anesthésie absolue envahir la main et l'avant-bras droits, sans que celle qui existe à gauche soit modifiée; et plus tard lorsque la sensibilité revient dans la main gauche elle n'est nullement diminuée dans la droite. Donc, pas de transfert

(1) Voir les nos 35 et 36.

© BIU Santé

de la sensibilité, et à ce propos faisons une remarque : on avait cru pouvoir conclure de quelques faits que le phénomène du transfert est caractéristique à l'hémianesthésie hystérique et qu'il manque dans celle de cause organique. Cette proposition ne peut, comme on le voit, subsister dans sa généralité ; d'une part, voici une hémianesthésie hystérique (incomplète) qui ne présente pas de transfert, et, d'autre part, nous avons vu récemment un cas d'hémianesthésie (par lésion cérébrale syphilitique) dans lequel le retour de la sensibilité, sous l'influence du barreau aimanté, était accompagné du transfert le plus évident. De plus, contrairement à ce qui avait paru constant dans les cas de ce genre, l'effet produit ne resta point permanent dès la première séance, il ne le devint que graduellement et, pour le dire en passant, il y eut en même temps une amélioration notable d'une hémiplégie avec athétose.

Dans les lignes qui précèdent nous avons soin de dire: transfert de la sensibilité et non transfert en général. Il faut se rappeler que les modifications produites par les agents tels que les métaux, l'aimant, etc., portent à la fois, mais d'une façon fort inégale, suivant les cas, sur quatre éléments principaux: la sensibilité (générale ou spéciale), la force musculaire, la tonicité vasculaire et la température d'où quatre espèces très-distinctes, et qui peuvent se produire indépendamment les unes des autres. Notre observation nous offre un exemple de cette disjonction, ainsi qu'on va le voir :

Dans les premières applications on constatait à la fois l'analgésie, le refroidissement, la diminution de tonicité des petits vaisseaux, l'abolition du pouvoir musculaire, et enfin la contracture. Dans les applications suivantes, l'analgésie s'est montrée de plus en plus faible, et dans les dernières la contracture était obtenue sans diminution concomitante de la sensibilité. Il en a été de même de l'abaissement de température qui, avant de cesser définitivement de se montrer, a été remplacé une fois ou deux par une élévation notable.

L'état de la circulation cutanée n'a été exactement observé que dans le commencement de la série d'expériences. Il y avait alors une diminution de la tonicité des petits vaisseaux, rendue évidente par l'hyperémie qui suivait la moindre excitation. Enfin, pour ce qui est du du pouvoir musculaire, la paralysie et la contracture n'ont pas cessé de se montrer; elles ont été de plus en plus rapides dans leur apparition et plus durables à mesure qu'elles se trouvaient diminuées du côté malade. Là sans doute s'est effectué le transfert ;

3° Remarque importante sur le mode de production de la contracture : quel que fût le point de l'avant-bras où l'on appliquait le faisceau aimanté, elle n'envahissait que les fléchisseurs. Si par exemple l'aimant était placé sur les extenseurs, ceux-ci conservaient leur souplesse malgré l'apparition de l'analgésie et après 12 ou 15 minutes, lorsque l'analgésie avait envahi le tégument de la face palmaire, les fléchisseurs se contracturaient. Lorsque l'application était faite directement sur les fléchisseurs, ceux-ci se prenaient beaucoup plus vite.

Il est à noter que l'analgésie ne s'est jamais étendue plus haut que le pli du bras, c'est-à-dire un centimètre environ au-delà du pôle supérieur de l'aimant, bien que sous tous les autres rapports le membre présentât l'image fidèle de l'état du côté malade. Nous n'avons jamais à cette occasion constaté la différence d'action des pôles vue par d'autres observateurs (D. Maragliano et G. Seppili, Rivista sperimentale di freniatria 1878) ;

4° Lorsque la contracture eut disparu à gauche, il devint possible de la rappeler par une simple application d'aimant. On voyait alors une simple reproduction de l'état antérieur;

5° Ce n'était pas seulement sur les avant-bras que l'on pouvait agir de cette manière. L'aimant appliqué sur la jambe gauche donna lieu à une contracture ; dans une première épreuve les deux pôles de l'aimant étant placés sur le péroné, la contracture débuta par le court péronier latéral, c'est-à-dire par un muscle non fléchisseur, mais qui se trouvait le plus proche du barreau. Une autre fois l'aimant fut placé sur la face postérieure de la jambe et les fléchisseurs furent seuls contracturés.

L'occasion a manqué de rechercher si des contractures pourraient être obtenues dans d'autres parties du corps. Cependant un courant faible (deux éléments) appliqué à deux reprises différentes sur la tête n'a produit aucun effet sur les muscles de la région.

Il ne faudrait pas croire, d'après ce qui précède, que l'aimant a, dans ce cas ou dans d'autres, une propriété spécifique de produire la contracture. Ainsi, chez Pauline, on a constaté une identité absolue d'action entre l'aimant et le courant galvanique.

Exp. I. — Un courant descendant de 30 éléments Trouvé, les électrodes étant sur la face antérieure de l'avant-bras droit produit rapidement la contracture avec refroidissement marqué de la main.

Exp. II. — Le même courant appliqué sur la face dorsale de l'avant-bras gauche n'a aucun effet sur les extenseurs, mais contracture énergiquement les fléchisseurs.

Exp. III. — Un courant ascendant de 2 éléments produit aussi la contracture à droite.

Qu'on ne s'étonne pas de voir des courants, aussi différents de direction et d'intensité, donner des résultats absolument pareils. L'expérience suivante peut expliquer cette singularité.

Exp. IV et V. — On pratique l'excitation *unipolaire proprement dite*, c'est-à-dire que l'on touche l'avant-bras avec une électrode communiquant avec le pôle négatif d'une pile de 80 éléments humides de Trouvé, le pôle positif restant isolé (1). La contracture survient comme précédemment, et l'on observe cette particularité qu'elle est accompagnée d'une analgésie prononcée, bien qu'à cette époque du traitement (24 juillet) la sensibilité ait depuis longtemps cessé d'être influencée. On obtient le même résultat en se servant d'une pile sèche de Zamboni qu'on fait toucher par son extrémité étain (pôle négatif).

Exp. VI. — La malade est placée sur le tabouret isolant et tenue pendant 25 minutes en communication avec la machine électrique. Il ne se produit rien de notable.

Ensuite, sans lui faire quitter sa position, on dirige le *souffle électrique* sur la partie externe de l'avant-bras droit. Presque aussitôt la contracture des fléchisseurs commence à se manifester et ne tarde pas à atteindre son maximum. Elle cède ensuite à des étincelles tirées de divers points du membre.

Exp. VII. — En répétant cette expérience le jour suivant, on commence par diriger sur la face palmaire des étincelles qui déterminent des secousses dans les fléchisseurs, mais pas de contracture ; celle-ci se manifeste dès que l'on emploie le *souffle*. Voici au juste ce que désigne cette dernière expression : le patient est placé sur le tabouret isolant et mis en communication avec le conducteur de la machine ; on approche de lui une pointe métallique, pas assez pour qu'il en jaillisse des étincelles, mais assez pour que la pointe donne issue à l'électricité dont il est chargé. Le mouvement d'air électrisé qui se fait donne, en effet, au patient la sensation d'un souffle. Ce mode de décharge électrique diffère de l'étincelle en ce qu'il est lent, continu et à peu près uniforme.

Cette expérience nous paraît mettre bien en lumière ce qu'il y a d'essentiel, soit dans la production de la contracture pour le cas qui nous occupe, soit dans les phénomènes métalloscopiques en général : c'est une variation *locale* et *durable* de la tension électrique. L'action physiologique, à laquelle donne lieu cette variation locale, peut s'étendre plus ou moins, mais elle fait partie d'un autre ordre de faits.

Mais si nous pouvons concevoir de cette manière le rôle de l'électricité dans ce genre de phénomènes, nous ne devons pas oublier qu'ils peuvent être obtenus par des procédés où l'électricité n'intervient pas, du moins directement. Ainsi pour nous borner au cas présent, nous avons produit la contracture chez notre malade au moyen du froid.

(1) Ce mode d'électrisation n'est pas nouveau, comme nous l'avions cru à tort. M. le professeur Erbnau apprend qu'il a été employé, il y a quelques années, par le docteur B. Radcliffe de Londres. (Communication verbale).

© BIU Santé

Exp. VIII. — Un morceau de glace est promené sur la face antérieure de l'avant-bras droit. La peau rougit fortement et la contracture commence presque de suite.

Exp. IX. — La malade ayant été soumise à l'hypnotisation au moment où elle venait d'être délivrée de sa contracture provoquée, celle-ci se reproduisit très-forte et persista après la cessation du sommeil.

Mais voici un autre genre d'excitation qui est peut-être nouveau et qui en tout cas nous paraît instructif. Nous nous étions assuré que le contact d'un corps sonore, maintenu en vibration, produisait sur les hystériques et sur d'autres malades, exactement les mêmes effets que les métaux, l'aimant et l'électricité (l'application peut d'ailleurs être locale ou générale) ; nous avons donc fait, au point de vue de la contraction, les expériences suivantes :

Exp. X. La main repose par sa face palmaire sur le support de bois du diapason d'un chronographe, mis en action par un électro-aimant et donnant 100 vibrations doubles par seconde. La contracture se manifeste après 10 minutes; elle est accompagnée d'engourdissement et d'analgésie.

Pour l'application générale, nous nous sommes servi d'un gigantesque diapason mis obligeamment à notre disposition par le savant constructeur d'acoustiques, M. Kœnig. La caisse de résonnance de l'instrument a environ 1 mètre 20 cent. de largeur et 40 cent. de hauteur. Elle offre, en outre, assez de solidité pour qu'un malade puisse y prendre place assis ou debout. Les tiges vibrantes sont mises en mouvement au moyen d'un archet et fournissent 63 vibrations doubles par seconde. On fait par ce moyen disparaître une hémianesthésie aussi facilement qu'avec la machine électrique, mais un peu moins vite peut-être. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans le détail des autres phénomènes observés.

Exp. XI. Pauline J. s'assied sur la caisse et trois quarts d'heure se passent sans qu'il se produise rien de notable. On la fait alors se placer sur une chaise à côté de la caisse sur laquelle elle pose sa main droite. La contracture se produit en 15 minutes.

On voudra bien remarquer l'analogie qui existe entre cette expérience et celle mentionnée plus haut du tabouret électrique. Dans toutes deux on n'a rien obtenu avec une certaine action *générale*, tandis que la *même* action a promptement donné le résultat attendu dès qu'elle a été *localisée*.

En voyant le nombre et la diversité des agents aptes à produire les phénomènes métalloscopiques en général, et spécialement la contracture dans le cas que nous venons de relater, on est tenté de se demander s'il n'entre pas un peu d'arbitraire dans le choix de ces agents et, si après tout une excitation quelconque ne pourrait pas les remplacer tous.

Voici quelques faits propres à écarter ce doute : nous avons vainement essayé de produire la contracture chez notre malade en présentant le barreau aimanté par sa ligne neutre, en imitant le souffle électrique au moyen d'insufflations prolongées faites avec un pulvérisateur, en faisant des applications métalliques : fer, cuivre, étain etc.

Quelle que soit l'opinion que l'on se forme sur ces points de théorie, la partie essentielle de cette observation n'en subsiste pas moins ; nous la résumerons ainsi : possibilité de produire dans un but thérapeutique une contracture chez les hystériques qui présentent déjà cette affection. Ce fait offre la plus grande analogie avec l'anesthésie métallique, ce qui donne à penser qu'il n'est pas isolé et qu'il sera également possible de reproduire les autres accidents locaux de l'hystérie. En second lieu, probabilité d'une influence favorable de l'affection provoquée sur la marche de l'affection morbide. Ces deux points, si d'autres observations venaient les confirmer, ne constitueraient rien moins qu'une méthode thérapeutique nouvelle, dont l'emploi, dût-il être limité à la contracture hystérique, ne serait pourtant pas sans importance. On ne sait que trop que le traitement rationnel de la contracture est encore à trouver et que le plus souvent le praticien n'a que le choix entre une expectation indéfinie, ou une opération chirurgicale blâmée par les plus grands chirurgiens (Brodie, dans la leçon citée de M. Charcot).

Voilà pour la méthode. Nous ne arrêterons pas à parler des procédés, cependant nous ferons remarquer le rôle joué dans cette observation par l'électricité statique. Nous savions déjà qu'elle possède les propriétés physiologiques des métaux, de l'aimant et des courants faibles, mais avec un degré supérieur d'énergie et de sûreté ; des faits déjà assez nombreux nous permettent d'avancer que par ses propriétés thérapeutiques, elle se place également en première ligne.

Nous aurons probablement à revenir sur l'histoire ultérieure de notre malade.

TOXICOLOGIE

De l'arsenic contenu dans l'air des appartements,

Par le professeur Dr **H. FLECK**, président du laboratoire central de chimie pour l'hygiène publique, à Dresde.

Traduction résumée d'après le journal *Zeitschrift für Biologie*, 1872, par **M. Charles BAYE.**

Souvent des poussières arsénicales se détachent des couleurs vertes appliquées sur les murailles des appartements, sur les tentures et sur les tapis. Que des empoisonnements se produisent alors, il n'y a là rien qui doive surprendre. Maintes fois, ils ont été constatés de la manière la plus décisive. Aussi l'auteur n'insiste-t-il point; il lui suffit de rappeler les recherches de Philips, de Bunsen, d'Oppenheim, etc., confirmées par les essais de Kletzinsky et de von Fabian qui ont décelé l'arsenic dans l'urine des malades.

Des phénomènes plus curieux ont été observés : les symptômes de l'empoisonnement par l'arsenic se sont manifestés chez des personnes habitant des chambres où les couleurs, mieux fixées, ne pouvaient pas abandonner de poussières vénéneuses. Basedow a même senti l'odeur alliacée qui caractérise l'arsenic,dans des chambres où deux couches nouvelles de couleurs inoffensives avaient été appliquées sur le vert arsénical.

Les matières colorantes, à l'arsenic, employées comme enduits de murailles,dégagent-elles un gaz arsénifère? Dans quelles conditions agissent-elles ainsi? L'auteur ayant posé ces questions dont l'examen est l'objet de son mémoire, rappelle le mode de préparation du vert de Schweinfurt (employé par lui dans une partie des expériences qui vont être décrites plus loin) et fait observer que tout vert de ce genre renferme, à l'état de mélange, de l'acide arsénieux libre, bien qu'en petite quantité.

La présence de l'acide arsénieux libre est très-facile à reconnaître. Voici comment opère M. Fleck. Il délaie un échantillon de vert de Schweinfurt, avec de l'eau, en une bouillie peu épaisse, qu'il introduit dans l'exsiccateur, au-dessus de l'acide sulfurique. Pendant l'évaporation de l'eau, la matière colorante se recouvre de dépôts blancs, cristallins, qui apparaissent, au microscope, sous forme d'octaèdres transparents : c'est de l'acide arsénieux. M. Fleck en a trouvé 0.21 0/0 dans les échantillons d'excellent vert de Schweinfurt, préalablement lavé à l'eau distillée qui ont servi aux essais suivants.

Par conséquent, le vert de Schweinfurt doit être considéré comme un mélange formé par la combinaison chimique proprement dite d'arsénite et d'acétate d'oxyde de cuivre, et par des quantités variables d'acide arsénieux libre, dont la présence a une importance particulière relativement aux empoisonnements chroniques par l'arsenic.

Avoir reconnu cette composition était nécessaire pour démêler, au moyen d'essais appropriés, le mode d'intoxication de l'air des appartements, par ce mélange et pour arriver en même temps à des résultats plus généraux. Nous laissons la parole à l'auteur.

© BIU Santé

1° Une cloche de verre de 5 litres de capacité, terminée en col de bouteille, à sa partie supérieure, a été revêtue de papier sur lequel était étendue une couche de vert de Schweinfurt assez épaisse pour qu'il y eût par chaque centimètre carré de surface 15 milligrammes d'acide arsénieux combiné. Pour fixer la matière colorante sur le papier et le papier sur la paroi interne du verre, je me suis servi de colle de fécule de pomme de terre.

Aussitôt après avoir été revêtue de cette tenture, la cloche a été appliquée sur une plaque de verre interceptant bien la communication avec l'air, puis elle a été fermée, à la partie supérieure, au moyen d'un bouchon percé de deux trous qui a reçu deux tubes de verre recourbés à angle droit. La branche verticale de l'un de ces tubes descendait jusqu'à un centimètre au-dessus du fond de la cloche ; la branche verticale de l'autre aboutissait un peu au-dessous du bouchon. A ce dernier étaient appendues des bandes étroites de papier de tournesol neutre, violet. J'ai bouché solidement les orifices extérieurs des deux tubes de verre, et j'ai abandonné à elle-même la cloche ainsi préparée, maintenue complétement humide à l'intérieur par l'humidité de la colle et hermétiquement séparée de l'extérieur.

2° J'ai secoué un flacon de verre avec un mélange encore chaud d'excellente gélatine et de vert de Schweinfurt, de telle sorte que le fond et les parois se sont recouverts d'une couche d'enduit de même épaisseur, puis j'ai fermé hermétiquement ce flacon, comme la cloche de l'essai 1, au moyen d'un bouchon muni de tubes de verre et de bandes de papier de tournesol.

3° J'ai placé, sous une cloche de verre, de la même grandeur que dans l'essai 1, une capsule de porcelaine, dans laquelle du vert de Schweinfurt avait été trituré avec de l'eau distillée, en une bouillie épaisse ; la cloche a été fermée comme dans l'essai 1.

4° Une capsule de porcelaine, contenant de l'acide arsénieux pulvérisé, trituré en bouillie avec de l'eau distillée, a été placée sous une cloche de verre de deux litres de capacité. Cette cloche a été fermée comme celle de l'essai 1.

Les essais ainsi préparés devaient fournir la réponse aux questions suivantes :

a. En ce qui concerne les essais 1 et 2, le vert de Schweinfurt d'une chambre dont les tentures renferment cette matière colorante, se décompose-t-il sous l'influence de l'humidité et de la substance organique agglutinante, de telle sorte que l'arsenic se dégage à l'état gazeux dans l'air ?

b. Les essais 3 et 4. Peut-il se dégager de l'arsenic dans l'air de la chambre, en l'absence de matières agglutinantes organiques et sous la seule influence de l'humidité ?

c. De quelle nature sont alors les combinaisons arsénicales mélangées à l'air.

Les vases à expérience étant hermétiquement fermés, ainsi qu'on l'a fait observer à plusieurs reprises, et la température de la chambre étant de 17.5— 18 degrés C., des dépôts d'humidité n'ont pas tardé à apparaître dans le col, semblable à un col de bouteille, de la cloche enduite comme il a été dit, et sur les parois de la cloche de verre non enduite de colle. De plus, dans les essais 1 et 2, le papier de tournesol commençait au bout de trois jours à devenir rouge de bas en haut ; ce même changement de couleur apparaissait, dans l'expérience 3, au bout de 24 heures, dans l'expérience 4, au bout de 6 heures environ ; dans les essais 1 et 2, la couleur est revenue au bleu ou au violet, et au bout de quelques jours a viré de nouveau au rouge. Ce changement de couleur du papier de tournesol se reproduisait constamment dans les vases où se trouvaient des épaississants organiques ; il n'avait pas encore cessé, au bout d'un laps de temps de six semaines, tandis que la coloration rouge du papier de tournesol persistait dans les récipients 3 et 4, qui ne contenaient pas de substances organiques.

Dans la cloche 1, revêtue d'empois d'amidon et d'une tenture arsénicale, des moisissures se sont montrées bientôt entre cette dernière et la paroi du verre, phénomène qui contredit la supposition souvent émise, selon laquelle la présence de l'arsenic empêcherait la formation des moisissures ; l'odeur de la cloche accusait nettement ces champignons ; l'odeur douceâtre et repoussante de la gélatine putréfiée se faisait sentir, au contraire, pendant l'expérience 2. Jamais au cours de ces essais, on n'a perçu l'odeur de l'ail.

Pour rechercher l'arsenic dans l'air des cloches, on a opéré comme il suit :

Cloche de verre 1. — Cette cloche avait été abandonnée trois semaines à elle-même et pendant ce temps le papier de tournesol qui y était suspendu avait pris, comme je l'ai déjà dit, des nuances constamment variables ; les orifices extérieurs des tubes de verre traversant le bouchon ont été débouchés et le tube à courte branche a été relié à l'aspirateur de Bunsen, un vase à absorption était disposé sur le trajet ; le second tube communiquait directement avec l'air de la chambre. L'action de l'aspirateur était réglée de telle sorte qu'un litre d'air traversât la cloche en trois minutes, de telle sorte, par conséquent, que 480 litres d'air y passassent en 24 heures. Le contenu de la cloche devait se renouveler 96 fois pendant ce laps de temps.

J'employais, comme vase à absorption, l'appareil de grandes dimensions, à absorber et à laver les gaz, que j'ai décrit dans le *Journal für praktische Chemie*, année 1871, page 349. J'y ai versé 150 centimètres cubes d'eau distillée que l'air de la cloche a dû traverser pendant 24 heures.

Au bout de ce temps, l'intérieur de la cloche était encore couvert d'humidité. J'ai alors introduit l'eau d'absorption, mélangée d'acide sulfurique exempt d'arsenic, dans l'appareil de Marsch et j'ai fait passer l'hydrogène dans une solution d'argent étendue ; la pureté du zinc employé avait été contrôlée au préalable par un dégagement de gaz prolongé une heure durant. La solution d'argent s'est considérablement troublée ; au bout de 15 minutes, elle était complétement sombre. La liqueur qui en a été séparée par filtration a donné avec l'ammoniaque la coloration très-nette de l'arsénite d'argent.

Flacon de verre 2. — Après avoir été conservé pendant trois semaines, il a été réuni avec l'aspirateur de la même manière que la cloche précédente. Mêmes réactions et mêmes phénomènes que dans la cloche 1.

Cloche de verre 3. —Au bout de huit jours, elle a été reliée à l'aspirateur et son atmosphère a été entraînée ; la réaction chimique sur la solution d'argent a été très-faible.

Cloche de verre 4. — Elle ne contenait que de l'acide arsénieux ; pour fixer les parcelles qui avaient pu être entraînées pendant le passage du courant gazeux, j'ai ajouté à l'eau d'absorption un peu de potasse caustique. Le liquide, au bout de 24 heures d'absorption, a été traité dans l'appareil de Marsch, mais il n'a fourni qu'un résultat complétement négatif. La solution d'argent n'a pas présenté *le moindre trouble*, même au bout de deux heures d'action du gaz hydrogène.

Des expériences disposées de cette manière, il résulte que l'air d'appartements humides dont les murailles sont recouvertes de vert de Schweinfurt peut contenir de l'arsenic, même sans que ce vert se réduise en poussière.

Cette première série d'expériences ne permettait encore de tirer aucune conclusion relativement à la forme de combinaison de l'arsenic qu'elles révèlent. Mais la coloration rouge intense du papier de tournesol dans l'essai 4 où j'avais employé de l'acide arsénieux pur humecté d'eau indiquait que l'humidité de la cloche devait contenir un acide libre, à l'état de vapeur, et qu'on réussirait à entraîner cet acide avec l'humidité, dès que l'on ferait passer de l'air desséché, à travers la cloche.

D'autre part, une nouvelle série d'essais était nécessaire pour indiquer sous quelle forme de combinaison l'arsenic était mélangé à l'atmosphère emprisonnée dans les expériences 1, 2 et 3. A cet effet, j'ai versé dans le vase à absorption, au lieu d'eau distillée, 150 centimètres cubes de solution d'argent (une partie de nitrate fondu pour 100 parties d'eau), puis j'ai disposé en avant du récipient un vase rempli de chlorure de calcium, à travers lequel l'air de la chambre était forcé de passer pour se dessécher complétement avant d'entrer dans ledit récipient. En outre, j'ai inséré entre ce dernier et le vase à absorption rempli de solution d'argent, un tube de verre parfaitement sec, de 30 centimètres de longueur environ, dans lequel se condensait immédiatement l'humidité sortant de la cloche. La siccité complète de ce tube devait indiquer le moment où le contenu du récipient serait également sec.

Le mouvement de l'air a eu lieu avec la même vitesse que dans la première série d'essais (20 litres par heure) ; il n'était pas possible que, dans ces conditions, du vert d'arsenic ou de l'acide arsénieux fût entraîné à l'état de poussière. Le tube de verre inséré entre le récipient et le tube à absorption était chaque fois examiné avec soin, après sa dessiccation complète. Les parois internes restaient toujours absolument transparentes, et l'on n'y reconnaissait à la loupe aucune apparence de résidu d'évaporation. L'ordre des essais a été le même que dans la première série.

Dans les essais 1, 2, 3 et 4, l'air a passé pendant 24 heures ; au bout de ce laps de temps, la solution d'argent employée comme liquide d'absorption était complétement

© BIU Santé

transparente, mais, lors des expériences 1 et 2, un enduit d'argent, faible et gris, s'était formé à l'intérieur du tube de verre du vase à absorption, tube traversé en premier lieu par le gaz, ainsi que dans le vase lui-même. C'est ce précipité qui se forme quand de l'hydrogène très-faiblement souillé d'hydrogène arsénié, pénètre de l'appareil de Marsch dans la solution d'argent. Les expériences 3 et 4 n'ont présenté aucun phénomène analogue.

La solution d'argent complétement éclaircie et, dans les essais 1 et 2, débarrassée par filtration, de l'argent précipité, a été portée dans des vases à repos élevés, et y a été additionnée avec précaution d'ammoniaque en solution aqueuse. *Il y a eu, dans les expériences* 1 *et* 2, *une séparation évidente d'arsénite d'argent*. Cette séparation doit être attribuée à la réaction de l'hydrogène arsénié sur le nitrate d'argent dissous. Deux parties, en poids, d'argent précipité correspondent à peu près à une partie d'arsénite d'argent et indiquent un quart de partie d'hydrogène arsénié. Pendant ces expériences, l'intensité de couleur des enduits des parois de la cloche n'avait aucunement diminué ; il n'y avait donc pas lieu d'admettre que la combinaison arsénifère, le vert de Schweinfurt, se fût décomposée. L'apparition d'hydrogène arsénié dans l'atmosphère de la cloche doit donc être attribuée tout d'abord à la réaction des matières agglutinatives organiques sur l'acide arsénieux, qui est contenu dans le vert de Schweinfurt, auquel il est mécaniquement mélangé. Ce qui en fait foi également, c'est cette circonstance : la quantité de gaz hydrogène arsénié, qui s'était formée dans la cloche 1, en 3 semaines, calculée d'après la quantité d'argent séparé, ne comportait pas plus de 0 milligr. 32 = 0 centim. cube 01 dans 5 litres d'air (= 0. 2 0/0 en volume).

Quant à la coloration rouge permanente du papier de tournesol suspendu, dans les expériences 3 et 4, elle a prouvé qu'indépendamment de l'hydrogène arsénié, une substance à réaction acide était encore mélangée à l'atmosphère de la cloche. Dans l'expérience 3 c'était de l'acide acétique. Pour l'expérience 4, où je n'avais employé que de l'acide arsénieux mélangé avec de l'eau distillée, j'ai soupçonné d'abord que l'acide arsénieux pouvait se diffuser dans la vapeur d'eau et lui communiquer une réaction acide. S'il en avait été ainsi, le liquide d'absorption aurait dû contenir aussi de l'acide arsénieux. En répétant trois fois l'expérience, j'ai obtenu chaque fois des résultats négatifs ; aucune trace d'arsenic de l'acide arsénieux n'avait été volatilisée avec la vapeur d'eau. Pour reconnaître la cause de la coloration rouge, j'ai arrosé et épuisé avec de l'eau distillée, dans des vases de verre, le papier de tournesol rougi ; le chlorure de barium a produit dans cette eau un précipité très-net de sulfate de baryte, ce qui prouve que l'acide arsénieux ayant servi à l'expérience, acide produit du reste par grillage de minerais sulfurés, renfermait des traces d'acide sulfureux libre. En même temps l'absence d'acide sulfurique avait été constatée dans du papier à filtre suédois imbibé d'une solution alcoolique de tournesol, c'est-à-dire tel qu'il était employé au laboratoire.

Après avoir obtenu ces résultats, il ne restait plusqu'à prouver directement que les matières agglutinatives organiques, employées pour tapisser les chambres, déterminent un dégagement d'hydrogène arsénié, en réagissant sur l'acide arsénieux libre.

A cet effet, 5 grammes d'acide arsénieux ont été mélangés avec de l'empois préparé au moyen de 2 grammes d'amidon de froment, et introduits dans un matras de 0 litre 5 de capacité ; ce dernier a été bouché de la manière décrite dans les expériences précédentes, et du papier de tournesol bleu a été suspendu à l'intérieur. Au bout de trois jours, des points bleus se sont montrés sur le papier, absolument comme dans l'expérience 1 ; ces points se sont agrandis et ont recouvert peu à peu tout le papier. Au bout de huit jours une formation très-nette de moisissures s'est développée aux endroits qui avaient d'abord bleui. Ce dernier phénomène aurait prouvé que l'atmosphère du matras était exempte d'arsenic, si l'on s'en était rapporté à une opinion très-répandue d'après laquelle l'arsenic et ses combinaisons seraient un poison pour les moisissures ; mais cette opinion a été complétement réfutée par un phénomène encore plus frappant. Le matras hermétiquement fermé, ayant reposé pendant quatre semaines, tout le mélange d'acide arsénieux et d'empois d'amidon était recouvert d'épaisses moisissures et la végétation apparaissant au bord supérieur du mélange, sur la paroi du verre, était revêtue d'un anneau sombre d'arsenic métallique cristallin. *Il y avait donc eu réduction de l'acide arsénieux pendant la végétation des champignons de moisissures. Cette expérience résout en même temps complétement la question : l'acide arsénieux est-il ou n'est-il pas un poison pour les champignons ?*

Le bleuissement complet du papier de tournesol au voisinage des foyers des champignons produits par l'acide arsénieux, ne laisse aucun doute sur leur teneur en azote, et prouve que les champignons exhalent de l'ammoniaque.

L'analyse de l'atmosphère du matras, l'étude de l'influence exercée par son contenu sur l'air qui l'avait traversé, ont été faites de la manière qui a été décrite et ont révélé : tant que de l'air atmosphérique passe lentement sur un mélange d'acide arsénieux et d'empois d'amidon, il se dégage de l'hydrogène arsénié ou une combinaison qui agit chimiquement d'une manière analogue, mais il n'y a pas d'acide arsénieux qui soit entraîné dans l'air par diffusion. La quantité de la combinaison arsénicale formée est très-faible, et l'on ne peut reconnaître en elle de l'hydrogène arsénié que par la façon dont son mélange avec l'air se comporte en présence d'une solution d'argent; car la réaction indiquée par Husson pour l'hydrogène arsénié (faire passer le mélange gazeux sur de l'iode finement divisé, et produire de l'iodure jaune d'arsenic) a donné un résultat négatif, parce qu'ici le courant d'air accélérait la volatilisation de l'iode.

Il restait encore à prouver que le mélange d'empois et d'acide arsénieux dégageait aussi de l'hydrogène arsénié dans l'air de la chambre humide et stagnant. La solution alcaline d'argent, introduite par l'auteur comme réactif pour la détermination des substances organiques dans les eaux de pluie et les eaux courantes, a rendu d'excellents services pour la reconnaissance de cette combinaison gazeuse.

Une goutte de cette solution a été suspendue à l'extrémité d'un tube de verre : 1° à l'intérieur d'un matras rempli d'air pur et fermé par un bouchon ; 2° dans un courant d'hydrogène pur, dont la source était de l'amalgame de sodium ; 3° dans le matras pourvu de l'acide arsénieux et du mélange d'empois d'amidon, et enfin ; 4° dans un vase où du gaz hydrogène se dégageait en présence de 0 milligr. 1 d'acide arsénieux.

Dans les expériences 1 et 2, la goutte est restée transparente et incolore; dans l'expérience 4, elle s'est noircie immédiatement, et dans l'expérience 3, sa surface inférieure était complétement noire au bout de 24 heures ; la partie supérieure s'était colorée en rouge brun. Ce dernier phénomène qui, avec le temps, a acquis plus d'intensité, *ne laisse plus aucun doute sur la présence de l'hydrogène arsénié dans l'air d'une chambre* où le vert de Schweinfurt recouvre, soit les murailles soit les tapis; il accuse et révèle une cause d'empoisonnements chroniques, autre que l'arsenic en poussière, mélangé mécaniquement à l'atmosphère de la chambre : l'hydrogène arsénié gazeux, diffusé, produit de décomposition de l'acide arsénieux libre du vert de Schweinfurt. Les expériences qui ont été instituées prouvent, en outre, que le dégagement de l'hydrogène arsénié a lieu surtout sous l'influence de l'humidité de la chambre et des matières organiques, notamment des substances agglutinatives de cet ordre; elles témoignent enfin que le dégagement du gaz est possible partout où des matières organiques se rencontrent avec de l'acide arsénique libre, conséquence qui peut être étendue aussi aux couleurs d'aniline arsénifères des tapis et tentures.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

La statistique médico-chirurgicale du Nouvel Hôtel-Dieu.

Tout le monde a gardé le souvenir des gros volumes que M. Husson a fait publier sous le nom de *Statistique des hôpitaux de Paris* ; tout le monde sait aussi que ces volumes, remplis d'erreurs de tout genre, n'ont jamais été et ne seront jamais que d'un médiocre secours aux gens qui veulent faire des travaux sérieux. Depuis cette tentative malheureuse, les directeurs qui se sont succédé, plus soucieux sans doute que leur prédécesseur des finances de l'Assistance publique et ne briguant pas, comme lui, de siége à l'Institut, n'ont plus rien fait dans cette voie. De leur côté, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux n'ont pas songé à reprendre cette œuvre, qu'il importe cependant de mener à bien en l'exécutant, cette fois, avec toute la rigueur scientifique désirable. L'an dernier (*Progrès médical*, n° 32), nous avons déjà appelé, sur cette question, l'attention du public médical, à propos de l'inauguration du Nouvel Hôtel-Dieu. Voici ce que nous disions :

Le nouvel Hôtel-Dieu renferme déjà un grand nombre de malades ; des opérations chirurgicales vont y être faites ou y ont peut-être même été faites. Le moment est donc venu de prendre aussi soigneusement que possible tous les renseignements nécessaires pour établir jour par jour une *statistique*, non pas administrative, mais *scientifique* du nouvel hôpital. Assurément, l'attention des médecins et des chirurgiens a déjà été attirée sur ce point et nous ne doutons pas qu'ils ne tiennent à cœur de surveiller eux-mêmes le plus scrupuleusement possible la confection de cette statistique. Ce sera d'ailleurs pour eux une occasion de se réunir, de se faire part de leurs impressions sur le fonctionnement des divers services de l'hôpital. Tous connaissent les magnifiques *Reports* que publient annuellement les grands hôpitaux de Londres. L'inauguration du nouvel Hôtel-Dieu fournit une occasion tout à fait favorable pour l'introduction de cette excellente habitude chez nous.

Le nouvel Hôtel-Dieu est entré, depuis bientôt deux mois, dans sa seconde année. Nous craignons fort que le désir exprimé par nous ne soit pas parvenu jusqu'aux médecins et chirurgiens de cet hôpital, et qu'ils n'aient pas réuni ou fait réunir tous les éléments d'une bonne statistique médico-chirurgicale. Nous le regrettons moins pour eux que pour la réputation du corps médical des hôpitaux. Déjà, du reste, cette négligence a été constatée par les médecins et les chirurgiens étrangers qui, dans ces derniers temps, sont venus visiter le nouvel Hôtel-Dieu, et l'un des principaux journaux anglais, le *Bristish medical Journal*, s'est même fait l'écho des réflexions émises à ce sujet.

« Il est très-malheureux, dit l'auteur de l'article intitulé : *M. Alphonse Guérin à l'Hôtel-Dieu*, que les statistiques chirurgicales des hôpitaux français ne soient pas confiées à un chirurgien, comme dans les hôpitaux anglais. Là, le *Surgical Registrar* a le devoir d'enregistrer avec l'impartialité la plus rigoureuse tous les cas reçus à l'hôpital et d'indiquer leurs résultats précis. Les notes cliniques des hôpitaux français n'ont ni suite, ni permanence. Les internes en chirurgie qui se succèdent dans un même service, conservent des notes dont la perfection numérique est souvent contestée. La succession des internes d'une part, d'autre part l'usage de feuilles volantes qui souvent sont emportées au dehors, donnent lieu à des omissions regrettables... »

Ce mal n'est pas irréparable. Avec un peu de bonne volonté, on parviendrait à établir une statistique passable des résultats obtenus dans le nouvel Hôtel-Dieu durant sa première année et, dès maintenant, il serait possible de recueillir les matériaux pour la seconde année. Il n'est pas un interne des hôpitaux qui, sur la demande d'un chef de service exact, dévoué à ses malades, à ses élèves, ne consente à prendre toutes les notes nécessaires pour une statistique parfaite. Il va de soi, naturellement, que le chef de service devra revoir régulièrement, et le plus souvent possible, les documents recueillis par son interne. Lorsque chaque chef de service aura des documents précis sur les malades qu'il a soignés, il sera très-facile de faire une statistique complète des malades reçus, durant l'année, dans tout l'hôpital, et des résultats obtenus.

Les médecins et les chirurgiens de l'hôpital Ménilmontant, qui doit s'ouvrir dans la deuxième quinzaine d'octobre, prévenus de la mauvaise impression produite par l'absence de statistiques au nouvel Hôtel-Dieu, ne commettront pas la même faute que leurs anciens, et à la fin de l'année 1879, si nous n'avons rien pour l'Hôtel-Dieu, nous avons le ferme espoir que nous aurons la *statistique de l'hôpital Ménilmontant*.

B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 septembre 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. PLANCHON fait la lecture de plusieurs rapports officiels sur les remèdes secrets.

M. BOULEY lit le résultat d'une contre-expertise qu'il a faite et de laquelle il ressort nettement combien il est regrettable et funeste de confier les fonctions d'inspecteur de la boucherie à des hommes inexpérimentés. Voici le fait. Un fermier, sur le rapport d'un inspecteur de la boucherie, non pourvu du diplôme de médecin-vétérinaire, est condamné à six jours de prison et vingt-cinq francs d'amende, pour avoir vendu un veau dans des conditions telles que la putréfaction est survenue quelques heures après la mort.

L'inspecteur, après avoir pratiqué l'autopsie de l'animal, relate non-seulement la décomposition des tissus, mais aussi des lésions des plèvres et du péritoine, notamment des ecchymoses. Or, il est avéré que le veau s'est échappé de son étable et s'est livré dans la cour de la ferme à une course folle et prolongée, à la suite de laquelle il est tombé épuisé. Le propriétaire s'empressa alors de le tuer et de le vendre dans le but d'en retirer le meilleur bénéfice possible. La putréfaction rapide est-elle le résultat d'une maladie antérieurement contractée et doit-elle être imputée au fermier? A ces deux questions, l'inspecteur de la boucherie, non-vétérinaire, répondait par l'affirmative et concluait à la culpabilité du propriétaire de l'animal ; M. H. Bouley, au contraire, rétorquait ces affirmations et prouvait, avec des preuves scientifiques, que l'animal en question avait été abattu après une course forcée. On sait, du reste, que les animaux tués après une course forcée, se conservent moins longtemps que ceux tués après le repos imposé aux bêtes destinées à la boucherie.

Dans le cas présent, le doute n'était pas permis. La putréfaction et les lésions observées étaient dues à une course forcée et non à une maladie. En terminant sa communication, M. H. Bouley s'élève vivement contre de pareilles méprises, auxquelles il est aisé de parer en confiant les fonctions d'inspecteur de la boucherie, à des personnes compétentes, à des vétérinaires.

M. BLOT a été témoin d'un cas de surmenage qu'il croit à propos de rappeler aujourd'hui. Il s'agissait d'une femme parvenue au terme de sa grossesse et dont le bassin renfermait, une tumeur moitié osseuse, moitié sarcomateuse. Après des efforts multiples pour accoucher, elle tomba dans un tel état d'épuisement tel qu'il pouvait être comparé à un véritable collapsus. Cinq à six tentatives de version et d'application de forceps restèrent sans résultat et n'eurent pour effet que d'aggraver son état. Transportée à l'hôpital des Cliniques, cette malheureuse était comme mourante. Un examen immédiat permit de constater que le fœtus était mort. L'embryotomie, sous chloroformisation, fut alors pratiquée avec ménagement et sans aucune difficulté. Malgré des soins minutieux

© BIU Santé

bouillon, vin, chaleur périphérique, cette pauvre femme mourut le soir même.

Le lendemain, M. Blot, se trouvant à l'amphithéâtre, afin de faire l'autopsie d'une autre femme, remarqua le contraste qui existait entre les deux cadavres. Tandis que l'un présentait un aspect ordinaire, l'autre, celui de la femme dont il est question, offrait un aspect cadavérique remarquable, caractérisé par un gonflement exagéré de l'abdomen, des membres et de la face; le doigt pénétrait, enfonçait dans les parties périphériques comme dans du saindoux; quant à la température ambiante, elle était moyennement élevée. M. Blot fut d'avis que cette putréfaction active était due au surmenage musculaire et aux excessives douleurs qui résultèrent du travail et des opérations antérieures. Du reste, des faits analogues ont dû être relatés chez les hommes à la suite de marches forcées et les lésions observées furent toujours des lésions pleurales et péritonéales, analogues à celles rapportées par M. H. Bouley.

M. Bergeron, tout en faisant remarquer que l'inspection de la boucherie n'est pas faite partout de la même façon, pense qu'une décision académique, préparée et mûrie, pourrait avoir une décision utile. Revenant aux lésions constatées dans le surmenage musculaire, M. Bergeron cite deux observations, dont l'une appartient à M. Hérard, qui montrent combien sont fréquentes les suffusions sanguines généralisées.

Après quelques observations de MM. Larrey et Hillairet venant confirmer les lésions relevées chez certains individus morts à la suite d'une marche forcée ou d'un exercice immodéré, la séance est levée. A. Josias.

MALADIES DES VOIES URINAIRES.

I. Des calculs du rein et de la néphrotomie; par Melchor Torrès; Thèse de Paris, 1878.

II. Leçons sur les maladies des voies urinaires, faites à l'Ecole pratique de la faculté de médecine de Paris, par le Dr Reliquet. Premier fascicule. Paris, Vo Adrien Delahaye. 1878.

III. Pratique de la chirurgie des voies urinaires; par le Dr Delefosse, professeur libre de pathologie des voies urinaires. Paris, J-B. Baillère, 1878.

IV. Précis théorique et pratique des maladies des voies urinaires, d'après les leçons du Dr Sirus Pirondi, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, recueillies par le Dr A. Pauchon. Paris, Lauwereyns, 1878.

I. La thèse de M. Torrès est une monographie complète des calculs du rein, fondée sur une étude de la littérature médicale concernant la question, et sur l'examen d'un certain nombre de faits personnels. La partie la plus neuve de cet ouvrage est celle qui a trait à la néphrotomie; c'est sur elle que nous insisterons davantage. Passons d'abord en revue la distribution générale de l'ouvrage: après un historique intéressant, emprunté surtout à Civiale, M. Torrès résume les données les plus récentes sur l'anatomie et la physiologie du rein; puis il étudie les caractères extérieurs des pierres rénales et en figure un grand nombre de formes sur quatre belles planches lithographiées; suit une étude sur la constitution chimique des calculs avec une notice sur la manière d'en faire l'analyse. Les nombreuses statistiques reproduites par l'auteur montrent que les calculs rénaux sont composés, en général, d'urates ou d'acide urique, d'oxalate de chaux et de phosphate de chaux, ces diverses substances pouvant être pures ou associées entre elles en proportions variables; rarement, on a trouvé des calculs de cystine et plus rarement encore des calculs de xanthine. En somme, comme on pouvait s'y attendre, il n'y a pas de différence entre la composition des calculs du rein et celles des calculs de la vessie.

M. Torrès a étudié avec soin les lésions que présentent les reins calculeux; c'est là un sujet qui, sans être nouveau, avait besoin d'être complété, puisque les recherches histologiques sur l'état des reins calculeux laissaient, jusqu'à ce jour, beaucoup à désirer. Voici à quels résultats est arrivé M. Torrès: dans quatre cas examinés par lui avec détail, le rein atteint de calcul était en même temps frappé de néphrite interstitielle. Dans aucun ces, il ne paraît avoir rencontré de ces petits abcès du parenchyme qui ne sont pas rares dans le *rein chirurgical*. Lorsque le calcul n'occupe qu'un seul rein, la vie peut continuer longtemps, alors même que le rein malade est très-altéré. Il faut alors que son congénère, demeuré sain, lui supplée, et ce surcroît de travail paraît amener parfois des lésions dans le rein non calculeux. Pour étudier ce qui se passe dans ce cas, M. Torrès a dû recourir à l'expérimentation sur les animaux. Il a vu que, si l'on pratique la néphrotomie à un animal (chien, cobaye), le rein qui est resté en place s'hypertrophie rapidement et peut augmenter en un ou deux mois d'un tiers de son volume. Il se fait en même temps une desquamation épithéliale plus active et même on peut trouver des éléments embryonnaires entre les tubuli, ce qui indiquerait un certain degré de néphrite interstitielle. Nous n'insisterons pas ici sur l'étiologie assez banale de la lithiase rénale ni sur l'étude générale des symptômes. Arrivons au point important de la thèse de M. Torrès, point qui constitue la partie originale de ce travail. Je veux parler de la lombotomie et de la néphrotomie appliquées à la cure radicale des calculs rénaux. Pour qu'un chirurgien se décide à une opération de cette importance; il faut qu'il soit sûr du diagnostic. Or, comme le montre M. Torrès, bien que le diagnostic des calculs rénaux ne soit peut-être pas si difficile qu'on le croit généralement, ce n'est guère que dans les cas de tumeur, et surtout de tumeur lombaire, que l'on pourra acquérir une certitude suffisante. Dans ce cas, en effet, on pourra explorer la tumeur soit par un trajet fistuleux, s'il en existe, soit au moyen du trocart explorateur. Dans le cas où un calcul peut-être diagnostiqué, à coup sûr, et où il s'accompagne de tumeur rénale, on peut avoir recours à une intervention chirurgicale qui consistera tantôt dans la simple ouverture du foyer, suivie ou non de l'extraction du calcul, tantôt dans la lithotritie rénale pour laquelle on sera parfois obligé de débrider le tissu rénal, ce qui expose à des hémorrhagies sérieuses, tantôt à l'extirpation du rein. L'extirpation du rein n'a été pratiquée qu'une fois pour des calculs du rein par Simon de Heidelberg. La malade est morte 31 jours après l'opération. M. Torrès a réuni en tout douze cas d'extirpation du rein. Cinq ont été la suite d'erreurs de diagnostic; on croyait à un kyste de l'ovaire. Sur ces cinq opérations faites par la voie péritonéale, deux malades seulement guérirent.

Sur sept cas d'extirpation par la voie lombaire, trois malades ont guéri.

M. Torrès a étudié minutieusement la lombotomie et a inventé deux instruments destinés à la faciliter: le *néphrolithotome* et le *néphro-thermo-cautère*. Nous n'insisterons pas sur la description de ces instruments ni sur leur emploi réservé à des cas en somme fort rares. Disons, en terminant, que la thèse de M. Torrès est enrichie de 18 planches dont dix chromolithographies et qu'elle constitue certainement le recueil de faits de calculs rénaux le plus complet qui ait été publié en France.

II. Le fascicule que vient de publier M. Reliquet sur les maladies des voies urinaires comprend une série de leçons sur la miction, les spasmes de la vessie et de l'urèthre et l'action du chloroforme sur l'urèthre et la vessie.

La miction à l'état normal, qui est l'objet de la première leçon, a été étudiée avec un soin minutieux, et dès lors on voit paraître la très-louable tendance du professeur à prendre l'anatomie et la physiologie normales pour point de départ dans l'analyse des troubles que la miction peut présenter. Je n'insisterai pas sur ce chapitre, voulant m'étendre un peu plus sur la question des spasmes de l'urèthre et de la vessie; je dirai toutefois que je n'ai vu nulle part une description aussi minutieuse et aussi claire des différentes périodes qui se succèdent depuis l'accumulation de l'urine dans la vessie jusqu'à l'évacuation complète de ce réservoir. C'est, en somme, une excellente étude de la fonction.

Les spasmes de l'urèthre méritent d'autant plus de nous arrêter qu'ils sont la cause pour les médecins spécialistes ou non spécialistes d'une foule d'erreurs de diagnostic. Je ne dirai pas qu'il suffit d'être renseigné sur ces erreurs pour les éviter, mais néanmoins si l'on est prévenu, on pourra s'arrêter à temps, et souvent on épargnera au malade les souffrances

© BIU Santé

et les dangers d'une opération inutile en même temps qu'on fera parfois disparaître le spasme comme par enchantement, en en supprimant la cause. M. Reliquet suit méthodiquement depuis le rein jusqu'au méat les causes de spasme, puis il étudie les spasmes dus à une affection de voisinage (constipation, hémorrhoïdes), enfin, ceux qui reconnaissent pour cause une affection de la moelle (myélite, ataxie locomotrice).

Le spasme de la vessie caractérisé par des mictions fréquentes et douloureuses, peut résulter d'affections rénales : M. Reliquet en cite un cas curieux, mais ne dit pas au juste de quelle affection rénale il s'agissait. Ce fait constitue certainement une exception intéressante.

Les coliques néphrétiques sont assez fréquemment liées au spasme de la vessie et de l'urèthre. Là, la question est plus complexe et il doit y avoir une influence réciproque : 1° spasme de l'urèthre de la vessie et de l'uretère empêchant les calculs de descendre sans douleur et causant la colique néphrétique; 2° irritation *spasmigène* (qu'on me pardonne ce barbarisme) de l'uretère par le calcul. C'est pourquoi chez un graveleux, il ne faut admettre qu'à bon escient un rétrécissement véritable.

Les spasmes produits par l'irritation du col vésical sont plus connus et ont été bien étudiés surtout depuis qu'on pratique la lithotritie. M. Reliquet passe en revue successivement les spasmes produits par l'excitation de la vessie et de son col spasmes dus tantôt à une pierre ou à ses fragments, à des caillots sanguins, à de l'urine plus ou moins altérée, etc.

A propos des affections de la région profonde de l'urèthre, inflammations aiguës ou chroniques, prostatites, calculs prostatiques, l'auteur cite un certain nombre de faits, parmi lesquels nous avons remarqué un cas de prostatite très-probablement syphilitique que M. Reliquet put diagnostiquer, grâce à une éruption cutanée qui survint pendant que le malade était en traitement. Le sujet de cette observation présentait, comme symptômes, des douleurs pendant la miction, parfois de l'hématurie, et il rendait des mucosités nummulaires comparables à de petits crachats. Il fut guéri par le traitement anti-syphilitique.

Parmi les causes de spasmes de l'urèthre qui méritent d'être mentionnées, nous signalerons principalement l'atrésie du méat, l'atrésie du prépuce et les rétrécissements péniens. Sans nier l'influence de ces derniers sur la contracture uréthrale, nous pensons qu'elle a été un peu exagérée, et qu'en général, le rétrécissement qui se trouve à la fin de la portion spongieuse dans la plupart des cas où il ya un rétrécissement pénien, il suffit pour expliquer la difficulté de la pénétration des sondes sans qu'on invoque une contracture réflexe. Il ne faut pas oublier en outre que les rétrécissements entraînent toujours des lésions dans la partie de l'urèthre située derrière eux, et qu'un urèthre irrité se contracte souvent au moindre contact de la sonde.

Quant à l'atrésie du méat et à celle du prépuce, nous devons savoir gré à M. Reliquet d'avoir insisté avec preuves à l'appui sur les spasmes réflexes dont ces lésions ou vices de conformation sont le point de départ. Ces faits sont d'autant plus intéressants qu'ils montrent que l'urèthre est soumis à la loi physiologique générale d'où résulte la sensibilité exquise des ouvertures naturelles de notre corps et les réflexes nombreux que provoque l'excitation de ces orifices naturels. En second lieu, un chirurgien sagace aura le plaisir de voir cesser après une opération insignifiante, comme la circoncision ou le débridement du méat, des symptômes inquiétants, pénibles, qui auront souvent résisté à de nombreux traitements antérieurs.

Les leçons de M. Reliquet se terminent par une étude de l'action du chloroforme sur l'urèthre et sur la vessie. Se fondant sur la différence de nature des muscles de l'urèthre et de la vessie, M. Reliquet admet que le chloroforme n'a que peu d'action directe sur la vessie, organe à muscles lisses, tandis qu'il permet d'obtenir facilement la résolution du sphincter uréthral composé de muscles striés. D'où la conclusion que, si dans certains cas, la vessie se laisse dilater sous l'action du chloroforme, c'est qu'alors le point de départ de la lésion est extra vésical et qu'en calmant la sensibilité de ce point, la contraction réflexe de la vessie diminue. Si au contraire la vessie est irritée directement (calculs, corps étrangers) il est impossible, d'après M. Reliquet, de prévoir ce que donnera le chloroforme qui peut, dans ce dernier cas, être absolument sans action sur la contracture vésicale.

Nous n'avons pu donner qu'une bien faible idée du livre très-substantiel de M. Reliquet, nous pensons qu'il sera lu avec fruit par tous ceux qui s'occupent de voies urinaires.

III. M. le Dr Delefosse vient de publier un livre où il résume sa pratique personnelle ainsi que celle de M. Caudmont, son maître. Ce livre comprenant, sous un format restreint, toute la chirurgie des voies urinaires, il en résulte que l'auteur n'a pu se livrer nulle part à des discussions bien approfondies sur les sujets qu'il a traités. La partie pathologique du livre est très-écourtée et presque nulle. La partie chirurgicale est plus complète, bien que l'auteur, comme il nous en avertit dans sa préface, ait omis de signaler bien des instruments et bien des méthodes tombées, dit-il, dans l'oubli. M. Delefosse préfère l'instrument de Civiale à l'instrument de Maisonneuve pour l'uréthrotomie interne; c'est son droit sans doute, mais il a tort de dire que l'instrument de Maisonneuve ne produit que des scarifications et ne fait pas une véritable uréthrotomie et de passer très-vite sur un instrument aussi répandu. Les modes opératoires favoris de M Delefosse sont décrits au contraire minutieusement et montrent un chirurgien expérimenté et prudent. M. Delefosse est ennemi des méthodes de force et il a raison en général. Cependant nous croyons que bien des rétrécissements peuvent être dilatés avec bien plus de rapidité que n'en comporte la méthode classique. Du reste, ce qu'on peut se permettre en face d'un rétrécissement donné est absolument une question d'occurrence, de mesure et de tact chirurgical. Tel urèthre supporte tout ce qu'on veut; tel autre ne supporte rien. Je parlais tout à l'heure de la minutie de quelques descriptions opératoires : Est-il vraiment utile, comme le fait M. Delefosse, à l'exemple de son maître M. Caudmont, de décrire cinq temps et douze mouvements pour sonder avec les instruments droits, cinq temps et quatorze mouvements pour les instruments courbes, etc.? Nous pensons que cette complication voulue dans la description d'une opération en somme très-simple, sauf les cas d'obstacles, n'est bonne qu'à dérouter celui qui étudie et qu'à embrouiller celui qui sait. M. Delefosse aurait mieux fait de rayer ce chapitre et de le remplacer par une étude sur les diverses sondes employées, et une discussion sur les formes les plus convenables dans les divers cas.

Laissons de côté ces critiques, légères d'ailleurs, et tâchons d'apprécier le résultat obtenu par M. Delefosse. Son livre est trop peu étendu pour permettre à un médecin, ignorant les maladies des voies urinaires, de les y apprendre. Ne contenant aucune étude nouvelle, il n'est sans doute pas destiné aux spécialistes. Il pourra servir de *Memento* utile à un médecin qui, sachant les maladies des voies urinaires, désirera en revoir rapidement quelques points. Enfin, il a surtout l'avantage de faire connaître au public médical la pratique de M. Delefosse, continuation de celle de M. Caudmont.

IV. M. le Dr Pauchon a réuni, en un volume, une série de leçons de M. Sirus Pirondi, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

Ce livre, bien rédigé, très-clair, contient certainement tout ce qu'un médecin instruit doit savoir sur les maladies des voies urinaires. La partie pathologique proprement dite est en effet la mieux traitée. La partie opératoire est traitée brièvement, trop brièvement. On s'explique ce fait en tenant compte des conditions où sont faites les leçons cliniques; on montre aux élèves les instruments, on s'en sert devant eux; si avant ou après l'opération on fait une leçon dogmatique, il est clair qu'on n'a pas besoin d'insister autant sur un manuel opératoire qu'ils ont vu ou qu'ils vont voir dans un instant. Du reste, le nombre des traités où les opérations des voies urinaires sont bien décrites est actuellement considérable, et tout chirurgien en a un ou plusieurs sous la main. M. Sirus Pirondi commence ses leçons par une assez longue étude anatomique et pysiologique de l'appareil urinaire, puis il étudie successivement les maladies de l'urèthre, de la vessie et même les affections traumatiques et chirurgicales du rein.

© BIU Santé

Les leçons de M. Pirondi sont faites d'après des faits personnels et d'après des renseignements puisés aux meilleures sources. On conçoit que nous ne puissions analyser en détail un ouvrage aussi étendu. Nous nous bornerons à signaler quelques passages qui nous ont frappé. A propos de la blennorrhagie, M. Pirondi se livre à une discussion, assez courte d'ailleurs, sur la nature syphilitique ou non de cette maladie. Nous pensons qu'aujourd'hui la question peut être tranchée plus carrément que ne l'a fait notre auteur, et qu'on doit admettre que jamais la blennorrhagie n'est syphilitique. Il me paraît complètement inexact de traiter de blennorrhagie syphilitique le suintement léger qui accompagne les chancres du canal, suintement tout différent de l'écoulement catarrhal abondant qui constitue la chaude-pisse. Cet écoulement ne peut exister que dans le cas où le malade a à la fois la chaude-pisse et la vérole, ce qui est loin d'être rare et ce qui peut parfaitement se rencontrer dans les cas de chancre larvé.

La question du spasme de l'urèthre, bien traitée par M. Reliquet comme on l'a vu plus haut, est abordée également d'une manière intéressante par M. Pirondi. Il cite à ce propos un passage du célèbre chirurgien anglais Paget sur l'infirmité que cet auteur appelle *bégaiement* de l'urèthre. Ce bégaiement consiste dans une difficulté particulière d'uriner qu'éprouvent certains sujets lorsqu'ils sont placés dans certaines conditions intellectuelles. Exemple, un prédicateur qui se sondait toujours avant de monter en chaire parce que, sans cette précaution, il était sûr d'avoir une rétention un peu plus tard et sans doute parce que la perspective de cette rétention paralysait ses facultés oratoires. Ce bégaiement de l'urèthre peut être rapproché de ce que M. Reliquet appelle la pudeur de l'urèthre, sensation-sentiment bien connu qui fait qu'on ne peut uriner en présence de quelqu'un qui vous observe. Ce mot de pudeur de l'urèthre est joli et expressif quoique au fond inexact, car ce n'est pas l'urèthre, mais bien son propriétaire qui est capable de pudeur ou d'impudeur, et ce n'est pas l'urèthre, mais bien le cerveau du patient qui a conscience qu'on l'observe quand il se livre à la miction. Il est probable du reste que cette pudeur involontaire est le résultat de l'éducation et que nos ancêtres préhistoriques velus, munis d'une queue et d'oreilles pointues, qui habitaient dans les arbres (suivant M. Hæckel), n'éprouvaient pas ce sentiment. Nous signalerons, pour terminer, dans le livre de M. Pirondi un bon chapitre sur les corps étrangers de l'urèthre et un autre sur les végétations et polypes de cet organe considérés principalement chez la femme.

Dr A. MALHERBE.

Le *PROGRÈS MÉDICAL* à l'Exposition.

Obstétrique.

Il ne serait pas possible de juger, par une visite à l'Exposition, de l'instrumentation obstétricale dont font usage les accoucheurs dans les diverses parties du monde, et encore moins d'y étudier les progrès réalisés dans ces dernières années, si ce n'est toutefois en Belgique et en France. On ne peut que regretter l'absence presque complète des fabricants américains et anglais, dont nous eussions aimé à examiner l'arsenal avec grande attention. Ajoutons que même dans les pays où des instruments sont exposés, il est parfois bien difficile d'obtenir les renseignements nécessaires pour bien comprendre les modifications nouvelles qu'on ne peut juger, sans explication, à travers une vitrine. Nous nous bornerons donc à faire une revue rapide qui sera forcément incomplète.

En Belgique, on trouve, dans une vitrine particulière, les instruments imaginés par le professeur Wasseige, de Liége; on y voit son crochet articulé, sa pince porte-lacs, son pelvimètre et son lamineur céphalique, d'invention récente, à l'aide duquel on peut broyer la voûte et la base du crâne du fœtus.

En Angleterre, MM. Mayer et Meltzer exposent, outre un céphalomètre plié et ainsi facilement transportable, des modèles du forceps de Aveling, à courbe périnéale. Il suffit d'examiner avec soin cet instrument pour voir les différences capitales qui existent entre ce forceps et celui déjà si justement célèbre, imaginé par M. le Dr Tarnier.

En Russie, le professeur Lazaréwitch, de Karkow, a exposé une série d'instruments dont l'étude est excessivement intéressante; dans chacun d'eux on trouve des traces de l'esprit ingénieux du savant professeur. Cette exposition se trouve dans une vitrine particulière à droite de l'entrée principale de la section russe qui donne sur la rue des Nations. On y voit un forceps qui ne présente presque pas de courbure pelvienne; ses branches sont parallèles et s'articulent par leur face interne à l'aide d'une disposition très-simple des surfaces; des lacs peuvent être appliqués sur les branches à diverses hauteurs. Nous signalons encore : un pelvimètre à l'aide duquel on peut obtenir différents diamètres du bassin; un instrument qui permet de faire presque toutes les opérations d'embryotomie et avec lequel on peut broyer et arracher successivement les diverses parties du fœtus; des ciseaux portatifs pour faire la section du cordon ou celle du périné qui menace de se rompre sur la ligne médiane, enfin un porte-lac et un rétropulseur du cordon très-simples, et qui peuvent être fabriqués même avec un crochet et une ganse.

En France, on voit dans la vitrine de M. Aubry un forceps de Levret, à branches brisées, d'un modèle particulier : ce fabricant expose également une pince fort bien combinée pour saisir la langue qui retombe en arrière pendant l'administration des anesthésiques; avec son aide on peut tenir solidement la langue qui cependant ne se trouve nullement froissée. C'est surtout dans les expositions si vastes de MM. Mathieu frères et de M. Collin qu'on peut étudier les progrès récents réalisés en France pour l'obstétrique opératoire.

Dans la première, celle de MM. Mathieu, on voit outre les instruments anciens dont nous n'avons point à parler, l'appareil à tractions mécaniques de M. le Dr Poulet (de Lyon), dans cet appareil le point d'appui de la face est pris sur les ischions les pièces séparées d'un magnifique bassin oblique ovalaire en cuivre repoussé fait sur les indications de M. le professeur Depaul; le forceps-scie modifié, à une chaîne, dont le mécanisme si simplifié rend véritablement facile l'emploi de l'instrument de Van Huevel; le forceps-scie à double chaîne construit sur les indications de M. le Dr Tarnier et qui permet, même dans les rétrécissements extrêmes, d'obtenir aisément l'extraction du fœtus coupé par morceaux; l'embryotome si ingénieux de M. le Dr Tarnier; la ceinture eutocique de M. le Dr Pinard, qui permet de fixer dans une position donnée le fœtus même contenu dans la cavité utérine, le crochet de Delore à manche souple dont l'introduction se trouve ainsi beaucoup facilitée, le fantôme de MM. Budin et Pinard qui rend de si grands services pour l'enseignement de l'obstétrique, etc., etc...

Les nouveaux instruments ne sont pas moins nombreux dans la vitrine du digne successeur de Charrière, M. N. Collin, la série des modèles successifs du forceps de M. Tarnier y est exposée : on peut examiner les principales modifications que l'éminent chirurgien de la Maternité a apportées à son instrument, dont les lecteurs du *Progrès médical* connaissent le modèle le plus récent, qui paraît être définitif. Cet instrument, grâce aux avantages considérables qu'il présente sur le forceps de Levret, tend à se répandre de plus en plus dans la pratique, non-seulement en France, mais en Angleterre, en Amérique, en Suisse, en Russie, etc. M. Tarnier a également fait construire un nouveau céphalotribe présentant une courbure analogue à celle de son forceps; les cuillers sont fenêtrées d'une façon particulière et garnies à l'intérieur de saillies transversales, elles offrent ainsi une prise solide pour l'extraction lorsque le crâne a été broyé; enfin, la manivelle à l'aide de laquelle on opère le broiement présente également une disposition nouvelle fort simple qui rend son emploi très-commode. Le céphalotribe ainsi conçu constitue un excellent instrument de réduction et d'extraction dont on peut se servir dans les rétrécissements extrêmes. M. Collin expose également différents appareils à tractions mécaniques du Dr Proser et du Dr Chassagny, le céphalomètre du Dr Budin, avec lequel on peut non-seulement mesurer les dimensions exactes de la tête du fœtus, mais encore les diamètres externes et internes du bassin, l'appareil du Dr Woillez pour la respiration artificielle, l'insufflateur du Dr Ribemont, qui est appelé à rendre

© BIU Santé

cette opération plus facile et plus efficace, un nouvel instrument de M. Chassaguy pour réduire les diamètres du crâne, le nouvel embryotome de M. Thomas (1), etc., etc.

Ces expositions si complètes et si intéressantes nous font regretter d'autant plus l'absence d'un certain nombre de fabricants étrangers.

P. B.

VARIA

Tableau récapitulatif *des volumes d'eau débités par les sources et cours d'eau et de ceux élevés par les machines pour l'alimentation de Paris pendant le mois de juillet 1878.*

DÉSIGNATION des ÉTABLISSEMENTS	PRODUIT MOYEN par jour (mèt. cub.)	CHARBON CONSOMMÉ par jour (kilogr.)	TOTAL des eaux débitées (mèt. cub.)	OBSERVATIONS.
1° Sources et cours d'eau				
Aqueduc de ceinture (Ourcq)	117,856			
Aqueduc d'Arcueil (Sources du Midi)	2,607			
Aqueduc de la Dhuis	20,160			
Aqueduc de la Vanne	100,000			
Sources du Nord. Belleville	118			
Sources du Nord. Prés-St-Gervais	283			
Puits artésien de Grenelle	346			
Puits artésien de Passy	6,420			
Total des eaux de sources et de dérivation livrées à la distribution	247,790		247,790	
2° Machines puisant directement à la Seine.				
Usines à vapeur de Port-à-l'Anglais	3,562	2,425		
Usines à vapeur de Maisons-Alfort	1,945	1,238		
Usines à vapeur de Austerlitz	15,904	5,633		
Usines à vapeur de Chaillot	23,403	12,051		
Usines à vapeur de Auteuil	1,713	989		
Usines à vapeur de Saint-Ouen	5,577	3,317		
Total de l'eau de Seine livrée à la distribution	52,104		52,104	
3° Machines puisant directement en Marne.				
Usine à vapeur de St-Maur	213	61		
Usine hydraulique de Saint-Maur. Service sur Paris	39,116			
Usine hydraulique de Saint-Maur. Service sur le bois de Vincennes	13,226			
Total de l'eau de Marne livrée à la distribution	52,555		52,555	
TOTAL GÉNÉRAL de l'eau distribuée moyennement par jour			352,449	
4° Machines élevant de l'eau déjà jaugée.				
Usines à vapeur Ménilmontant	3,364	1,681		
Usines à vapeur Place de l'Ourcq	2,623	668		
Usines à vapeur Montmartre	868	800		
Total de l'eau déjà jaugée élevée par les machines à vapeur	6,855		6,855	
Usines hydrauliques. 1° OURCQ				
Usines hydrauliques. Isles-les-Meldeuses	35,840			
Usines hydrauliques. Trilbardou	21,871			
Usines hydrauliques. 2° VANNE				
Usines hydrauliques. Chigy	11,672			
Usines hydrauliques. La Forge	13,675			
Usines hydrauliques. Malay-le-Roi	13,061			
Total de l'eau jaugée élevée par les machines hydrauliques	96,119		96,119	
TOTAUX		28,863	102,974	

(1) Voir le n° 36 du *Progrès médical*.

Service de Santé. — Armée active. — Nominations et mutations.

Médecin principal de première classe: M. Bintôt, de l'hôpital de Versailles, détaché à Vichy, à l'hôpital civil de Châlons.

Médecins principaux de deuxième classe: MM. Hattute, de l'hôpital divisionnaire de Constantine, maintenu; Vallin, professeur à l'école de médecine militaire, maintenu.

Médecins majors de première classe : MM. Dupeyron, du 3e de ligne, à l'hôpital de Sedan; Farine, du 5e d'artillerie, à l'hôpital de Nancy; Accarias, de l'hôpital de Marseille, à l'hôpital civil de Grenoble; Krug-Basse, du 135e de ligne, à l'hôpital divisionnaire d'Oran; Thomas (E. C. R. V.), du 35e d'artillerie, au 31e d'artillerie; Albert (P.), du 50e de ligne, à l'hôpital divisionnaire d'Oran; Reech, du 100e de ligne au 56e de ligne; Chassagne, de l'école de gymnastique de Joinville-le-Pont, au 35e d'artillerie; Mutin, du 11e d'artillerie, au 87e de ligne; Ferron, du 22e d'artillerie, au 19e de ligne; Semanne, du 1er du génie, au 65e de ligne.

Médecins majors de deuxième classe : MM. Bertrand (L. H. L.), du 25e dragons, à l'école de gymnastique de Joinville-le-Pont; Beauchamp, du 11e chasseurs à cheval, décédé à Lignières (Cher); Barthélemy, du 11e dragons, à l'hôpital divisionnaire d'Oran; Lenoir, du 105e de ligne, à l'hôpital divisionnaire d'Oran; Geniaux, du 123e de ligne, en non activité (inf. temp.); Berger, du 141e de ligne, à l'hôpital de Belfort; Derazey, du 88e de ligne, détaché à Vichy, à l'hôpital divisionnaire d'Alger; Rouflay, de l'hôpital de Chambéry, à l'hôpital de Maubeuge; Delmas, du 53e de ligne, à l'hôpital divisionnaire de Constantine; Florance, du 81e de ligne, au 3e spahis; Bedoin, du 8e chasseurs à cheval, détaché à Bourbonne, à l'hôpital divisionnaire d'Alger; Letellier, du 3e chasseurs d'Afrique, au 18e bataillon de chasseurs à pied; Richard, du 42e de ligne, à l'hôpital divisionnaire de Constantine; Geschwind, du 18e bataillon de chasseurs d'Afrique, au 6e bataillon de chasseurs à pied; Gayda, du 136e de ligne, à l'hôpital divisionnaire de Constantine; Goze, du 2e cuirassiers, démissionnaire; Juloux, du 5e bataillon de chasseurs à pied, au 6e dragons; Michaud, de Paris, au 25e dragons; Fonsart, du 110e de ligne, maintenu au même régiment; Laurent, de l'école militaire supérieure, maintenu.

Médecins aides-majors de première classe : Danion, du 9e chasseurs à cheval, à Paris; Rigal, du 7e dragons, au 1er du génie; Gouell, du 15e escadron du train des équipages, au 11e d'artillerie; Barois, du 10e escadron du train des équipages, au 22e d'artillerie; Mestrude, du 25e de ligne, au 10e de ligne; Duléry, du 112e de ligne, au 15e escadron du train des équipages; Loillier, du 133e de ligne, au 35e de ligne; Massonnaud, du 122e de ligne, au 9e d'artillerie; Peyssonnié, du 9e d'artillerie, au 65e d'artillerie; Cazes, du 65e de ligne, au 1er spahis.

Médecin aide-major de deuxième classe: Dehenne, de l'hôpital de Versailles, démissionnaire.

RÉSERVE DE L'ARMÉE ACTIVE.

Par décret du 9 août 1878, ont été nommés dans la réserve de l'armée active au grade de médecin aide-major de 2e classe :

MM. Urdy, Marie-Joseph-Gabriel; Saucet, Jules-Louis-Julien, ex-soldat de 2e classe, au 1er régiment du génie; Auquier, Eugène-Paul-Jacques; Escoiffier, François-Pierre-Louis, réserviste de la classe de 1871; Mathieu, Joseph-Auguste-Adrien; Armand, Jules-François, réserviste de la classe de 1871; Pacton, Marc-Marie-Manlius, réserviste de la classe de 1871; Moutard, Jean-Joseph-Marie, réserviste de la classe de 1872; Pouzet, Jean-Paul, ex-caporal à la 15e section d'infirmiers militaires; Aulas, Claude-Marie, ex-engagé conditionnel d'un an; Théron, Pierre-André, réserviste de la classe de 1872; Courret, Claude, réserviste de la classe de 1872; Cassan, Vincent-François-Louis, réserviste de la classe de 1873; Mouly, Auguste, réserviste de la classe de 1873.

ARMÉE TERRITORIALE.

Par décret du 9 août 1878, ont été nommés dans l'armée territoriale au grade de médecin aide-major de 2e classe :

MM. Fochier, Louis-Alphonse, ex-médecin dans la 1re ambulance lyonnaise et du 20e corps d'armée; Jablonski, Thadéus-François, ex-médecin aide-major au 106e bataillon de la garde nationale de la Seine; Redatel, Fleury, ex-médecin de la 1re ambulance lyonnaise; Servain, Georges-Jean, ex-médecin aide-major au 7e bataillon de la garde nationale mobile de l'Isère.

LISTE DES MOUVEMENTS EXÉCUTÉS DANS LES HOPITAUX ET AMBULANCES DE L'ALGÉRIE.

DIVISION D'ALGER. — *Médecins aides-majors de 2e classe:* MM. Lambert (M. C.) passe de Tizi-Ouzou à Aumale; Chambé, d'Aumale à l'hôpital du Dey; Salesses, de Milianah à Aumale; M. Merz, de l'hôpital du Dey à celui de Fort-National. — *Pharmaciens aides-majors de 1re classe :* M. Décobert a été placé à l'hôpital du Dey.

DIVISION D'ORAN. — *Médecins aides-majors de 2e classe :* MM. Paris passe d'Oran à Mers-el-Kebir; Richard, d'El Aricha à Tlemcen; Oriou a été placé à Oran; Salle, passe de Tlemcen à El Aricha; Larroque a été placé à Tlemcen; Boiron, à Oran; Ravan à Sidi-bel-Abbès. — *Pharmaciens aides-major de 1re classe* : M. Bocquet, passe d'Oran à Mascara.

DIVISION DE CONSTANTINE. — *Médecin major de 2e classe* : M. Rochet passe d'Hammam-Meskoutine à Guelma. — *Médecins aides-majors de 2e classe* : MM. Badin passe de Sétif à Bordj-bou-Arréridj; Paquy, détaché

© BIU Santé

à Oued-Athemenia, rentre à Constantine ; Moinel passe d'Hammam-Meskoutine à Bône — *Pharmacien major de 2e classe* : M. David a été placé à Guelma. — *Pharmaciens aides-majors de 1re classe* : MM. Haas passe de La Calle à Djidjeli ; Martaud, de Philippeville à La Calle ; Choissel, de Djidjeli à Biskra ; Simair, de Biskra à Constantine ; Quiquet, de Constantine à Philippeville ; Rousselet, d'Hammam-Meskoutine à Bône.

De l'œdémie de la glotte.

Dans le n° 35, à la page 687, 2e colonne, nous avons résumé une communication de M. Gouguenheim, faite à l'Association française pour l'avancement des sciences ; *la dernière phrase* de cette communication doit être remplacée par la suivante :

« Les observations de M. Gouguenheim lui ont permis d'attribuer à une compresssion nerveuse et par conséquent à la paralysie glottique les signes qui, jusqu'ici, avaient été considérés comme causés par l'induration des replis ariténo-épiglottiques. Enfin, l'auteur relate dans sa communication une expérience faite de concert avec M. Franck et d'où il résulterait que l'inspiration artificielle pratiquée sur un larynx œdématié artificiellement, ne produit pas l'accolement des replis ariténo-épiglottiques, comme cela a toujours été écrit. »

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard commenceront le mardi 1er octobre un nouveau cours d'accouchement. Ce cours, qui sera complet en deux mois, comprendra : 1re partie : Grossesse normale et pathologique. — 2e partie : Eutocie. — 3e partie : Dystocie et opérations. — 4e partie : Exercices pratiques. — Pour les renseignements et pour s'inscrire, s'adresser, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cours d'anatomie, de physiologie et de dissection. — M. le docteur Fort reprendra ses cours d'anatomie, de physiologie et de dissection le lundi 21 octobre à midi et demi dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Ces cours seront continués pendant toute la durée du semestre d'hiver. Ils se composent de deux leçons par jour entre lesquelles ont lieu les travaux de dissection. Ces leçons comprennent l'*anatomie descriptive complète* et les principales questions de *physiologie, d'anatomie des régions* et *d'histologie*. — On s'inscrit pour ces cours à 10 heures du matin, chez M. Fort, 21, rue Jacob.

Mortalité a Paris. — Recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 19 septembre 1878, on a constaté 773 décès, savoir : fièvre typhoïde, 28 ; rougeole, 4 ; scarlatine, 2 ; variole, » ; croup, 8 ; angine couenneuse, 11 ; bronchite, 19 ; pneumonie, 30 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 20 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 2 ; affections puerpérales, 4 ; érysipèle, 4 ; autres affections aiguës, 207 ; affections chroniques, 361, dont 150 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 42 ; causes accidentelles, 31.

La société médicale des bureaux de bienfaisance reprendra ses séances mercredi 9 octobre, à 8 heures précises du soir, à la mairie du Louvre, ordre du jour : 1° Constitution médicale des mois d'août et de septembre ; — 2° Démonstration à la lumière oxhydrique de l'existence du champignon de la pelade et du pityriasis simplex, par M. E. Verrier ; — 3° Observation d'un cas de choléra guéri par l'éther, par M. Girault ; — 4° Hygiène de la vue dans les écoles, par M. Louis Roy.

Jury de l'internat. — MM. Gombault, Legroux, Gallard, Gubler, Le Fort, Berger, Guéniot et Gouraud.

Nécrologie. — M. Leblond, officier de santé à Couches (Eure), vient de mourir.

J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Bertherand (E.). — Leçons cliniques sur les maladies du cœur, volume in-8 de 361 pages. Paris, 1878. — Prix 12 fr.

Graux (G.). — De la paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjugée. Paris 1878, volume in-8 de 143 pages avec 18 figures et 2 planches. — Prix : 4 fr.

Huette (G.). — Histoire thérapeutique du bromure de potassium. Paris, 1878, volume in-8 de 193 pages. — Prix : 3 fr.

Librairie A. DELAHAYE et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants

Médaille d'argent — Exposition internationale

Médaille d'honneur — A Leamington

Diplôme d'honneur — Exposition régionale

BAIN DE PENNÈS

SUPPLÉANT LES BAINS DE MER

RECONSTITUANT, STIMULANT ET RÉSOLUTIF

Préconisé depuis 1854, par un très-grand nombre de Médecins

CONTRE

Aménorrhée, Anémie, Asthénie, Cachexies variées, Chlorose
Cholérine, Dermatoses variées et sans inflammation
Douleurs arthritiques ou rhumatismales
Engorgements lymphatiques, scrofuleux et viscéraux
Œdème ou enflures des extrémités

ETHÉROLE DE PENNÈS

ANTISEPTIQUE, DÉSINFECTANT, DÉTERSIF, CICATRISANT

Ce nouveau produit vient d'être expérimenté avec succès dans 33 hôpitaux, pour assainir l'air vicié des salles de malades ; pour déterger, désinfecter des *ulcères de mauvaise nature*.

Utilisé en lotions ou injections, il a donné la facilité de guérir ou modifier la *Leucorrhée*, l'*Ozène*, le *Prurit*, les *Vaginites*, les *Varices ulcérées*, etc.

Employé pour les soins hygiéniques du corps, il remplace avec de grands avantages tous les liquides aromatiques et goudronnés, car il raffermit les muqueuses.

Mêlé à 100 parties d'eau ou de sable fin et répandu sur le sol, il rafraîchit et parfume l'air respiré en détruisant les émanations malsaines ou des exhalaisons putrides.

NOTA. — Eviter les contrefaçons et imitations frauduleuses de ces deux produits, en exigeant qu'ils soient revêtus du *Timbre de l'Etat français*. (Lire les Notices). — Dépôt dans les Pharmacies.

Détail : rue des Ecoles, 49

Vente en gros : rue de Latran, 2, Paris

En vente au PROGRÈS MÉDICAL, 6, rue des Écoles.

Manuel de la Garde-malade et de l'Infirmière

Publié sous la direction du Dr Bourneville.

PAR

MM. Blondeau, de Boyer, Ed. Brissaud, Budin, H. Duret, G. Maunoury, Monod, Poirier, P. Regnard, Sevestre et P. Yvon,
Rédacteurs du *Progrès médical*.

Mode de publication : Le Manuel de la garde-malade sera publié hebdomadairement, par livraison de 32 pages in-16 couronne, et sera composé de 20 livraisons qui formeront trois volumes contenant, dans leur ensemble, tout ce que la garde-malade et l'infirmière doivent savoir.

Prix de la livraison : **25** c. — Prix de l'ouvrage complet : **5** fr.

Nous recevons les souscriptions au bureau du *Progrès médical*. Les personnes qui souscriront avant la mise en vente, recevront franco les livraisons au fur et à mesure de leur apparition. Aussitôt l'ouvrage terminé, le prix sera augmenté.

5e livraison : Des douches (fin). — Des topiques à l'état de gaz et de vapeur. — Des fumigations. — De la pulvérisation. — Des bains et des douches de vapeur. — Des bandages.

6e livraison : Des bandages (suite). — Appareils pour les fractures. — Pansement du séton. — De la saignée. — De la pose des sangsues. — Des ventouses sèches.

7e livraison : Des ventouses scarifiées. — Traitement de la gale. — Des moyens d'arrêter les hémorrhagies : saignements de nez, crachement et vomissement de sang. — Des thermomètres et de la température des malades. — Injections sous-cutanées.

8e livraison : Des injections sous-cutanées (suite). — De la vaccination et de la récolte du vaccin. — Nécessité de la revaccination. — Du cathétérisme chez la femme. — Des eschares au siége. — Des soins que l'on doit donner aux femmes en travail, aux nouveaux-nés et aux femmes accouchées.

Fournier (A). De la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique. Leçons recueillies par E. Brissaud. Paris 1878. In-8 de 24 pages. — Prix : 1 fr. — Pour les abonnés, 65 cent.

Giraldès (J.-A.). Recherches sur les kystes muqueux du sinus maxillaire. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr.

Giraldès (J.-A.). Etudes anatomiques ou recherche sur l'organisation de l'œil considéré chez l'homme et dans quelques animaux. Paris 1836. In-4° de 83 pages avec 7 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50.

Giraldès (J.-A.). Des luxations de la mâchoire. Paris 1844. In-4° de 50 pages avec 2 planches. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 35.

Giraldès (J.-A.). De l'anatomie appliquée aux beaux-arts. Cours professé à l'athénée des Beaux-Arts. Compte rendu par Mlle Lina Jaunez. Paris 1856. In-8 de 8 pages. — Prix : 50 cent.

© BIU Santé

nouveau-nés, par J. H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Les numéros de *août* viennent de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Librairie Henri REY, 14, rue Monsieur-le-Prince.

CALMELS (L.). — Contribution à l'étude de la nécrose du maxilliaire inférieur consécutif à l'éruption de la dent de sagesse. Paris, 1878. 1 vol. in-8 de 86 pages.

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE (maladies des femmes accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. LE BLOND. Le numéro de *août* est paru : Un an : Paris, 18 fr., Départements, 20 fr.

CUYER (E.) et KUFF (G.-A.). — Le corps humain structure et fonctions, formes extérieures, régions anatomiques, situation, rapports et usages des appareils et organes qui concourent au mécanisme de la vie, démontrés à l'aide de planches coloriées, découpées et superposées, dessins d'après nature par Edouard Cuyer, lauréat de l'école des beaux-arts, texte par Gr-A. Fuhff, docteur en médecine, préparateur au laboratoire d'anthropologie de l'école des hautes études. Le corps humain paraîtra en 8 livraisons, composées chacune de 3 planches coloriées, découpées et superposées, avec le texte correspondant. Il paraît une livraison tous les mois. — Prix de chaque livraison : 7 fr. 50. — Chaque planche se vend séparément avec son texte : 3 fr. — Le prix de l'ouvrage sera augmenté dès qu'il sera complet.

A. PARENT, imprimeur, rue Monsieur-le-Prince, 29 et 31.

REDON (L.). — Etude sur la bronchotomie préliminaire. Volume in-8 de 80 pages, Paris, 1878. — Prix :

Publications étrangères.

FERRUCCIO-TARTUFERI. — Le Eminenze Bigemine anteriori. Brochure in-8 de 47 pages, orné de 2 planches. — 1878, Reggio Emilia typografia di Stefano Calderini.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans CONSTIPATION et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, débilité, consomption, anémie, chlorose, diabète*, etc.

PARIS : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de MIGRAINE venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

Chaque cuillerée doit être délayée dans un verre d'eau sucrée ou vineuse et lui donne une saveur d'eau de goudron un peu forte à laquelle on s'habitue facilement. Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les **chaleurs.**

PARIS, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

TONIQUE BITTER-HOLLANDAIS APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et MOURGET (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

VIN TANNIQUE
DE BAGNOLS - SAINT - JEAN
NATUREL

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876



Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies ; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



BAINS
DE LA
SAMARITAINE
Quai du Louvre, en aval du Pont-Neuf

HYDROTHÉRAPIE

Eau de source, température 10 degrés chute 11 mètres

SALLE DE DOUCHES SPÉCIALE POUR HOMMES
SALLE DE DOUCHES SPÉCIALE POUR DAMES

PRIX MODÉRÉS

Le cachet : *douche ou pluie : 0 fr. 75 ; par abonnement 0 fr. 70.*
— *douche et pluie (2 jets) : 1 fr. 50 ; par abonnement : 1 fr. 25.*

MALTINE GERBAY
Véritable spécifique des dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et en 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

Exiger : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Élixir toni-radical au Colombo, de Blottière, pharm., 56, rue de Sèvres, Paris, contre les dyspepsies, gravides, chlorotiques, syncopales, flatulentes, cardialgiques, symptomatiques du cancer, diarrhées, dysenteries, fièvres pernicieuses, convalescences, 5 fr.

Vacance médicale. — La commune de Betz (Oise), demande un médecin ; subvention : 1000 fr. ; Betz, chef-lieu de canton, se trouve entouré de communes formant une population de 4,000 habitants, qui n'ont pas de médecin. Pour tous renseignements s'adresser à M. le maire de Betz.

A céder bonne clientèle médicale, très-jolie petite ville, à 2 h. 1/2 de Paris (gare) ; conditions avantageuses. S'adresser chez M. Dubus, professeur, cité de la Mairie, 2, Montmartre-Paris.

COQUELUCHE
guérie sûrement et promptement par le
SIROP BENZOIQUE
AU BROMURE D'AMMONIUM de Ch. Serres
préparé selon la formule du Dr VIALLE
Gros : Phie SERRES, 19, rue Brochant, Paris.
Détail : *Dans toutes les bonnes pharmacies.*

Dragées Meynet d'Extrait de foie de morue, au *métalbumen album*, **ASO**^{3} 1 milligramme par pilule. Association de l'acide arsénieux à la propylamine.

Préparation très-efficace, mieux tolérée que les arséniaux en général. Ne se délivre que sur ordonnance. Notice, échantillon, envoi gratis.

Paris, pharmacie MEYNET, 31, rue d'Amsterdam, et princ. pharm.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 40. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 5 OCTOBRE 1878.

Le Progrès Médical

DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HILLAIRET.

Du lupus;

Leçon recueillie par BÉRINGIER, interne.

Messieurs,

Vous avez vu dans nos salles un certain nombre de malades atteints de lupus. Je les ai réunis afin de pouvoir vous présenter d'une manière générale l'histoire de cette affection que vous rencontrez si souvent dans cet hôpital, et que vous aurez occasion d'observer lorsque vous exercerez la médecine.

Le nom de lupus était donné par les anciens auteurs à une maladie de la peau à tendance envahissante et destructive. C'est au XIIIe siècle que l'on voit pour la première fois Guy de Chauliac se servir de ce terme. Repris au XVe siècle par Paracelse, il figura dès lors dans les écrits des différents auteurs, tels que Lorry et Mercuriali. Mais jusqu'à Willan et Bateman, il n'avait aucune signification précise. Les premiers, ils appliquèrent cette dénomination à une manifestation cutanée de la scrofule et le rangèrent dans l'ordre des tubercules. Devergie, Lugol, Baudelocque, en France, Fuchs, en Allemagne, considèrent cette affection comme étant le plus habituellement une manifestation de la scrofule. Plus tard, MM. Bazin et Hardy substituèrent à l'ancienne dénomination celle de *scrofulide*. Cette dernière a l'avantage d'indiquer la nature même des lésions et de permettre de placer les scrofulides dans un groupe distinct à côté des syphilides.

Cependant M. Bazin admettait que, dans certains cas, les lésions paraissaient indépendantes de la scrofule, et il créait une forme spéciale de lupus qu'il nommait *lupus idiopathique*. Dépassant les idées de Bazin, Hebra, Auspitz et, en général, toute l'école allemande professent aujourd'hui que le lupus n'est pas une manifestation de la scrofule, que les lésions sont dues à un processus inflammatoire lent, spécial; et ils appuient leur théorie sur ce fait, que la plupart des individus atteints de lupus ne présentent aucun des attributs du tempérament scrofuleux. Je ne veux pas insister maintenant sur ce point; lorsque je vous parlerai de l'étiologie du lupus, je vous démontrerai combien les dermatologistes allemands sont peu fondés à affirmer de pareilles doctrines.

Avant d'entrer dans la description des symptômes qui appartiennent au lupus, je ne saurais mieux faire que de vous présenter deux malades atteintes de cette affection et de vous rappeler en quelques mots leur histoire.

La première est couchée au n° 39 de la salle Henri IV. C'est une femme de 49 ans, qui n'a eu dans sa jeunesse aucune manifestation scrofuleuse; mais elle a perdu cinq frères en bas âge, l'un d'eux est mort de phthisie pulmonaire; mariée, elle a eu six enfants, quatre sont morts. Depuis fort longtemps, elle avait à la joue gauche une tumeur d'un rouge violacé, d'aspect mamelonné. Il y a six ans, au moment de la ménopause, cette petite tumeur a augmenté, s'est étendue; c'est elle qui a donné naissance au lupus que vous avez devant les yeux. Il comprend actuellement toute la joue, depuis la paupière inférieure jusque vers le bord de la mâchoire inférieure, depuis l'aile du nez jusqu'au lobule de l'oreille. Il est saillant, à bords abrupts, sa coloration est rouge vineuse; sa surface, que l'on peut toucher sans faire éprouver de douleur à la malade, est inégale, parsemée de petits tubercules. C'est là un bel exemple de lupus érythémato-tuberculeux. J'appelle votre attention particulièrement sur ce fait que la malade n'a vu que fort tardivement sa maladie se développer, que longtemps elle a porté un tubercule circonscrit auquel elle ne prit pas garde et que cette petite tumeur ne s'est accrue qu'au moment de la ménopause. Je vous dirai qu'en général c'est beaucoup plus tôt que le lupus progresse, et que la malade présentée peut être considérée comme une exception.

Au n° 1 de la salle Henri IV, vous voyez couchée une jeune fille âgée de 16 ans, d'apparence délicate. Elle habite la campagne depuis sa naissance; dans sa famille nous ne trouvons aucun antécédent scrofuleux, mais elle a présenté depuis l'âge de cinq ans différentes manifestations strumeuses: à cinq ans conjonctivite glandulo-ciliaire, quelque temps après écoulement purulent par le conduit auditif des deux oreilles, engorgement des ganglions cervicaux, impétigo du cuir chevelu qu'elle conserva pendant une partie de son enfance. En 1870, le lupus commence, mais tandis que dans l'observation précédente nous l'avons vu débuter par la joue, ici c'est dans la gorge qu'il se montre d'abord. L'aphonie que vous constatez chez cette malade fut le premier symptôme qui traduisit la maladie. Il est donc probable que le lupus a envahi d'abord le larynx, puis le voile du palais, et cela probablement en peu de temps, car au dire de cette jeune fille, c'est à peu près à la même époque que sont survenus et l'aphonie et le mal de gorge. Toujours est-il que quatre ans environ après, c'est-à-dire vers l'année 1874, elle eut mal dans la narine gauche, puis peu à peu l'aile du nez et enfin la joue furent occupés d'abord par de petits tubercules saillants qui se recouvrirent ensuite de croûtes. Depuis 1876, la maladie a envahi le nez, la lèvre supérieure et la joue gauche. Actuellement toutes ces parties sont converties en une vaste ulcération sanieuse, fournissant un liquide purulent abondant et donnant à cette enfant un aspect repoussant. L'aphonie est presque complète. L'examen du larynx ne peut être fait à cause de la difficulté qu'on éprouve à écarter les mâchoires, mais on peut voir le voile du palais transformé, ainsi qu'une partie de la voûte palatine en une surface rouge, granuleuse, inégale, sans qu'il y ait cependant de destruction des parties molles.

C'est là un exemple de lupus tuberculo-ulcéreux, ayant envahi de grandes surfaces, à tendance phagédénique. La maladie s'est propagée de la muqueuse laryngée à la peau, en traversant les fosses nasales, et en occupant en même temps la plus grande partie de la voûte palatine.

Revenons maintenant à l'étude des caractères généraux des scrofulides. Elles se développent dans l'épaisseur du derme et semblent affecter de préférence certaines régions. C'est le visage qui est le plus souvent envahi. Elles débutent par le nez en commençant par la muqueuse nasale, ou bien elles occupent la joue. On peut voir également le tronc, les membres, les organes génitaux en être le siége; et l'on a décrit sous le nom d'*esthiomène vulvaire* une variété de lupus de la vulve. Dans certains cas, les muqueuses seules sont atteintes; tantôt c'est la muqueuse pharyngienne, tantôt la muqueuse buccale, tantôt enfin la muqueuse laryngée qui sont malades; mais lorsque le lupus débute par l'une de ces dernières, c'est la plupart du temps pour s'étendre ensuite à la peau de la face.

Quels que soient les points envahis les premiers, les scrofulides restent en général cantonnées dans un certain espace; elles peuvent s'étendre en surface et en profondeur, mais elles n'ont aucune tendance à se reproduire sur d'autres parties du corps. Limitées à une région elles y forment des plaques arrondies ou discoïdes qui, à prime abord, simulent des syphilides tertiaires. Comme ces dernières, d'ailleurs, elles ne présentent que rarement des démangeaisons. C'est là un fait capital; elles déterminent, il est vrai, quelquefois une légère cuisson, mais celle-ci est toujours presque insignifiante.

© BIU Santé

La coloration des scrofulides est rouge, violacée, tantôt lie de vin, tantôt rouge sombre, mais jamais elles ne présentent cet aspect bistré, cuivré, brun, qui est le propre des syphilides. Je ne saurais trop insister sur cette distinction importante, car, ne l'oubliez pas, c'est un des bons signes diagnostiques entre les scrofulides et les syphilides.

Le lupus ne revêt pas toujours la même forme. Le lupus érythémateux se distingue par sa surface lisse, unie, luisante, violacée. Vous en avez un exemple chez la malade qui est couchée au n° 20 de la salle Henri IV. Cette jeune fille porte sur la joue gauche une plaque large, violacée, formant un léger relief à la surface de la peau, avec laquelle elle se confond par ses bords. La marche a été très-lente; cette jeune fille, qui a seize ans, a commencé à avoir son lupus à l'âge de quatre ans, et cependant il n'occupe aujourd'hui qu'une partie de la joue. C'est là le type du lupus érythémateux. A côté de cette forme, il faut en reconnaître une autre sous le nom de lupus tuberculeux. Il est caractérisé par des saillies de volume variable, dures, indolentes, jaunâtres ou violacées, mais ne présentant jamais cette coloration brune du tubercule syphilitique. D'ailleurs ces tubercules sont moins élevés, plus confondus avec les parties environnantes que les tubercules syphilitiques.

Dans certains cas, le lupus s'ulcère; il se fait une perte de substance plus ou moins étendue. Cet ulcère a des caractères spéciaux. Sa surface est fongueuse, bourgeonnante; au moindre contact elle saigne; elle se recouvre de croûtes grisâtres, souvent ses bords ne sont pas élevés, peu saillants, taillés à pic comme ceux de l'ulcère syphilitique, mais au contraire amincis, déchiquetés, décollés. La sécrétion de l'ulcération scrofuleuse se concrète et forme des croûtes jaunâtres ou décolorées, crayeuses, parfois colorées en noir par un peu de sang, mais toujours un peu molles. Sous les croûtes suinte un liquide opalescent; si on cherche à les enlever, on s'aperçoit qu'elles sont peu adhérentes; leur surface est généralement lisse et peu anfractueuse. Quelle différence avec les croûtes syphilitiques, brunes, épaisses, adhérentes, enchatonnées, semblables comme on l'a dit bien souvent aux écailles d'huitre! Habituez-vous à comparer entre elles les croûtes de la syphilis et celles de la scrofule, les ulcères de l'une avec les ulcères de l'autre; ces caractères suffisent dans maintes circonstances à établir un diagnostic certain.

Un fait également important c'est le gonflement du tissu cellulaire sous-cutané que l'on rencontre surtout lorsque le lupus siége à la face où ce tissu est abondant. Lorsque le lupus tend vers la guérison, cet aspect boursouflé disparaît et fait place à un amincissement de la peau, véritable atrophie qui amène au visage la déformation des traits. La rétraction de la peau, la résorption des éléments embryonnaires qui s'étaient développés donnent lieu, même dans le lupus érythémateux, à une cicatrice indélébile, à plus forte raison dans le lupus érythémateux-tuberculeux ulcéré ou non. On peut donc dire, d'une manière générale, que toutes les fois qu'un lupus guérit, quels qu'aient été son siége et sa forme, il laisse après lui une cicatrice; cicatrice déprimée, réticulée, présentant à sa surface des saillies et des dépressions inégales, épaisses, adhérentes, d'aspect granulé, verruqueux, de coloration violacée, terne. Elle peut, en outre, être le siége d'une kéloïde.

Un des points essentiels de la marche des affections lupeuses, c'est qu'elles déterminent peu de réaction locale, à moins que les parties malades soient envahies par le phagédénisme. Presque constamment aussi la santé se maintient bonne pendant longtemps. Ainsi, parmi les malades que je vous ai montrés tout à l'heure, il en est plusieurs qui ont leur lupus depuis l'enfance et cependant ils n'ont occasionné aucun trouble grave de la santé: chez l'enfant, le corps se développe, la dentition s'accomplit normalement; chez la jeune fille, les règles s'établissent facilement, l'embonpoint persiste. Il n'en est pas malheureusement toujours ainsi. L'ulcère scrofuleux fournissant une suppuration longue et incessante finit par amener l'anémie, puis la cachexie; l'amaigrissement survient peu à peu, puis la fièvre hectique et le malade meurt. A l'autopsie, on trouve une dégénérescence cireuse du foie et des reins. Dans d'autres cas, le lupus peut s'accompagner de lésions plus profondes que la peau. Vous avez vu, chez un homme de la salle Saint-Louis, un lupus du pied s'accompagner de gonflement des os de la jambe et du pied. Ces lésions peuvent aller jusqu'à la tumeur blanche.

Le lupus a un mode d'invasion uniforme en général. Il débute par un point rouge, de petite dimension; bientôt la peau s'épaissit à ce niveau, et peu à peu la lésion s'étend dans tous les sens. Si la surface cutanée reste lisse, unie, c'est un lupus érythémateux; si au, contraire, elle s'élève en certains points, formant des saillies dures plus ou moins volumineuses, on dit que le lupus est tuberculeux. Entre ces deux espèces, il existe une variété mixte qui est habituellement désignée sous le nom de lupus érythémato-tuberculeux. Cette forme est très-commune. Dans certains cas, le lupus guérit à son centre; il se forme une cicatrice présentant tous les caractères que je vous ai énumérés au début de cette conférence, mais tandis que cette cicatrisation a lieu au centre, les bords restent malades, la circonférence grandit, s'étend, et la maladie occupe alors un espace plus vaste. Cette variété de lupus est habituellement appelé *érythème centrifuge*. Vous en avez un bel exemple chez une femme qui est couchée au n° 21 de la salle Henri IV. Elle a été traitée dans le service il y a quelques années pour un lupus des deux joues; elle est sortie de l'hôpital incomplétement guérie; elle nous revient aujourd'hui dans l'état suivant: les parties qui avaient été primitivement atteintes sont guéries et occupées par une cicatrice blanche, réticulée, mais au pourtour de cette cicatrice on voit le lupus envahissant les régions temporales, revêtant dans sa disposition une forme annulaire qui pourrait donner le change, et faire croire à une syphilide. C'est une scrofulide serpigineuse. Enfin les tubercules lupeux peuvent se ramollir et donner naissance à des ulcérations qui s'agrandissent peu à peu.

La marche des scrofulides est en général lente, régulière et progressive. Leur durée très-longue, est d'ailleurs très-variable. Ainsi, tandis que certains lupus se terminent en 6 ou 8 mois, d'autres persistent pendant des années entières, et peuvent même durer une partie de la vie. Il ne faut pas ignorer, à ce propos, que le traitement n'a pas la même influence dans tous les cas de lupus. Certaines scrofulides résistent aux divers agents thérapeutiques qu'on dirige contre elles.

Les récidives du lupus sont très-fréquentes. Ces récidives peuvent se montrer plus ou moins longtemps après la manifestation première. Suivant Hebra, les récidives plus ou moins tardives sont la règle, la cessation complète de la maladie, l'exception.

Ainsi, le pronostic des scrofulides peut être presque toujours considéré comme grave en dehors même de toute complication. C'est de ces complications que je veux actuellement vous dire quelques mots. Parmi ces dernières, la plus grave est sans contredit le *phagédénisme*. Lorsqu'il envahit un lupus, il donne un coup de fouet à la maladie, étend rapidement ses ravages, et amène des pertes de substance souvent considérables.

Malgré la sévérité du pronostic des scrofulides considérées en elles-mêmes, je dois dire qu'elles ne compromettent pas en général l'existence; elles laissent après elles une cicatrice vicieuse, mais le plus souvent elles guérissent. Cette guérison s'obtient grâce à un traitement général longtemps suivi et ayant pour but de modifier la constitution des malades : une bonne alimentation, des conditions hygiéniques favorables viennent puissamment aider au traitement. Dans l'immense majorité des cas, on a en même temps recours à un traitement local. Je ne veux pas insister pour le moment sur les moyens à employer contre le lupus; mais je tiens à vous signaler un autre mode de guérison que j'appellerai guérison par complication. Il est à remarquer en effet que l'invasion d'un érysipèle a souvent hâté la cicatrisation d'un lupus, que dans certains cas même, un lupus

© BIU Santé

qui avait résisté au traitement le mieux dirigé, s'est guéri après qu'un érysipèle est survenu. L'école allemande ne partage pas à ce sujet notre opinion; ainsi Hebra pense que le lupus se complique rarement d'érysipèle, et que d'ailleurs ce dernier a sur lui une influence plutôt fâcheuse qu'utile. Pour moi, et pour la plupart de mes collègues de cet hôpital, l'érysipèle spontané au contraire me paraît assez fréquent, et de plus je crois que son invasion, loin de compromettre la guérison du lupus, l'accélère au contraire, du moins dans la grande majorité des cas. Je suis si convaincu de ce fait, que j'ai cherché à favoriser la contagion de l'érysipèle chez les lupeux; j'ai inoculé à ces derniers du sang pris à un malade atteint d'érysipèle; mes tentatives ont d'ailleurs été infructueuses.

Je ne voudrais cependant pas, Messieurs, vous exagérer l'heureuse influence de l'érysipèle sur le lupus, et je dois avouer que, dans certains cas, à la suite d'une pareille complication, j'ai vu le lupus envahi par le phagédénisme. Mais, je le répète, c'est là une exception.

Après avoir parlé des symptômes et des complications que présentent les scrofulides, je dois aborder l'étude des causes de cette affection.

L'Ecole allemande professe, aujourd'hui, que le lupus n'est pas une affection diathésique, rejetant les idées des dermatologistes français qui rattachent le lupus à la scrofule, elle en fait une inflammation chronique et spéciale de la peau. Hebra s'exprime à ce sujet très-catégoriquement; il admet que, si dans certains cas le lupus est précédé de diverses manifestations strumeuses, c'est là l'exception, et que bien plus souvent il se rencontre chez des sujets jouissant d'une excellente santé, et n'ayant eu, à aucune période de leur existence, de manifestation de la scrofule.

Sans admettre les idées du dermatologiste Viennois et sans nier le rôle que la scrofule joue dans le développement du lupus, je dois vous dire que dans certains cas, en effet, la scrofule semble n'intervenir en rien dans la production du lupus; que surtout le lupus érythémateux paraît assez fréquemment chez des sujets forts, robustes, jouissant d'une parfaite santé. Mais je me hâte d'ajouter que ces cas, loin de constituer la règle, comme le prétend Hebra, sont au contraire l'exception, et qu'il est bien plus habituel de trouver des antécédents strumeux chez les sujets atteints du lupus. Le lupus n'est pas héréditaire; un lupeux ne donne pas naissance à un lupeux, mais un individu qui a eu dans sa jeunesse des manifestations scrofuleuses, ou qui est épuisé par une maladie ou une diathèse quelconque, peut donner naissance à un lupeux. Il est presque inutile de dire que le lupus n'est pas contagieux.

Certains auteurs ont admis que le lupus pouvait être une manifestation de la syphilis héréditaire, et M. Bazin, à côté du lupus scrofuleux, admet un lupus syphilitique. M. Devergie soutient encore que la syphilis des parents amène le lupus chez l'enfant, mais les preuves manquent pour soutenir cette opinion. Est-ce à dire qu'il faille nier toute influence de la syphilis sur le développement du lupus; je ne le pense pas. Je crois que le syphilis en amenant chez les parents une altération profonde de la constitution peut être cause indirecte du développement du lupus chez l'enfant.

Tandis que le cancroïde est une affection propre à la vieillesse, le lupus appartient surtout à la jeunesse. C'est, en général, de 5 à 15 ans qu'on le voit se développer, quelquefois plus tard, mais il est rare qu'il débute après 30 ans.

C'est une affection qui est certainement plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et pour vous en convaincre vous n'avez qu'à parcourir les salles de cet hôpital. Je vous ai dit qu'on pouvait le rencontrer chez des sujets forts, robustes, d'une constitution sanguine, mais dans la très-grande majorité des cas il appartient à des sujets faibles, délicats, lymphatiques. L'habitation, le climat, semblent exercer une influence sur le développement du lupus. Il en est de même de l'alimentation. Ce sont là des causes prédisposantes. Bien qu'Hebra prétende que le lupus atteint avec la même fréquence la classe riche et les indigents, nous le rencontrons, au contraire, en France, bien plus souvent chez les pauvres que chez les riches, et cela sans aucun doute à cause des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles ils vivent. On l'observe de préférence dans certaines régions : il est très-fréquent en Suède, en Norvège, en Russie; en France, on le rencontre surtout en Bretagne et dans les campagnes du Berry et du Limousin. Fait important à noter : il est plus rare dans les villes que dans les campagnes. (*A suivre.*)

SYPHILIOGRAPHIE

Etude sur les variétés et les formes anormales du chancre simple (1).

Par le Dr Louis **JULLIEN**.

VARIÉTÉS SUIVANT LE SIÉGE. — **Chancre simple du prépuce et du fourreau.** — Ainsi que nous l'avons dit précédemment, c'est sur le prépuce que se rencontre le plus fréquemment le chancre simple (615 fois sur 277 cas, dans la statistique de M. Le Fort); mais sur cet organe même sa localisation est variable : il peut occuper en effet la rainure balano-préputiale, la face muqueuse, le bord libre ou la face cutanée.

Sur la face *interne du prépuce*, le chancre simple est primitif, ou secondaire lorsqu'il se développe consécutivement au contact d'un ulcère du gland. Inversement une conséquence ordinaire de la chancrelle primitive du prépuce est son inoculation sur le gland. A moins de phimosis, ces lésions n'offrent rien de spécial; dans le cas contraire, presque toujours multiples elles présentent une grande tendance aux complications, ulcération rapide, inflammation, gangrène. Il en est de même des chancres de la *rainure*. Les produits virulents qu'ils sécrètent, retenus dans ce point grâce à la dépression circulaire, déterminent parfois des ulcérations en couronne très-étendues. On observe souvent dans la rainure, la variété à fond végétant que nous avons précédemment décrite.

Enfin, nous avons eu l'occasion de suivre dans leur développement (serv. de M. E. Besnier) une variété de chancres préputiaux de forme très-anormale. Ils étaient comme juchés sur un noyau, ne mesurant pas moins de 6 à 8 millimètres de hauteur au-dessus des parties voisines. L'induration de cette base élevée que l'on pourrait presque comparer à un piédestal, était complète, la lésion avait un aspect cupuliforme. Le diamètre ne dépassait pas celui d'une pièce de vingt centimes. Peu à peu le processus destructif s'accentua, et, trois semaines environ après le début, l'ulcération à fleur de peau présentait tous les signes caractéristiques du chancre simple.

Les chancres du *bord libre* préputial sont généralement consécutifs à d'autres chancres situés en arrière sur le prépuce ou sur le gland. Le pus, en s'écoulant par le limbe, l'a contagionné au niveau des petites éraillures, que l'on y rencontre si fréquemment. Ces ulcérations sont habituellement multiples, et présentent la forme fissuraire. Le passage des urines, avec lesquelles elles se trouvent forcément en contact, les irrite. Aussi n'est-il point rare que leur base venant à s'indurer ils en imposent pour des chancres syphilitiques.

Ces chancres ont souvent une durée assez longue; situés en effet sur l'anneau élastique qui forme le limbe, chaque fois que le malade porte le prépuce en arrière leur fond, se déchire et l'inoculation se fait sur de nouveaux tissus. Or, malgré la douleur qui devrait les avertir, certains malades croient indispensable de se livrer fréquemment aux plus complètes ablutions. Il en est qui, suivant l'expression de M. Diday, font ainsi éclater leur chancrelle plusieurs fois par jour. De là des récidives, des décollements, et finalement une cicatrice bridée, volumineuse, difforme, et par suite un resserrement permanent de l'orifice préputial.

(1) Voir les nos 33 et 38.

© BIU Santé

Les chancres simples du *fourreau* sont rares ; c'est une particularité digne de remarque que la plupart des ulcérations des téguments de la verge présentent le caractère syphilitique ; certains chirurgiens prétendent même que l'on n'observe jamais de chancrelle de cette région. Leur forme est généralement ovalaire, de plus, en raison de la mobilité des téguments, ils ont une grande tendance à s'étendre, dès que le tissu cellulaire est intéressé (*chancrelle écorçante* de Diday). Le fourreau peut encore être atteint à la racine de la verge, aux angles péni-scrotal et péni-pubien ; il y a lieu de croire que, dans ce cas, les tiraillements et les déchirures produites pendant le rapprochement ont rendu ces tissus aptes à se contaminer sur des chancres de la fourchette ou du clitoris. Le chancre *pubien* n'est pas aperçu en général dès son début, ou peut être pris pour un furoncle, car le pus s'agglutine avec le poil et forme des croûtes assez considérables, sous lesquelles l'ulcère peut progresser sans attirer l'attention.

Grâce à sa tension incessante, et aux déchirures qui en sont la conséquence, le *filet*, ainsi que l'a dit M. Diday, semble attirer les chancres. Le plus fréquemment, ils sont secondaires ; des ulcérations du voisinage se sont rapprochées progressivement et enfin l'envahissent par les parties latérales. Elles peuvent cependant naître d'emblée quand une gerçure s'est produite pendant le coït, et siéger directement sur la partie moyenne et saillante de l'organe.

La chancrelle du frein s'accompagne toujours d'une ulcération profonde et d'assez longue durée ; elle persiste régulièrement jusqu'à ce qu'elle ait complétement détruit le frein. La raison de ce fait est facile à comprendre. L'érection, la miction, la marche même sont pour le filet des occasions de tiraillement et de secousses ; une ulcération s'y développe-t-elle, chacun de ces nombreux traumatismes détermine une petite déchirure, qui, se trouvant en contact avec du pus spécifique, ne tarde pas à se chancrelliser et étend ainsi très-rapidement la surface de l'ulcération.

M. Diday a insisté sur l'existence d'un faisceau fibreux sous-jacent à la muqueuse (*filet profond*) et qui est invariablement détruit par le travail ulcératif. Il en résulte à la face inférieure du gland un sillon longitudinal, une sorte de fossé de deux millimètres de profondeur, le processus chancrelleux progresse, jusqu'à ce qu'il ait atteint ces limites déterminées, puis s'arrête. La guérison se fait alors spontanément. Tous ces phénomènes ne se produisent pas sans marquer l'affection de quelques caractères spéciaux ; les douleurs vives pendant la marche, les érections et les hémorrhagies fréquentes, enfin, la longue durée de la période d'état sont ceux qu'il importe de noter.

Si la chancrelle s'est développée sur les côtés du frein, il peut arriver que la partie superficielle reste intacte, tandis que l'ulcératon s'étend en profondeur ; après la cicatrisation il reste entre le gland et le prépuce un pont formé par une petite bride, fort exposée aux ruptures.

Une conséquence assez fréquente de ces chancres est la *perforation de l'urèthre*, dans le point où sa paroi inférieure est en rapport avec le frein. Cette perforation peut se réunir au méat et donner à cet orifice des proportions assez considérables pour que la miction et l'éjaculation en soient troublées ; lorsque la perforation est distante du méat, il peut en résulter une fistule, presque toujours de peu d'étendue et facilement curable par la cautérisation.

Chancre simple de l'urèthre. — Les chancres du *méat urinaire* sont assez fréquents. En général, ils siégent latéralement sur une des lèvres et n'envahissent l'autre que par inoculation successive. Il est rare qu'ils soient exclusivement bornés à l'une des commissures. Enfin, la lésion s'étend toujours de quelques millimètres dans la profondeur de la fosse naviculaire.

On reconnaît ces chancres : à l'aspect irrégulier et tomenteux des bords de l'orifice ; à la tuméfaction, si légère qu'elle soit, qui empêche leur renversement, ordinairement si facile ; à l'écoulement du muco-pus qui, toujours assez copieux, s'échappe du méat et simulerait une blennorrhagie, si la douleur produite par la miction était étendue à une portion moins limitée du canal ; enfin, à la dureté que présente leur base. Sous l'influence de l'irritation causée par l'urine, tous les chancres du méat offrent, en effet, un certain degré d'induration.

Tous les auteurs insistent sur les rétrécissements du méat qui peuvent être la conséquence des chancres de cette région (1), c'est là cependant une circonstance relativement fort rare ; la règle est, au contraire, que cet orifice soit élargi en forme d'entonnoir ; car il y a une perte de substance, et le tissu cicatriciel ne la comble jamais que bien imparfaitement.

Ainsi que je l'ai dit précédemment, le chancre *endo-uréthral*, appelé aussi chancre larvé, est extrêmement rare. L'ulcération le plus profondément située que nous ayons observée ne dépassait que d'un centimètre environ la limite de la fosse naviculaire. Loin de la rechercher à l'aide de l'endoscope, moyen difficile, compliqué et même dangereux à cause de la propagation du pus et de son inoculation possible sur d'autres points, on devra, ainsi que nous l'avons vu faire par P. Horteloup, mettre la lésion en évidence au moyen d'un petit spéculum. Si l'on n'y parvient pas, on s'abstiendra de toute exploration ultérieure et c'est à l'inoculation qu'il faudra recourir pour asseoir le diagnostic. Pour la pratiquer, on recueillera le pus qui s'est accumulé dans l'urèthre pendant la nuit et que l'on peut en faire sortir au réveil par des pressions d'arrière en avant. Outre la douleur continue, exaspérée par les pressions et le passage des urines, l'écoulement blennorhoïde, la tuméfaction noueuse que l'on peut sentir à la palpation, et les symptômes de rétrécissement qui se produisent parfois, nous signalerons comme une complication assez fréquente des chancres larvés la production d'abcès chancreux périuréthraux (Hélot, Ricord). La cicatrisation est lente et difficile. Un rétrécissement inodulaire en est souvent la conséquence. (*A suivre*).

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1.988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 26 septembre 1878, on a déclaré 846 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 27 ; rougeole, 4 ; scarlatine, 2 ; variole, 1 ; croup 6 ; angine couenneuse, 20 ; bronchite, 27 ; pneumonie 37 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 19 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 3 ; affections puerpérales 5 ; érysipèle, 1 ; autres affections aiguës, 22 ; affections chroniques, 407 dont 167 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales 33 ; causes accidentelles, 30.

Amphithéatre d'anatomie. — Année 1878-79. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 14 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17. Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant : 1° Anatomie topographique : M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis. — 2° Physiologie : M. le docteur Schwartz, prosecteur, les mercredis et samedis. — 3° Anatomie descriptive : M. le docteur Henriet, prosecteur, les mardis et jeudis ; — 4° Histologie : M. le chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à 2 heures. — Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. — Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours de une heure à quatre heures.

Assistance publique. — Le jury de concours pour l'externat qui doit s'ouvrir le 8 octobre est constitué comme il suit : MM. Blum, Henri Huchard, Humbert, Landrieux, Peyrot, Raymond, Tenneson.

Médecins-députés. — M. le Dr Chavannes vient d'être élu député de Lyon.

Nécrologie. — M. le Dr Vivien, médecin à Conches (Eure) vient de mourir.

---

(1) Ce phénomène était bien connu des anciens auteurs qui en exagéraient même et la fréquence et l'importance. Celse recommande de placer une canule dans le méat et de cautériser au fer rouge : « Si id summa glande circa fistulam urinæ est, prius in eam tenue specillum demittendum est, ne claudatur ; deinde id ferro adurendum... » (Livre VI, xviii, 4). D'autre part, nous lisons dans Carmichael : « The orifice of the urethra becomes so contracted in the new formed cicatrix, that the urine passes with the greatest difficulty, unless the utmost care is taken to preserve the passage open during the healing of the ulcer. » (Carmichael, *An essay on venereal disease*. London, 1825, page 168).

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Une parfaite Académie (1)

Dans l'époque de transition que nous traversons, il est un phénomène qui s'observe dans les camps les plus opposés, sous les drapeaux les plus divers, et dans les circonstances les plus variées. Il s'observe parfois chez ceux-là même qui combattent les conséquences du principe dont il procède. Nous voulons parler de la tendance à invoquer l'autorité et la centralisation pour réaliser les progrès ou les changements que l'on croit désirables. La fréquence, et pour ainsi dire la généralité de ce phénomène, inquiéterait si l'on ne savait que chez beaucoup de bons esprits il est le résultat inconscient et irréfléchi d'une éducation première et d'habitudes morales anciennes. Peu à peu, ils se sont débarrassés des idées fausses dont on avait imbu leur enfance, mais ils ont gardé le respect du procédé à l'aide duquel on les leur avait inculquées et la foi en son efficacité ; de là les contradictions entre leurs aspirations et leur conduite. Il n'y a là que l'effet d'une cause connue qu'eux-mêmes travaillent à supprimer pour l'avenir. Pour d'autres, cette tendance à se défier de toute initiative individuelle et à tout attendre de l'impulsion d'en haut est une affaire de principe accepté avec toutes ses conséquences. Ceux-ci sont les véritables adversaires de la liberté et du progrès qu'ils combattent partout et toujours ; ceux-là ne sont que les amis maladroits d'une cause qu'ils s'imaginent servir.

Nous ne croyons pas l'offenser en rangeant parmi ces derniers M. Francisque Bouillier qui, se préoccupant des meilleurs moyens de hâter le progrès des sciences, propose de revêtir l'Institut de France « d'une magistrature active et d'une sorte de juridiction naturelle sur toute la république des lettres et des sciences. » — Son projet n'a guère que le fond de commun avec celui de Bacon ; il ne tombe pas dans les exagérations de l'inventeur de la Maison de Salomon et n'entend pas affubler les membres de l'Institut des ornements épiscopaux ; encore moins songe-t-il à reprendre les idées du bon Mercier rêvant que les carrières de plâtre de Montmartre se *tariraient* et que la terre y enfanterait de nouveaux lits de pierre, tout exprès pour lui permettre de transformer la butte en un nouveau Parnasse. Les vues de M. F. Bouillier sont moins fantastiques et ses ambitions moins hautes ; mais il serait d'autant plus fâcheux de chercher à les satisfaire qu'on pourrait y réussir.

M. F. Bouillier voudrait placer sous le patronage de l'Institut toutes les institutions scientifiques ou littéraires qui naturellement en dépendent ; au lieu d'éparpiller en différentes mains plus ou moins autorisées les fonds d'encouragement pour les sciences et les lettres, les concentrer entre celles de l'Institut, et faire se tourner vers lui, comme vers leur centre naturel, les Académies et les sociétés de province. Certes, le projet n'a rien d'utopique, ni même, présenté sous ces traits un peu flottants, rien de bien effrayant. Il est facile de consacrer tout l'argent dont le budget scientifique dispose à doter l'Institut des laboratoires et des appareils nécessaires aux investigations de toutes les sciences ; il est aisé de lui abandonner le soin de répartir à la Sorbonne, au Muséum, au Collége de France, aux Académies de province et aux savants isolés les secours, les encouragements et les subventions que distribue aujourd'hui le ministère. On doit convenir que la science et les savants attendant ainsi leur pain quotidien de l'Institut, « la vertu de son ascendant, le zèle et la bonne volonté de ses membres » seraient bien médiocres, s'il n'exerçait en toute autorité la magistrature et la juridiction que M. F. Bouillier veut lui confier. A défaut de la déférence de tous, il serait assuré de la soumission universelle. Reste à savoir ce que la science gagnerait à cet embrigadement général de tous les travailleurs et ce que deviendrait l'indépendance de la pensée dans une République des lettres et des sciences régie par ce Concile d'un nouveau genre ?

M. F. Bouillier est persuadé qu'alors l'Académie des Sciences pourrait gouverner, guider, coordonner les efforts et les recherches, suivant une vue d'ensemble, vers quelque but commun ; faire elle-même, en son nom, d'une manière collective, les découvertes qu'elle se borne aujourd'hui à contrôler et à enregistrer.

S'il avait consulté l'expérience, en se souvenant que les plus grands esprits ont leur part des faiblesses humaines, M. F. Bouillier ne se serait pas abandonné à ces illusions. Les questions qui s'agitent dans une Académie des Sciences ne sont pas de celles qu'on tranche par un vote ; la majorité n'y fait pas loi, et l'unité d'opinion, quand elle s'y fait, ne s'établit que sur des points où tout progrès est impossible, parce que sur eux la science est définitivement fixée. Quant aux autres, quant aux questions discutées, sur lesquelles les membres de l'Académie ont des vues divergentes ou opposées, comment s'entendrait-on pour « guider et ordonner des recherches et des efforts, » qui ne peuvent aboutir, d'ailleurs, qu'à condition d'être exécutés en toute indépendance d'esprit ? M. F. Bouillier ignore-t-il les querelles qu'ont soulevées maintes fois, non pas telles ou telles discussions doctrinales, mais seulement la manière technique de conduire les expériences destinées à les éclaircir ?

Par essence, une Académie est aussi incapable de gouverner le mouvement scientifique qu'une Assemblée politique de décider de la vérité d'une loi naturelle. Parfois, il est vrai, une direction unique s'impose momentanément aux travaux scientifiques. Mais c'est qu'alors au milieu du Concile a surgi un esprit dominateur, un pape infaillible, traitant en hérétique quiconque pense autrement que lui. Il s'établit une orthodoxie scientifique, sous le règne de laquelle la science languit et s'arrête, chacun devant se conformer à l'Evangile officiel. Cela s'est déjà vu en l'état actuel de notre organisation, qui laisse encore aux savants indépendants et d'un caractère bien trempé, quelques refuges où ils peuvent échapper à la tyrannie des puissants. Que serait-ce donc et quelle résistance serait possible si l'Institut, subjugué par un de ces maîtres impérieux qui se sont déjà rencontrés, était pourvu des moyens d'oppression que M. F. Bouillier veut imprudemment lui fournir ? Toute dissidence étant considérée comme une révolte criminelle, les habiles ne songeraient, pour parvenir, qu'à commenter, paraphraser et glorifier les doctrines du maître ; quant aux maladroits assez osés pour contredire, ils n'auraient à attendre que l'étouffement pour leurs travaux et la persécution pour leurs personnes. L'esprit d'initiative, le grand moteur des progrès scientifiques, mourrait le jour où, con-

(1) *Revue des Deux-Mondes*, 1er octobre 1878.

© BIU Santé

formément aux désirs de M. F. Bouillier, il devrait attendre le mot d'ordre de l'Institut.

Au moins pourrait-on espérer que l'activité de l'Institut suppléerait à l'inertie générale et que l'Académie des sciences ferait elle-même ce qui serait interdit en dehors d'elle ? Pour le croire, il faudrait pouvoir citer une découverte scientifique qui fût l'œuvre collective d'une société savante quelconque ; pour nous, nous n'en connaissons pas, et nous osons affirmer qu'il ne s'en produira jamais. Une conception intellectuelle est le fait d'une personnalité ; une société ne peut qu'aider par les ressources matérielles dont elle dispose à la réalisation de la pensée conçue par un de ses membres.

Tout entraver et ne rien faire, tel serait le résultat de la toute-puissance réclamée pour l'Institut par M. F. Bouillier. Qu'on augmente les allocations budgétaires de l'Institut, personne n'y contredira, si ce n'est pas au détriment d'autres corporations aussi respectables et aussi utiles. Et si elle vise à la perfection, que l'Académie des sciences s'applique, comme le voulait Descartes, à n'avoir en vue que la vérité, qu'elle oblige ses membres à s'écouter les uns les autres avec douceur et respect, sans s'étudier à contredire ni faire paraître de mépris pour ce qui sera dit par leurs collègues. C'est, avec l'accroissement de son budget, tout ce qu'on peut lui souhaiter. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances de Mars-Avril.

M. Horvarth a fait des expériences sur le développement des bactéries dans les liquides soumis à l'agitation. Il a vu que des liquides ensemencés de bactéries n'en contenaient bientôt plus quand ils étaient soumis à l'agitation et que des liquides organiques agités ne se putréfiaient pas. — M. Bert, qui a fait avant M. Horvarth ces expériences, était arrivé à un résultat absolument inverse.

M. Carnot fait une communication sur le plomb contenu dans le sous-nitrate de bismuth des pharmacies. Ce métal peut y être contenu en quantité suffisante pour devenir nuisible.

M. Toussaint présente des expériences qu'il a faites sur le sang charbonneux. Ce liquide contient toujours des bactéries, il n'y a pas de virus charbonneux proprement dit. Tout animal charbonneux a des bactéridies dans le sang. L'inoculation d'un sang qui ne contient pas de bactéridies ne donne jamais la maladie charbonneuse.

M. Sédillot fait un discours pour montrer la grande importance qu'ont eue les découvertes de M. Pasteur sur les progrès de la chirurgie. C'est grâce à eux que nous avons vu naître le pansement ouaté de Guérin et le pansement de Lister, entravant ou même détruisant les germes qui flottent dans l'atmosphère. Peut-être les précautions recommandées par M. Pasteur permettront-elles de voir la réunion par première intension devenir la règle dans nos hôpitaux.

M. d'Abbadie fait remarquer qu'en Orient la plaie du Yemen guérit mieux à découvert que sous un pansement. Faudrait-il donc croire que l'air de ces régions ne contient pas de germes?

M. Richet fait une communication sur le suc gastrique des poissons. L'acide de ce suc gastrique semble être de l'acide chlorhydrique combiné avec la leucine ou la tyrosine, formant ainsi un sel extrêmement cristallisable dont il peut très-facilement être dégagé au moment de la digestion.

M. G. Le Bon présente des observations qu'il a faites sur la forme du crâne. Il existe chez tout le monde une dissymétrie constante, mais tous les os du crâne ne sont pas en même temps asymétriques. Si par exemple le frontal prédomine d'un côté, on peut être sûr que ce sera le temporal ou le pariétal qui prédominera du côté opposé.

M. Decaisne lit un mémoire sur l'étiologie du choléra. Pour lui, cette affection est toujours tellurique. Ce qui agit, c'est moins l'humidité du terrain lui-même, que sa perméabilité plus ou moins grande pour l'eau. Il y a beaucoup d'inconnues dans ce problème, et il est à noter que ce ne sont pas les endroits les plus marécageux et les plus malsains qui exposent le plus au choléra.

Un Anonyme propose un prix de 6,000 francs à décerner à la personne qui aura fait la meilleure application à la médecine des travaux de M. Pasteur.

M. d'Arsonval a étudié le téléphone comme instrument destiné à déceler l'électricité. Il a vu que le téléphone était le galvanoscope le plus sensible que l'on possède. En lançant un courant très-faible à travers un téléphone et en l'interrompant par les vibrations d'un diapason, on entend distinctement parler le téléphone.

M. Tanret décrit un procédé qui permet d'obtenir en grande quantité l'ergotinine tirée de l'ergot de seigle. Un kilog a pu donner ainsi 1 gramme 2 de ce produit.

M. Gréhant a fait respirer à des animaux une proportion très-faible d'oxyde de carbone. Il a vu que cet oxyde de carbone s'emmagasinait dans l'organisme peu à peu et que même au 1500 il arrivait à détruire la moitié des globules rouges.

MM. Feltz et Ritter présentent une note d'où il résulte que l'urée injectée directement dans le sang est impuissante à produire des accidents convulsifs. Ces accidents n'ont lieu que si l'urée contient du carbonate d'ammoniaque. La ligature de l'uretère ne provoquerait pas non plus l'urémie chez les animaux sains. Enfin, il n'y pas dans le sang de ferment qui puisse opérer la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque.

MM. Pasteur, Joubert et Chamberland présentent un mémoire sur les vibrions qui peuvent engendrer la pyémie, la septicémie, le charbon ou une maladie qui soit le mélange de ces états. On peut à volonté inoculer chacune de ces maladies ou les mélanger. Le mémoire de M. Pasteur est d'une très-grande importance et n'est pas de ceux qui doivent être analysés : nous renvoyons le lecteur au texte même de ce remarquable travail.

M. Vulpian fait une communication sur l'origine de la corde du tympan. D'après lui ce nerf ne viendrait pas du facial ou du nerf intermédiaire, mais bien de la cinquième paire. M. Vulpian termine en faisant encore quelques réserves. P. Regnard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er octobre 1878. — Présidence de M. Baillarger.

M. Roger lit une note additionnelle au rapport qu'il a présenté dans une séance précédente sur le travail de M. Delthil. Ce travail, on s'en souvient, traitait de l'ulcération diphthéroïde de la coqueluche, à laquelle son auteur attribuait un caractère de spécificité. Or cette spécificité fut niée par le savant rapporteur, et la constatation fréquente d'une ulcération du frein dans la coqueluche, fut rapportée à sa véritable cause, c'est-à-dire à la projection de la langue hors de la bouche durant les saccades de la toux. Aujourd'hui un médecin de province vient d'adresser à M. Roger plusieurs observations desquelles il ressort nettement que l'ulcération du frein de la langue chez les coquelucheux doit reconnaître non un principe spécifique, mais un traumatisme.

M. H. Bouley communique à l'Académie une lettre qui lui a été adressée par un étudiant en médecine, à propos de la discussion commencée dans la dernière séance sur le surmenage. Cette lettre relate les lésions obtenues chez un lièvre coursé, c'est-à-dire des ecchymoses pleurales. Quant à la question de savoir si un lièvre mort surmené peut être mangé sans nuire à la santé, on est porté à le croire si on s'en tient strictement aux réflexions de l'expérimentateur. Pour ce dernier, un lièvre ainsi forcé présenterait d'abord de

© BIU Santé

la raideur musculaire, puis de la rigidité. La mort serait due à un véritable empoisonnement urémique, si l'on veut bien faire entrer en ligne de compte et la saveur urineuse de la viande promptement préparée, et les transformations physiologiques opérées par un travail musculaire excessif.

M. Delpech pense qu'il serait utile d'examiner les viandes destinées à l'alimentation, non-seulement dans le but d'éloigner des maladies que causerait l'ingestion de viandes malsaines, mais afin de prévenir la possibilité d'une maladie quelconque, telle que le charbon, chez les personnes qui dépècent et manient les chairs animales. Pour ce qui concerne les denrées alimentaires, le Conseil municipal de Paris vient de créer un laboratoire qui est naturellement destiné à rendre des services signalés. Ne pourrait-on pas demander la création d'un pareil laboratoire, dont le but serait précisément d'analyser les viandes vendues pour l'alimentation?

M. Bouley a déjà formulé des réformes sur le contrôle auquel seront soumis les animaux vendus et abattus pour la boucherie. Ce contrôle sera fait sur le lieu même de l'abattage et sera une réelle garantie pour la santé publique.

M. Mourgues fait la lecture d'un travail *sur l'autophagisme*. Ce travail, qui est renvoyé à une commission académique composée de MM. Bouillaud, Moreau et Woillez, sera ultérieurement analysé. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 31 *mai*. — Présidence de M. Charcot.

Psoriasis arthritique. — Allongement hypertrophique des ongles. — Ankylose généralisée et déformations articulaires multiples. — Mort. — Autopsie; par E. Piogey, interne provisoire.

B...., Jules, âgé de 41 ans, entre le 25 septembre 1877 à l'infirmerie de Bicêtre, salle Saint-Prosper, n° 6, service de M. Terrier.—Antécédents : Son père était herpétique ; sa mère est morte à 52 ans, paralysée ; elle a toujours eu de violentes migraines et des névralgies généralisées, mais pas de douleurs articulaires. Son frère est mort phthisique, avec des accidents laryngés.

Son enfance n'a été signalée par aucuns phénomènes de scrofule, ni d'éruptions cutanées. Pendant son adolescence, il était sujet aux transpirations abondantes, localisées à la tête, aux aisselles, aux pieds ; il éprouvait des congestions passagères de la face, des épistaxis. Ses cheveux devinrent rares prématurément. La santé fut parfaite jusqu'à 27 ans. A cet âge se montrèrent les premières plaques de psoriasis aux coudes ; quelque temps après, elles apparurent aux genoux, et en moins d'une année l'affection se généralisa. A ce moment, il n'éprouva aucune douleur.

Un mois de séjour à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Bazin suffit pour l'améliorer. Le traitement consista dans l'emploi de bains alcalins, huile de cade et solutions arsenicales.

Six semaines après, il y eut récidive du psoriasis avec douleurs articulaires violentes, d'abord localisées au rachis, aux coudes, puis aux genoux. Les douleurs envahirent les autres articles et se généralisèrent en suivant exactement la marche du psoriasis. Les articulations envahies n'étaient pas le siége d'une tuméfaction considérable. Il y eut impossibilité d'exécuter les moindres mouvements vu l'intensité des douleurs qui durèrent une année avec quelques intervalles de rémission. L'articulation temporo-maxillaire fut envahie en dernier.

Pendant le cours de cette affection, les articulations commencent à s'ankyloser et à se déformer. En procédant par ordre, ce sont d'abord les articulations fémoro-tibiales, huméro-cubitales dont les mouvements diminuent, puis viennent les articulations radio-carpiennes, coxo-fémorales, tibio-tarsiennes et en dernier lieu les métacarpo et métatarso-phalangiennes et les phalangiennes. Les articulations occipito-atloïdo-axoïdiennes, enfin, celles des autres vertèbres entr'elles. Ce n'est que fort tard qu'il est impossible au patient d'imprimer des mouvements à l'articulation temporo-maxillaire.

Depuis 10 ans, le malade se plaint de douleurs vagues, mais ne ressent pas de grandes douleurs articulaires. Depuis ce temps, la marche, la station assise même sont devenues de plus en plus pénibles. Les jointures plus ou moins ankylosées condamnent cet homme au repos le plus absolu. L'affection cutanée a évolué d'une manière progressive et a envahi toute la surface du corps, sans rémissions bien accentuées.

Etat actuel. Depuis 4 ans, cet homme est couché, immobile, dans le décubitus dorsal qu'il ne peut modifier sans de grandes souffrances ; il est soutenu par plusieurs oreillers. Son facies amaigri, d'une couleur blanc mat, est empreint des souffrances qu'il éprouve. La musculature de son tronc, de ses membres a en partie disparu. Les bras sont fléchis et appuyés sur la poitrine, ils sont croisés et c'est seulement au bras droit que le malade peut imprimer quelques mouvements limités. Le bras gauche peut être écarté légèrement de la poitrine, mais en provoquant des douleurs assez violentes. La main et surtout les doigts sont fortement déjetés vers le bord cubital.

Le thorax a l'aspect d'un squelette recouvert d'une feuille de parchemin. Les omoplates se détachent complétement du tronc. Le ventre est rétracté en bateau. Les jambes sont fléchies latéralement, les articulations fémoro-tibiales sont dans la demi-flexion. On constate qu'il est impossible d'imprimer le moindre mouvement à ses autres jointures. Il ne peut tourner la tête ni d'un côté ni de l'autre. Il est tout d'une pièce et fixé dans son lit comme une planche.

Le psoriasis est absolument généralisé. Sur le cuir chevelu on remarque des croûtes épaisses, un peu squameuses. Les joues sont recouvertes de croûtes sèches assez confluentes. Le pavillon de l'oreille présente çà et là quelques îlots de psoriasis diffus. La face est la région la moins couverte de squames. La poitrine, le dos, le ventre présentent une certaine quantité de squames ayant la forme du psoriasis guttata. Les bras, les plis articulaires, le creux axillaire, la paume des mains sont principalement envahies par des squames épaisses, très-adhérentes les unes aux autres et au derme qu'elles recouvrent. Leur coloration est d'un blanc pâle et mat. De larges plaques d'une épaisseur considérable existent sur les membres inférieurs et laissent à peine entre elles quelques intervalles de peau saine. Vient-on à détacher quelques-unes de ces saillies squameuses, on constate l'ulcération sous-jacente de la peau.

A la partie moyenne et interne des jambes, on remarque des phlyctènes remplies de sang à droite et d'un pus épais et grumeleux à gauche. Toutes les parties qui ne sont pas en contact avec les draps présentent un aspect terreux. La peau est fendillée et plissée, donnant par le grattage, non pas des squames, mais une matière sèche, sablonneuse, en tout semblable à de la terre jaune desséchée, plus abondante surtout au niveau des doigts. Le derme, dans certains endroits, présente des élevures variables dans leurs contours et formant des saillies appréciables au toucher et à la vue. Les régions principalement recouvertes de squames sont le siége d'induration. Au-dessous de ces squames, la peau est d'un rouge foncé ; elle rappelle l'aspect cuivré de certaines manifestations cutanées syphilitiques.

Les ongles des mains sont tellement épaissis qu'ils sont presque cylindriques et présentent l'aspect corné. Leur couleur est jaune ocre. Ils sont recourbés de telle façon qu'ils touchent la face palmaire des doigts ; leur courbure décrit un cercle, ils s'inclinent les uns sur les autres. Les ongles des derniers doigts de chaque main ont de 7 à 8 centimètres de longueur et un diamètre de 8 à 10 mm. Ils sont légèrement concaves du côté de la face palmaire. Les ongles des pouces sont relativement courts et peu épais. Depuis trois ans aucun d'eux n'a été coupé.

Ceux des pieds sont plus petits et moins recourbés. Ceux du pied droit surtout ont une longueur minime. L'ongle du gros orteil gauche est développé d'une façon colossale. Il mesure 9 cent. de longueur, a un diamètre de 1 cent. et est comme fendillé dans le sens de sa longueur. Le timbre de sa voix est complétement changé. On croirait entendre une voix de fausset. L'auscultation ne décèle rien d'anormal dans les

© BIU Santé

poumons. Les bruits du cœur sont normaux, sauf le premier qui est un peu sourd et mal frappé.

26 *avril*. Impossibilité complète d'entr'ouvrir la mâchoire, le malade ne peut accomplir l'acte de la mastication. Une diarrhée intense survient. Depuis quelques jours il se plaint de violentes douleurs dans la région sacrée ; à ce niveau on constate une eschare de 8 à 10 cent. de largeur.

27. Traitement : Régime lacté. Pilules nitrate d'argent. L'émaciation continue. Le faciès est empreint d'un air de souffrance. Insomnie. Agitation.

29, 10 à 12 garde-robes. Alimentation insuffisante. Dégoût pour le régime lacté.

1er *mai*. L'eschare fait des progrès. L'état général devient de plus en plus mauvais.

7. L'urine s'écoule par l'eschare. La peau est chaude, brûlante, sèche. Le malade s'affaiblit de plus en plus et il s'éteint tranquillement dans la nuit.

Autopsie. Poumons normaux, de couleur d'un blanc ardoise. La teinte est grisâtre, la périphérie sillonnée par des lignes, des plaques grisâtres. Cœur peu volumineux. Un gros caillot fibrineux existe dans le ventricule droit, il se prolonge dans l'artère pulmonaire. La valvule mitrale offre quelques rugosités.

Tous les viscères adhèrent fortement entre eux. Impossibilité complète de détacher le foie du diaphragme sans dilacération du parenchyme. La capsule de Glisson adhère et reste fixée à la face inférieure du diaphragme. La base des poumons adhère également très-fortement à la face supérieure du diaphragme. Les circonvolutions intestinales forment une masse que l'on ne parvient qu'avec peine à dissocier. Rate petite. Reins. Le droit plus petit que le gauche. Pas d'altérations appréciables à la vue sur les muqueuses intestinales et gastriques. La surface de la vessie est grisâtre. Au niveau de la portion prostatique, on aperçoit un orifice à bords réguliers qui laisse écouler le liquide versé dans son intérieur, lequel vient sourdre au niveau de l'eschare. Le trajet est sinueux, il a une longueur de 3 à 4 cent.

Cerveau normal. Plusieurs articulations sont ouvertes ; quelques-unes luxées et les lésions du rhumatisme chronique sont constatées. Dans quelques-unes les cartilages articulaires ont complétement disparu ; les surfaces articulaires sont unies entre elles par des lamelles osseuses, des ostéophytes. Les mêmes lésions sont observées sur les articulations des vertèbres. Les articulations des membres sont déformées, surtout celles du poignet et des métacarpo-phalangiennes. Les articulations scapulo-humérales ne sont pas ankylosées, mais présentent cependant une altération des cartilages qui sont érodés et par place offrent un aspect velvétique. Il en est de même des articulations du coude droit, de l'articulation sterno-claviculaire et acromio-claviculaires dont les extrémités osseuses sont notablement épaissies et dont les cartilages présentent des sillons, des rayures peu accentuées. Les articulations fémoro-tibiales demi-fléchies ne sont le siége d'aucun mouvement.

La rotule adhère à la face antérieure et inférieure du fémur dont les surfaces articulaires sont complétement dépourvues de cartilage et formées par une couche osseuse éburnée de couleur brun noirâtre. Les fibro-cartilages inter-articulaires n'existent plus. Le tibia est soudé au fémur et on observe sur le pourtour de l'articulation des ecchondroses marginales.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue : et d'abord nous sommes en présence d'un sujet atteint d'*ankylose généralisée*, fait excessivement rare ; en effet toutes les articulations autres que les articulations scapulo-humérale, huméro-cubitale, sterno-claviculaires et métacarpo-phalangiennes du pouce étaient complétement prises ; ces dernières se trouvaient elles-mêmes malades et pour ainsi dire à demi-ankylosées. En second lieu nous voyons une affection cutanée être suivie, à courte échéance, d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé, lequel, après avoir subi une défervescence complète, passe à l'état chronique et envahit progressivement les jointures autour desquelles le psoriasis faisait son apparition, en suivant exactement la même marche et allant de pair avec l'affection cutanée.

D'après la doctrine de M. Bazin, il y aurait dans l'arthritisme dont cet homme nous présente un exemple évident, une sorte de balancement entre le rhumatisme et les affections cutanées. Plus l'attaque de rhumatisme ou de goutte est intense, moins les arthritides sont prononcées ; au contraire les affections cutanées sont tenaces et opiniâtres lorsque le rhumatisme articulaire n'existe pas ou se montre à un faible degré.

Ici rien de tout cela, le rhumatisme apparaît peu de temps après le début du psoriasis et une fois son apparition faite, il continue ses ravages sur les autres articles en suivant une marche parallèle à l'affection cutanée.

Le dernier point serait de remonter à la source, à la nature de ce psoriasis. En examinant les antécédents, en tenant compte de la marche et du développement de tous les symptômes offerts par cet homme, il est de toute évidence que nous sommes en présence d'un psoriasis reconnaissant pour cause une influence générale diathésique. Malgré les restrictions faites plus haut et en nous appuyant sur la grande autorité de Bazin, nous croyons pouvoir admettre ici un psoriasis symptomatique de l'arthritis, bien que ces idées soient contestées par deux dermatologistes des plus autorisés, le Dr Guibout et le professeur Hardy.

Lésions diverses du foie.

M. Gille présente un foie offrant des altérations probablement syphilitiques.

M. Malassez fait remarquer que dans les tumeurs syphilitiques on trouve deux caractères, qui semblent manquer ici complètement, ce sont :

1° Une zone fibreuse très-dure enserrant les parties caséeuses ; 2° une dureté spéciale de cette zone, due à ce qu'elle conserve encore sa résistance propre au tissu fibreux, bien qu'elle soit en dégénérescence caséeuse.

Gomme du foie. — Note additionnelle à la présentation de M. Gille ; par E. Chambard, interne des hôpitaux, répétiteur au Collége de France.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société anatomique le résultat de l'examen microscopique d'une pièce envoyée par M. Ollivier au laboratoire d'histologie du Collége de France et présentée devant elle par M. Gille, sous le nom de gomme du foie.

Nous n'avons pas eu l'intention de faire de cette pièce un examen complet, et les fragments qui nous ont été remis étaient le siége d'altérations trop avancées pour que nous ayons pu y étudier la forme de cirrhose dont le tissu hépatique était atteint. Nous nous bornerons donc dans cette note à la simple définition histologique des tumeurs très-nombreuses dont il était le siége et qui ont été considérées par le présentateur comme étant de nature gommeuse.

Ces tumeurs consistent en masses caséeuses irrégulières, séparées les unes des autres par de larges bandes de tissu poreux de nouvelle formation, au sein desquelles se rencontrent des sinus veineux, des amas d'éléments embryonnaires et des restes de lobules hépatiques. Les masses caséeuses sont parsemées d'un très-grand nombre de grosses granulations d'aspect gras, réfringentes, à bords diffus, non colorées par le carmin et l'acide osmique, colorées, au contraire, par la purpurine, et dont la nature exacte est difficile à déterminer.

Ces petites masses se rencontrent dans tous les produits caséeux, mais nulle part elles ne sont aussi abondantes que dans les productions gommeuses. On les voit toujours dans les gommes du foie, et nous les avons également rencontrées dans les gommes syphilitiques de la peau. M. le professeur Ranvier les regarde comme des amas de cristaux aciculés d'acide stéarique ; nous n'avons pu, il est vrai, dans le cas actuel et jusqu'ici, reconnaître leur nature cristalline, mais la macération des pièces dans l'alcool, a pu confondre ces cristaux en une masse en apparence homogène, et il y aurait lieu de les étudier sur des pièces fraîches et exemptes de toute macération.

Il résulte donc de l'examen microscopique de ces tumeurs qu'elles sont bien de nature gommeuse et les amas de cellules embryonnaires que nous avons constatées au sein du tissu

© BIU Santé

conjonctif qui les sépare, sont vraisemblablement de nouvelles gommes en voie de développement. La seule particularité qu'elles présentent, est l'absence de la coque fibreuse bien nette, développée à leur périphérie, qui se rencontre dans un grand nombre de cas et qui renferme alors des espaces probablement lymphathiques dans lesquels on rencontre des granulations graisseuses. Ces zones fibreuses peuvent être regardées à la fois comme une des causes de la caséification des masses embryonnaires constituant la néoplasie syphilitique par les obstacles qu'elles apportent à la circulation du sang dans leur intérieur, et comme les voies ouvertes à la résorption de résidus de la caséification lorsque celle-ci s'est produite.

En aucun point des préparations, ni dans les masses caséeuses, ni au sein des amas embryonnaires, nous n'avons pu constater de cellules géantes qui sont aussi rares dans les néoplasies syphilitiques que communes dans les néoplasies appartenant à la diathèse scrofulo-tuberculeuse à ce point que leur présence est souvent un des caractères qui permettent de reconnaître ces dernières.

REVUE CHIRURGICALE (1).

XI. Phimosis: A report from the surgical section to the New-York Academy of medicine; par LEROY MILTON YALE. (*New-York medical Journal*, août 1877).

L'auteur, après avoir étudié brièvement le phimosis des enfants considéré comme physiologique, insiste surtout sur le phimosis persistant. Il divise les accidents qu'il peut produire en deux ordres : accidents locaux ou mécaniques et accidents à distance. Les accidents locaux, démangeaisons, douleur à la miction, balanite, balanoposthite, difficulté d'émission, sont les plus fréquents; d'autres sont produits indirectement par l'obstacle : l'incontinence d'urine, le ténesme, l'hématurie, le priapisme, les pertes séminales, etc. Quant aux phénomènes à distance, ce sont des troubles nerveux que l'on peut rapprocher de ceux qu'on a observés dans certains cas de rétrécissements de l'urèthre au voisinage du méat. On a observé l'incoordination des mouvements, des contractions spasmodiques, des parésies siégeant ordinairement sur les membres inférieurs; on aurait observé aussi des cas d'hyperesthésie et d'amblyopie, etc. Tous les malades sur lesquels ces divers troubles ont été observés auraient guéri par la circoncision.

XII. The paralysis of Pott's disease; being a clinical study of fifty-eight cases: by V. P. GIBNEY (*Journal of nervous and mental Diseases*. New-York, avril 1878).

Dans un relevé de 295 cas de mal de Pott, l'auteur a trouvé 62 fois une paralysie plus ou moins complète ; sauf dans 3 ou 4 cas, toutes les fois qu'il y avait paralysie la lésion osseuse siégeait dans la partie supérieure de la région dorsale ou dans la région cervicale. Si on observe moins souvent des paralysies de la sensibilité, c'est que les fibres motrices de la moelle sont situées plus superficiellement et plus sujettes à la compression quel qu'en soit l'agent. Sur 58 cas personnels, l'auteur a observé 30 mâles et 28 femelles; aucun sexe n'a donc de prédisposition spéciale. Au point de vue du mode de production de la compression médullaire, il reconnaît trois ordres de faits: dans trois cas, la paralysie a paru produite par la pression directe de l'angle osseux; dans douze cas, il peut avoir eu affaire à une paralysie réflexe due à l'obstruction des vaisseaux sanguins; enfin, dans tous les autres cas, il admet la myélite par compression. [Ostéite, pachyméningite externe, myélite transverse, sclérose fasciculée ascendante et descendante; Charcot et Michaud]. La paralysie apparaît en moyenne trois ans après le début de l'affection, au plus tôt quatre mois et demi, au plus tard onze ans. Dans plusieurs cas, il a remarqué que les mouvements réflexes étaient excités par la pression sur la partie interne de la cuisse vers le tiers inférieur. Les mouvements spasmodiques peuvent être si fréquents que, dans un cas, on aurait pu, à un examen superficiel, penser à une paralysie agitante. La paralysie est généralement facile à diagnostiquer avec sa cause; l'auteur signale, toutefois, comme difficulté, une contracture des muscles de l'extrémité inférieure, et principalement des fléchisseurs de la cuisse capables d'entraver la marche. Pour le traitement, il recommande les appareils prothétiques, les cautérisations (Charcot.)

CH. FÉRÉ.

(1) Voir le n° 25.

Le *PROGRÈS MÉDICAL* à l'Exposition.

Pavillon d'anthropologie (2me article) (1)

Nous avons déjà, dans un précédent article, étudié une partie du pavillon des Sciences anthropologiques au Trocadéro. Nous avons vu que la salle de gauche était consacrée à l'anthropologie anatomique; tout s'y trouve coordonné, bien classé par sections; ici les crânes, plus loin les cerveaux, là les instruments, etc; rien de tel n'existe dans le reste de cette exposition, toute la partie consacrée à l'anthropologie préhistorique étant disposée par *collection* et non plus par *âge* ; c'est ce qui rend cette étude plus difficile que celle du pavillon précédent; le catalogue de cette exposition n'est pas encore paru, ce qui tient à l'énorme quantité de pièces à classer, mais on pourra s'aider des intéressants rapports lus par les organisateurs au Congrès d'anthropologie et mis en vente à l'Exposition même. On ne peut s'empêcher de regretter que les circonstances n'aient pas permis au catalogue de paraître avant la fin de l'Exposition, mais peut-être pourrait-on prolonger la durée de l'Exposition anthropologique; le pavillon d'anthropologie est assez isolé pour permettre d'y accéder par une porte spéciale, celle du côté de Passy, tant que les exposants voudront bien y laisser leurs riches matériaux. Il est en effet regrettable d'avoir soit l'Exposition sans le catalogue, soit le catalogue sans l'Exposition.

On n'a jamais encore réuni une aussi imposante collection anthropologique, et nombre des pièces qui y figurent sont seulement connues par leurs moulages ou par les planches de nos grands ouvrages; il faut donc profiter de ces richesses le plus longtemps possible, les étudier sur place, les comparer aux pièces analogues venues de l'étranger, aussi demandons-nous que le catalogue une fois paru, l'Exposition soit prolongée pendant plusieurs mois; c'est une nécessité scientifique à laquelle se prête admirablement l'isolement relatif du pavillon des Sciences anthropologiques.

La salle du milieu et celle de droite sont consacrées à l'archéologie préhistorique et à l'ethnologie. Un série de cartes murales représentent les dessins dont se sert M. de Mortillet dans son enseignement à l'école d'anthropologie; d'autres tableaux montrent quelques-uns des types spéciaux de la faune quaternaire ou donnent le plan des principaux monuments mégalithiques. Au milieu de la salle une série de mannequins revêtus des costumes originaux et modelés avec art représentent les types ethniques les plus importants. Il est inutile de dire que de nombreux dessins, que des albums, que des ouvrages à planches sont répandus partout à la disposition du visiteur: plusieurs réductions de dolmens, de crom'lechs et d'allées couvertes permettent de se rendre compte de la similitude de ces monuments sur les différents points de l'Europe occidentale : nous citerons en particulier la reproduction du ring de Stone-Henge.

Le tour de la salle est occupé par les collections particulières et par les envois des musées nationaux, ainsi que par les expositions étrangères; le musée Huntérien de Londres, offre dans sa collection plusieurs pièces introuvables. Il nous serait impossible de tout citer armoire par armoire, aussi allons nous tâcher d'étudier ces pièces plutôt par *âge*, en ne signalant, faute d'espace, que les plus importantes d'entre elles.

I. *Temps géologiques.* On sait que la question de l'homme tertiaire est encore à l'étude, que pour les uns les pièces à l'appui ne sont pas assez probantes, que pour d'autres ces pièces prouvent bien l'action d'un être intelligent, mais non celle de l'homme, tel du moins que nous le concevons aujourd'hui: de là est née la théorie du *type ancestral*, du précur-

(1) Voir le *Progrès médical* n° 29. — Voir aussi nos 28, 32, 33, 34, 37, 39.

© BIU Santé

seur de l'homme ; il n'est peut être pas inutile de rappeler encore ici, quoique nous adressant à des lecteurs instruits, que cela ne veut pas dire que l'homme descende du singe actuel, ce que personne n'a jamais avancé d'après des données anthropologiques ; on admet que l'homme a été précédé par un ancêtre dont on n'a pas retrouvé les os, mais qui s'accuse, dès la période tertiaire, par certaines modifications intentionnelles données à des éclats de silex, par le feu dont on retrouve les traces incontestables, peut être même par certaines incisions ou certaines cassures trouvées sur quelques os de cette époque : en étudiant d'autre part les caractères anomaux des squelettes actuels, en les comparant à ceux des squelettes des races inférieures, on peut, dans une certaine mesure, se rendre compte de la charpente osseuse de ce précurseur de l'homme ; la même comparaison peut se faire pour les autres systèmes de l'économie : on trouvera du reste cette étude complète dans une intéressante brochure de M. Hovelacque (1) : tous les documents de la cause sont réunis au Trocadéro ; M. Garrigou expose ses ossements cassés, qu'il avait déjà présentés en partie en 1867, puisque la découverte de la colline de Sansan date de 1864. Laussedat, M. Capellini ont exposé des ossements incisés ; leurs adversaires, sur la question de fait seulement, MM. Delaunoy et Delfortrie, croient que ces entailles viennent de l'action des dents des squales volumineux de cette époque, opinion soutenue par MM. Hébert et de Mortillet.

L'abbé Bourgeois a exposé un grand nombre de ses silex, les uns éclatés par le feu, les autres retaillés ; la forme du tranchant courbe, retaillé sur une seule face par petits éclats est très-visible sur ces pièces, exposées dans une des armoires du fond, à gauche ; on trouve des pièces semblables envoyées d'Aurillac par M. Rames, et par M. Ribeiro (Portugal) : Ces silex tertiaires constituent une des parties les plus intéressantes de l'exposition, mais il faut les chercher à côté des pièces des époques postérieures.

Nous ne ferons que signaler les très-nombreuses pierres relatives à l'époque quaternaire, elles sont toutes confirmatives de l'existence de l'homme à cette époque ; on trouvera les types acheuléens des stations françaises, ceux de San-Isidro (Espagne), de la collection Seidler et Evans (Angleterre) et de M. Belluci, (Italie) ; plus loin c'est l'industrie du Moustier, caractérisée par les pointes et les grattoirs retaillés d'un seul côté ; on en trouvera des échantillons dans chaque collection ; on arrive ensuite à la fabrication artistique du silex, à l'époque de Solutré, aux pointes aplaties finement taillées sur les deux faces, ou barbelées sur leurs bords. Cette époque est complètement représentée par les collections Moissenet, Massénat, de Maret et par celle du Dr Parrot. Enfin, l'époque de la Madelaine est peut-être celle qui doit le plus attirer l'attention du visiteur, car elle est représentée à l'exposition par une collection unique, celle des os gravés de M. Massénat.

La collection Massénat occupe une armoire horizontale située au milieu de la pièce médiane, à gauche en entrant ; on pourra s'y convaincre de *visu*, de l'existence réelle de l'homme quaternaire en y examinant un nombre considérable de gravures parfaitement conservées, creusées sur le bois de renne, ou sur certains os de l'antique faune des cavernes, ce qui démontre l'existence de l'homme à l'époque du Renne ; il y a du reste à côté une série de crânes quaternaires, et cette preuve n'est plus à faire, mais il est peu de pièces aussi démonstratives que celle qui représente par exemple, l'homme lui-même chassant un Aurochs ou lançant le harpon sur un cétacé : un grand dessin mural reproduit ce croquis si caractéristique, et la pièce qu'il représente est située au milieu de la collection Massénat. Signalons aussi les collections de M. Rivière, l'heureux auteur de l'homme de Menton, et celle de M. de Saporta consacrée à la botanique des temps géologiques.

On ne saurait évaluer le nombre de pièces relatives à l'âge de la pierre taillée, que contient l'Exposition outre celles qui sont réunies au pavillon d'anthropologie, mais on en rencontre un peu partout ; si l'on veut songer en outre à ce que le musée de Saint-Germain en renferme et à la richesse des collections particulières et des musées de province, ou sera parfaitement convaincu de la réalité de cet âge de pierre, si semblable à lui-même, aux mêmes époques et dans les mêmes gisements ; on sera frappé aussi de l'uniformité des types réunis sur une grande surface pendant de longues séries de siècles et de la succession des périodes qui ont caractérisé ces temps géologiques. Les matériaux ne manquent pas non plus pour étudier la période néolithique qui leur succède, c'est ce que nous ferons dans un prochain article. HENRY DE BOYER.

(1) A. HOVELACQUE. *Notre ancêtre*, Paris 1878.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur l'histologie du système nerveux, par L. RANVIER. Deux vol. in-8. Savy, éditeur.

M. Ranvier vient de faire paraître ses leçons professées au Collége de France, pendant l'année scolaire 1876-77. Elles ont pour sujet l'histologie du système nerveux, et on y trouve exposée, dans tous leurs détails, la structure des lobes nerveux et des nerfs, leur dégénération, leur régénération, leur terminaison dans les muscles. Les analogies que présente ce mode de terminaison avec celui des nerfs dans l'organe électrique de la torpille, a conduit l'auteur à étudier ce dernier point avec un soin tout particulier.

Fidèle aux traditions du Collége de France, M. Ranvier ne s'est pas contenté de rapporter les faits classiques, il a repris tous les travaux de ses devanciers, les a contrôlés et complétés. Il n'est pas une de ses leçons où l'on ne puisse trouver quelque fait absolument nouveau et se convaincre qu'il s'agit non d'une œuvre de vulgarisation, mais plutôt d'une série de travaux originaux.

La méthode critique adoptée par l'éminent professeur est celle qu'il a toujours suivie dans ses diverses publications. Il donne l'opinion de ses prédécesseurs et, s'il ne la partage pas, au lieu d'opposer une négation à une affirmation, il indique les causes d'erreur, les difficultés d'interprétation qui ont pu amener des divergences, et, permet enfin au lecteur de vérifier ses assertions en décrivant minutieusement les procédés techniques employés. De nombreuses figures dessinées d'après nature rendent plus vivantes les descriptions et les mettent à la portée des médecins même étrangers aux recherches histologiques.

Le succès mérité auquel est appelé ce livre, encouragera, nous l'espérons, M. Ranvier à continuer son œuvre et à faire profiter de son enseignement les nombreux savants qui, pour des raisons diverses, ne peuvent assister à ses leçons du Collége de France. D.

Essai de topographie cérébrale par la cérébrotomie méthodique ; par BITOT (de Bordeaux). Aux bureaux du *Progrès médical*.

Tant que les fonctions du cerveau ont été à peu près inconnues, tant que la pathologie de cet organe incompris est restée dans le chaos, on n'a pas senti le besoin d'une étude bien exacte de ses différentes parties. Il paraissait inutile d'étudier la forme, les dimensions, les rapports, la structure de masses dont on ne connaissait point l'usage. Un certain nombre d'erreurs physiologiques passées à l'état de dogmes, comme l'inexcitabilité de la substance grise corticale, par exemple, encourageaient peu à des recherches qui d'avance semblaient démontrées stériles. Mais, dans ces dernières années, le doute a envahi quelques esprits plus hardis ; on s'est souvenu que l'autorité est une raison d'examiner et non point de croire ; l'expérimentation et l'observation clinique et anatomo-pathologiques se sont livrées à une enquête sévère sur les faits soi-disant acquis ; et de ces recherches, auxquelles la science française a pris une si large part, il est résulté que la physiologie et la pathologie cérébrales ont subi une révolution complète. Par l'accroissement rapide de nos connaissances sur ses fonctions et ses maladies, l'étude détaillée de l'anatomie du cerveau qui, naguère, était réservée à quelques curieux, est devenue une nécessité pour tout le monde. Tous les travaux qui sont capables de la faciliter méritent un bon accueil du public médical.

M. Bitot étudie le cerveau en pratiquant des séries de cou-

© BIU Santé

pes transversales et longitudinales. Ce procédé avait déjà été employé avec succès par M. Luys et plusieurs autres ; mais M. Bitot pense l'avoir rendu plus exact et plus scientifique en plaçant ses cerveaux dans des boîtes métalliques « de forme crânienne », dit-il, et dont les parois sont percées de fentes parallèles par où il fait passer le couteau ; c'est là un point discutable, mais qui est du reste secondaire. La partie vraiment originale et la plus utile du travail est celle qui a rapport au montage et à la conservation des coupes.

Les boîtes métalliques de M. Bitot lui permettent de faire des coupes parrallèles, de 1 millimètre d'épaisseur ; mais il se contente d'étudier dans sa description des coupes de 1 centimètre faites dans le sens transverso-vertical et comprise entre les deux extrémités du corps calleux ; elles sont au nombre de 7, ce qui concorde avec les dimensions qui nous avons données pour les masses grises centrales. Le montage consiste à placer chacune des coupes entre 2 lames de verre dont l'écartement est maintenu par un anneau de caoutchouc vulcanisé ; la pièce est conservée avec sa couleur dans un liquide composé de parties égales d'alcool à 70° et de sirop de sucre.

On comprend facilement les avantages pour l'étude et la démonstration, de cet ingénieux procédé de conservation des coupes entre deux lames transparentes. Il permet d'examiner à loisir sur toute leur étendue les rapports des noyaux centraux entre eux et avec les parties voisines et de reconstituer par la pensée leur forme générale. Ce procédé de conservation pourra encore rendre les plus grands services en permettant de conserver intactes certaines lésions pathologiques.

M. Bitot a fait photographier avec beaucoup de succès les 7 coupes dont il donne la description minutieuse et ses excellentes figures seront très-utiles à ceux qui ne pourront avoir les pièces sous les yeux.

On voit à la fin de l'ouvrage une planche représentant les rapports cérébro-crâniens dont l'importance est si grande aujourd'hui au point de vue chirurgical : nous regrettons de n'y point trouver la même exactitude que dans le reste. Dans cette figure évidemment théorique, on a négligé cette notion que, pour que le plan auriculo-bregmatique soit vertical, il faut que le crâne repose sur le plan alvéolo-condylien ; il résulte de cet oubli que la suture coronale et le bregma prennent une direction erronée, de sorte le sillon de Rolando se trouve plus rapproché de la suture coronale à son extrémité supérieure qu'à son extrémité inférieure et qu'il en est éloigné d'un centimètre au maximum, etc. Les rapports des autres sillons ne sont pas non plus tout à fait en harmonie avec les résultats obtenus par tous ceux qui se sont occupés de la question tant en France qu'à l'étranger. Ce sont là des critiques que nous devions faire, mais qui n'enlèvent rien au mérite du livre de M. Bitot.

CH. FÉRÉ.

VARIA

Faculté de médecine de Paris.

Les cours d'hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre :

Physique médicale. — M. Gavarret. Physique générale : électricité, acoustique. — Mercredis, vendredis à midi.

Physique biologique, rôles des agents physiques dans les phénomènes de la vie. — Lundis à cinq heures (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale. — M. Jaccoud. Maladies de l'appareil d'innervation. — Mardis, jeudis, samedis à trois heures.

Anatomie. — M. Sappey. Les appareils de la locomotion, de la circulation et de l'innervation. — Lundis, mercredis, vendredis à quatre heures.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Chauffard. Caractères généraux et classification des maladies aiguës, étude séméiologique de l'état fébrile. — Lundis, mercredis, vendredis à cinq heures.

Chimie médicale. — M. Wurtz. Chimie médicale : Métalloïdes. — Jeudis, samedis à midi.

Chimie biologique, histoire chimique du sang ; phénomènes de la respiration. — Mardis à quatre heures (petit amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale. — M. Trélat. Rectum ; organes génitaux ; membres. — Lundis, mercredis, vendredis à trois heures.

Opérations et appareils. — M. Léon Le Fort. Thérapeutique des maladies des articulations, des vaisseaux, etc.

Opérations spéciales sur la tête, les yeux, la face. — Mardis, jeudis, samedis à quatre heures.

et non cellulaires. 2° Etude des humeurs. — Mardis, jeudis, samedis à quatre heures.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Parrot. Aperçu chronologique des doctrines médicales depuis Hippocrate jusqu'à Harvey ; histoire du cœur et de la circulation. — Mardis, jeudis, samedis à deux heures.

Clinique médicale. — MM. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu ; Lasègue, à la Pitié ; Hardy, à la Charité ; Potain, à l'hôpital Necker. — Tous les jours de huit heures, à dix heures du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Ball.

Clinique chirurgicale. — MM. Gosselin, à la Charité ; Richet, à l'Hôtel-Dieu ; Broca, à l'hôpital des Cliniques à la Faculté ; Verneuil, à la Pitié. — Tous les jours de huit à dix heures du matin.

Clinique d'accouchements. — M. Depaul, à l'hôpital des cliniques de la Faculté. — Tous les jours de huit heures à dix heures du matin.

Cours cliniques complémentaires. — Maladies des enfants ; ophthalmologie ; maladies syphilitiques ; maladies des voies urinaires ; maladies de la peau.

Conférences. — M. Brouardel. Conférences de médecine légale pratique. — Mercredis, vendredis à trois heures.

Ecole pratique. — Les exercices de dissection commenceront à l'Ecole pratique, le lundi 21 octobre. — M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, ouvrira son cours le 5 novembre.

MM. les prosecteurs et les aides d'anatomie feront des cours à l'Ecole pratique. Une affiche indiquera ultérieurement l'ouverture de ces cours.

Semestre d'hiver. — Division des études. — 1re année. Chimie médicale ; physique médicale ; anatomie. — 2e année. Anatomie ; histologie ; dissections.

3e année. Anatomie ; histologie ; dissections ; médecine opératoire, opérations et appareils ; pathologie interne et pathologie externe ; clinique médicale et chirurgicale.

4e année. Pathologie interne et pathologie externe ; pathologie générale ; médecine opératoire ; cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale.

AVIS. — MM. les étudiants sont prévenus : 1° que les consignations pour les travaux pratiques et pour les examens seront reçues à partir du 18 octobre, les vendredis et samedis de 1 à 4 heures ; 2° que le registre destiné à recevoir l'inscription du premier trimestre de l'année scolaire 1878-1879 sera ouvert, du mardi 10 octobre au 14 novembre ; 3° que les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de neuf heures à onze heures et de une heure à quatre heures ; que les consignations, pour les examens seront reçues les vendredis et samedis de chaque semaine, de une heure à quatre heures. Les élèves qui commencent leurs études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat : 1° leur acte de naissance, dûment légalisé ; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° le diplôme de bachelier ès-lettres ; 4° le diplôme de bachelier ès-sciences complet ou restreint ; 5° s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. Ceux d'entre eux, dont les parents ou tuteurs ne résident point à Paris devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue elle-même d'inscrire son nom et son adresse au registre ouvert à cet effet. Toutefois le diplôme de bachelier ès-sciences restreint peut n'être produit que lors de la prise de la 3e inscription.

Les aspirants au titre d'officier de santé sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès-sciences ou celui de bachelier ès-lettres ; mais ils devront justifier du certificat de grammaire obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

Université catholique.

Une espèce d'annonce-réclame publiée par différents journaux nous apprend que l'Université catholique de Paris n'a pas renoncé à se pourvoir d'une Faculté de médecine, non moins catholique. Déjà un comité s'est formé pour aviser aux moyens de construire et de doter un vaste hôpital.

Librairie du PROGRÈS MÉDICAL, 6, rue des Écoles.

GIRALDÈS (J.-A.). Plan général d'un cours d'anatomie appliqué aux beaux-arts. Paris 1857. In-8 de 8 pages. — Prix : 50 cent

GIRALDÈS (J.-A.). Recherches anatomiques sur le corps innominé. Paris, 1861. In-8 de 12 pages avec 5 planches. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr.

GIRALDÈS (J.-A). De la fève de Calabar, note présentée au congrès médico-chirurgical de France tenu à Rouen le 30 septembre 1863. Paris 1864, in-8 de 8 pages avec figures. — Prix : 50 cent.

GIRALDÈS (J.-A.). Note sur les tumeurs dermoïdes du crâne. Paris 1866. In-8 de 7 pages. Prix : 40 cent.

GIRALDÈS (J.-A.). Sur un point du traitement de la périostite phlegmoneuse diffuse. Paris 1874. In-8 de 12 pages. — Prix :

GOMBAULT. Etude sur la sclérose latérale amyotrophique. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 35.

HAYEM (G.) Leçons cliniques sur les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde, recueillies par Boudet de Pâris. In-8 de 88 pages avec 5 fig. 2 fr. 50. — Pour les abonnés, 1 fr. 70.

KELSCH (A.). Note pour servir à l'histoire de l'endocardite ulcéreuse. In-8° — Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés, 35 cent.

LANDOLT (E.). Leçons sur le diagnostic des maladies des yeux, faites à

© BIU Santé

l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris pendant le semestre d'été de 1875, recueillies par Charpentier. Paris, 1877. In-8 de 204 pages. — Prix: 4 fr. — Pour nos abonnés, 6 fr.

LANDOUZY (L.). Trois observations de rage humaine ; réflexions. In-8° de 16 pages, 50 cent. — Pour les abonnés, 35 cent.

LAVERAN (A.) Un cas de myélite aiguë. Paris, 1876. In-8 de 13 pages. 30 cent.

LAVERAN. Tuberculose aiguë des synoviales, 50 c. — Pour nos abonnés, 35 cent.

LIOUVILLE (H.) Contribution à l'étude de la paralysie générale progressive des aliénés. In-8°, 50 cent. — Pour nos abonnés, 35 cent.

LIOUVILLE (H.). Nouveaux exemples de lésions tuberculeuses dans la moelle épinière. In-8, 50 cent. — Pour nos abonnés, 35 cent.

LIOUVILLE et DEBOVE. Note sur un cas de mutisme hystérique, suivi de guérison. Paris, 1876. In-8. 30 cent.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** » au **Bromure de Camphre**, sont employées » avec succès toutes les fois que l'on veut pro- » duire une sédation énergique sur le système » circulatoire et surtout sur le système nerveux » cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque **Capsule** du **Dr Clin** renferme 0,20 } Bromure de
Chaque **Dragée** du **Dr Clin** renferme 0,10 } Camphre par.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enve- » loppe mince de Gluten, constituent le moyen le » plus parfait pour administrer certains médica- » ments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence de Santal**, associée au Copahu » et à d'autres balsamiques, possède une efficа- » cité incontestable et est employée avec succès » dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite » du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections » des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digé- » rées très-rapidement, même par les estomacs les » plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

NOTA. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

GROS : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules au Bromure de Camphre du Dr Clin.**

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Grande médaille et diplôme très-élogieux à Philadelphie
MÉDAILLE D'ARGENT A BRUXELLES 1876

PAPIER RIGOLLOT

ou

MOUTARDE EN FEUILLES POUR SINAPISMES

Médaillés et récompensés aux Expositions

DIPLOME D'HONNEUR A L'EXPOSITION DE 1875

Adopté par les hôpitaux de Paris, les Ambulances et les hôpitaux militaires, par la Marine française et par la Marine royale anglaise, etc.

Le seul dont l'entrée de l'Empire soit autorisée par le Conseil de santé de Russie

POUDRE RIGOLLOT

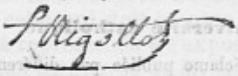
LE MEILLEUR SINAPISME

POUR LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

APPROUVÉ PAR LES ÉCOLES VÉTÉRINAIRES DE FRANCE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE, ITALIE

Adopté par le Ministre de la Guerre pour le service de la cavalerie française

Exiger la signature ci-contre, sur les bandes qui ferment les boîtes.



Dystocie spéciale dans les accouchements multiples, par le Dr I. Besson, vol. in-8 de 92 p. — Prix : 2 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, net 1 fr. 25.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie et l'Hystérie, compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, de 1872 à 1875, par BOURNEVILLE. — Vol. in-8° de 200 pages, avec 8 figures dans le texte et trois planches. Prix : 4 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 3 fr.

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan, par le Dr C. Miot, in-8 de 56 pag. orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix : 1 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr.

Essai de topographie cérébrale par la cérébrotomie méthodique, par Bitot père. — Conservation des pièces normales et pathologiques par un procédé particulier. In-8° avec 7 figures dans le texte et 7 planches en photographie. — Prix : 12 fr.; pour les abonnés, 9 fr.

Sirop gastrothénique anti-nerveux, d'écorces d'oranges amères au vin de Madère, de Blottière, pharm., rue de Sèvres, 56. Employé avec succès contre les *gastrites, gastralgies, coliques d'estomac et d'intestin, constipations, affections du cœur, hypochondrie, hystérie, scrofules, lymphatismes*, 5 fr.

Vacance médicale. — La commune de Betz (Oise) demande un médecin ; subvention : 1000 fr.; Betz, chef-lieu de canton, se trouve entouré de communes formant une population de 4,000 habitants, qui n'ont pas de médecin. Pour tous renseignements s'adresser à M. le maire de Betz.

Accéder bonne clientèle médicale, très-jolie petite ville, à 2 h. 1/2 de Paris (gare) ; conditions avantageuses. S'adresser chez M. Dubus, professeur, cité de la Mairie, 2, Montmartre-Paris

De l'influence des Maladies du foie sur la marche des traumatismes, par F.-E.-Maurice LONGUET. In-8 de 124 pages. Prix : 2 fr. 50.

Leçons sur les localisations dans les Maladies du cerveau, par J.-M. Charcot, recueillies et publiées par Bourneville. In-8 de 168 pages avec 45 figures dans le texte. Prix : 5 fr. Pour les abonnés, 4 fr. *(franco)*.

Du Tubercule du Testicule et de l'Orchite tuberculeuse, par le Dr RECLUS, — In-8° de 208 pages, avec 5 planches. Prix : 5 fr.; pour les abonnés du *Progrès*, 4 fr. (franco).

Bromure de Camphre (Ses propriétés physiologiques et ses usages thérapeutiques), par L. PATHAULT. — 4e édition in-8° de 48 pages avec 3 figures. — 1 fr. 50.

Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux, par H. DURET, un volume in-8 de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878, premier volume, prix 15 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 10 fr.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. DUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

INSTITUTION DES BÈGUES DE PARIS

90, Avenue d'Eylau. — Directeur : M. CHERVIN, officier d'Académie.

Fondée en 1867, avec le concours de M. le Ministre de l'Instruction publique, et subventionnée par la ville de Paris. — Succursales à Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Lille, subventionnées par les Conseils généraux et municipaux. — L'Académie de Médecine, consultée par M. le Préfet de la Seine sur l'efficacité de la méthode Chervin pour le traitement du bégaiement, a adopté à l'unanimité les conclusions suivantes : 1° au point de vue scientifique, la méthode Chervin est rationnelle; — 2° elle produit des résultats très-remarquables et peut rendre des services signalés; — 3° un de ces avantages importants, est la promptitude des résultats (en 20 jours) qui paraissent se maintenir, comme la Commission l'a constaté sur un certain nombre de sujets; — 4° il y a lieu de l'encourager dans le bien qu'elle est appelée à accomplir. — Enseignement spécial pour les vices de prononciation autres que le bégaiement, tels que la blésité, le zézaiement, etc., ainsi que pour les personnes opérées d'une division du palais, ou pourvues d'un appareil prothétique.

Un nouveau cours commencera le 7 octobre.

© BIU Santé
6e ANNÉE. — N° 41. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 12 OCTOBRE 1878.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. JULES SIMON.

De la Jusquiame.

Leçon recueillie par S. CHAMBARD, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Bien moins active et moins importante que la belladone, la jusquiame doit cependant occuper un certain rang dans le traitement des maladies de l'enfance. Pour l'usage externe comme pour l'usage interne, les principales *formules pharmaceutiques* auxquelles vous pouvez avoir recours, sont la *teinture*, l'*extrait* et *l'huile simple* ou *composée*.

L'*hyoscyamine*, alcaloïde de la jusquiame, est trop active pour être donnée aux enfants: nous la proscrirons donc de la thérapeutique infantile, comme nous avons proscrit la morphine, l'aconitine, comme nous proscrirons la digitaline, et d'une façon générale tous les alcaloïdes d'espèces botaniques vénéneuses au même degré.

La *teinture* de jusquiame nous fournira au contraire un mode excellent d'administration interne de ce médicament. Vous la prescrirez aux mêmes doses que la teinture alcoolique de belladone et de ciguë, et j'ajoute intentionnellement à doses fractionnées.

Associée à la teinture de belladone, la teinture de jusquiame est utile, comme l'alcoolature de racines d'aconit, pour atténuer l'excitation générale que la belladone ne manque pas de déterminer. Cette adjonction sera surtout indiquée par la susceptibilité idiosyncrasique des enfants. Chez ceux de vos petits malades qui vous paraîtront trop excitables pour supporter l'administration de la belladone seule, vous pourrez donc conseiller la mixture suivante.

Teinture de belladone.....	aâ 5 gr.
Teinture de jusquiame	

10 gouttes par jour, 5 le matin et 5 le soir.

L'*extrait* de jusquiame s'emploie à l'extérieur ; il entre dans la composition d'un certain nombre de pommades et liniments ; on le mélange alors généralement avec les extraits de belladone et de ciguë.

Extrait de belladone.....	aâ 4 gr.
Extrait de ciguë.....	
Extrait de jusquiame.....	
Axonge ou cold cream.....	30 gr.

Vous pourrez encore ajouter à cette pommade 4 grammes d'iodure de potassium ou d'iodure de plomb pour augmenter ses propriétés résolutives, sans nuire à son action calmante.

L'onguent populeum, fréquemment employé chez l'adulte comme sédatif dans les douleurs hémorrhoïdaires, est une vieille préparation pharmaceutique d'une formule assez complexe, mais dont les feuilles de jusquiame, de belladone, de morelle et de pavot en constituent les principaux éléments.

Il en est de même de l'huile de jusquiame composée ou baume Tranquille, dont les ingrédients actifs sont des feuilles de jusquiame, belladone, des sommités fleuries de plantes aromatiques et des têtes de pavot, digérées par de l'huile d'olive, et dont l'usage est si populaire encore dans toutes les affections douloureuses.

Vous pourrez, Messieurs, composer des liniments encore plus calmants, dans un grand nombre de cas, en employant la formule suivante :

Extrait de belladone.....	2 grammes.
Extrait de jusquiame.....	2 à 4 gr.
Extrait de ciguë.....	2 —
Chloroforme.....	10 —
Huile d'amandes douces ou glycérine..	30 —

Action physiologique.—L'action physiologique et toxique de la jusquiame est à très-peu de chose près la même que celle de la belladone, mais beaucoup moins énergique. A dose élevée cependant, la jusquiame peut causer la mort.

On doit à SCHROFF des expériences comparatives sur les alcaloïdes de la belladone, du datura stramonium et de la jusquiame qui montrent bien cette identité d'action. Ces alcaloïdes : atropine, daturine et hyoscyamine, ont toutes les trois ces propriétés communes :

1° De déterminer toujours une pneumonie chez les lapins, probablement par paralysie pneumogastrique ;

2° De dilater la papille. A cet égard, l'hyoscyamine, plus soluble que l'atropine et agissant plus vite mériterait de lui être préférée si la longue durée de son action n'était pas un inconvénient à son emploi, au moins pour les explorations ophthalmologiques.

3° D'amener la sécheresse de la gorge, du larynx et de la peau, de la difficulté de la déglutition et de l'enrouement; cependant, à ce point de vue, l'hyoscyamine est beaucoup moins active que la belladone, et les phénomènes de cet ordre, auxquels elle donne lieu, sont beaucoup moins pénibles.

4° De déterminer, à fortes doses, des accidents cérébraux: vertiges, hallucinations, délire; mais tandis que le délire de l'atropine est furieux et violent avec tendance aux mouvements désordonnés et aux accès de fou rire, celui de l'hyoscyamine serait calme avec tendance au sommeil et au repos.

5° A petite dose les trois alcaloïdes diminuent l'activité du cœur et la fréquence du pouls et produisent l'effet contraire à dose élevée.

6° Enfin, l'atropine et la daturine, données à haute dose, paralysent les sphincters de l'anus et de la vessie, tandis que cet effet est très-rare avec l'hyoscyamine, dont l'action sur le sphincter irien est cependant plus marquée que celle de ses congénères.

Indication de la jusquiame.—Il résulte du parallèle établi entre l'action physiologique des trois alcaloïdes des solanées vireuses, que leur action n'est pas absolument identique et que l'emploi de la jusquiame pourra quelquefois être justifié par certaines indications particulières. Je vous ferai néanmoins remarquer, Messieurs, que cette observation est surtout vraie dans la thérapeutique des adultes qui sont relativement bien moins tolérants que les enfants à l'égard de la belladone.

A l'intérieur, vous prescrirez donc la jusquiame associée à la belladone, à titre de correctif de ce dernier médicament, dans les bronchites quinteuses, la coqueluche, et dans toutes ces affections des voies respiratoires, où l'élément nerveux, spasmodique, est heureusement modifié, atténué par les préparations belladonées. En un mot, mêmes indications que la belladone dont elle est un correctif.

Mélangée à la ciguë et à l'iodure de potassium, la jusquiame constitue un agent thérapeutique pour l'usage externe, dont vous constaterez les bons effets dans les affections douloureuses, adénites, arthrites, contractures, spasmes des sphincters, etc. etc. Ces préparations complexes sont à la fois calmantes et résolutives. Vous voyez donc que leur emploi doit être fréquemment légitimé chez les enfants.

Phellandrie (*Ciguë aquatique*).

La phellandrie, Messieurs, est une plante qui, souvent conseillée sur la foi de la tradition comme médicament réellement actif, me semble bien au-dessous de sa réputation. Poussé par le désir d'en apprécier la valeur thérapeutique, j'ai pu atteindre chez des enfants de trois ans, la dose énorme de deux cents gouttes de sa teinture sans cons-

© BIU Santé

tater le moindre effet toxique ou thérapeutique. C'est assez vous dire que je n'attribue aucune propriété à cette plante.

On affirme que la phellandrie est sédative de la respiration et de la circulation ; mais, Messieurs, après ce que nous savons aujourd'hui de l'action de l'alcool sur ces deux grandes fonctions dans la pneumonie, comment décider après l'absorption de 200 gouttes, c'est-à-dire quatre grammes de teinture, ce qui appartient à l'alcool ou à la phellandrie, si toutefois cette action est bien réelle ?

C'est principalement dans les affections spasmodiques des voies respiratoires : laryngites, bronchites quinteuses, coqueluche, que la phellandrie a été préconisée et que l'on voudra vous obliger à la prescrire. Je ne saurais vous engager à perdre, dans les cas graves, un temps précieux en ordonnant une substance presqu'inerte, mais vous pourrez, dans vos formules, l'utiliser à titre d'adjuvant, je devrais plutôt dire d'ornement. A la fin de la coqueluche, par exemple, lorsque deux mois se seront écoulés sans que la médication que vous aurez employée ait répondu aux espérances de la famille, il est bien évident qu'elle a toute chance de réussir. La maladie s'épuise d'elle-même, et la marche naturelle fait tous les frais de la guérison.

Drosera.

Je serai plus sévère encore avec le drosera dont on a voulu faire un spécifique contre la coqueluche et les bronchites quinteuses. C'est une substance absolument inerte dont j'ai pu également administrer à de très-jeunes enfants 200 gouttes sans aucun effet, et que vous devez reléguer dans la classe des remèdes dont le crédit usurpé ne repose que sur des erreurs d'interprétation.

DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. HILLAIRET.**

Du lupus (1) ;

Leçon recueillie par BÉRINGIER, interne.

Messieurs,

J'ai terminé ce que j'avais à vous dire sur l'étiologie du lupus ; abordons actuellement la question du diagnostic. Afin de le rendre plus clair et plus facile, afin aussi de pouvoir insister sur les faits qui me paraissent les plus importants, je laisserai de côté toutes les maladies cutanées qui n'ont qu'une ressemblance éloignée avec le lupus. Est-il besoin d'insister sur le diagnostic de cette affection avec l'ecthyma, l'impetigo, le nœvus, les maladies parasitaires ? Je ne veux vous signaler qu'un point important : c'est qu'il existe une forme de lupus qui ressemble à l'impétigo et qu'on a désignée sous le nom d'*impetigo rodens*. Les tubercules du sycosis ont un siége spécial, les parties velues du visage ; à leur niveau les poils sont altérés, ils sont cassés, et lorsqu'on les arrache on voit que leur extrémité est engaînée.

Les différentes variétés de lupus peuvent être confondues avec diverses espèces de syphilides. A part les antécédents qui doivent toujours être recueillis avec soin, on trouve dans les caractères mêmes des lésions des signes suffisants pour établir la distinction. Je vous ai déjà entretenu au début de ces conférences des caractères distinctifs de ces deux affections, aussi me contenterai-je de les rappeler brièvement. La coloration du lupus est lie de vin, violâtre ; celle des syphilides est cuivrée, bistrée dans la période de cicatrisation. Les tubercules du lupus sont plus étalés que ceux de la syphilis ; ces derniers sont en outre disposés circulairement ou en forme de demi-anneaux ; les croûtes des scrofulides sont jaunâtres, peu adhérentes ; au-dessous d'elles suinte un pus plus ou moins abondant ; celles des syphilides sont noirâtres, verdâtres, adhérentes, enchâssées dans la peau, stratifiées. L'ulcération scrofuleuse est irrégulière, fongueuse, saignante, à bords amincis, déchiquetés, décollés, l'ulcération syphilitique est recouverte d'une couenne plus ou moins épaisse, grisâtre, ses bords sont élevés, taillés à pic, saillants. La cicatrice du lupus est déprimée, réticulée, souvent granuleuse, de coloration blanche ou violacée tandis que la cicatrice syphilitique est lisse, molle et présente une coloration brune qui permet au premier abord de la reconnaître. Pour compléter le diagnostic des scrofulides et des syphilides je vous signalerai les formes qui seraient le plus facilement confondues : ainsi au lupus tuberculeux correspond la syphilide tuberculeuse, à la scrofulide pustulo-crustacée, la syphilide pustulo-crustacée ; quant aux formes ulcéreuses, elles se rencontrent dans l'une comme dans l'autre de ces diathèses. Si vous vous reportez aux caractères que je vous ai énumérés vous ne risquerez guère de faire confusion sur la nature des lésions que vous observerez.

Le cancroïde se distingue du lupus par sa tumeur unique, circonscrite, bien localisée, commençant par une élevure petite, se couvrant d'une croûte noire, saignant facilement, douloureuse au toucher. Lorsque l'ulcération a lieu elle marche rapidement ; enfin, tandis que dans le lupus l'engorgement ganglionnaire tend à diminuer à mesure que la maladie vieillit ; dans le cancroïde, au contraire, l'engorgement augmente en même temps que la tumeur progresse.

A ce propos, rappelez-vous qu'on a signalé des cas de transformation de lupus en cancroïde.

Les tumeurs fibro-plastiques ne s'accompagnent pas de changement de coloration de la peau ; elles se multiplient au bout de quelque temps et envahissent parfois une grande partie de la surface du corps.

La lèpre tuberculeuse présente bien quelque ressemblance avec les scrofulides, mais les croûtes en sont plus brunes, plus dures, elles ont un aspect stratifié comme celles de la syphilis, en outre les croûtes de la lèpre sont toujours accompagnées et précédées de tubercules répandus sur toute la surface du corps plus volumineux que ceux du lupus et qui sont le siége d'une anesthésie complète. Enfin, à une période plus avancée les ulcérations de la lèpre s'accompagnent d'un état cachectique que vous ne rencontrez pas dans les affections lupeuses.

Le mycosis fongoïde est caractérisé par la formation de tumeurs roses, mamelonnées, multiples, tendant à se généraliser, molasses, très-sensibles au toucher, s'ulcérant rapidement et laissant alors à nu des surfaces lardacées. Ces tumeurs offrent d'ailleurs ce caractère spécial, qu'elles peuvent disparaître en 24 heures sans laisser de traces.

L'anatomie pathologique du lupus est encore bien incomplète, et il faut avouer que les recherches qui ont été faites à ce sujet dans l'origine sont dues, presque toutes, à l'Ecole allemande. Virchow, Volkmannn, Neuman, considèrent le lupus comme une tumeur formée d'un tissu de granulations. Pour Auspitz, il consiste essentiellement en une infiltration de cellules affectant le derme uniformément dans toute son épaisseur, et ayant pour point de départ les éléments celluleux du tissu conjonctif. Rindfleisch pense que c'est une inflammation chronique des glandes de la peau, un véritable adénome. Friedlander incline à le considérer comme une tuberculose de la peau. D'autres auteurs enfin le rangent à côté du cancroïde. Entre ces opinions diverses, il est assez difficile de se prononcer, mais pour ma part je crois que la différence des opinions tient en partie aux différentes époques de la maladie auxquelles on a étudié le lupus.

Si la nature des lésions est encore incertaine, leur siége primitif est aussi très-discuté. Pour les uns, elles débutent par le corps papillaire, pour d'autres par le centre du derme ; les uns croient qu'elles prennent naissance dans les glandes sébacées, d'autres enfin en placent le siége primitif dans le tissu conjonctif situé entre les glandes. Toutes ces opinions sont vraies en ce sens que certains lupus débutent superficiellement, d'autres au contraire profondément, et qu'il ne faut pas attribuer à tous les lupus un même point d'origine.

Le lupus est constitué au début par une prolifération abondante de cellules embryonnaires arrondies, se développant dans le tissu conjonctif d'abord, dissociant les

(1) Voir le n° 40.

© BIU Santé

éléments de ce tissu, les atrophiant. Ces cellules sont très-réfringentes, pourvues de nombreux noyaux ; elles se développent surtout le long des parois capillaires, et prolifèrent ensuite dans les espaces intercellulaires. A côté de ces cellules embryonnaires, on observe également des cellules plus volumineuses, moins nombreuses et disposées par groupes. Bientôt les papilles et les vaisseaux des papilles sont envahis par ces cellules embryonnaires ; les papilles s'épaississent, deviennent volumineuses et peuvent arriver à se confondre ensemble.

Jamais on n'observe l'atrophie des fibres musculaires de la peau. L'intégrité de ces fibres et celle du tissu élastique sont causes de la rétraction de la peau lorsque la cicatrisation se fait. Ce sont là les seuls éléments de la peau qui restent intacts, car les glandes sébacées et pileuses sont elles-mêmes infiltrées de cellules de nouvelle formation. Les glandes sudoripares restent aussi intactes si le lupus est superficiel, mais s'il est profond, elles ne tardent pas à être envahies, puis elles s'atrophient. Quant à l'épiderme, lorsque le lupus n'est pas ulcéré, il est le siége d'une simple exfoliation superficielle.

Dans la période de régression du lupus, les cellules embryonnaires subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, les capillaires s'oblitèrent, d'où la mortification des parties auxquelles ils se distribuaient. L'élimination des parties mortifiées a eu lieu, puis la guérison se fait, suivie de rétraction de la peau. Dans d'autres circonstances, il y a simple résorbtion des cellules embryonnaires, puis rétraction de la peau. Ce sont ces cas où le lupus érythémateux ou tuberculeux disparaît sans s'ulcérer, et en laissant néanmoins après lui une atrophie cicatricielle de la peau.

Avant de vous parler du traitement du lupus, je veux vous montrer brièvement les différentes formes qui en ont été décrites ; en d'autres termes les diverses classifications qui ont été admises par les auteurs pour faciliter l'étude du lupus. Trop souvent, ces divisions multiples ont manqué leur but, et loin d'éclairer le sujet, ont au contraire augmenté les difficultés de son étude. La plupart des anciens auteurs n'ont pas établi de divisions. Willan et Bateman admirent deux formes : le lupus ulcéreux et le lupus non ulcéreux. Cazenave adopte cette division, mais il ajoute une nouvelle forme qu'il désigne sous le nom de lupus hypertrophique. Devergie établit une nouvelle classification ; il groupe les lupus en deux grandes classes : les lupus tuberculeux et les lupus ulcéreux, chacune de ces grandes classes se subdivisant en deux variétés. Pour lui, le lupus tuberculeux peut agir en profondeur ; il le désigne alors sous le nom de lupus tuberculeux térébrant, ou bien en surface, lupus tuberculeux serpigineux ou herpétiforme. Les mêmes dénominations s'appliquent au lupus ulcéreux. Les scrofulides de M. Bazin comprennent deux grandes classes : les scrofulides bénignes qui ne doivent pas figurer ici, car elles n'appartiennent pas au lupus ; les scrofulides malignes qu'il divise en trois groupes : la scrofulide érythémateuse, la scrofulide tuberculeuse, la scrofulide crustacée-ulcéreuse. Se fondant sur les observations cliniques, M. Hardy fait rentrer les différentes espèces de scrofulides dans six ordres différents, et il adopte les formes suivantes : la scrofulide érythémateuse, la scrofulide cornée ou acnéique, la scrofulide pustuleuse, la scrofulide tuberculeuse, et la scrofulide phlegmoneuse. Enfin, pour être complet, je ne veux pas omettre de vous dire que Hebra envisage le lupus sous deux formes : le lupus érythémateux dans lequel il fait rentrer le lupus acnéique, et le lupus vulgaire.

Après vous avoir énuméré ces différentes classifications, permettez-moi de vous donner un tableau succinct qui offre à mon avis l'avantage de présenter d'une manière concise les différentes variétés du lupus. Après ce que je viens de vous dire, il me sera inutile d'insister davantage sur chaque espèce. Ce tableau vous suffira, j'espère, pour fixer dans votre esprit les principaux types de lupus que vous pourrez rencontrer.

Tableau des différentes formes de lupus.

Lupus érythémateux.	A. *En plaques.*	Erythémato-squameux.
		Erythémato-tuberculeux.
		Erythémato-ulcéreux.
	B. *Annulaire* ou *discoïde* (Hebra).	
	C. *Acnéique* (*herpès crétacé*).	
Lupus tuberculeux.	A. *Tuberculeux non ulcéré* (*non exedens*).	solitaire.
		multiple ou en plaques hypertrophiques.
	B. *Tuberculeux ulcéré* (*exedens.*)	en profondeur (térébrans vorax).
		en surface (serpigineux).
Lupus pustulo-crustacé.	A. *Vorax-phagédénique.*	
	B. *Végétant.*	

Il faut ajouter à ces manifestations de la scrofule cutanée, les *gommes scrofuleuses* de la peau, dont l'histoire n'est pas faite et les *abcès chroniques*.

Le traitement du lupus doit s'adresser à la fois à la diathèse scrofuleuse et à la manifestation de cette diathèse, en d'autres termes il doit être à la fois général et local. Les Allemands qui ne croient pas à la nature scrofuleuse du lupus s'occupent peu du traitement général. Cependant Hebra emploie l'huile de foie de morue bien qu'il avoue qu'il n'a aucune confiance dans son action. En France vous voyez tous les médecins prescrire non-seulement l'huile de foie de morue, mais le vin de quinquina, les différentes préparations du fer et particulièrement le sirop d'iodure de fer dans le but d'amener une amélioration dans l'état général du malade. D'autres médicaments moins usités ont été préconisés également, et je dois dire qu'ils semblent ne pas avoir donné grands résultats, tels sont le phosphate de chaux, l'arsenic, la ciguë que M. Bazin employa pendant longtemps. Il conseillait également les eaux arsénicales. Parmi ces dernières les meilleures, sans contredit, sont les eaux de la Bourboule. On a préconisé aussi les préparations et les eaux sulfureuses, les eaux chlorurées sodiques des bains de mer. L'iodure de potassium a été réservé pour certaines variétés de lupus auxquelles il convient particulièrement. Joints à une bonne alimentation, à une habitation saine, à de bonnes conditions hygiéniques en un mot, ces moyens rendent d'incontestables services, et dans la plupart des cas ils hâtent la guérison de la maladie, quelquefois même, particulièrement dans les cas de lupus érythémateux simple et peu étendu, ils peuvent suffire. Je puis heureusement en montrer la preuve. Nous avons une jeune fille au n° 20 de la salle Henri IV qui portait à la joue gauche un lupus érythémateux. Ce lupus est presque entièrement guéri, et cette amélioration est due au traitement général qui, seul, a été employé chez cette malade.

Le plus souvent il faut avoir recours à des moyens directs et agir sur les surfaces atteintes. La teinture d'iode peut alors rendre des services. On a aussi préconisé la pâte de Vienne, la pâte de Canquoin, l'acide chromique, le nitrate acide de mercure. Je préfère le chlorure de zinc parce qu'il amène des pertes de substance peu étendues, et produit des cicatrices beaucoup moins difformes que le cautère actuel dont on s'est également servi.

Mais n'oubliez pas que le lupus est dû à un processus inflammatoire et que dans un grand nombre de cas vous devez employer les cataplasmes qui viendront tempérer l'action des caustiques et exercer une heureuse influence sur des surfaces ulcérées.

Il me reste maintenant, pour terminer le traitement du lupus, à vous parler de méthodes nouvelles qui ont été employées avec des succès plus ou moins grands. Sans entrer dans de trop longs détails je vous dirai quelques mots du raclage, de l'acupuncture et des scarifications linéaires.

C'est Veiel qui mit le premier en honneur l'acupuncture. Cette méthode consiste à piquer la surface du lupus à l'aide d'aiguilles multiples réunies en faisceaux sur un seul manche et espacées les unes des autres de quelques millimètres seulement. Ces aiguilles peuvent être préalablement

© BIU Santé

chauffées au rouge, ce moyen est, d'ailleurs, aujourd'hui beaucoup moins employé que le raclage et la scarification linéaire.

C'est Volkmann qui inventa le raclage. Il exposa sa méthode en 1870. Elle consiste à gratter la surface du lupus à l'aide de curettes de formes variables, mais de dimensions en général petites. Il faut à l'aide de cet instrument enlever tout le tissu lupeux, et l'on est assuré de ce résultat lorsque la curette arrive sur des parties plus résistantes : ce sont les parties saines; l'opérateur doit alors s'arrêter. Il faut en général recommencer l'opération une ou plusieurs fois par mois jusqu'à la guérison complète du lupus. Volkmann et Hebra conseillent en outre de cautériser avec le nitrate d'argent les surfaces qui ont été raclées. La méthode de Volkmann a donné de bons résultats, mais elle n'est pas applicable à tous les lupus et vous me verrez plus souvent employer ici les scarifications linéaires. Pour pratiquer ces dernières on peut se servir d'une aiguille légèrement aplatie et dont les bords sont tranchants. On peut aussi, à l'exemple de Balmanno-Squire, se servir d'un scarificateur à lames multiples qu'il a fait construire tout exprès; je me sers de l'aiguille qui est plus facile à manier; je fais des incisions linéaires espacées de quelques millimètres seulement; je dispose ces incisions de manière à ce que les unes soient perpendiculaires aux autres et je les répète une ou deux fois par mois jusqu'à entière guérison.

J'ai obtenu par ce procédé de très-bons résultats et je crois que cette méthode est destinée à rendre de très-grands services. Elle offre un inconvénient : c'est de donner lieu à une hémorrhagie qui peut être assez abondante et qui, dans tous les cas, doit être considérée comme fâcheuse chez les malades dont la constitution est déjà faible et débile. Je dois ajouter néanmoins qu'on évite en grande partie cette perte de sang si on a soin d'anesthésier convenablement les surfaces lupeuses avant d'opérer et si on applique immédiatement après soit du perchlorure de fer, soit simplement un morceau de papier-buvard comme le conseille Balmanno-Squire. Je ferai un dernier reproche aux scarifications linéaires, c'est qu'elles amènent plus facilement et plus promptement des récidives que les cautérisations. Telles sont les diverses méthodes qui ont été employées pour la guérison du lupus. Peut-être le traitement chirurgical vous paraîtra-t-il bien énergique contre une affection qui se présente souvent au début avec une apparence peu grave? Peut-être hésiterez-vous alors à l'employer? Mais souvenez-vous que vous avez à lutter contre une maladie essentiellement rebelle, progressant toujours bien que lentement, susceptible d'amener des cicatrices difformes, et capable de rendre les malheureux qui en sont atteints un sujet de répulsion et d'horreur pour leurs semblables.

OPHTHALMOLOGIE.

Affection cornéenne grave. — Deux iridectomies. — Ponction et évacuation du corps vitré : résultat remarquable;

Par le docteur **H. COURSSERANT.**

Au commencement du mois de janvier 1877, j'étais appelé par mon excellent confrère et ami le docteur Moreau (de Tours) fils, pour donner mes soins à son domestique atteint d'une affection oculaire grave.

Ce jeune homme, âgé de 24 ans, robuste et n'offrant d'antécédents d'aucune sorte, avait été soigné à l'âge de 14 ans, pour une kératite, puis il y a trois ans, à la campagne, pour une maladie de la cornée du côté droit (probablement un abcès cornéen), maladie qui avait résisté longtemps à un traitement antiphlogistique énergique, et qui s'était terminée par la formation d'un leucôme occupant la plus grande partie de la moitié interne de la cornée. Depuis cette époque, cet œil était toujours resté sensible aux divers agents extérieurs, légèrement injecté et modérément douloureux.

Inutile d'ajouter que la fonction visuelle était demeurée profondément altérée par la présence du leucôme signalé plus haut.

A ma première visite, je notais les particularités suivantes : la conjonction oculaire est le siége d'une inflammation intense, le tissu sous-conjonctival participe à cette inflammation : le cercle périkératique très-marqué rayonne autour d'une cornée envahie par une suffusion généralisée qui permet pourtant d'apercevoir un iris tomenteux, décoloré, une pupille contractée ne présentant pas d'adhérences, ni avec la capsule ni avec le leucôme, au moins dans sa plus grande partie accessible à l'éclairage oblique : quelques vaisseaux tortueux rampent sur le leucôme, dont le centre présente une vaste ulcération à bords déchiquetés, infiltrés d'une matière jaune-louche, et creusant les lamelles postérieures de la cornée. La profondeur de la chambre antérieure indique qu'il n'existe pas de fistule cornéenne; enfin à la partie déclive de ladite chambre, on constate les premières traces d'un hypopion; la photophobie est vive, les douleurs irradiées violentes et permanentes, le globe est dur.

Je conseille des compresses chaudes trempées dans une infusion aromatique, des instillations répétées d'un collyre à l'atropine, une compression méthodique concurremment avec des frictions calmantes sur le front, des prises de calomel associé à l'opium à l'intérieur et des révulsifs sur les membres inférieurs. Disons que des sangsues avaient été appliquées deux jours avant, et que cette pratique avait été suivie d'une rémission marquée.

Sous l'influence de ce traitement, les phénomènes s'amendent : l'hypopion disparaît en quelques jours, la cornée reprend une certaine transparence, l'ulcération se nettoie, la photophobie se calme, les douleurs sans disparaître complétement deviennent très-modérées et moins tenaces. La tension diminue.

Sauf quelques légères modifications, ce traitement est continué environ six semaines. Pendant cette période, l'ulcération marche vers la réparation, sa base diminue et s'élève, les vaisseaux cornéens pâlissent et disparaissent. Tous les phénomènes inquiétants avaient rétrocédés, seul un point ulcératif persistait au centre du leucôme primitif.

Le malade venait régulièrement à ma clinique se soumettre à quelques irrigations oculaires pratiquées sur la face muqueuse des deux paupières renversées dans le but de faire disparaître une conjonctivite due en partie à l'usage prolongé de l'atropine. De plus, son leucôme était traité par des attouchements méthodiques et répétés, pratiqués au moyen d'un fin rouleau de papier imprégné d'une quantité très-faible de nitrate d'argent mitigé de potasse.

Ce modus faciendi employé par mon père contre les taches de la cornée me donnait, chez ce malade, les meilleurs résultats; l'opacité tendait à se localiser, en même temps que les parties encore louches de cette cornée s'éclaircissaient rapidement.

Tout ce traitement tendait à placer le malade dans les conditions les plus favorables à l'établissement d'une pupille artificielle que je lui avais proposée tant au point de vue visuel que pour empêcher le retour possible d'accidents inflammatoires.

Pendant l'été de 1877, à plusieurs reprises, croyant le moment opportun, je l'engageai à se faire opérer; mais les nécessités de son service l'obligèrent à surseoir à cette opération, malgré mes avis pressants.

Au mois de décembre dernier, il est occupé à un déménagement, contracte au milieu de la poussière et des courants d'air une conjonctivite. En peu de jours, l'œil devient le siége d'une nouvelle poussée inflammatoire. La chambre antérieure se trouble, nouvelle ulcération du leucôme, douleurs péri-orbitaires violentes.

Le 8 janvier 1878, je pratique avec l'aide de M. le Dr Bérol, ancien assistant de mon père, une iridectomie en haut et en dehors. Les cris, l'indocilité du malade nous obligent à exciser incomplétement un lambeau d'iris très-friable, très-altéré; un léger épanchement de sang dans la chambre antérieure rend de nouvelles manœuvres dangereuses pour la capsule cristallinienne. Le soir, douleurs vives, mais purement locales. Nuit bonne. Le lendemain, cessation des douleurs, sang résorbé en partie, pupille artificielle étroite, mais sans enclavement de l'iris.

Les suites de cette première opération ne présentèrent rien de digne d'être rappelé ici. Nous avions obtenu la cessation des douleurs et de la poussée, mais rien de plus.

Le malade devait subir un mois après une nouvelle iridectomie, lorsque l'irritation traumatique de la première serait tombée, mais satisfait de son état, il néglige de venir me voir, lorsque dans la nuit du dimanche de Pâques, il est brusquement pris de douleurs horribles dans l'œil malade; l'injection

© BIU Santé

vasculaire couvre toute la conjonctive, le leucôme s'infiltre de sang qui gagne les parties saines de la cornée, cachant la première pupille et rendant l'examen des parties rétro-cornéennes presque impossible : on applique des sangsues à l'apophyse mastoïde et à la tempe, et on fait saigner largement.

Le lundi à la première heure, je vois le malade : une perforation s'est produite dans le leucôme ; il n'y a plus de chambre antérieure, malgré cette circonstance l'œil est très-dur, douloureux à l'excès, et légèrement proéminent.

En présence de ces accidents redoutables, le malade entre à ma clinique et le même jour (lundi), avec l'aide du Dr Béral et de M. Léjars, étudiant en médecine, je pratique, le malade étant chloroformé, l'évacuation d'une partie du corps vitré.

La ponction, faite avec un couteau lancéolaire, en bas et en dehors, entre le droit externe et le droit inférieur, à 8 millimètres de la cornée, donne issue à un huitième environ de la totalité de l'humeur vitrée, et à une grande quantité de sang provenant et des vaisseaux conjonctivaux et de l'appareil choroïdien.

Le malade pansé est porté à son lit. Deux heures après l'opération, les douleurs étaient nulles ; la nuit fut bonne Le mardi matin, le premier pansement est levé. L'injection conjonctivale a presque entièrement disparu, la cornée reprend sa transparence et laisse déjà voir sa première pupille. L'œil flasque n'est pas douloureux à la pression. Le soir, la chambre antérieure se dessine, le surlendemain de l'opération, elle est rétablie.

Convaincu par l'observation de nombreux faits cliniques qu'une ponction des membranes externes de l'œil (cornée et sclérotique) n'est véritablement efficace que lorsqu'elle a été pratiquée dans la zone scléro-cornéenne, le vendredi de la même semaine, le malade subit une nouvelle excision de l'iris à la partie externe. Cette fois, grâce au sommeil anesthésique, l'opération est régulière et ses suites des plus naturelles.

Si j'ai rapporté cette observation, c'est qu'elle met en pleine lumière l'efficacité d'une méthode opératoire que, suivant moi, on délaisse un peu trop aujourd'hui, je veux parler de la ponction du corps vitré.

Si on veut bien se reporter un instant aux détails de cette observation, on verra qu'il nous était impossible pour calmer les douleurs atroces du malade, d'avoir recours à la ponction de la chambre antérieure, puisque celle-ci était complétement effacée par suite de la perforation de la cornée. Malgré la présence de cette *soupape* réservée aux sécrétions intra oculaires, la tension était restée maxima ; il était donc bien évident que l'étranglement de l'organe siégeait dans le segment postérieur de l'œil. Pratiquer une iridectomie ? Mais qui eût osé la faire quand on était dans l'impossibilité absolue de passer un couteau entre l'iris et la cornée accolés ensemble.

Grâce à la ponction sclératicale du corps vitré, la tension a subitement baissé permettant aux parties qui constituent l'hémisphère antérieur du globe oculaire de conserver au moins pendant quelques jours leurs rapports normaux, et aux membranes de reprendre leurs fonctions physiologiques, et par suite, un certain degré de vitalité. Un des premiers effets de cette thérapeutique a été le rétablissement de la chambre antérieure, rétablissement qui nous a permis de pratiquer dans des conditions satisfaisantes, une iridectomie optique et antiphlogistique, dont le malade, qui fait le sujet de cette observation, semble devoir retirer les avantages qu'on cherche en pareil cas.

Aujourd'hui ce jeune homme vague à toutes ses occupations, ne souffre point de son œil, se conduirait au besoin avec lui, et déchiffre les gros caractères de nos journaux ordinaires. Il est très-satisfait de son état, et le médecin qui en présence d'accidents aussi sérieux avait pu penser un instant à la nécessité d'une énucléation dans un temps plus ou moins prochain, s'applaudit d'une intervention chirurgicale aussi heureuse.

Je ne veux pas étendre davantage cette observation, renvoyant le lecteur qui désirerait de plus amples détails sur les effets thérapeutiques de cette méthode, à la thèse d'un ancien élève de mon père (1) qui, à plusieurs reprises, a insisté sur les avantages de ce *modus faciendi*.

(1) Pelletier. Th. de Paris, 1861. *De l'intervention chirurgicale dans certaines maladies des yeux.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Le Budget des recettes de l'Assistance publique.

Les *Recettes* de l'Assistance publique, de même que les *Dépenses* sont divisées en deux Chapitres : les *recettes ordinaires et les recettes extraordinaires*.

Les *recettes ordinaires* proviennent des sources suivantes : I. Revenus propres ; — II. Droits attribués ; — III. Produits intérieurs et remboursements divers ; — IV. Produit de revente d'objets par les Magasins généraux ; — V. Recettes et fondations ayant un revenu distinct ; — VI. Subvention municipale ; — VII. Recette éventuelle exceptionnelle.

Les *revenus propres* sont immobiliers ou mobiliers. Les premiers proviennent : 1° Des loyers de maisons et de terrains que possède l'Assistance publique dans Paris ; ils s'élèvent à 1,090,000 fr. ; 2° des loyers d'écoles, asiles et ouvroirs dus par la ville de Paris, soit 487,100 fr. ; 3° des fermages en argent, pour 525,000 fr. ; 4° des coupes ordinaires de bois, pour 15,000 fr. — Les seconds (revenus mobiliers) comprennent : 1° des rentes sur l'Etat, 3,072,500 fr. Si l'on ajoute aux rentes appartenant à l'administration et qui s'élevaient au 1er janvier 1877 à 3,188,169 fr. les rentes appartenant aux sept grandes *fondations* dont nous parlerons tout à l'heure, on voit que le total des rentes sur l'Etat en portefeuille était de 4,176,421 fr. au 1er janvier 1877 et de 4,227,496 fr. au 31 décembre de la même année. — Les autres revenus mobiliers se composent : 2° d'actions, créances et rentes sur particuliers, 82,100 fr. au lieu de 115,200 fr. admis au budget de 1878 ; cette différence a surtout pour cause la diminution dans le dividende de 409 actions de la Banque de France appartenant à l'administration (90 fr. au lieu de 160) ; 3° d'intérêts de prix de ventes d'immeubles, 64,000 fr. ; 4° d'intérêts de fonds placés au trésor, 340,700 fr. — Si l'on additionne ces différentes sommes, on voit que les *revenus propres* de l'administration sont simplement de 5,676,400 fr. Les revenus dont il nous reste à parler ont une provenance autre que les *propriétés* de l'Assistance publique.

Les *droits attribués* à l'Assistance publique par diverses lois, etc., sont les suivants :

1° « Spectacles, bals, concerts ; impôt en faveur des indigents sur les billets d'entrée, 2,728,000 fr. » Le directeur de l'Assistance publique n'a inscrit en prévision qu'une somme égale à celle qui a été reçue en 1877 ; il est certain que l'année 1878, en raison de l'Exposition, fournira une recette supérieure et qu'il en résultera un excédant à transporter au budget prochain. Cette taxe sur les billets de spectacles, etc., plus connue sous le nom de *droit des pauvres* a été vivement attaquée ; un projet de loi a même été déposé à la Chambre il y a quelques mois. Nous dirons prochainement quels sont, à notre avis, les motifs qui nous paraissent en justifier le maintien.

2° Un autre Droit attribué à l'Assistance porte sur le Mont-de-Piété ; il consiste en « Bonis prescrits et bénéfices d'exploitation » ; il est fixé à 476,000 fr. ; — 3° Perception sur les produits des concessions de terrains dans les cimetières, 310,000 fr. — Le total des Droits attribués est de 3,534,000 fr.

Les *produits intérieurs et remboursements divers* sont fournis : 1° par les ventes et recettes diverses, 190,700 fr.

© BIU Santé

Voici quelques-unes des provenances : Imprimés fournis aux Fondations, aux services publics, etc. ; Objets mobiliers hors d'usage, Os et vieilles graisses (40,000 fr.), Eaux grasses, épluchures, croûtes de pain (28,000 fr.); Bains à la Maison de Santé, Traitement de la gale à l'Hôpital Saint-Louis, etc., etc. ; — 2° Par les Successions hospitalières, 65,000 fr. ; — 3° Par le Remboursement de frais de séjour et de pensions dans divers établissements, 2,112,000 francs. Cette somme dépasse de 189,000 fr. celle qui a été prévue pour 1878. Cette augmentation résulte, d'une part, de l'élévation de la Subvention à réclamer au Département pour son contingent dans les dépenses des malades des communes rurales *traités dans les hôpitaux de Paris*, subvention portée de 100,000 fr. à 200,000 fr. ; et, d'autre part, de recouvrements plus importants à effectuer sur le même département, à raison du plus grand nombre de journées d'aliénés prévues dans les quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière. Outre les 200,000 fr. dont nous venons de parler, la somme de 2,112,000 fr. provient : *a*) des journées de malades dans les hôpitaux ordinaires, des frais de traitement dans les services payants (Maison de Santé, Saint-Louis, Midi), du remboursement par le département de la Seine des frais d'entretien d'enfants assistés traités à l'hôpital de Berck-sur-Mer ; — *b*) des pensions dans les Maisons de retraite (Ménages, La Rochefoucauld, Sainte-Périne), des pensions payées dans les hospices par les communes rurales de la Seine, par les administrés ou leurs familles; du remboursement par le département pour frais d'entretien des aliénés à Bicêtre et à la Salpêtrière (835,850 fr.), et pour frais d'entretien d'enfants assistés à l'hospice dépositaire (28,650 fr.) ; — *c*) des pensions d'élèves sages-femmes à la Maternité, payées soit par elles, soit par les départements auxquels elles appartiennent.

4° Viennent enfin les Produits des diverses exploitations : culture, vacheries, porcheries ; — ateliers de couture et de cordonnerie ; — cantines (236,000 fr.). Les établissements qui fournissent la plus forte partie des produits, sont Bicêtre (127,300 fr.) et la Salpêtrière (63,200 fr.).

Le total des Produits intérieurs et remboursements divers est de 2,606,700 fr.

Le *Produit de revente d'objets par les Magasins généraux* s'élève à 2,627,000 fr. Il s'agit là d'un Compte d'ordre. Nous espérons revenir sur ce point en indiquant l'organisation et le fonctionnement des *Magasins généraux*.

Les *Recettes des fondations ayant un revenu distinct* montent à 905,900 fr., revenu légué à l'Assistance avec des attributions spéciales, destiné à faire face aux dépenses des fondations *Montyon* (283,000 fr.), *Boulard* (24,000 fr.), *Brézin* (202,600 fr.), *Devillas* (54,000 fr.), *Chardon-Lagache* (122,400 fr.), *Lenoir-Jousseran* (151,600 fr.), *Lambrecht* (68,300 fr.). Aucun de ces revenus ne peut être distrait de la destination fixée par les fondateurs.

La *Subvention municipale de la ville de Paris pour dépenses ordinaires*, pour 1879, est de 11,470,000 fr. auxquels il faut ajouter une subvention pour les bibliothèques (15,000 fr.).

Enfin, cette année, figure une *Recette éventuelle exceptionnelle* de 570,000 fr., résultant de l'aliénation des rentes provenant de l'emploi momentané des Subventions municipales et extraordinaires versées par avance. Un mot d'explication nous semble nécessaire pour faire comprendre cette opération financière et montrer qu'elle constitue une ressource tout à fait exceptionnelle.

La Ville de Paris a, en 1876, versé par avance, dans la caisse de l'Assistance publique, les diverses subventions municipales extraordinaires comprises, au profit de cette administration, dans l'emprunt municipal de 220 millions et qui étaient affectées à la construction du nouvel Hôtel-Dieu et de l'hôpital Ménilmontant et aux grosses réparations à exécuter dans les établissements hospitaliers. L'administration de l'Assistance publique, ne pouvant faire un emploi immédiat de cette somme, a été autorisée, par M. le Préfet, à en employer momentanément, en rentes sur l'Etat 3 0/0, la plus grande partie, soit 8,664,465 fr., et elle a acquis, en conséquence, au cours moyen de 68 fr. 25, une rente sur l'Etat de 336,899 fr.

En décembre 1877, afin de faire face à des besoins imminents, l'Administration a aliéné 184,935 fr. de ces rentes, au cours moyen de 73 fr. 01, pour une somme de..... 4,499,968 fr.

En juin dernier, préoccupée d'asssurer l'équilibre du Budget de 1879, lequel ne pouvait être obtenu qu'à l'aide d'une augmentation de la subvention municipale ou d'une recette éventuelle exceptionnelle de 570,000 francs, l'Administration a aliéné le solde des rentes acquises, soit 151,964 fr. de rentes, lesquelles au cours de 75 fr. 77, ont produit un nouveau capital de..... 3,838,515

Ensemble..... 8,338,483 fr.

Cette dernière somme, comparée à celle qui a été employée à l'achat des rentes (7,664,465 fr.), constitue pour l'ensemble de l'opération un bénéfice net de 674,018 fr., sur lequel seront prélevés 570,000 fr. nécessaires à équilibrer le Budget de l'exercice 1879.

Quant aux *Recettes extraordinaires*, elles se composent : 1° d'aliénation d'immeubles, coupes extraordinaires de bois, etc. ; 2° de capitalisations et consolidations diverses ; 3° d'acquêts nouveaux, etc., le tout s'élevant à 1,931,000 fr.

Les recettes se résument donc ainsi qu'il suit :

Recettes ordinaires.....	27,390,000 fr.
— extraordinaires.....	1,931,000
Total géral.....	29,321,000 fr.

Les détails qui précèdent sont d'une sécheresse assurément très-grande ; mais nos lecteurs nous sauront gré du but que nous poursuivons, à savoir de bien faire comprendre la composition des ressources de l'Assistance publique à Paris. Il ressort aussi de ces développements que cette administration, loin d'avoir des revenus suffisants pour faire face à ses besoins, comme on le croit trop généralement, est obligée de recourir au Conseil municipal de Paris, et cela dans une forte proportion, puisque sur 29 millions la Ville en fournit onze et demi. B.

Nécrologie. — M. le dr Goux est mort, à Paris, il y a trois semaines. Le *Temps* annonce que vendredi dernier, un jeune étudiant en médecine de 21 ans, M. Ch. Depaillier, a contracté une angine couenneuse, en examinant un enfant à la consultation de l'hôpital Saint-Louis et qu'il a succombé en moins de trois jours. C'est encore là une victime du devoir professionnel. — L'*Union médicale du Nord-Est* nous apprend la mort de M. L. A. M. Benoist, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Reims. — L'*Union médicale* enregistre la mort de M. le Dr Lamarque, médecin à Montpont (Dordogne). M. Lamarque avait été interne des hôpitaux de Paris. Il était âgé de 43 ans à peine.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 octobre 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. KRISHABER fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Goître suffocant. Laryngotomie inter crico-thyroïdienne. Sondage et dilatation de la trachée rétrécie.* Il s'agit, dans le mémoire de M. Krishaber, d'un goître suffocant avec compression de la portion inférieure de la trachée près de sa bifurcation, et ayant causé des troubles qui dénotaient un très-haut degré de rétrécissement du conduit. La trachéotomie, dans ces circonstances, est non-seulement périlleuse en raison du développement de la glande thyroïde qu'il faut traverser pour arriver sur la trachée, mais elle est surtout inefficace, la canule n'atteignant jamais le point rétréci. Le malade, lors même que la trachéotomie a pu être effectuée, continue à asphyxier exactement comme avant l'opération. Quant à l'extirpation totale de la tumeur, elle est inexécutable chez certains malades. — L'observation rapportée par M. Krishaber est relative à un homme, âgé de 55 ans, exerçant la profession de sculpteur, et habitant Rome depuis dix ans : cet homme a toujours joui d'une bonne santé jusque vers la fin de l'année dernière, lorsque, pris de quelques accidents gastriques, il consulta un homœopathe, qui lui recommanda de boire de grandes quantités d'eau froide. Cette eau était prise à une fontaine alimentée par des sources des environs de Rome, où le goître endémique est assez fréquent. — L'auteur, après avoir émis quelques considérations sur l'étiologie du goître, raconte que son malade était atteint d'un goître multilobé, dont la partie la plus développée atteignait le lobe gauche de la glande thyroïde, affectant le volume et à peu près la forme d'un poing d'adulte. Le lobe droit, d'aspect analogue, était sensiblement moins gros. La tumeur cependant avait débuté à droite ; elle avait apparu au mois de mai dernier, et déjà deux mois après survinrent des troubles respiratoires qui s'étaient accentués très-rapidement. Lorsque ce malade se présenta à M. Krishaber, en août, la dyspnée était extrême et l'examen laryngoscopique, quoique difficile, permit de constater que le larynx était indemne de toute lésion et même de toute altération de fonction. La compression n'était donc pas latérale, mais portait d'avant en arrière, sur la paroi antérieure de la trachée. La tumeur comprimait la trachée dans sa portion inférieure, près de sa bifurcation. Avant de tenter une opération, on institua une médication externe par l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes, et on prescrivit quelques frictions mercurielles. Quelques jours après, le malade rejetait par la bouche de grandes quantités de pus, indice que le lobe de la tumeur qui comprimait directement la trachée s'était abcédé et qu'il s'était formé une fistule trachéale. Il arrive, dans ces cas, que la compression amène à la longue la destruction et la résorption d'une partie des anneaux cartilagineux de la trachée, dont la paroi s'enflamme et s'érode. La portion du goître, en contact avec elle, se convertit en thyroïdite aiguë, forme un abcès qui aplatit les parois ramollies de la trachée, la perfore et y déverse du pus. Dans de telles circonstances, il ne fallait pas songer à l'extirpation de la tumeur. En présence d'un malade qui subissait une agonie asphyxique, et convaincu que la compression portait près de la bifurcation de la trachée, M. Krishaber se décida à pratiquer une opération, dont les indications furent les suivantes : respecter la trachée dégénérée, viser l'espace inter crico-thyroïdien, y placer une grosse canule trachéale, introduire à travers cette canule une sonde œsophagienne jusqu'au rétrécissement, le franchir si possible, retirer ensuite la canule, remplacer la première sonde par des sondes de plus en plus grosses et laisser à demeure celle par laquelle la respiration s'effectuera suffisamment. Ces indications ont été strictement suivies et ont amené un succès complet. Le thermo-cautère avait remplacé le bistouri et a permis de prévenir les hémorrhagies qui se produisent le plus souvent pendant et après la trachéotomie.—Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Gosselin, Trélat et Verneuil.

M. J. GUÉRIN lit un travail sur les déviations de la colonne vertébrale.

M. POGGIALE fait la lecture de plusieurs rapports officiels sur les eaux minérales.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 7 juin. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Cirrhose. — Ascite. — Hernie ombilicale étranglée. — Anus contre nature; par JALAGUIER, interne des hôpitaux.

Le nommé C..., âgé de 54 ans, journalier, soigné depuis six mois dans le service de M. Peter pour une cirrhose avec ascite, fut ponctionné une première fois le 25 avril ; la hernie ombilicale qui datait déjà de plusieurs années, présenta à la suite de cette opération des phénomènes d'étranglement ; la réduction fut facile.

Une deuxième ponction fut faite le 1er mai et suivie des mêmes accidents. Cette fois la réduction ne peut être obtenue, et le malade entra le 3 mai dans le service de M. Verneuil.

En présence du mauvais état constitutionnel de ce malade, M. Verneuil se refusa à pratiquer l'opération par le bistouri ; d'autant que des sangsues appliquées deux jours auparavant sur la hernie avaient donné lieu à une hémorrhagie inquiétante, il appliqua sur la hernie une couche de pâte de Vienne, le 3 mai. L'eschare fut fendue le 5 mai, et presqu'aussitôt il s'écoula par le bout supérieur une quantité considérable de matières fécales. Les vomissements cessèrent, et le malade reprit rapidement ses forces.

Le 23 mai, les selles se suspendent, les vomissements reparaissent ; un purgatif ne produit aucun effet. Le lendemain, une sonde introduite dans le bout supérieur, permet l'évacuation d'une grande quantité des matières demi-liquides.

Les vomissements cessèrent, mais pour recommencer le 25 mai ; les matières vomies étaient noirâtres, marc de café. L'écoulement des matières fécales se faisait cependant régulièrement par le bout supérieur de l'intestin. La température s'abaissa, et le malade succomba le 27 mai.

AUTOPSIE. — Le foie présente à peu près son volume normal ; son tissu, granuleux, est mou et friable. Le rein est pâle et anémié. Pleurésie hémorrhagique à gauche. Symphyse complète du cœur ; aucune lésion valvulaire. Pendant la vie ; on n'avait noté qu'un très-léger bruit de souffle. L'étranglement siégeait sur l'intestin grêle, à un mètre au-dessus du cœcum. L'intestin seul était étranglé, il n'y avait aucune trace d'épiploon. Les adhérences qui unissaient l'intestin à l'anneau ombilical étaient parfaitement solides. L'anus contre nature aurait pu permettre au malade de vivre ; il a évidemment succombé aux lésions cardiaques et hépatiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 octobre. — PRÉSIDENCE DE M. F. GUYON.

M. le PRÉSIDENT, à propos de la lecture de la correspondance, avertit les concurrents pour *le prix Laborie* que les mémoires ne seront reçus que jusqu'au 31 octobre.

M. de SAINT-GERMAIN revient sur la discussion que l'emploi du thermocautère pour la trachéotomie a soulevée dans la précédente séance : il a assisté à cinq opérations faites dans ces conditions par M. Krishaber, et il n'hésite pas à dire que si, ce soir, il avait une trachéotomie à pratiquer, c'est certainement du thermocautère qu'il se servirait. Dans le premier cas, il y eut une hémorrhagie en nappe assez abondante, mais qui fut facilement arrêtée avec les seules éponges ; dans le deuxième pas ou peu de sang; il y eut une escharre assez volumineuse. Dans les trois autres cas, l'escharre fut presque linéaire ; il n'y eut pas de ligatures à faire ; on n'eut, pour arrêter le sang, qu'à toucher avec la pointe de l'instrument, les quelques vaisseaux ouverts.

M. Théophile ANGER raconte qu'il fut appelé, cet hiver, à l'hôpital Beaujon pour une trachéotomie urgente. Il fit faire l'opération par M. Barthélemy, interne de garde. Le thermocautère fut employé et l'on arriva jusqu'à la trachée sans être le moins du monde incommodé par le sang. La trachée est ouverte au bistouri ; mais un flot de sang apparut alors.

© BIU Santé

M. Anger soupçonna que la paroi postérieure de la trachée avait dû être incisée par le bistouri ; l'autopsie vint, le surlendemain, démontrer l'exactitude de cette hypothèse.

M. Tillaux fait un premier rapport sur les appareils plâtrés, présentés à la société par M. Sigmundi (de Vienne). Ces appareils se distinguent de ceux de M. Maisonneuve en ce qu'ils sont préparés à l'avance et contiennent leur plâtre de telle sorte qu'il suffit de mouiller les tissus dont ils sont fabriqués pour avoir un appareil plâtré prêt à appliquer sur les membres. M. Tillaux approuve ce nouveau mode de préparation ; il pense qu'il pourra rendre de grands services dans la chirurgie militaire ; on n'aura pas l'embarras de se procurer le plâtre ; il y aura une économie considérable de temps, etc.; détail de moindre importance, le chirurgien pourra employer ces appareils sans se salir comme par le passé.

M. Terrier redoute que ces appareils ne se détériorent ; après l'ouverture des boîtes où ils sont contenus,et pour peu que leur emploi se fasse attendre, le plâtre s'hydratera et ne se solidifiera plus.

M. Després, d'après quelques types d'appareil qui passent sous ses yeux, pense que M. Sigmundi emploie non la simple attelle plâtrée ou même la gouttière, mais des appareils qui enveloppent le membre. Méthode détestable, surtout dans la chirurgie militaire, car la surveillance des blessés est plus difficile, et le gonflement inflammatoire rend la gangrène imminente. Il reproche encore aux appareils de M. Sigmundi de ne pas contenir assez de plâtre ; leur résistance et leur solidité sont insuffisantes.

M. Tillaux répond à M. Terrier qu'il y a sans doute du vrai dans sa critique ; que néanmoins M. Sigmundi a fait faire un voyage de six mois à ses appareils ; ils ont été transportés pendant 5,000 kilomètres, sans présenter aucune altération. A M. Després, M. Tillaux répond que ni lui, ni M. Sigmundi, ni aucun des chirurgiens actuels, ne songe à mettre des appareils enveloppants. Ce sont des attelles ou des gouttières que l'on emploie ; l'opinion est unanime.

M. Tillaux fait un second rapport sur une remarquable observation envoyée par M. *Studgaat* ; il s'agit d'un corps étranger très-volumineux, un flacon à cornichons, introduit par le petit bout, dans le rectum ; toute tentative pour le faire repasser par le premier chemin, a été inutile. M. Studgaat voyant ses tentatives vaines, se décida à faire la gastro-entérotomie. Une incision de la paroi abdominale de l'ombilic au pubis lui permit d'arriver facilement jusqu'à l'S iliaque où se trouvait le corps étranger « dégluti » par le rectum. L'intestin fut sectionné et le flacon à cornichons retiré, puis l'intestin suturé fut remis dans la cavité abdominale, dont les parois furent suturées à leur tour.Le malade guérit. Inutile d'ajouter qu'avant de pratiquer cette audacieuse opération, M. Studgaat avait tenté tous les moyens d'extraction possibles ; il avait, entre autres, fendu le rectum jusqu'au coccyx et introduit la main dans l'intestin ; mais il ne put franchir le promontoire, ce qui tendrait à confirmer quelques-unes des assertions de Simon. M. Studgaat rapporte une seconde observation où le chirurgien a, comme lui, pratiqué avec succès la gastro-entérotomie. Après avoir cité ces deux cas, M. Studgaat soumet son opération à la Société de chirurgie et demande si elle la sanctionne de son autorité. Le rapporteur, M. Tillaux, pense que l'auteur a bien fait, que l'opération était indiquée, d'autant que le succès a répondu. Il rappelle la gravité que présente la présence de ces corps étrangers de l'intestin ; on n'a qu'à se souvenir d'une observation qui lui est personnelle. L'année dernière, il recevait à Lariboisière un homme qui s'était enfoncé une bougie dans le rectum; le premier jour, les tentatives d'extraction furent vaines ; le lendemain l'expulsion put être faite. Néanmoins, le malade ne tardait pas à mourir, emporté par une péritonite, et on trouvait, à l'autopsie, une petite escharre provoquée, sur l'intestin, par la pression de l'extrémité de la bougie.

Ce rapport, dit M. Verneuil, soulève plusieurs questions importantes. On sait combien la mortalité est grande dans les cas de corps étranger de l'intestin. Certainement, ils peuvent être expulsés par les voies naturelles, et une trop grande hâte dans l'opération serait plutôt nuisible. Certainement encore sa présence peut provoquer la formation d'un abcès qui s'ouvrira au dehors et le pus entraînera avec lui le corps étranger; mais, le plus souvent, il faudra une intervention directe pour amener l'expulsion. Cette intervention n'a pas la portée qu'on lui supposait autrefois. Un de mes élèves a fait l'année dernière une thèse importante où il a recueilli la plupart des cas connus de taille stomacale pour l'extraction des corps étrangers ; — le nombre des succès est considérable. Il semble en être de même pour la taille intestinale et les observations de M. Studgaat ont, sous ce rapport, une grande importance. Ils nous apprendraient à être moins pusillanimes et lorsque le siége et le volume du corps étranger seront nettement déterminés, la taille intestinale devra être tentée. Je me bornerai donc à demander à M. le rapporteur s'il ne pense pas, qu'avant de tenter cette taille, il faudrait ajouter à la rectotomie pratiquée par M. Studgaat, la résection du coccyx ; car on peut, après cette résection, manœuvrer avec une beaucoup plus grande facilité dans le petit bassin. Je demanderai, en outre, si, au lieu de faire une incision médiane, il n'aurait pas mieux valu inciser directement sur la fosse iliaque gauche ; enfin, dans les cas où il y aurait un commencement de péritonite et peut-être des sphacèles, ne vaudrait-il pas mieux faire un anus contre-nature que suturer l'anse et la remettre dans la cavité abdominale?

M. Després s'étonne qu'une aussi grave opération ait été tentée ; M. Studgaat dit, dans son observation, qu'il a senti avec le doigt le corps étranger. Donc, si le doigt peut atteindre un corps étranger on peut toujours l'extraire. Des pinces avec des mors garnis de caoutchouc pour avoir prise sur le verre, auraient peut-être suffi.

M. Lucas-Championnière ne partage nullement cette manière de voir ; des chirurgiens d'une incontestable habileté ont échoué trop souvent dans des tentatives d'extraction pour que la proposition de M. Després puisse être soutenue. Il croit que la taille intestinale n'offre pas la gravité qu'on lui attribuait autrefois et cite une observation qui tend à prouver son innocuité relative.

M. Marc Sée ne pense pas qu'il faille trop se hâter et ces interventions radicales sont parfois inutiles ; le corps étranger se déplace de lui-même et prend, dans certains cas, une position nouvelle qui en permet l'extraction. Il cite à ce sujet une observation personnelle. Il soignait un malade pour une tumeur colloïde du rectum qui rendait la défécation presqu'impossible. La dilatation fut tentée avec une grosse canule en gomme. Un jour, le malade la poussa sans doute trop avant, toujours est-il qu'elle disparut dans le rectum et que, pendant huit jours, toute tentative d'extraction fut vaine : mais le neuvième jour, on ne sait comment, la canule changea de place ; on put la saisir avec les mors de la pince et la retirer sans encombre. Le malade mourut, mais beaucoup plus tard, par suite du progrès de son cancer.

M. Tillaux répond aux diverses objections qu'on lui a adressées ; peut-être la résection du coccyx aurait-elle donné plus de jeu ; mais elle n'aurait pas permis cependant de retirer un corps étranger aussi volumineux et siégeant dans la fosse iliaque. Quant à l'incision dans la fosse iliaque, M. Studgaat y avait songé, mais il paraît qu'on a beaucoup moins de place que lorsqu'on incise sur la ligne médiane. Dans le cas particulier il n'y avait pas à discuter la question de l'anus contre-nature, car les accidents péritonéaux ne s'étaient pas montrés.

M. Hermann (de Mulhouse) lit un fort long et fort intéressant travail sur la *ligature de la carotide primitive* dans les cas d'ulcération de la carotide interne. Son mémoire lui a été inspiré par une observation personnelle. Il s'agit d'une personne chez laquelle un abcès de l'amygdale s'accompagne d'hémorrhagie redoutable ; présent à l'hôpital au moment où ladite hémorrhagie se déclarait, il put, malgré le gonflement énorme du cou pratiquer la ligature ; le malade guérit. Il résume son travail en un certain nombre de propositions. Les phlegmons de l'amygdale peuvent déterminer les ulcérations des forts vaisseaux ; l'artère carotide interne est celle qui est atteinte le plus souvent ; cependant, on cite certaines observations où l'hémorrhagie provenait des branches de la carotide externe. Dans le plus grand nombre des observations, cette

© BIU Santé

ulcération des parois de l'artère est favorisée par un mauvais état général, par une intoxication quelconque du sang ; cependant le cas de M. Hermann prouve qu'il n'en est pas toujours aussi ; le phlegmon de l'amygdale fut la seule cause de l'ulcération carotidienne. Dans ces cas, il vaut mieux lier la carotide commune et l'une des deux branches à cause de la difficulté du diagnostic. Il est, en effet, difficile de savoir la source exacte du sang. Vient-il de l'externe, de l'interne ? On ne peut pas toujours répondre.

M. Tillaux dit qu'il y aurait pourtant un très-grand intérêt à établir ce diagnostic, parce que si le sang provient de la carotide externe, la ligature de la carotide primitive n'arrêtera pas le sang, car les anastomoses de la carotide interne rétabliront la circulation. M. Tillaux ajoute encore qu'il croit les ulcérations de la carotide interne infiniment rares dans les abcès de l'amygdale. L'abondance extrême du sang n'est pas un argument suffisant, car, sous l'influence de l'inflammation, les vaisseaux de l'amygdale prennent un très grand développement. Il cite à ce sujet une observation très-remarquable que l'on peut trouver dans son *Traité d'anatomie*.

M. Hermann répond que, pour être rares, ces ulcérations n'en existent pas moins et que des examens microscopiques l'ont déjà prouvé.

M. Vedrenne présente des pièces montrant les altérations de l'articulation de l'épaule dans les cas de luxation sous-coracoïdienne. Dans le fait qu'il a observé, la mort avait été provoquée par des blessures graves, consécutives à une chute de cheval. La capsule était intacte en arrière ; mais, en avant, elle était déchirée et détachée complètement de ses attaches au rebord glénoïdien.

P. Reclus.

Le PROGRÈS MÉDICAL à l'Exposition (1).

Les instruments de chirurgie (suite).

Maison Mathieu frères. — L'exposition des instruments de chirurgie de la maison Mathieu frères occupe une vaste vitrine et présente un choix d'instruments nouveaux tout à fait dignes d'intérêt.

Les fils ont tenus à soutenir la réputation de leur père ; ils ont même réussi à ajouter beaucoup à ses productions, et les inventions ingénieuses qu'ils ont soumises au jury autant que leur amabilité à l'égard de tous, leur grand désir de la recherche et du perfectionnement permettent de prévoir un brillant avenir pour leur maison.

Déjà, dans la revue de l'exposition d'anthropologie, nous avons indiqué que M. Mathieu père avait construit, d'après les indications de M. Broca, un grand nombre des instruments et appareils utilisés maintenant pour les études anthropologiques. Cette entreprise, purement scientifique, mérite de grands éloges. — Nous allons signaler les instruments qui nous ont paru les plus remarquables.

Amygdales et langue. — Une nouvelle pince du Dr Houzé de l'Aulnoit permet de faire l'amputation de la langue, sans avoir à redouter l'hémorrhagie.

Un instrument très-utile est le compresseur des amygdales du docteur Ricord modifié. Chez un étudiant, d'une hardiesse peu commune, qui s'était extirpé lui-même une amygdale, une hémorrhagie abondante survint ; il ne put l'arrêter. M. le professeur Verneuil, appelé en toute hâte, dut se servir d'une longue pince, à deux branches, dont l'une garnie à son extrémité d'une rondelle d'amadou, fut appliquée sur la surface saignante, et dont l'autre, restée en dehors de la bouche, prenait point d'appui sur la branche montante du maxillaire, dans la région massétérine.

M. le Dr Gaillard a fait construire chez MM. Mathieu un abaisse-langue, des plus simples, et cependant des plus utiles pour les dentistes ; il consiste en une sorte de spatule, en forme de cuiller, mobile dans certains sens sur un manche dont l'inclinaison est telle, qu'elle laisse constamment sous les yeux de l'opérateur tout le champ buccal, quelle que soit sa position.

Trachée. — Œsophage. — Un des temps les plus difficiles de la trachéotomie est l'introduction de la canule ; et comme, en ce moment, l'incision de la trachée est faite, que le sang pénètre dans les voies aériennes et que l'enfant menace à chaque instant d'asphyxier, il importe d'agir avec promptitude et à coup sûr. C'est dans le but que le Dr Péan a fait construire chez MM. Mathieu une série de canules avec mandrins conducteurs, dont on comprendra facilement les avantages incontestables en jetant les yeux sur la *Fig. 59*. Ce mandrin est terminé en cône plat sur deux faces et est très-mince à son extrémité ; il entre très-facilement dans l'incision faite à la trachée et est immédiatement suivi par sa canule. La *canule à soupape* de M. Broca permet aux malades, opérés de la trachéotomie, de s'exercer à l'usage de la parole sans enlever leur canule.

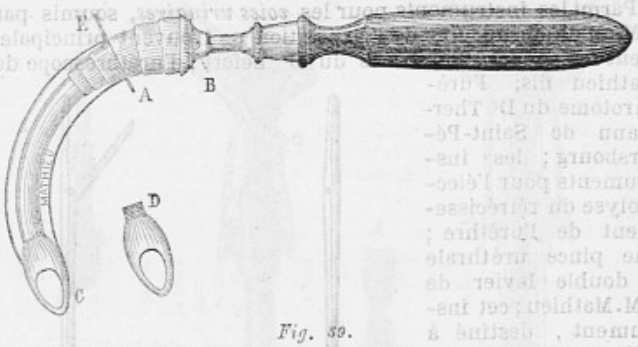


Fig. 59.

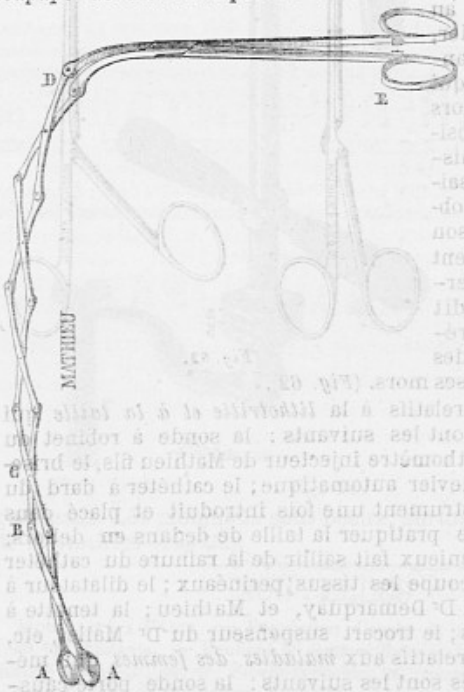


Fig. 60.

Pour extirper les corps étrangers de l'œsophage, M. Mathieu a construit une pince très-ingénieuse que nous représentons ici (*Fig. 60*). Elle se compose de deux longues branches formées de branches plus petites croisées et articulées jusqu'à ses mors. Elle a l'avantage d'être très-flexible et par conséquent d'entrer facilement et de saisir d'une manière très-solide, puisque la dernière articulation se trouve près des mors.

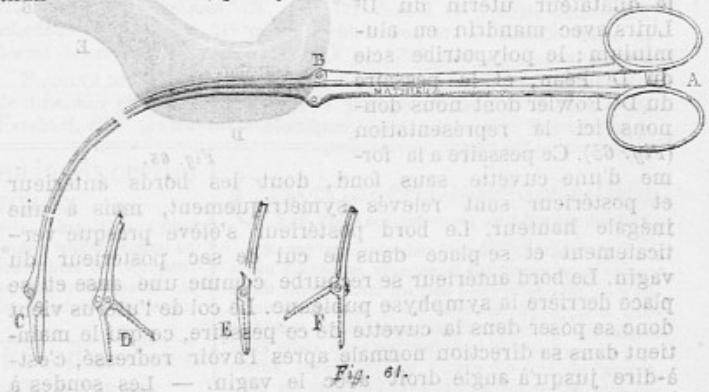


Fig. 61.

Nous figurons aussi une pince courbe, à double levier, très-

(1) Voir les nos 28, 29, 32, 33, 34, 37, 39 et 40.

© BIU Santé

bien construite, destinée à extraire les corps étrangers ou les polypes du larynx. C'est une invention précieuse de MM. Mathieu frères. (*Fig. 61.*)

Nous signalerons encore d'autres instruments plus connus, quoique de construction récente. Le porte caustique instantané avec scarificateur et pinceau du Dr Fauvel, pour les maladies du larynx ; le porte-éponge à gaine ; le scarificateur laryngien de M. Mandl.

Parmi les instruments pour les *voies urinaires*, soumis par MM. Mathieu au jury de l'Exposition se trouvent principalement les sondes dilatatrices du Dr Lefort ; l'uréthroscope de Mathieu fils; l'urèthrotome du Dr Thermann de Saint-Pétersbourg ; les instruments pour l'électrolyse du rétrécissement de l'urèthre ; une pince uréthrale à double levier de MM. Mathieu ; cet instrument, destiné à retirer les corps étrangers de l'urèthre se compose d'une branche fixe, sur laquelle glissent au moyen d'un levier, une ou deux branches parallèles qui commandent le mors articulé. La disposition de son mécanisme lui permet de saisir fortement les objets. La liberté de son action est tellement sensible qu'elle permet à l'opérateur, dit M. Mathieu, de préciser la nature des objets saisis entre ses mors. (*Fig. 62*).

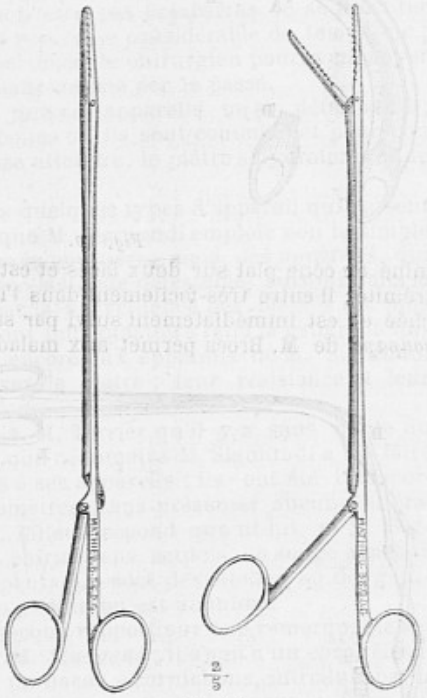


Fig. 62.

Les instruments relatifs à la *lithotritie et à la taille* qui ont été présentés sont les suivants : la sonde à robinet du Dr Thompson ; le lithomètre injecteur de Mathieu fils, le brise-pierre à tiroir et à levier automatique ; le cathéter à dard du Dr Coradi ; cet instrument une fois introduit et placé dans l'urèthre, permet de pratiquer la taille de dedans en dehors; un mécanisme ingénieux fait saillir de la rainure du cathéter un lithotome qui coupe les tissus périnéaux ; le dilatateur à quatre branches du Dr Demarquay, et Mathieu ; la tenette à branches glissantes ; le trocart suspenseur du Dr Mallet, etc,

Les instruments relatifs aux *maladies des femmes* qui méritent d'être signalés sont les suivants : la sonde porte-caustique du Dr Siredey; le porte caustique du Dr Martineau, le dilatateur utérin du Dr Luirs avec mandrin en aluminium ; le polypotribe scie du Dr Péan; et le pessaire du Dr Fowler dont nous donnons ici la représentation (*Fig. 63*). Ce pessaire a la forme d'une cuvette sans fond, dont les bords antérieur et postérieur sont relevés symétriquement, mais à une inégale hauteur. Le bord postérieur s'élève presque verticalement et se place dans le cul de sac postérieur du vagin. Le bord antérieur se recourbe comme une anse et se place derrière la symphyse pubienne. Le col de l'utérus vient donc se poser dans la cuvette de ce pessaire, ce qui le maintient dans sa direction normale après l'avoir redressé, c'est-à-dire jusqu'à angle droit avec le vagin. — Les sondes à barillet du Dr Péan, qui permettent de porter sur le pédicule des gros polypes intra-utérins un nœud de corde dite fil à fouet, d'étrangler le pédicule, et de déterminer le sphacèle de la tumeur en quelques jours.



Fig. 63.

Nous ne pouvons qu'indiquer parmi les instruments nouveaux *pour les maladies des yeux* : le scarificateur-ventouse du Dr Abadie permettant de se rendre compte de la quantité de sang extraite ; les écarteurs de Wecker, Galezowski, Jaiyet, le trépan de l'œil de Mathieu fils ; l'inciseur de la gaine du nerf optique de Wecker, son crochet pour l'avancement musculaire, la curette tranchante et le dilatateur des paupières du Dr Panas; — pour les *maladies des oreilles* : le trépan pour l'apophyse mastoïde; la paire de ciseaux de MM. Duplay et Mathieu pour couper le manche du marteau, l'emporte-pièce, porte-œillet pour le tympan de Mathieu fils, et les oricurves du Dr Tillaux.

Une des choses les plus intéressantes de l'exposition de MM. Mathieu fils est assurément leur boite d'instruments *pour la dermatologie*. Elle contient des aiguilles à tatouage, un scarificateur cutané du Dr Vidal, des curettes à énucléation et un compas à mensuration pour la sensibilité de la peau, etc... Ces instruments sont employés journellement par les médecins de l'hôpital Saint-Louis pour la thérapeutique chirurgicale de certaines affections de la peau.

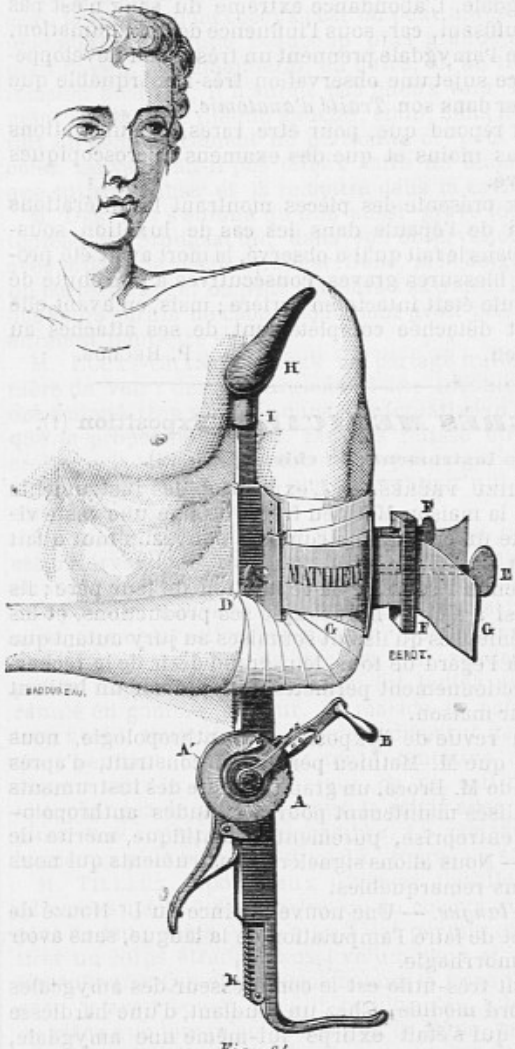


Fig. 64.

Nous terminerons cette revue de la vitrine de MM. Mathieu en appelant l'attention, selon leur désir, sur les trois appareils suivants : 1° l'appareil pour réduire les luxations de l'épaule de Jarvis, modifié par M. Mathieu. Il produit l'extension et la contre-extension et indique en kilogrammes la traction exercée sur le membre luxé

Il se compose (*Fig. 64*) : 1° D'une forte tige à crémaillère qui traverse une gaine en acier et vient se terminer par une douille sur laquelle on ajuste une pièce en forme de croissant destiné à la contre-extension.

2° D'une courroie destinée à faire l'extension, après l'avoir fixée sur la partie du membre luxé à l'aide d'une vis de pression. Cette courroie est munie d'une pièce qui se fixe à coulisse, à distance déterminée par l'opérateur sur la gaine de la cremaillère.

3° D'une manivelle montée sur un cadran gradué, qui sert à éloigner la crémaillère de sa gaine, et par ce moyen, à produire l'extension et la contre-extension. Elle agit en même temps sur un ressort fixé à la plaque et indique, pendant tout le

© BIU Santé

temps de l'opération, le nombre de kilogr. résultant du tirage.

4° Un cliquet ou arc-boutant maintient l'extension, de sorte que, lorsque la traction est jugée suffisante, la manivelle est enlevée ; et, après avoir imprimé au membre les mouvements nécessaires, (mouvements qui peuvent s'obtenir pendant que la traction existe) au moment indiqué par l'opérateur, on appuie sur ce cliquet et l'extension cesse brusquement.— Cet instrument à été employé avec succès dans nombre de cas de luxations anciennes.

2° *L'appareil à transfusion du sang* (*Fig. 65*). Le principe de cet appareil est basé sur l'aspiration et la compression des liquides, à l'aide d'une poire en caoutchouc ou cœur artificiel faisant l'office de pompe aspirante et foulante.

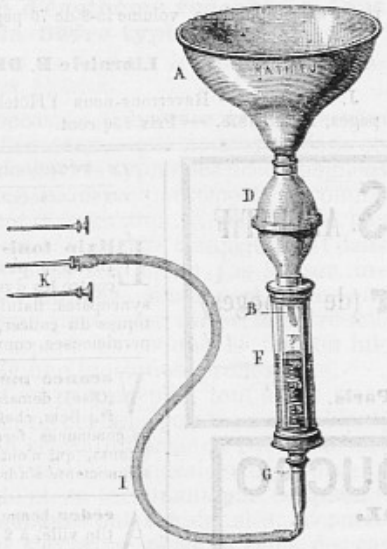


Fig. 65.

Une fois le sang recueilli dans l'entonnoir à sa sortie de la veine, il est, en laissant revenir sur elle-même la poire en caoutchouc, aspiré dans le cylindre en verre, et en comprimant aussitôt cette même poire, la pression de l'air sur la colonne de sang forme un piston et l'injecte dans la veine du malade.

Comme la monture du cylindre est pourvue d'une graduation par grammes, la personne qui fait fonctionner peut compter, de la manière la plus exacte, la quantité de sang qu'elle injecte. Une seule main suffit pour tenir et faire fonctionner l'appareil, qui présente sur les autres les avantages suivants :

Pas de piston, par conséquent pas de contact de sang sur les parties graissées, nettoyage facile de l'instrument, rapidité et sûreté du fonctionnement.

2° *Un appareil destiné aux amputations par le broiement circulaire.* Depuis longtemps déjà, Chassaignac avait appliqué la méthode de l'écrasement linéaire aux amputations des membres; mais bien peu l'ont suivi dans cette voie opératoire.

M. le Dr Gaujot, professeur au Val-de-Grâce, vient, à l'aide d'un appareil perfectionné, d'employer un procédé analogue pour l'ablation des membres : c'est le broiement circulaire. Les recherches sont en ce moment l'objet d'une publication très-intéressante dans les Archives de médecine.

Cet instrument est un énorme constricteur, dont la tête se divise en deux parties pour pouvoir placer et retirer l'anse métallique destinée à la constriction.

Cette anse se dévide sur deux galets placés à l'intérieur de cette tête. Le haut de l'appareil porte deux manches fixateurs et une manivelle commandant une vis, qui sert à tirer le curseur placé sur son corps, et, par conséquent, à rétrécir l'anse.

La tête de la vis prend son point d'appui sur le tube par l'intermédiaire d'une pièce à galet roulant entre deux plaques, ce qui rend le mouvement de l'appareil très-doux d'une part, et permet de préciser le moment où l'anse est arrivée sur l'os.

Sur neuf amputations de cuisse faites, on a obtenu sept

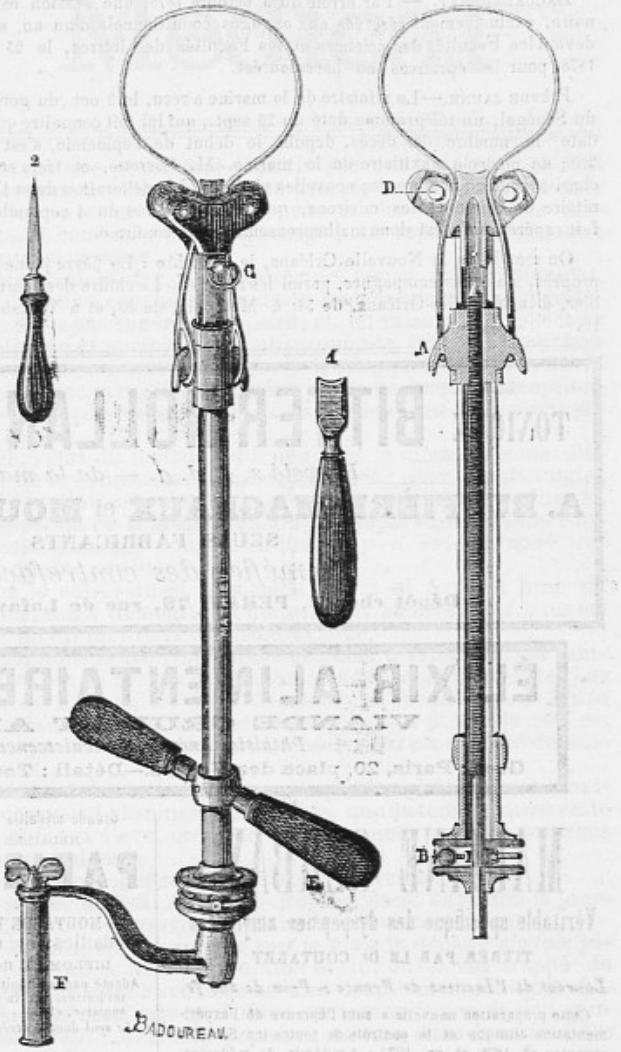


Fig. 66.

guérisons. Les moignons sont beaux, surtout au point de vue de la prothèse (*Fig. 66*).

H. DURET.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 10 octobre 1878, on a déclaré 835 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 28 ; rougeole, 2 ; scarlatine, 1; variole, 1 ; croup, 12; angine couenneuse, 14; bronchite, 23; pneumonie, 57; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 4 ; choléra nostras » ; dysenterie, 2; affections puerpérales, 1 ; érysipèle, 3; autres affections aiguës, 224; affections chroniques, 428, dont 173 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 24; causes accidentelles, 17. — Les 835 décès ci-dessus donnent une proportion de 21,8 par 1,000 habitants et pour l'année

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Ecole pratique.* — Les exercices de dissection commenceront, à l'Ecole pratique, le lundi 21 octobre. — M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, ouvrira son cours le 5 novembre

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans CONSTIPATION et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, débilité, consomption, anémie, chlorose, diabète*, etc.

PARIS : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de MIGRAINE venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

Chaque cuillerée doit être délayée dans un verre d'eau sucrée ou vineuse et lui donne une saveur d'eau de goudron un peu forte à laquelle on s'habitue facilement. Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette délution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les **chaleurs.**

PARIS, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

MM. les prosecteurs et les aides d'anatomie feront des cours à l'École pratique. L'ouverture de ces cours sera ultérieurement indiqué.

Baccalauréat. — Par arrêté du 5 octobre 1878, une session extraordinaire, exclusivement réservée aux engagés conditionnels d'un an, s'ouvrira devant les Facultés des sciences et les Facultés des lettres, le 25 octobre 1878, pour les épreuves au baccalauréat.

Fièvre jaune.—Le ministre de la marine a reçu, le 3 oct., du gouverneur du Sénégal, un télégramme daté du 26 sept., qui lui fait connaître qu'à cette date le nombre des décès, depuis le début de l'épidémie, s'est élevé à 220; un médecin auxiliaire de la marine, M. Sarrette, et trois sœurs de charité sont au nombre des nouvelles victimes. L'amélioration dans l'état sanitaire de Gorée et des environs, que le télégramme du 4 septembre avait fait espérer, ne s'est donc malheureusement pas confirmé.

On mande de la Nouvelle-Orléans, le 2 octobre : La fièvre jaune fait des progrès, dans les campagnes, parmi les réfugiés. Le chiffre des morts a été, hier, à la Nouvelle-Orléans, de 54; à Memphis, de 33, et à Wiksburg, de 12.

Librairie P. ASSELIN, place de l'École-de-Médecine.

Besnier (J.). — Contribution à l'étude du phlegmon sous-péritonéal; volume in-8 de 31 pages. Paris, 1878.

Bertherand (E.-L.). — Les secours d'urgence, guide-pratique, volume in-8 de 179 pages, 1870, Poligny, imprimerie de Mareschal.

Librairie G. MASSON, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

L. Couty. — Les terminaisons des nerfs dans la peau, volume in-8 de 175 pages. Paris, 1878. — Prix : 4 fr.

L. Couty. — Étude clinique sur les anesthésies et hyperesthésies d'origine mésocéphalique, volume in-8 de 76 pages. Paris, 1878. — Prix : 2 fr.

Librairie E. DENTU.

J. Denizet. — Reverrons-nous l'Hôtel-de-Ville, brochure in-8 de 15 pages, Paris, 1878. — Prix : 50 cent.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DE DUCRO

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, Anémie, Convalescence.

Gros : Paris, 20, place des Vosges.—Détail : Toutes les Pharmacies.

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et en 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Grande médaille et Diplôme très-élogieux à Philadelphie

MÉDAILLE D'ARGENT A BRUXELLES 1876

PAPIER RIGOLLOT

ou

MOUTARDE EN FEUILLES POUR SINAPISMES

Médailles et récompenses aux Expositions

DIPLOME D'HONNEUR A L'EXPOSITION DE 1875

Adopté par les hôpitaux de Paris, les Ambulances et les hôpitaux militaires, par la Marine française et par la Marine royale anglaise, etc.

Le seul dont l'entrée de l'Empire soit autorisée par le Conseil de santé de Russie

POUDRE RIGOLLOT

LE MEILLEUR SINAPISME

POUR LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

APPROUVÉ PAR LES ÉCOLES VÉTÉRINAIRES DE FRANCE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE, ITALIE

Adoptée par le Ministre de la Guerre pour le service de la cavalerie française

Exiger la signature ci-contre sur les bandes qui ferment les boîtes.

Rigollot

VIN TANNIQUE

DE BAGNOLS - SAINT - JEAN

NATUREL

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876



Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



Élixir toni-radical au Colombo, de Blottière, pharm., 56, rue de Sèvres, Paris, contre les dyspepsies, gravides, chlorotiques, syncopales, flatulentes, cardialgiques, symptomatiques du cancer, diarrhées, dysenteries, fièvres pernicieuses, convalescences, 5 fr.

Vacance médicale. — La commune de Betz (Oise) demande un médecin ; subvention : 1000 fr.; Betz, chef-lieu de canton, se trouve entouré de communes formant une population de 4,000 habitants, qui n'ont pas de médecin. Pour tous renseignements s'adresser à M. le maire de Betz.

A céder bonne clientèle médicale, très-jolie petite ville, à 2 h. 1/2 de Paris (gare) ; conditions avantageuses. S'adresser chez M. Dubus, professeur, cité de la Mairie, 2, Montmartre-Paris

On demande de suite un docteur en médecine pour un poste vacant dans l'Eure. Ecrire ou s'adresser de 10 heures à midi, à M. Charles, 150, rue Mouffetard, Paris.

VIN PACOTTE

Au QUINQUINA, au CAFÉ

Et à l'écorce d'oranges amères

Médaille de bronze. Paris 1875

Ce vin doit à sa composition d'être essentiellement digestible et agréable à prendre. Préparé au malaga, il contient la dose de quinquina exigée par le *Codex*, il se recommande donc à l'attention des médecins.

VENTE EN GROS : pharmacie centrale, 7, rue de Jouy, et chez l'inventeur, H. PACOTTE fils, pharmacien à Pont-de-Vaux (Ain).

DRAGÉES BLOT au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opial*, Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à Toulouse : toniques, dépuratives, anti-blennorragiques, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires*, catarrhe vessie. Bte 4f, fco 4.20.

Pour éviter imitation exiger :

Ette Fre Blot

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

M. GALLEPIE, pharmacien, *30, rue Monge*, fera une remise spéciale à MM. les étudiants, sur les Dragées Blot et sur tous les médicaments en général.

COQUELUCHE

guérie sûrement et promptement par le

SIROP BENZOIQUE

AU BROMURE D'AMMONIUM de Ch. Serres

préparé selon la formule du Dr VIALLE

Gros : Phie SERRES, 19, rue Brochant, Paris.

Détail : *Dans toutes les bonnes pharmacies.*

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 42. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 19 OCTOBRE 1878.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Etude sur une variété d'érythème rencontrée dans le cours de la fièvre typhoïde ;

Par MM. RAYMOND, médecin des hôpitaux, et NÉLATON, interne des hôpitaux.

Nous venons d'avoir l'occasion d'observer, dans le service de M. Moutard-Martin à Beaujeon, — que nous suppléons en ce moment, — deux cas de fièvres typhoïdes accompagnées d'une éruption assez singulière, et comme aspect, et comme marche, et comme moment d'apparition. Nous n'avons pas trouvé cette variété d'exanthème décrite complétement dans les auteurs, aussi croyons-nous bon de ne pas laisser inaperçue cette particularité clinique, d'une part, parce que l'apparition de l'exanthème peut jeter un certain trouble dans le diagnostic, d'autre part, parce que le fait en lui-même nous a paru fournir une indication pronostique.

Il s'est agi d'une éruption polymorphe, tout à fait analogue à celle de l'urticaire, en certains points, ressemblant, en d'autres, à une éruption scarlatiniforme ou rubéoliforme, se montrant à une période variable, généralement tardive du cours de la fièvre typhoïde et se terminant par desquamation. Des exanthèmes analogues ont été signalés, en particulier par Griesinger qui s'exprime ainsi : « Dans des cas rares, on observe, en même temps que la roséole, un exanthème en forme d'urticaire... »

Mais nous n'avons pas rencontré d'observations suivies permettant de tirer une déduction quelconque de leur étude ; c'est ce qui nous a engagé à publier les faits qui suivent ; leur lecture, mieux que tout autre commentaire, permettra de juger de quoi il s'agit. Aux deux cas que nous avons observés, nous en joignons un troisième, vu par M. Moutard-Martin quelque temps avant notre arrivée dans le service. Le diagnostic, fait par ce savant maître, a été tout d'abord *urticaire*, avec phénomènes généraux graves, insolites. Quelques jours après, en raison de l'état typhique et de l'ensemble des symptômes, on porta le diagnostic : fièvre typhoïde, avec érythème papuleux.

Observation I. — B..... M..., âgé de 19 ans, journalier entré le 26 juillet, salle Saint-François, lit n° 26.

Renseignements. — Ce malade raconte qu'il est souffrant depuis 4 jours, que son mal a commencé par une céphalalgie violente et une courbature générale. Dès le premier jour, 22 juillet, ces phénomènes l'ont obligé à prendre le lit. Le lendemain, ils persistent avec toute leur acuité et de plus, une diarrhée abondante survient ; le malade va à la selle 7 ou 8 fois dans la journée. — Le 24 et le 25, même état de choses. — Le 26, il se présente à la consultation pour demander son admission.

État actuel. — Le soir de ce même jour, nous le trouvons dans un état de prostration complet, se plaignant de son mal de tête, et incapable de se tenir debout ou même sur son séant sans éprouver aussitôt des éblouissements. La face est rouge, congestionnée, la langue sèche, les gencives enduites de fuliginosités. — La pression sur le ventre est douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite. Il y a peu de météorisme ; pas de gargouillements ; point de taches rosées.

La *température*, appréciée à la main, est très-élevée ; elle n'a pas été prise ce soir-là au thermomètre. — L'auscultation ne révèle l'existence d'aucun râle dans les poumons.

Le lendemain matin, 27 juillet, M. Moutard-Martin examine le malade et constate, outre les symptômes précédents, l'existence d'une éruption singulière. — Cette éruption se voit sur les membres, le tronc et la face. — Mais dans ces divers points elle offre des particularités.

Disposée sous forme de papules érythémateuses d'un rouge framboisé, disséminées sur les membres et la paroi abdominale antérieure, à des intervalles irréguliers, elle revêt la forme de plaques, d'aspect érysipélateux sur le dos, les fesses, au niveau des omoplates, sur tous les points en un mot qui supportent une pression, — tandis que sur les joues, ce sont des élevures, de coloration jaune-cuivré, se détachant en clair sur la teinte rouge-brun d'une peau hâlée. Ces papules disparaissent sous la pression du doigt pour reparaître dès que cette pression cesse.

M. Moutard-Martin, à première vue, pense, immédiatement, à une éruption copahique, mais le malade n'a pas de chaude-pisse ; il n'a pas ingéré de copahu, et, en raison de l'aspect de l'exanthème et surtout de la physionomie que lui imprime les élevures siégeant sur la face, il diagnostique une fièvre urticaire avec symptômes généraux d'une acuité exceptionnelle. — On ordonne un purgatif (bouteille d'eau de Sedlitz), potages, etc.

Le 28, l'état du malade est à peu près le même ; même élévation de la température ; même diarrhée ; même céphalalgie ; mais l'éruption est mieux accusée encore et plus confluente. A l'inspection de la gorge, le pharynx apparaît avec une couleur uniformément rouge-sombre ; il y a évidemment une légère angine érythémateuse.

Dans la soirée du 28, le malade a 40°,2 et dans la nuit du 28 au 29, il est très-agité ; il délire, veut se lever, etc. ; on est obligé de lui mettre la camisole de force.

Le 29, nous le trouvons dans cet état d'agitation. Sa température est de 39° ; sa respiration est brève, entrecoupée. Les membres sont agités d'un tremblement continuel. — Notre homme n'entend pas les questions qu'on lui pose. Sa soif est vive. Sa langue sèche, rouge sur les bords, est enduite de fuliginosités.

M. Moutard-Martin, en voyant que les phénomènes ataxiques dominent absolument la scène, que la température reste à un chiffre si élevé, ordonne des lavements froids et de larges affusions froides.

Le 29 à 4 h., elles sont faites pour la première fois.

Le 30, même état. Affusions froides, deux fois dans la journée. Ce jour, on trouve des taches rosées lenticulaires.

M. Millard, appelé à venir voir le malade déclare n'avoir jamais constaté semblable éruption et, lui aussi, est frappé de son analogie avec l'urticaire ou une éruption copahique. Cependant les accidents typhoïdes sont manifestes et l'on conclut en disant : *Erythème papuleux survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde.*

M. Millard nous fait de plus remarquer, ce jour-là, l'existence d'une hydarthrose légère dans le genou droit. Notons par parenthèse que notre malade n'a pas d'antécédents rhumatismaux. — Le 30, le 31, le 1er, les mêmes phénomènes continuent : même délire, même trémulation constante des membres, de la langue, etc. L'éruption seule se modifie légèrement, en ce sens que, perdant un peu de la vivacité de sa teinte, elle tend à prendre partout une coloration cuivrée, qui la rapproche beaucoup, comme aspect, des éruptions de la syphilis.

Cependant le 1er août, dans la soirée, le malade est beaucoup mieux, le tremblement est moins fort, notre homme entend et comprend ce qu'on lui demande. (On continue les affusions froides).

Le 2, défervescence brusque de la température. De 39°,7, le thermomètre tombe à 36°,7. Il n'y a presque plus de tremblement, l'intelligence revient, le malade est tranquille et dort presque toute la journée. — Le 3, même état.

A partir de ce moment, l'appétit renaît, la fièvre a cessé, l'entrain du malade reparaît, il entre en pleine convalescence. L'éruption a perdu peu à peu la vivacité de sa coloration, puis elle s'est éteinte lentement, et le 4 août, on n'en voit plus traces.

Mais les régions dont elle avait été le siége entrent aussitôt en desquamation ; la main, le pied desquament par larges plaques ; le reste du corps présente une desquamation furfuracée. — Notre malade part, complétement guéri, pour Vincennes le 17 août. A aucun moment, nous n'avons trouvé d'albumine dans ses urines.

Observation II. — V..... M..., âgé de 23 ans, cordonnier, entre le 9 août, salle Saint-François, lit n° 9.

Renseignements. — Vendredi dernier, 2 août, ce garçon a été obligé de quitter son travail. — Une céphalalgie violente et un état d'abattement général furent les premiers symptômes de sa maladie. Le samedi et le dimanche, il resta chez lui cou-

© BIU Santé

ché. Outre le mal de tête qui le tourmentait, il éprouvait une soif vive, une chaleur insupportable et, la nuit, il ne pouvait goûter aucun repos.

Le lundi, 5 août, il fit venir un médecin.— Une purgation lui fut ordonnée ; depuis cinq jours, il n'avait eu aucune garde-robe; à partir de ce moment, une diarrhée abondante s'établit. — Du 5 au 9 août, les mêmes phénomènes se continuent sans amélioration, et le 9, le malade vint demander son admission à l'hôpital.

Etat actuel.— Lorsque nous le voyons, il ne peut se tenir debout sans l'aide de quelqu'un ; il éprouve des éblouissements; son facies exprime la stupeur; la langue est sèche et rouge sur les bords, le thermomètre, placé dans l'aisselle, marque 39°.

Le ventre n'est ni tendu, ni douloureux à la pression.—On constate la présence *de nombreuses taches rosées lenticulaires* sur les téguments de l'abdomen, du thorax et des cuisses.— L'auscultation des poumons permet de reconnaître la présence de râles sibilants abondants.

Après examen du malade, on porte le diagnostic : fièvre typhoïde, et on institue le traitement suivant : potion avec 4 gr. d'extrait mou de quinquina; lavements froids deux fois par jour; bouillons.

Du 10 au 14 août, l'état du malade s'améliore légèrement; la diarrhée est moins abondante.— La température, qui n'a pas été régulièrement prise, ne paraît pas s'être élevée beaucoup au-dessus de 38°,6. — Le malade dort une grande partie de la nuit; il est satisfait et demande à manger. Néanmoins la diète est maintenue et on continue le même traitement.

Le 15, la température s'élève à 39°; le malade accuse une céphalalgie très-vive; la nuit il a du délire.

Le délire continue toute la journée du 16.—Notre homme ne répond plus au questions qu'on lui pose ; il divague continuellement, il urine sous lui.

Le 17, quinzième jour de la maladie, la température s'élève à 40°, et en même temps on voit apparaître à la surface du corps une éruption singulière comme aspect, occupe qui le bras, le cou et la poitrine.

Elle est constituée par une série de papules, de taches irrégulières par leur forme et leur volume, formant un léger relief à la surface du tégument sain : elles disparaissent sous la pression du doigt pour reparaître dès que cette pression cesse. On dirait absolument une poussée d'urticaire ou de roséole copahique. Au milieu de cette éruption se voient les taches rosées lenticulaires qui n'ont subi aucune modification dans leur aspect.

L'inspection de la gorge montre la muqueuse du pharynx avec sa coloration normale.

Le lendemain 18, la température est de 39°. L'éruption est générale. Voici l'aspect qu'elle revêt : Sur les membres, on peut l'observer depuis leurs extrémités jusqu'à leurs racines.

Au membre inférieur, on voit, sur la face plantaire du pied des papules arrondies, rouge-vif, du volume d'une lentille. A la jambe et à la cuisse, ces papules sont de dimensions variables ; il en est, véritables taches rosées, qui sont extrêmement petites ; d'autres atteignent le volume d'une pièce de vingt sous. Ce sont ces dernières, dont les bords surélevés, s'accusent nettement sur la peau saine.

Même disposition de l'éruption au membre supérieur. Toutefois, à la paume de la main, il n'y a point trace d'érythème ; seule la face dorsale présente quelques taches.

Au visage, on retrouve encore une série de petites saillies arrondies, mais elles sont plus confluentes et se confondent par leurs bords; elles dessinent des plaques, des traînées sinueuses, de coloration rouge.

Les joues, le front, les oreilles sont couvertes par l'éruption. Mais c'est sur la face antérieure du cou et sur la partie supérieure de la poitrine, que l'éruption est le plus développée.

Au premier abord, celle-ci semble former une large plaque rouge, occupant les régions sous-hyoïdiennes et mammaires; mais en l'étudiant, plus attentivement, on ne tarde pas à voir que cette large plaque rouge est composée ; qu'il existe, par places, de légers interstices où la peau conserve sa coloration normale, si bien que cette surface semble résulter de la confluence de papules semblables à celles des membres; partout ses limites sont marquées par un léger relief.

Les interstices, où la peau conserve sa coloration normale deviennent très-nombreux et plus larges au niveau de la région mammaire gauche, et là, on constate l'existence de plaques arrondies, les unes grandes comme des lentilles, d'autres comme des pièces de 10 ou de 20 sous, isolées complétement les unes des autres ou bien contiguës par un point de leur contour. Si on pousse plus loin leur analyse, on voit qu'elles présentent, au centre, un point rouge entouré d'un cercle clair qui est lui-même cerné par un liséré foncé.

Sur le dos, au niveau des fesses, des omoplates, dans tous les points en un mot où s'exerce une pression, s'étale une rougeur uniforme ayant l'aspect d'une véritable nappe érysipélateuse.

Entre ces surfaces, se voient des taches arrondies de toutes dimensions, semblables à celles que nous avons décrites dans les autres régions.

En même temps que cette éruption se généralise, la température tombe à 38°, et oscille autour de ce chiffre pendant toute la durée de l'exanthème. (6 jours).

Il est à remarquer que, dès le deuxième jour, l'éruption subit des modifications dans son aspect; les plaques rouges, framboisées, prirent d'abord une coloration violette, beaucoup plus foncée, puis pâlirent et se rapprochèrent de la coloration cuivrée des exanthèmes syphilitiques.

Le 23, 6 jours après son apparition, l'éruption avait disparu sur un grand nombre de points et, dès le lendemain, la desquamation commençait.

A la face, au cou, sur l'abdomen, il y eut une simple desquamation furfuracée. Mais sur certains points, sur la poitrine en particulier, la desquamation reproduisit en quelque sorte la forme de l'éruption. On voyait se soulever et se détacher une véritable rondelle épidermique, dont les bords répondaient au liséré rouge de la plaque éruptive, avec un centre, qui était le point rouge central signalé plus haut. A la main, aux pieds, desquamation par assez larges plaques. Aussitôt l'éruption finie, la desquamation commencée, le thermomètre remonte à 39°, 39° 8, 40°; le délire reparaît; un peu de météorisme se produit, la diarrhée continue, le malade urine et rend ses fèces dans son lit, sans s'en apercevoir. A ce moment, on examine de nouveau ses urines; elles ne contiennent pas d'albumine; aucune région n'est le siége d'œdème; le pharynx a sa coloration normale. Ces différents renseignements sont recueillis d'autant plus exactement qu'on a soulevé l'hypothèse de l'existence d'une scarlatine venant compliquer la fièvre typhoïde.

Mais cette recrudescence dans les phénomènes typhoïdes est de courte durée, et au bout d'un septenaire, vers le 1er septembre, l'amélioration dans l'état du malade s'accentue de jour en jour.

La température décroît ; le malade est calme ; il a repris son appétit et réclame de la nourriture; le 10 septembre, il commence à se lever; il est tout à fait bien. La desquamation continue encore sur certains points du corps (dos, fesses, etc.). C'est une desquamation furfuracée. Le malade part pour Vincennes, le 15 septembre. *(A suivre).*

SYPHILIOGRAPHIE

Etude sur les variétés et les formes anormales du chancre simple (1).

Par le Dr Louis **JULLIEN.**

Chancre simple de l'anus. — Le chancre simple de l'anus a été particulièrement étudié depuis quelques années. MM. Gosselin, Després, Tardieu ont appelé l'attention sur son importance soit en clinique, soit en médecine légale; mais parmi les plus remarquables travaux, il convient de citer le chapitre que MM. Péan et Malassez lui ont consacré dans leur *Etude sur les ulcérations anales*, et les intéressantes considérations contenues dans le *Traité des maladies du rectum* de D. Mollière.

C'est chez les femmes, d'abord parce qu'elles payent un plus lourd tribut à la sodomie, puis parce qu'elles sont plus exposées aux érosions, aux fissures sur lesquelles le pus chancreux peut s'inoculer, enfin, en raison des rapports de voisinages qu'il affecte avec la vulve, que l'anus est le plus souvent atteint de chancres simples.

Les proportions que nous donnent les statistiques publiées sur ce point sont on ne peut plus significatives. Nous trouvons, en effet, chez la femme 25 chancres de l'anus sur 206, et chez l'homme 7 sur 1388, soit 1 sur 8 pour le premier cas et 1 sur 200 dans le second.

Ces chancres siégent plus ou moins loin de l'orifice anal, beaucoup se développent entre les plis radiés et s'étendent

(1) Voir les nos 33, 38 et 40.

© BIU Santé

jusqu'au niveau du bord supérieur du sphincter interne, que, du reste, ils ne dépassent jamais. Ils sont ordinairement au nombre de deux, l'un en avant, l'autre en arrière de l'orifice, rarement latéraux.

Cette question du siége précis de l'ulcère peut acquérir une très-grande importance en médecine légale. La confrontation fait parfois ressortir une telle évidence de superposition entre deux chancres donnés, que la relation de cause à effet ne saurait être tenue pour douteuse. C'est en général du même côté qu'ils se trouvent situés sur l'organe passif et sur l'organe actif. La position dans laquelle s'accomplissent habituellement les rapports contre nature donne la raison de ce fait.

La forme est variable mais le plus souvent allongée parallèlement aux plis, et terminée à leur extrémité la plus externe par un renflement où s'accumule ce pus. Quelquefois aussi ils ont l'apparence d'un bissac, la partie interne étant également plus élargie.

Les dimensions ne dépassent guère 2 à 3 centimètres en longueur; la largeur, bien plus variable et presque indéfinie, peut atteindre 5, 6, 7 centimètres et même le pourtour entier de l'anus.

MM. Péan et Malassez ont spécialement insisté sur la production constante de *condylômes* (1) sous l'influence de l'irritation causée par le chancre mou. Ces condylômes sont essentiellement constitués par une hypertrophie du derme, souvent liée à l'existence d'accidents syphilitiques, mais susceptibles de se développer sous l'influence d'ulcérations simples. Les condylômes font habituellement saillie au niveau de l'extrémité extérieure de l'ulcération sur la même ligne longitudinale, quelquefois aussi dans la région ampullaire du rectum. Leur forme est celle d'un ovoïde à grand axe parallèle aux replis de l'anus, leur volume peut aller de celui d'un pois à celui d'une noisette, leur couleur varie du rose au violet, leur consistance est presque fibreuse. Ils se développent parallèlement au chancre. L'ulcération chancreuse les envahit par leur partie médiane, en progressant toujours de l'intérieur à l'extérieur, et peut les détruire complétement.

Il est rare que la chancrelle de l'anus se termine sans avoir donné lieu à plusieurs chancrelles de voisinage. L'intertrigo, que ne manque pas de faire naître l'abondance des liquides irritants qui séjournent dans cette région, aide puissamment à ces inoculations. Aussi peuvent-elles se faire en grand nombre; le plus souvent il en résulte une couronne de chancres folliculaires, de petit volume, comme le sont presque toujours les chancres secondaires.

Les chancres de l'anus peuvent être l'occasion de douleurs assez vives provoquées par la défécation, la marche, la position assise. Les symptômes les plus pénibles de la contracture (ténesme, épreintes) en sont souvent la conséquence. Ils atteignent un tel degré, dans certains cas, que certains chirurgiens, croyant se trouver en face d'une fissure, n'ont pas hésité à pratiquer la dilatation. Bien que l'inoculation de la fissure et la production d'une chancrelle phagédénique en aient été quelquefois la conséquence, M. Péan a cru pourtant devoir recourir à cette pratique dans un grand nombre de cas, et dit n'avoir pas eu à s'en repentir.

Après une durée qui, dans les cas ordinaires, varie de trois à quatres semaines, mais peut être de beaucoup augmentée par l'état variqueux des veines du rectum, le chancre se modifie rapidement et marche à la guérison; ses bords s'affaissent, le fond se recouvre de bourgeons charnus, les condylômes se flétrissent et disparaissent. Enfin une cicatrice se produit, commençant ordinairement par la partie externe, opaline au début, plus tard reconnaissable à une légère dépression et à une coloration plus foncée, et restant toujours souple et non rétractile.

Il n'est pas rare que le chancre simple de l'anus détermine sur la muqueuse rectale voisine un certain degré d'inflammation se manifestant par un écoulement jaune verdâtre abondant. Ce symptôme est surtout apparent lorsqu'on pratique le toucher; vient-on à retirer le doigt, il est comme suivi par une grosse larme purulente, épaisse (Malassez). Or, s'il faut en croire M. Gosselin, cet épiphénomène, qui n'est à tout prendre qu'un degré plus ou moins prononcé de *rectite*, serait fréquemment l'origine d'un rétrécissement rectal (1).

D'autre part, M. A. Després croit pouvoir attribuer le rétrécissement aux ulcérations, puis aux cicatrices consécutives des chancres phagédéniques du rectum. Ces deux assertions ont été de la part de D. Mollière l'objet d'une réfutation complète, peut-être un peu trop absolue. Cet auteur refuse à la chancrelle le pouvoir de se compliquer d'une inflammation hypertrophiante, bien qu'il semble difficile de rapporter le condylôme à un autre processus; et, pour ce qui regarde les chancres phagédéniques prolongés dans le rectum, il déclare n'en connaître aucun exemple. Enfin, M. Mollière fait observer avec raison que les rétrécissements rectaux ne surviennent presque jamais immédiatement après le chancre. Tel est aussi l'avis émis par le docteur Godebert dans une très-remarquable thèse où il reproduit les idées de son maître Demarquay. Comme on le voit, ce difficile problème est loin d'être résolu. En présence d'un tel désaccord entre les auteurs si compétents que nous venons de citer, il est donc sage d'attendre de nouveaux faits avant de se prononcer.

Chancres simples de la vulve.—Folliculaires sur les grandes lèvres, exulcéreux sur les nymphes, les caroncules, la fourchette, telles sont les formes que présentent habituellement les chancres simples de la vulve. La période de début passée, tous revêtent plus ou moins les caractères de l'ulcère. Sur les grandes lèvres, ils représentent particulièrement le chancre rond, la perte de substance prenant la forme d'un godet et s'étendant surtout en profondeur. Plus près du pli inguino-crural cependant, on observe des chancres fort allongés dans le sens du grand diamètre de la lèvre; on doit attribuer ce fait, lorsqu'il n'est pas dû à la réunion de plusieurs éléments situés les uns au-dessus des autres, à la pression exercée latéralement sur cet organe par la cuisse et qui force le pus à se porter soit en haut soit en bas.

L'œdème n'est point rare sur les lèvres et coïncide habituellement avec une rougeur péri-chancreuse qui dénote un degré plus ou moins considérable d'inflammation. La grande lèvre se tuméfie en masse, prend la forme d'un fuseau et peut aller jusqu'à recouvrir celle du côté opposé; sa teinte est d'un rouge violacé; elle présente, en outre, une grande sensibilité.

Tout autres sont les signes par lesquels se traduit l'engorgement de la petite lèvre. La consistance, la densité du tissu conjonctif, qui relie ses deux faces muqueuses, ne lui permettent qu'un faible degré de gonflement suivant son épaisseur; mais disposée à la manière d'un lambeau flottant, c'est de haut en bas qu'elle se développe, entre ses deux points d'attache, au clitoris et à la fourchette. Moins facile à l'hypérémie que les tissus voisins, d'un rose pâle, luisante sous l'influence de l'œdème, on la voit se déjeter en dehors, puis en dedans, si bien que l'aspect de son bord n'est pas sans analogie avec celui d'une circonvolution cérébrale.

Ainsi que nous l'avons dit déjà, le phagédénisme s'empare fréquemment des chancres simples de la vulve; l'accolement mutuel des tissus, la rétention du pus et les inoculations multiples qui peuvent en être la conséquence,

(1) « Condylômes sont éminences ridées et comme excroissances de chair, qui sont même les rugosités du col de la matrice, ou les muscles du siége, auxquels il y a plusieurs replis serrés les uns contre les autres, principalement lorsqu'elles sont enflammées et endurcies. On les cognoit à la veuë et au toucher du doigt. » (A. Paré, lib. XXIV, cap. LXXXVII).

(1) « Le rétrécissement dit syphilitique du rectum n'est point un accident constitutionnel, mais une lésion de voisinage développée au-dessus du chancre de l'anus; c'est-à-dire qu'une inflammation s'est développée autour du chancre et s'est propagée au-dessus de lui à une certaine hauteur, et que cette inflammation, suppurative dans la portion sphinctérienne, est devenue hypertrophiante à la jonction des portions sphinctériennes et ampullaires, et exulcéreuse dans celle-ci. » (Gosselin. *Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du rectum. Arch. gén. de méd.*, 1851.)

© BIU Santé

contact inévitable de l'urine et des sécrétions utérines, tout contribue au développement des diverses complications que nous avons étudiées. Nous ferons cependant une exception pour la grangène, la disposition même des parties rendant l'étranglement à peu près impossible.

(*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

De l'unification des poids et mesures dans les sciences médicales.

Nous sommes à une époque où la science tend de plus en plus à s'internationaliser; les savants d'aujourd'hui ne travaillent plus seulement pour le coin de terre qui les a vus naître; à mesure que les relations intellectuelles se sont facilitées et multipliées entre les différents pays, l'idéal des travailleurs s'est élevé, leur horizon s'est élargi; ils ont conscience de travailler à une œuvre commune, pour l'accomplissement de laquelle il n'y aura jamais ni un effort ni une bonne volonté de trop.

Mais, pour que ce concours de toutes les activités soit véritablement efficace, il est indispensable que les procédés mis en usage soient partout aussi identiques que possible, et, à défaut d'une langue commune, que nos pères avaient adoptée, et qui serait aujourd'hui plus embarrassante qu'utile, on peut, ce nous semble, sans se heurter à aucun obstacle sérieux, réclamer l'adoption par les différents pays d'un système unique de poids et mesures. C'est ce qu'ont demandé et obtenu depuis longtemps déjà les médecins allemands, c'est ce que demandent et ce qu'obtiendront, sans doute, dans un avenir prochain, les médecins des Etats-Unis.

Personne assurément ne s'étonnera de voir le corps médical à la tête de cette campagne d'unification; car il souffre particulièrement de l'état de choses actuel. L'introduction relativement récente et déjà si féconde des méthodes scientifiques dans l'enseignement et dans la pratique de la médecine rend indispensable l'adoption d'un *modus vivendi* ou, qu'on nous pardonne le mot, d'un *modus intelligendi* auquel toutes les nations puissent se conformer dans un avenir aussi rapproché que possible.

Faudra-t-il donc pour obtenir un résultat si désirable aller chercher bien loin ce système, ou créer de toutes pièces cet instrument international? En aucune façon : il n'y a rien à chercher, rien à créer, il n'y a qu'à généraliser l'emploi du système décimal métrique, qui s'impose par tous les avantages qu'il présente, et avant tout par sa simplicité. Ce n'est pas chose facile, en effet, que de bouleverser, — nous ne dirons pas en un jour, mais même en quelques années, — les habitudes nationales et médicales d'une foule de praticiens: à ce titre, il faut que le système proposé se recommande non-seulement par son utilité pratique, mais encore par son extrême simplicité. Mieux que tout autre, le système métrique réalise cette condition nécessaire. Il n'y a pas d'homme d'intelligence moyenne qui ne puisse en deux heures en comprendre l'admirable mécanisme, et s'en assimiler l'idée fondamentale de façon à acquérir très-rapidement l'habitude d'en faire usage.

Et ce n'est pas là une illusion nationale qui serait peut-être excusable chez ceux qui emploient ce système depuis leur enfance : la preuve c'est que ce n'est pas de France qu'est parti le mouvement unificateur. Dès 1851, des commissions se formaient à l'instigation de l'Association anglaise pour la réforme des poids et mesures et se réunissaient successivement en 1855, 1867 et 1873. Enfin, il y a un mois à peine, le 2 septembre 1878, un congrès international s'assemblait pour traiter de nouveau cette question au palais du Trocadéro. On y a constaté que, depuis 1867 surtout, un grand nombre d'Etats avaient adopté le système métrique, sinon d'une façon exclusive, au moins en lui donnant la consécration légale. La Prusse l'a mis en pratique depuis longtemps déjà. En Angleterre, où il est légalement reconnu et parfaitement apprécié des savants, le commerce et l'industrie viennent à la rescousse et réclament son adoption exclusive dans l'intérêt de la simplicité des transactions. La Russie a déjà pris les mesures préliminaires qui doivent en assurer l'emploi régulier, et en Suède, il deviendra obligatoire en 1889. Presque toutes les autres nations l'ont adopté sans réserves. Mais c'est le pays qui a été le premier, ou tout au moins l'un des premiers, à lui donner l'hospitalité qui réclame aujourd'hui avec le plus d'ardeur la généralisation de son emploi : ce sont, en effet, nos confrères des Etats-Unis qui tiennent le premier rang dans cette campagne en faveur de l'unification. Il n'est guère d'association médicale américaine qui n'ait discuté cette question, et qui ne l'ait résolue dans le sens que nous indiquons : Le *New-York Medical Record*, le *Boston Medical and Surgical Journal*, le *Chicago Medical Journal and Examiner*, et avec eux bien d'autres journaux qu'il serait trop long d'énumérer, participent tous dans le même sens à cette campagne. Non contentes d'exercer leur action dans leur sphère locale, les sociétés savantes des Etats-Unis envoient des délégués à tous les congrès, et ceux-ci, au premier rang desquels il faut placer un savant bien connu de nos lecteurs, le Dr Seguin, ne manquent aucune occasion de soulever à nouveau la discussion sur l'unification et d'activer la solution du problème.

Dernièrement encore, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, M. Seco Baldor (de Madrid) est venu de nouveau réclamer l'unification des méthodes dans le langage et dans l'enseignement de la médecine (1). Par un sentiment de courtoisie très-louable, mais qu'on nous permettra de trouver un peu excessif, les membres du Congrès ont pensé qu'il était préférable de laisser discuter cette question par les congrès tenus à l'étranger : une Commission, d'ailleurs, a été nommée par le congrès de Genève pour étudier cette importante réforme, et elle déposera son rapport au Congrès d'Amsterdam.

Ces quelques considérations suffisent à montrer dans quelle voie se trouve aujourd'hui la question, et quelle est la distance qui nous sépare du but.

La voie est bonne, mais la distance est encore longue, on ne saurait se faire illusion à cet égard. C'est petit à petit, pied à pied, que le système uniforme gagnera du terrain; les congrès internationaux se tiennent à des intervalles trop éloignés, et leurs programmes sont d'ailleurs trop chargés pour qu'ils puissent avoir sur cette réforme autre chose qu'une influence générale, trop éloignée et trop haute pour être bien sensible ; ils proclament des résultats; nous

(1) Voir *Progrès médical*, n° 35, p. 653.

© BIU Santé

doutons qu'ils en obtiennent dans une question où la patience et l'initiative individuelle (celle-ci, bien entendu, protégée par la loi, comme dans les pays où le système métrique est légal sans être obligatoire), joueront évidemment le rôle essentiel. Plus les échanges scientifiques se multiplieront, — et, pour la plus grande gloire de la science, ils se multiplient chaque jour — plus on verra augmenter l'incommodité qui résulte de la multiplicité des systèmes, sans parler des erreurs matérielles auxquelles donnent lieu les transformations que l'on est forcé de faire à l'aide d'un calcul écrit ou mental. Quel est le médecin français qui lira, sans s'impatienter, une observation anglaise où il y aura chaque jour deux températures Fahrenheit à transformer tant bien que mal en températures centigrades, et une prescription en grains ou en scrupules qu'il faudra changer en centigrammes? Et quel que soit le flegme britannique, quel est le médecin anglais qui fera — toujours sans s'impatienter — le travail inverse?

Bénies soient ces impatiences! Ce sont elles qui démontreront aux plus rebelles la nécessité d'une réforme à laquelle les sociétés savantes auront assurément contribué surtout au début, mais que l'initiative individuelle et cette force de persuasion qui s'attache aux choses simples et claires aura rendue facile et universelle.

La presse médicale est toute-puissante à cet égard; si tous les journaux de médecine, publiés à l'étranger, suivaient l'exemple du *Chicago medical Journal and Examiner*, et publiaient en tête de chacun de leurs numéros un petit résumé du système métrique avec tableaux explicatifs, la réforme ne mettrait pas longtemps à se généraliser, le système métrique serait bientôt adopté dans le monde entier, et le beau rêve que faisait en le créant la Convention Nationale serait réalisé. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

Nouvelle observation de fracture itérative de la rotule après 18 mois.

Nous avons publié dans le numéro 20, une observation intéressante de fracture itérative de la rotule, recueillie par notre collaborateur M. Boudet de Pâris; en voici une seconde, transmise par M. le Dr PINEAU (de Château d'Oléron) à M. le Dr A. Després, qui nous la communique.

M. X..., âgé de 30 ans environ, se fractura il y a trois ans la rotule gauche. Six mois après ce fut la rotule droite. Ces deux fractures guérirent en laissant un cal fibreux long de trois centimètres. Les articulations se trouvaient ainsi très-lâches et la marche difficile.

Dix-huit mois après sa seconde fracture, M. X..., se trouvant dans un jardin, se prit le pied dans une ronce, fit un effort pour ne pas tomber; à ce moment, il crut qu'il venait de se briser la jambe, il fit deux ou trois pas et tomba. Il s'agissait cette fois d'une fracture par contraction musculaire, comme l'indique ce commémoratif, comme le prouve en outre la netteté du pantalon à l'endroit du genou droit, lorsque les parties sur lesquelles était tombé ce Monsieur, étaient maculées de la boue qui remplissait les allées.

On le ramena chez lui en voiture et, alors, on précisa le diagnostic: la rotule droite (la dernière cassée) offrait son fragment inférieur divisé transversalement; l'écartement était d'un travers de doigt environ. Le cal fibreux qui marquait l'ancienne ligne de fracture n'avait pas bougé.

On immobilisa dans un appareil à bandes circulaires et à coussinets et le malade se remit, comme les deux premières fois, par la formation d'un cal fibreux. La marche est pénible, la jambe quitte difficilement le sol; ce Monsieur semble de loin un paraplégique incomplet, tirant la jambe. L'exercice qui lui est le plus pénible est la descente d'un escalier.

Cette observation rapprochée de celle qui a été recueillie par MM. Després et Boudet de Pâris, son interne, est très-instructive, et c'est un fait de plus à l'appui de cette proposition qu'un cal fibreux unissant les fragments de la rotule est suffisant et aussi solide qu'un cal osseux. Le fait du Dr Pineau offre encore un intérêt au point de vue de la disposition particulière du malade qui s'est fait à d'assez longs intervalles trois fractures de la rotule.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 octobre 1878. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. BOCHEFONTAINE fait: 1° Une communication relative à l'action du salycilate de soude. Chez l'homme, il s'élimine d'abord par l'urine; chez le chien, au contraire, après une injection intra-veineuse, on en retrouve dans la salive au bout de 6 à 7 minutes, au bout de 20 minutes seulement s'il a été introduit par l'estomac; il ne passe dans l'urine qu'au bout de trois quarts d'heure, après avoir agi sur les centres nerveux, il agit sur le cœur pour l'arrêter en diastole. — 2° Les courants électriques peuvent diffuser non-seulement dans le tissu cérébral comme l'a indiqué M. Duret, mais dans tous les tissus organiques. En galvanisant sur un chien le grand sympathique au cou, si on applique le doigt sur le museau humide de l'animal, on éprouve une sensation caractéristique qu'on n'éprouve pas sur la patte qui est sèche, mais on la retrouve en introduisant le doigt dans une plaie de la cuisse. La peau et les poils paraissent être un obstacle.

M. BROWN-SÉQUARD a fait depuis longtemps des expériences sur les injections intra-vasculaires de sang pur, de sang défibriné et de lait. Il les a faites sans inconvénients; le sang défibriné peut être injecté à des animaux d'espèces éloignées; quand on injecte du sang d'oiseau à un mammifère, les globules disparaissent vite. Quand on injecte du lait dans le sang, les globules de lait disparaissent aussi très-vite; mais M. Malassez a constaté qu'on trouvait plus de globules blancs après l'injection. Les injections de lait ont été employées avec succès l'homme pr plusieurs médecins américains; elles sont inoffensives; M. Brown-Sequard montre un chien très-bien portant, auquel il a, il y a cinq mois, injecté 92 grammes de lait à la place de 95 grammes de sang. Il a répété l'expérience, et il pense que le lait peut être injecté en quantité égale au sang enlevé; mais où faut-il s'arrêter? L'eau injectée dans les vaisseaux, après une perte de sang, ne fait que hâter la mort; c'était dans des conditions toutes différentes que Lorain a pu sauver un cholérique en lui injectant de l'eau tiède, comme le rappelle M. Moreau. M. Brown-Sequard injecte le liquide froid; s'il n'a pas provoqué de frisson comme on en observe souvent pendant la transfusion chez l'homme, c'est parce qu'il injecte par les artères, avec une lenteur extrême qui permet d'équilibrer la température; et qu'en outre il s'agit d'un liquide rapidement assimilable.

M. THERMES a constaté sur deux hystériques que les agents thermiques peuvent agir comme les applications de métaux ou de courants. Avec des applications de glace dans un cas, d'eau chaude dans l'autre, l'hémianestésie, l'achromatopsie et la contracture, ont disparu. Il ne sait pas si, chez ces mêmes sujets, on peut par les agents thermiques rappeler les troubles nerveux pendant les périodes où ils n'existent pas (1).

M. DUMONTPALLIER dit qu'il a dans son service, à la Pitié, une femme qui, avant son entrée, n'avait présenté aucun trouble hystérique appréciable, sa sensibilité était parfaite; sous l'influence d'applications métalliques, l'insensibilité s'est produite d'abord localement et temporairement, puis s'est généralisée à tout le côté et est devenue permanente; enfin, il était survenu de véritables attaques d'hystérie quand on a interrompu une expérience qui fait entrer la métalloscopie et la métallothérapie dans une phase toute nouvelle. Ch. FÉRÉ.

(1) Des expériences du même genre, faites avec la glace, ont donné l'hiver dernier les mêmes résultats à MM. Bourneville et Regnard. (*Note de la rédaction.*)

© BIU Santé

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 octobre 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. A. DESPRÉS fait la lecture d'un travail, ayant pour titre: *Du mécanisme des orchites à répétition et des orchites inflammatoires en général.* Ce travail se résume dans les conclusions suivantes: 1° Les orchites inflammatoires à répétition et les orchites inflammatoires en général sont dues à la rétention du sperme dans le testicule; 2° La cause de la rétention du sperme n'existe pas toujours au même point, mais il est plus que probable que le gonflement des muqueuses du conduit éjaculateur et du canal déférent ou même le gonflement périphérique dans la prostate ou la muqueuse de l'urèthre sont la cause ordinaire de la rétention du sperme; 3° La rareté de la suppuration des orchites permettrait d'appeler ces inflammations des engorgements spermatiques du testicule, à l'exemple de ces rétentions du lait dans les mamelles, désignées sous le nom d'engorgements laiteux; 4° L'apparition des orchites du 10e au 20e jour dans la blennorrhagie, doit être en rapport avec l'activité fonctionnelle du testicule; plus les malades ont un organe actif exercé, plus l'orchite doit se développer à une époque voisine du début de l'uréthrite; 5° Les orchites survenant dans la convalescence d'une blennorrhagie se produisent par le même mécanisme que les orchites consécutives à la taille; 6° Les orchites, dues à une blessure ou à une irritation de l'urèthre, peuvent être expliquées par une tuméfaction des portions blessées; et, en particulier, une tuméfaction au niveau des conduits éjaculateurs et des vésicules séminales, qui arrête rapidement l'écoulement du sperme dans son réservoir, les vésicules séminales.

M. H. BOULEY présente à l'Académie un calcul pesant 5 livres 370 grammes. Il s'agit d'une concrétion calcaire à laquelle se trouve intimement soudé un égagropile; ce calcul, composé de deux substances, l'une de phosphate ammoniaco-magnésien, l'autre d'une infinité de poils, a été trouvé dans l'estomac d'un cheval, âgé de dix-huit mois.

M. VERNEUIL fait une communication *sur les arthrites dues à une propagation lymphatique.* M. Verneuil ne vient pas soulever une nouvelle question de doctrine; ce qu'il tient à signaler aujourd'hui c'est une petite variété pathologique dont il a eu la bonne fortune d'observer cinq cas. Il fait allusion à une arthrite secondaire du genou, née à la suite d'une lymphangite du membre inférieur. Résumons brièvement les observations relevées par M. Verneuil: la première est relative à un homme, âgé de 50 ans, et d'une constitution très-délabrée; ce malade présentait une ulcération au niveau du cou-de-pied, qui fut suivie d'une lymphangite de tout le membre inférieur correspondant, donnant lieu à des abcès multiples qui avaient les dimensions d'une olive. Après avoir ouvert quelques abcès de la région du genou, ce dernier ne tarda pas à être le siége de douleurs violentes, à s'enflammer, et à présenter tous les signes d'une arthrite purulente. Le malade mourut quelque temps après, en dépit des soins qui lui furent prodigués. La deuxième observation vise une jeune fille, âgée de 14 ans, et atteinte d'une contusion du gros orteil. Cette contusion détermina une tourniole, puis une lymphangite et enfin des abcès multiples de tout le membre inférieur. Un de ces abcès, siégeant à la face interne du genou, fut ouvert avec le bistouri. Quelques jours après, une arthrite purulente se déclare, et, ni le drainage de l'articulation, ni l'immobilité du membre n'empêchent une terminaison malheureuse.

Dans la troisième observation, un homme, âgé de 48 ans, cachectique, présente une eschare sur le dos du pied. Cette eschare, qui a les dimensions d'une pièce de cinq francs, est suivie d'un frisson, de vomissements, de fièvre et de lymphangite; les urines contenaient une notable quantité d'albumine. Sous l'influence d'un traitement approprié, la lymphangite guérit en apparence et l'albuminurie disparut; mais, un abcès se montra au voisinage du genou, s'ouvrit spontanément et détermina une arthrite purulente à laquelle le malade ne tarda pas à succomber. Les deux dernières observations sont moins désespérantes: l'une a trait à un homme qui présentait une tuméfaction du membre inférieur, liée à une lymphangite et à un érysipèle; ces complications reconnaissaient pour cause une écorchure du gros orteil avec eschare et ouverture de l'articulation correspondante du gros orteil. A la suite d'une nouvelle poussée inflammatoire, remontant jusqu'à la racine de la cuisse, et, malgré la disparition de la tuméfaction du membre, une hydarthrose du genou apparut avec des dimensions énormes. Les émollients, la teinture d'iode et les vésicatoires triomphèrent en partie de l'hydarthrose. Malheureusement le malade, déjà cachectique, eut des eschares au sacrum et mourut d'une pneumonie constatée à l'autopsie. La dernière observation concerne un homme, âgé de 60 ans, cachectique, et atteint d'une hydarthrose du genou. Un examen attentif permet de constater sur la jambe un cylindre rouge, au pied une écorchure et dans l'aine une adénite. Une lymphangite du membre inférieur apparut alors, déterminant, à la partie interne du genou, une petite collection fluctuante. Le traitement consista en frictions résolutives, le membre étant maintenu dans une immobilité complète. L'abcès du genou parut se résorber; il en fut de même de l'hydarthrose. L'abcès de la jambe seul fut ouvert et le malade guérit.

Abordant l'étiologie de cette affection, M. Verneuil fait remarquer qu'elle semble atteindre de préférence les sujets cachectiques et que, toujours, il y a une écorchure extérieure. L'explication du phénomène n'est pas aussi aisée. On admet que les lymphatiques du tissu cellulaire sous-cutané communiquent avec les synoviales articulaires, s'ouvrent dans les bourses séreuses, ce qui permet de comprendre l'extension, la propagation inflammatoire dans les cas qui ont été observés. Une communication assez fréquente s'établit d'abord entre les lymphatiques et les séreuses périarticulaires, puis entre ces dernières et les séreuses articulaires. Est-on autorisé à ouvrir de bonne heure ces abcès lymphatiques pour les traiter avec les méthodes modernes, antiseptiques? M. Verneuil est d'avis qu'il y a un réel avantage à ouvrir de bonne heure les abcès, les collections lymphatiques qui se trouvent en contact avec la région du genou. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 7 juin. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Symphyse cardiaque. — Foie cardiaque; par QUÉNU, interne.

Mme C..., âgée de 54 ans, a vu ses jambes devenir enflées il y a un an, puis l'enflure a gagné le ventre et l'a obligée à se faire soigner successivement à l'Hôpital Temporaire et à la Pitié. Trois ponctions de l'abdomen ont été faites avant son entrée à la salle Sainte-Geneviève, n° 18.

Le 22 mars 1878, cette malade a de l'ascite, un œdème considérable des membres inférieurs et une congestion avec œdème pulmonaire. La dyspnée est assez intense; le pouls est très-fréquent, petit, inégal, irrégulier. Les bruits du cœur sont sourds, les battements présentent des irrégularités et des intermittences. Au premier bruit et à la pointe, léger souffle. En outre, nous apercevons une sorte d'ondulation continue à l'épigastre, qui semble se déprimer à chaque systole. Se fondant sur ce signe qu'ont indiqué Heim et Sander, M. Desnos diagnostique une symphyse cardiaque, malgré l'absence des deux signes pathognomoniques: la dépression systolique de l'espace intercostal correspondant à la pointe du cœur et le soulèvement diastolique.

On diagnostique de plus une insuffisance mitrale et une cirrhose cardiaque. — La malade succombe à l'asphyxie le 15 avril.

AUTOPSIE. — La face antérieure du sac fibreux péricardiaque adhère au poumon gauche et à la face postérieure du sternum. Les deux feuillets séreux sont adhérents dans toute leur étendue et ne forment plus qu'une seule membrane épaissie et résistante. De plus, dans une étendue de 7 centimètres de long sur 3 centimètres de large, le péricarde qui revêt la face antérieure de la cloison interventriculaire, est infiltré de sels calcaires, et converti en une plaque rigide, dure comme de l'os. Cette plaque remonte sur la face postérieure du cœur de façon à figurer une sorte de demi-anneau embrassant la pointe du cœur. Une plaque de trois centimètres carrés existe encore au niveau de l'anneau fibreux auriculo-ventriculaire gauche. Enfin, une plaque de 5 centi-

© BIU Santé

mètres de large sur 3 centimètres de haut, recouvre la face antérieure du ventricule droit, et sa face profonde hérissée de mamelons, fait saillie en dedans du ventricule droit ; cette plaque devait singulièrement gêner le fonctionnement de la valvule tricuspide. La valvule mitrale ne présente qu'un peu d'épaississement de son bord libre. Le myocarde est très-aminci, il offre une coloration feuille-morte. Le foie est un peu atrophié, dur, granuleux, d'une coloration rougeâtre. Sa consistance est moins ferme que dans la cirrhose vulgaire. L'examen microscopique a démontré que la sclérose portait surtout sur le centre du lobule autour de la veine centrale. Reins sains.

Il s'agit donc bien d'une cirrhose cardiaque consécutive non à une lésion valvulaire (le petit bourrelet de la valvule mitrale nous semble bien insuffisant pour cela), mais à une symphyse cardiaque. Cette dernière était encore aggravée par l'ossification du péricarde et à la fin par la myocardite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 octobre. — PRÉSIDENCE DE M. F. GUYON.

M. VERNEUIL dépose sur le bureau trois observations recueillies par son ancien interne, M. Gabriel Maunoury, fils de M. Maunoury, membre correspondant de la Société. Ces trois observations viennent s'ajouter à celles qu'ont publiées M. Verneuil et ses élèves et qui prouvent l'influence exercée par l'état général sur l'issue des traumatismes chirurgicaux. Dans la première, il s'agissait d'une tumeur maligne de la face observée à l'hôpital de Chartres où M. G. Maunoury a succédé à son père. M. Maunoury, après avoir pris l'avis de M. Salmon, se décide à pratiquer l'opération. Une incision est faite au niveau de la commissure des lèvres qui permet d'arriver jusqu'à la tumeur. Celle-ci est enlevée sans qu'il y ait rien de particulier à noter et l'on suture la plaie. Dès le troisième jour apparaissait un érysipèle bronzé qui enlevait rapidement la malade. On songe à examiner les urines : elles contiennent 80 grammes de sucre. La deuxième observation date de 1876, époque où M. Maunoury était interne de M. Verneuil. Le fait a déjà été publié, aussi M. Verneuil n'insiste-t-il pas. Il a trait à un homme amputé du pied et qui mourait deux jours après l'opération : les urines contenaient 50 grammes de sucre. Le troisième cas est fort remarquable : une femme diabétique devient grosse, des hémorrhagies répétées surviennent qui furent attribuées par les médecins à son état dyscrasique. Elle n'en accouche pas moins assez régulièrement dans le département d'Eure-et-Loir, en un pays très-sain, où, de mémoire de médecin, on n'avait vu de fièvre puerpérale. La malade fut cependant prise d'accidents formidables et mourait avec tous les symptômes qui caractérisent les phénomènes traumatiques chez les diabétiques. M. Verneuil ne sait pas si les accoucheurs ont observé d'autres cas de ce genre. Aussi demande-t-il qu'un chirurgien s'étant occupé spécialement d'obstétrique fasse partie de la commission qui étudiera le travail de M. Maunoury. — M. Polaillon est nommé.

M. HORTELOUP lit un rapport sur un nouveau procédé préconisé par M. JUDE HUE, pour l'opération du *phimosis*. Frappé des inconvénients des méthodes sanglantes ordinaires, M. Hue propose de sectionner le prépuce ou la région dorsale et sur la ligne médiane, au moyen de la ligature élastique. Il insinue pour cela une aiguille munie d'un fil élastique, entre le prépuce et le gland et le pousse en arrière jusqu'au fond du cul de sac. Il transfixe alors le prépuce et, en opérant une très-légère striction, il noue les deux chefs du fil élastique sur le bord libre du prépuce. Du dixième au quatorzième jour, la ligature tombe et l'opération est terminée. M. Horteloup a prié M. Hue de répéter cette opération à l'hôpital du Midi, dans son service et il doit dire que les premiers résultats ne lui parurent pas encourageants. D'abord, les malades souffraient pendant 24 ou 48 heures, puis, la section faite, il y avait une ouverture à peine appréciable et limitée par deux replis cutanés enflammés et œdématiés. Mais il doit reconnaître qu'ayant revu les malades trois mois après, l'état des parties avait complétement changé et il se trouva au demeurant avoir des résultats très-corrects. Aussi M. Horteloup n'hésite-t-il pas à préconiser cette méthode si simple dans le cas de phimosis sans hypertrophie préputiale, lorsqu'il n'y aura point une inflammation ou un épaississement des téguments ; il estime que le procédé est appelé à rendre des services, surtout chez les enfants.

M. VERNEUIL pense que tout chirurgien qui voudra proposer un 999e procédé opératoire pour le phimosis, car en comptant bien on pourrait atteindre ce chiffre, devrait au préalable nettement séparer le phimosis simple caractérisé seulement par l'étroitesse de la peau, du phimosis hypertrophique avec allongement considérable du prépuce. Dans ce dernier cas, il ne pense pas que la méthode de M. Hue puisse rendre de bien grands services, et dans le premier, dans le phimosis simple, dans l'immense majorité des cas, la dilatation doit suffire. Chez les enfants, M. Verneuil ne fait jamais que la dilatation.

M. MARJOLIN partage entièrement l'opinion de M. Verneuil; on lui a souvent présenté des enfants de quelques semaines chez lesquels l'étroitesse de l'orifice préputial était tel qu'il pouvait à peine introduire un mince stylet. Eh bien! même dans ces cas, la dilatation suffisait pour détruire le phimosis. Il ne pratique plus d'opération sanglante et croit savoir que M. de Saint-Germain en agit de même maintenant.

M. DUPLAY. Dans les phimosis simples la dilatation peut suffire ; mais lorsqu'il existe des adhérences il faut pratiquer l'incision. Toute méthode qui ne met pas le gland largement à nu ne réussit pas.

M. TH. ANGER, à propos de cette discussion dit qu'il a employé la ligature élastique dans des cas de brièveté du frein et qu'il a obtenu d'excellents résultats.

M. HORTELOUP dit qu'il a bien insisté dans son rapport sur les phimosis inflammatoires ou avec hypertrophie préputiale ; le procédé de M. Hue n'est pas fait pour ces cas. S'il a peu parlé de la dilatation, c'est qu'elle a échoué dans ses mains dans trois opérations consécutives tentées chez des enfants; il y eut récidive, aussi y a-t-il renoncé depuis cette époque.

M. DESPRÉS fait une communication sur l'extraction d'un *calcul prostatique*. Il s'agit d'un homme de 50 ans qui, à la suite de blennorhagie avait été atteint de rétrécissements qui eux-mêmes se compliquèrent de fistules urinaires ; après des traitements très-variés, dilatation progressive, cautérisation avec la pâte caustique, les rétrécissements et les fistules ne firent que s'accroître ; le malade se rend à Paris et se met entre les mains de M. Després qui pratique le cathétérisme, il passe une sonde n° 7 et l'exploration du canal lui permet de reconnaître l'existence d'un calcul qu'il juge être dans la région prostatique; le toucher rectal confirme cette opinion. Les tentatives de dilatation n'amenèrent aucun résultat ; on ne put passer aucune sonde au-dessus du n° 7. M. Després ne voulut point faire l'uréthrotomie, qu'il considère comme une mauvaise opération ayant pour résultat définitif de rendre fibreux et résistants des rétrécissements qui auraient pu céder à la dilatation. La taille fut résolue; une incision prérectale fut faite ; au fond de la plaie M. Desprès aperçoit un cordon fibreux sur la nature duquel il était difficile de se faire une idée; la sonde n° 7 introduite dans le canal n'étant pas sortie, l'opérateur se décide à inciser ce cordon ; c'était le canal; au fond, il trouve la sonde, il dilate avec une pince et retire un calcul du volume d'une châtaigne, calcul sur lequel toutes les éminences et les dépressions de la région prostatique s'étaient imprimées. Une sonde n° 7 est alors introduite par le méat, on la fait ressortir par l'ouverture de la taille, et cette sorte de séton est laissé en place vingt jours. Mais, comme il provoque une inflammation du canal, on le retire et on voit que l'introduction d'une bougie n° 14 est rendue possible. Après diverses péripéties, le malade put, au 31e jour regagner son pays. Il ne restait qu'une fistulette donnant issue à une petite quantité d'urine.

M. GUYON. Je ne veux faire qu'une réserve à propos de la communication de M. Després, mais elle est formelle. Il ne faut pas dire que l'uréthrotomie rende les rétrécissements plus fibreux et moins dilatables, et je pourrais, quand il le voudra, montrer à M. Després, des uréthrotomisés qui, ne s'étant pas sondés assez fréquemment, ont laissé reparaître le rétrécissement. Or, ce rétrécissement est resté dilatable. La preuve n'en est plus à faire.

© BIU Santé

M. Després répond qu'il est peut-être tombé sur une série malheureuse mais jusqu'à ce jour il n'a pu dilater un seul canal ayant subi une ou plusieurs uréthrotomies.

M. Terrillon lit une très-remarquable observation : *Sur une fistule osseuse* consécutive à la pénétration d'une balle de révolver dans le rocher. Cette fistule, donnant issue à une sanie fétide et à du pus, était située en arrière du conduit auditif externe. Il n'y avait pas d'accidents cérébraux; mais la surdité de l'oreille correspondante était complète. M. Terrillon fit une exploration avec l'appareil de Trouvé et constata l'existence du projectile à 12 m.m. de profondeur, abstraction faite de l'épaisseur des téguments. Il tente l'extraction avec un ingénieux appareil fabriqué par M. Trouvé et qui pénètre dans les métaux sans exercer de pression à leur surface. Mais la fixation ne fut pas assez énergique ; il ne retira pas la balle, mais seulement quelques parcelles de plomb : le projectile était trop solidement maintenu. Il fit alors avec M. Terrier une opération plus grave ; deux couronnes de trépan furent enlevées sur l'os pour arriver jusqu'à la balle et la dégager jusqu'à son équateur. On put alors la saisir avec une pince et l'extraire facilement ; deux ou trois millimètres à peine la séparaient de la table interne et de la cavité crânienne. Il n'y a pas eu d'accidents. Le malade est parti guéri. M. Terrillon se félicite de son opération car il n'a point encore lu une seule observation de lésions par projectiles du rocher qui ne se soit pas terminée par la mort. Il survient plus ou moins tard, parfois plus d'une année après la pénétration, des accidents cérébraux : méningite, phlébite des sinus, hémorrhagie ; abcès du cerveau ou du cervelet.

P. Reclus.

CORRESPONDANCE

Saint-Pétersbourg, 4 octobre 1878.

Saint-Pétersbourg. — Établissement particulier pour l'allaitement des nouveau-nés.

On a depuis longtemps, à Paris, senti la nécessité de fonder un établissement dans lequel, sous la surveillance d'un médecin compétent, seraient élevés pendant un an et demi ou deux ans les enfants nouveau-nés. Dans les grandes villes, bien des femmes qui ne sont cependant pas précisément pauvres, sont dans l'impossibilité, pour des raisons de divers ordres, de nourrir elles-mêmes leurs enfants, et quand elles ne peuvent se payer le luxe et aussi les ennuis d'une nourrice à domicile, elles sont obligées de les élever au biberon, procédé si funeste, ou de les confier à des nourrices plus ou moins éloignées de la capitale que personne ne surveille. Ces nourrices ramènent souvent le petit Parisien dans un piteux état... quand elles le ramènent.

Aussi a-t-on cherché à élever les nouveau-nés dans des établissements particuliers, mais ces essais n'ont point jusqu'ici été couronnés de succès : un nouvel établissement installé dans le voisinage de Paris et patronné par un de nos confrères les plus estimés de la presse médicale parisienne sera-t-il plus heureux ? Nous le souhaitons ; toujours est-il qu'ici, à Saint-Pétersbourg, le problème a trouvé depuis vingt ans sa solution. Nous allons exposer en quelques mots l'organisation de la maison qui a été fondée par le comte Grégoire Koucheleff-Besbaradko pour honorer la mémoire de son père ; nous pourrons le faire grâce aux renseignements précis qui nous ont été fournis par le directeur de l'établissement, M. le baron Maydell dont les membres du dernier congrès d'hygiène ont pu apprécier la science et l'amabilité.

L'établissement est sur la rive droite de la Néva, dans Vasali-Ostroff, il a un double but : d'abord et surtout élever des enfants nouveau-nés ; en second lieu, fournir des nourrices aux familles de la capitale qui désirent en prendre chez elles. Il est divisé en deux parties distinctes situées dans deux étages différents : les enfants, au nombre de 34, restent jusqu'à l'âge de deux ans quelquefois, mais par exception, lorsqu'ils sont orphelins, par exemple, ils peuvent être conservés plus longtemps. Chaque enfant est placé soit par des parents, soit par des personnes qui s'intéressent à lui, qui répondent du paiement et garantissent, qu'au jour fixé, elles reprendront l'enfant.

Chaque enfant du premier étage paie 25 roubles par mois, c'est-à-dire 100 fr. (1) ; il a une nourrice pour lui seul jusqu'au moment du sevrage, puis une bonne spéciale. La famille paie en outre, quand l'enfant est sevré, une gratification de 20 roubles à la nourrice qui l'a élevé. Chaque enfant a son trousseau particulier, et son lit à côté de la personne qui prend soin de lui, nourrice ou garde. C'est, on le voit, une sorte de pensionnat du premier âge sous la surveillance d'un médecin instruit. Le baron Maydell est assisté d'une sage-femme fort intelligente qui est là depuis qu'il a organisé cette maison.

Les chambres sont spacieuses, excessivement propres, et c'est plaisir de voir tous ces bébés joufflus et roses, les uns dormant dans les bras de leur nourrice, d'autres faisant des risettes, d'autres déjà sevrés, courant après vous et vous grimpant aux jambes pour que vous leur fassiez l'aumône d'un baiser. Lorsqu'un enfant tombe malade, il est soigné par le directeur de l'établissement ; s'il a une affection contagieuse, rougeole, scarlatine, etc., il est immédiatement isolé et envoyé dans une autre maison.

A l'étage supérieur sont les enfants de la seconde section ; leurs parents paient moins cher que pour les précédents : le prix varie ; il est de 10 roubles par mois pour les enfants illégitimes, de 6 roubles pour les enfants légitimes, de 3 roubles pour les orphelins : quelques-uns même parmi ces derniers ne paient rien. Les enfants, au lieu d'avoir une nourrice toujours la même attachée à leur personne, sont allaités par des nourrices qui se succèdent et qui viennent dans la maison dans l'espoir qu'elles pourront, au bout de quelques jours, trouver une place dans la ville. Les enfants de la seconde section quoique se trouvant dans de moins bonnes conditions que ceux de la première, n'en sont pas moins bien portants, et cet allaitement vaut encore mieux que l'emploi du biberon. La mortalité est, du reste, peu considérable, elle s'élève à peine à 17 ou 18 pour cent ; ce qui, relativement, n'est pas élevé pour les enfants nouveau-nés.

Les nourrices qui veulent se placer arrivent en général des gouvernements du centre de la Russie, éloignés de 6 ou 800 kilomètres de Saint-Pétersbourg, car les femmes qui viennent des pays si pauvres qui entourent la capitale de l'immense empire passent pour être mauvaises nourrices. Elles laissent donc leurs enfants chez elles et se rendent dans la maison, dirigée par le baron Maydell ; elles y sont reçues, logées et nourries pendant quinze jours ; ce temps passé, si elles n'ont pas réussi à se placer comme nourrices, elles quittent l'établissement ; 450 nourrices environ sont admises chaque année dans la maison sur lesquelles une centaine ne peut, pour divers motifs, ou se placer ou rester dans les maisons qui les ont prises ; quelquefois, elles quittent spontanément les familles, car elles sont, paraît-il, aussi capricieuses à Saint-Pétersbourg qu'à Paris. La personne qui a choisi une nourrice et qui, pour cela, a payé dix roubles à l'établissement (ce qui ferait actuellement 26 fr. chez nous), peut en changer deux fois pendant le premier mois, sans avoir à payer de nouveau la même somme. On ne peut donc être victime de la spéculation frauduleuse que nous avons observée à Paris et sur laquelle nous appelons l'attention de nos confrères....

Le *PROGRÈS MÉDICAL* à l'Exposition (2).

Les eaux minérales françaises.

Notre intention n'est pas d'établir une comparaison quelconque entre les diverses eaux minérales françaises qui ont été exposées cette année-ci, regardant comme impossible de juger des produits absolument dissemblables quant à leur constitution chimique et à leurs propriétés thérapeutiques. — Et, si en arithmétique on enseigne qu'il est contraire au bon sens d'additionner ou de multiplier des objets d'espèce différente, en hydrologie il n'est guère plus rationnel de comparer les sulfureuses aux chlorurées sodiques ou aux bicarbonatées, attendu que ces eaux ont chacune des attributs différents et s'attaquent à des systèmes organiques tout à fait opposés. —

(1) En réalité, cela ferait actuellement 65 fr., car le rouble ne vaut aujourd'hui que 2 fr. 60 au lieu de 4 fr.

(2) Voir les nos 28, 29, 32, 33, 34, 37, 39, 40 et 41.

© BIU Santé

C'est donc à l'installation et à l'agencement de nos produits thermaux seulement, que s'adresseront nos critiques.

Tout d'abord, il est juste de reconnaître que l'exposition des eaux minérales françaises n'est pas la partie la plus faible du grand œuvre de M. Krantz. Le pavillon qu'on lui a réservé est vaste, et bien que séparé du reste des bâtiments il est encore suffisamment visible pour attirer chaque jour de nombreux curieux. Si la disposition ne laisse pas trop à désirer, il n'en est pas de même de sa situation : placé entre les galeries des machines affectées à l'industrie, il se trouve dans un isolement fâcheux. — A notre avis, il eût mieux fait près du pavillon de l'hydrothérapie, et même il eût été préférable, de confondre les deux expositions en une seule, sous le nom commun d'hydrologie, car les eaux minérales et l'hydrothérapie constituent deux branches de la médecine trop étroitement liées entr'elles pour être séparées.

Nos visites répétées dans le bâtiment réservé aux eaux minérales françaises nous ont fourni l'occasion de constater que nos compatriotes ont fait de louables efforts pour soutenir sous les yeux de l'étranger la vieille réputation de nos sources — Notre colonie d'Afrique entr'autres a fourni beaucoup plus qu'on était en droit d'espérer d'une station hydrologique si récente. Mais si l'on a fait beaucoup, il reste encore beaucoup plus à faire. — D'abord les exposants ne me semblent pas avoir entièrement saisi le but, l'idée de cette exhibition. Presque tous, en effet, ont encombré leurs vitrines de minerais trouvés dans les environs des sources, d'autres ont placé des brochures de médecins exerçant ou ayant exercé près de leurs thermes, et qui naturellement vantent à l'envi les eaux qu'ils ont employées — Tout ceci était de trop; on aurait dû se contenter de placer sous les yeux du public, différents spécimens d'eau puisée sur les lieux, montrer des bouteilles bien étiquetées, et portant visiblement le nom de l'eau qu'elles contiennent, présenter des analyses sérieuses avec les produits renfermés dans de petits tubes couchés au centre de la collection. — Qu'importe en effet au public d'apercevoir sur l'étiquette qu'une eau est bicarbonatée sodique forte ou faible, qu'elle est froide ou chaude, si on ne lui fournit pas les moyens de vérifier le fait *de visu*?

A côté de toutes ces défectuosités que je viens de signaler, il en est une bien plus grande sur laquelle je vais insister. Toutes ces eaux minérales que l'on a exposées ont pour la plupart des propriétés thérapeutiques bien définies, il me semble dès lors qu'on pouvait mieux faire que d'étaler chaque matin sur les vitrines des prospectus vantards qu'on ne lit jamais, et où se trouvent annoncées en gros caractères les cures qu'elles ont produites. — Je m'explique : dans la glycosurie Vals, Vichy, ont une action décisive, si bien que dans les cas ordinaires au bout d'un mois de traitement, le sucre diminue rapidement au point de disparaître. — Pourquoi alors ne pas exposer de l'urine d'un et même de plusieurs diabétiques au commencement, au milieu, et à la fin de leur traitement thermal, de cette manière il serait facile de suivre pas à pas la marche de la maladie, et l'ignorant comme le plus intelligent pourrait se rendre compte de ce qu'il y a de vrai et d'exagéré dans tout ce qui a été écrit sur ce sujet. Poursuivons notre raisonnement. — On sait généralement que les eaux alcalines réveillent parfois d'anciennes coliques hépatiques, et amènent ainsi l'expulsion de calculs biliaires très-volumineux, on sait également que fréquemment dans la lithiase rénale acide, les malades rendent au début du traitement des graviers rouges, tandis qu'à la fin ils émettent des graviers blancs. — Il me semble que des échantillons de tous ces produits morbides, auraient dû trouver place dans les vitrines des exposants, à côté des agents qui déterminent ordinairement leur évacuation. — Si, au lieu de quelques schistes insignifiants, Baréges avait montré toute la série de corps étrangers, depuis les fragments d'os nécrosés, jusqu'aux morceaux de vêtements, ou aux pièces de monnaie, que ses bains font sortir des vieilles fistules; Si la Bourboule, au lieu de tufs, avait présenté les moulages des affections cutanées et ganglionnaires qu'elle guérit avec tant de rapidité, elles auraient rendu l'une et l'autre un grand service à la science et à l'humanité. — Pour Néris, Plombières, Aix-les-Bains, qui ont l'heureux privilége de corriger certaines difformités naturelles ou accidentelles, telles que les gibbosités du mal de Pott, les ankyloses traumatiques ou rhumatismales, des moulages indiquant l'état du malade avant, pendant et après son traitement thermal, auraient beaucoup mieux frappé l'esprit, que toutes les boîtes de pastilles et de bonbons dont leurs vitrines sont encombrées.

Un seul exposant a compris la question telle que nous venons de la formuler: C'est celui de Capvern, — dans le fond de sa case sont les bouteilles d'eau minérale très-bien en ordre et soigneusement étiquetées; au centre on aperçoit deux magnifiques minerais: l'un est un graphite recouvrant les magma traversés par la source Hount Caoute, le second est un magma argilo-calcaire sur lequel coule cette source; à droite, on remarque sur un tapis fraichement décoré une série de tubes rangés en demi-cercle et contenant les différents principes minéralisateurs des eaux de Capvern obtenus par le Dr Garrigou au moyen de l'évaporation. Enfin, à gauche et en avant, on voit six flacons contenant : quatre, des graviers ou des calculs uriques du rein, un, des graviers blancs de phosphate de chaux, et le dernier du sable hépatique ou plutôt du sable intestinal. — Je n'hésite pas à avancer que cette exposition est la plus belle de toutes celles que nous avons eues sous les yeux.

En face Capvern est le département des Landes ou pour mieux dire Dax. Sa vitrine est remplie d'échantillons d'anabaina thermalis provenant de la fontaine chaude de Dax, de blocs de boue desséchée, d'une quantité considérable de conferves retirées des eaux tempérées, de spécimens nombreux du limon de l'Adour, de minerais de diverses natures; elle contient, en outre, un fragment énorme de sel gemme, et un pin maritime très-volumineux. Cette exposition est remarquable par la variété de ses produits et par leur belle disposition.

Non loin d'elle est Bagnères de Bigorre qui occupe deux grandes cases. Son installation est très-belle. — On y voit, en effet, bon nombre de calcaires provenant de la source Theas, des dépôts ocreux de la source du roc de Lanne, du Dauphin, de Salies et de la source Romaine — enfin une grande quantité de bouteilles et un *plan stéréographique* de l'établissement thermal.

Quoique moins complète que les précédentes l'exposition de Royat mérite cependant une note à part. — Au fond du compartiment, on voit beaucoup d'échantillons d'eau minérale, bien disposés, en avant huit bocaux très vastes renfermant les produits suivants extraits des sources: 1° du sulfate de soude, 2° du chlorure de sodium, 3° du carbonate de soude, 4° de la magnésie, 5° du chlorure de potassium, 6° un petit flacon avec du carbonate de lithine, 7° du borax, 8° un dépôt ferrugineux. Tous ces spécimens sont très-purs et frappent agréablement la vue.

Parmi les autres expositions isolées, Bagnères de Luchon s'est signalée, par l'habile disposition de ses bouteilles, de ses produits extraits des sources, et de ses pastilles. Nous en dirons autant d'Aulus (Ariège) qui, en présentant l'analyse de ses eaux, avec les tubes contenant les produits isolés, a su attirer l'attention des visiteurs.

A d'autres titres plusieurs autres stations se sont créé une place à part, et n'ont pas peu contribué au succès de l'Exposition de nos eaux minérales. L'hôpital de la marine à Rochefort s'est distingué par une série de produits trouvés dans le puits artésien de l'hôpital (sulfate de chaux, de soude, conferves, etc.); le Mont Dore par ses pastilles; Cauterets par la beauté et la multiplicité de ses échantillons de glairine; Orezza par la bonne disposition de ses bouteilles et la pureté de ses concrétions; Allevard par le modèle d'une salle d'inhalation créée par M. Niepce; Balaruc par ses boues et ses dragées; Baréges, par deux superbes flacons de barégine, et par des préparations micrographiques de neige rouge et de conferves; Pougues, par l'ensemble de ses produits; Saint-Nectaire par ses incrustations, Neris et Bourbon l'Archambault par leurs magnifiques échantillons de conferves. — Mais par contre il en est d'autres qui sont restées trop au-dessous de leur réputation, ce sont Vals et Vichy. — En effet, il n'y a pas à en

© BIU Santé

douter les vitrines de la Société générale, des Délicieuses, de la Reine, des Vivaraises sont à peu près désertes: elles ne contiennent que quelques rares bouteilles empilées les unes sur les autres comme si elles devaient être expédiées par le premier courrier. — Seule Vals centrale est au complet. — Sur Vichy, il y a encore plus à redire. Il n'y a de remarquable que des blocs énormes de sels cristallisés extraits des eaux. — Six bouteilles représentent les onze sources qui appartiennent à l'Etat, de telle sorte que la plus importante de toutes : la Grande Grille, a été oubliée. C'est là un oubli très-regrettable; car si à la rigueur on peut négliger Mesdames et Lucas, il ne doit pas en être de même pour une source comme la Grande Grille dont la renommée est universelle. Je me demande, en outre, pourquoi MM. Larbaud Saint-Yorre, Carolus Larbaud, et Lardy ont jugé à propos de s'abstenir tandis que Cusset est au complet et se fait remarquer par sa simplicité et son bon goût.

Arrêtons-nous un instant sur les collectivités. Je dois tout d'abord avouer que je ne suis pas partisan d'une semblable méthode d'exposition, parce qu'il est trop difficile à cause de la multiplicité des produits, de porter un jugement équitable; de plus, on ne peut pas assez se rendre compte de l'habileté, ni des efforts déployés par l'exposant. — Ajoutons que dans une collectivité un peu considérable, ce sont quelquefois les eaux les plus insignifiantes qui occupent la plus vaste place. — Ces considérations mises de côté, deux collectivités, celle des Pyrénées-Orientales d'abord, et celle du Puy-de-Dôme, ensuite, doivent à notre avis obtenir la plus large part dans les récompenses. — La première par la multiplicité de ses produits, et la bonne disposition de ses échantillons fait honneur à ses organisateurs, MM. Companyo et Wickersheiner. Plus riche et plus variée que la précédente, la collectivité du Puy-de-Dôme ne brille pas par la régularité dans l'installation de ses produits. Néanmoins leur beauté et leur pureté lui assignent une bonne place dans notre exposition.

Nous terminons là cette critique, avec la ferme espérance qu'à l'avenir nos compatriotes, tenant compte des observations que nous venons de présenter, sauront montrer aux visiteurs de la France et de l'Etranger, non-seulement des bouteilles bien capsulées, mais encore des maladies guéries ou en voie de guérison.

J. CORNILLON.

VARIA

Choléra.

On lit dans la *Gaceta medica de Cataluna* du 10 octobre 1878, section d'hygiène, l'article suivant, que nous croyons utile de reproduire dans nos colonnes.

« Le gouvernement persiste dans sa négligence, sans fournir aucun renseignement officiel sur la maladie qui règne au Maroc, et la presse politique continue à donner des nouvelles contradictoires; mais de toutes celles-ci l'on peut déduire : Qu'en réalité il y a recrudescence de la maladie qui règne au Maroc et que l'on soupçonne exister à Gibraltar; et que, des diverses informations, il résulte que cette maladie régnante est probablement le choléra morbus.

A Casa-Blanca, les 17, 18 et 19 septembre dernier, les décès ont atteint le nombre de 377, mortalité considérable, eu égard au chiffre de la population, qui est seulement de 7,000 âmes ; le choléra a commencé à s'étendre dans les petites localités qui avoisinent immédiatement la ville ; il augmentait considérablement à Fez et Mequinez, où la proportion des décès par jour était de 60 à 70.

En dernier lieu, le 20, il continuait à sévir avec intensité à Casa-Blanca, et l'on comptait de 50 à 53 cas de mort, presque tous chez des indigènes; on a observé quatre cas chez des Européens, dont l'un chez le vice-consul, qui se sont terminés favorablement. — On dit qu'il n'y avait toujours rien de nouveau à Rabat ni sur les autres points du littoral, à la date du 26. — A Gibraltar, le 19 du mois dernier, le conseil de santé a décrété la non-admission complète, dans ce port, des provenances de Casa-Blanca et d'autres points infestés du Maroc.

Nous considérons comme inutile d'insister sur la nécessité de mesures préservatrices, et bien que notre consul d'Oran assure qu'il n'y a rien de nouveau ni dans cette ville, ni à Tanger, comme les relations de notre port avec ces localités ne laissent pas que d'être fréquentes en raison du commerce des bestiaux, avec les lois en vigueur, une propagation serait possible, si les autorités ne prennent pas les plus grandes précautions. »

Fièvre jaune.

On a constaté à la Nouvelle-Orléans, dans la journée du 8 octobre, 49 décès et 33 à Memphis ; — dans la journée du 9 octobre, 42 décès et 41 à Memphis ; — dans la journée du 10 octobre, 48 décès et 39 à Memphis ; — dans la journée du 11 octobre, 49 décès et 35 à Memphis ; — dans la journée du 12 octobre, 40 décès et 26 à Memphis ; — dans la journée du 13, 50 décès et 20 à Memphis. Dans la semaine qui s'est terminée vendredi dernier, il y a eu 35 morts à Baton-Rouge, 85 à Brownsville, 33 à Visksburg, 27 à Chattanooga, 26 à Canton, 23 à Morgan-City, et 200 dans d'autres localités. — Le temps devient plus frais, la fièvre diminue lentement. — Le 14, on a compté 40 décès à la Nouvelle-Orléans et 34 à Memphis ; — le 15, 30 morts à la Nouvelle-Orléans et 31 à Memphis. — On signale l'apparition de la fièvre jaune à Helena (Arkansas).

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

3e Trimestre.

STATISTIQUE DU 1er JUILLET AU 30 SEPTEMBRE 1878, PAR M. LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	9	13	0	22
2e.	13	12	3	28
3e.	17	25	9	51
4e.	20	31	5	56
5e.	19	39	7	65
6e.	8	17	2	27
7e.	16	18	5	39
8e.	11	10	1	22
9e.	12	16	1	29
10e.	19	30	5	54
11e.	33	39	20	112
12e.	16	20	13	49
13e.	9	11	5	25
14e.	20	35	11	66
15e.	27	28	16	71
16e.	4	6	3	13
17e.	29	37	11	77
18e.	33	55	10	88
19e.	22	21	6	49
20e.	24	46	9	79
	351	529	142	1022

Vis. du 2e trim.. 891
Différence en plus 131

MALADIES OBSERVÉES.

A	
Congestions et apoplexies cérébrales	47
Angine	43
Croup	23
Coqueluche	3
B	
Asthme	25
Affections du cœur.	32
Bronchites aiguës et chroniques	45
Pleuro-pneumonie.	25
Congestion pulmonaire	8
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	111
Cholérine	19
Dyssenterie	20
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	37
Hernie étranglée	13
Rétention d'urine	11
Paraphymosis	2
Imperforation rectale	1
D	
Métro-péritonite	23
Métrorrhagie	30
Fausse couche	29
Accouchement	54
E	
Convulsions	46
Alcoolisme. Delirium tremens	10
Névralgies	48
Névroses	41
Epilepsie	11
Aliénation mentale	11
F	
Rhumatisme artículaire aigu	10
Affections éruptives	19
Fièvre intermitt.	2
Fièvre typhoïde	13
Hémorrhagies	55
G	
Brûlure	5
Plaies. Contusions	54
Fractures. Luxations	11
Empoisonnement	19
Suicide	9
Asphyxie	1
H	
Mort à l'arrivée du médecin	22
	1022

La moyenne des visites par nuit a été de 11.
Les hommes entrent dans la proportion de 34 0/0.
Les femmes — — de 52 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans pour 14 0/0.

Assistance publique : Legs.

Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, est autorisé : 1° à accepter le legs universel fait à cette administration par le sieur Jean-Jules Marcelis, à la charge de créer à l'hospice Brézin, établi à Garches (Seine-et-Oise), un nombre de lits proportionnel aux revenus restant libres sur la succession. — 2° A aliéner aux enchères publiques, deux immeubles provenant de la succession du même testateur, situés, l'un rue Compans, 54, et l'autre quai de Javel, 27, à Paris. Les sommes à provenir de cette vente seront placées en rentes sur l'Etat. (Décret du 8 août 1878).

Les étudiantes en médecine.

Nous empruntons la lettre suivante à la *Gazette des hôpitaux* :

Paris, 1er octobre 1878.

A Monsieur le Directeur général de l'Assistance publique.

Monsieur le directeur général,

Les étudiants en médecine soussignés sollicitent de votre bienveillance l'abolition d'une mesure qui frappe injustement une partie d'entre-eux ; ils vous prient d'admettre au concours de l'externat les *étudiantes* en médecine, aspirant comme eux au doctorat, subissant les mêmes examens et devant par conséquent puiser leur instruction aux mêmes sources.

Confiants dans votre esprit de justice, ils vous donnent, Monsieur le Directeur général, l'assurance de leur profond respect.

Signé : Eug. A. Poncy, Bagnol, Lejard, Clado, Guimaraes, Delecluse,

© BIU Santé

Roux, Guenot, Gué, Sillaux, Liébaut, Colovitch, Demay, Vassitch, Genet, Durieux.

Médecins militaires

Liste des candidats admis à l'emploi d'élèves du service de santé militaire. (Décision ministérielle du 9 octobre 1878). — Médecine. — *Elèves de 1re année (sans inscriptions)* : 1 David (Henri-Philippe-Jean-Baptiste). — 2 Lassègue (Jean-Antoine-Joseph-Charles-Louis). — 3 Montignault (Paul-Charles-Joseph). — 4 Ferraton (Louis-Marius). — 5 Artigues (Auguste-Joseph-René). — 6 Jacquemin (Emile-Jules-André). — 7 Pellier (Joseph-Louis-Henri). — 8 Collinet (François-Marie-Lucien). — 9 Chanzeix (Léonard-Antoine). — 10 Morin (Marie-Laurent-Marcellin). — 11 Prost-Maréchal (Camille-François-Joseph). — 12 Mugniez-Motta (Gustave-Frédéric-Albert).

Elèves de 2e année (4 inscriptions) : 1 Segrestan (Jean-Guillaume-Victor). — 2 Cornille (Irénée-François). — 3 Delorme (Yvien-Raphaël-Léo). — 4 Marcelin (Marie-Auguste-Joseph-Etienne). — 5 Boussavit (Louis-Léon-Alexandre). — 6 Mosiman (Marie-Auguste-Lucien). — 7 Landouzy (Georges-Paul). — 8 Bonamy (Paul-Jules). — 9 Cot (Siméon-Arthur. — 10 Baratte (Marie-Jean-Emile). — 11 Meunier (Georges-Henri). — 12 Rostan (Jean-Joseph-Marie-Charles).

Elèves de 3e année (8 inscriptions) : 1 Baur (François-Xavier-Victor). — 2 Roussy (Baptiste). — 3 Lejeune (Louis-Marie). — 4 Claude (Eugène-Raphaël). — 5 Chuffart (Ernest-Alexis-Grégoire) — 6 Florain (Léonce). — 7 Salebert (Philippe-Albert). — 8 Basin (François). — 9 Ferrand (Marc-Gaston). — 10 Galibern (Abdon-Jacques-Joseph). — 11 Boppe (Marie-Louis-Adrien). — 12 Hugard (Edme-Ernest-Arthur).

Elèves de 4e année (12 inscriptions) : 1 Lagrange (Pierre). — 2 Frilet (Louis-Adrien-Charles). — 3 Didier (Eugène-Nicolas). — 4 Gringoire (Malo-Charles) 5 Sanglé-Ferrière (Armand-Charles). — 6 Jaubert (Louis-Jean-Marie). — 7 Rozemond-Malbo (Henri). — 8 Rivaud (Philippe-Auguste-Léon). — 9 Duhaut (Nicolas-Henri). — 10 Blanc (Gabriel-Paul-Joseph). — 11 Uffoltz (Gaëtan-Charles-Paul). — 12 Augiéras (Guillaume-Léonide).

Pharmacie. — *Elèves de 1re année (sans inscriptions)* : 1 Paleau (Joseph-Emile-Gabriel). — 2 Brœmer (Louis-Ernest). — 3 Ricard (François-Jean-Marie. — 4 Rougnon (Etienne-Félix-Henri).

Elèves de 2 année (4 inscriptions) : 1 Cordier (Gustave-Adolphe-Marie-Joseph). — 2 Kopp (Auguste-Victor-Emile). — 3 Carabin (Charles-Joseph-Antoine-César). — 4 Riser (Albert-Louis-Aimé).

Elève de 3e année (8 inscriptions) : Jeanson (Pierre).

Bibliothèques pour les malades dans les hôpitaux.

Nous avons souvent signalé l'utilité des bibliothèques pour les malades des hôpitaux ; nous avons fait appel aux hommes de bonne volonté pour entreprendre cette œuvre de progrès, de plus, nous avons fait voter par le Conseil général (février 1878) une subvention de 1,000 fr. pour chacune des bibliothèques des asiles d'aliénés du département de la Seine (Bicêtre, La Salpêtrière, Sainte-Anne, Vaucluse et Ville-Evrard). Comme exemple, nous avons toujours cité un de nos collègues de l'internat, E. Godard. Nous croyons devoir rappeler l'histoire des fondations de ce médecin si distingué et si dévoué :

En 1862, le docteur Ernest Godard, ancien interne des hôpitaux de Paris, mourait à Jaffa, victime de son dévouement pour la science. Dans ses dispositions testamentaires, il chargeait son ami, M. le docteur Passant, de créer dans trois hôpitaux de Paris, des bibliothèques à l'usage des malades. Le vœu d'Ernest Godard a été si bien rempli par son exécuteur testamentaire, et cette fondation répond à un besoin si réel, que MM. Adolphe et Camille Godard, de Bordeaux, pour honorer la mémoire de leur frère, faisant un nouvel appel au dévouement et à l'amitié de M. Passant, viennent de lui confier le soin d'édifier, dans le nouvel Hôtel-Dieu de Paris, une bibliothèque semblable à celles de la Charité, de Necker et du Midi. Une rente suffisante pour l'entretien de la nouvelle bibliothèque a été déposée entre les mains du directeur de l'Assistance publique.

Instruction populaire à New-York.

A New-York, le rapport de l'inspecteur général des écoles publiques, lu au dernier meeting du « Board of education » (bureau d'éducation) donne les renseignements suivants sur l'instruction populaire dans les écoles municipales de la ville.

A la clôture de l'année scolaire, en juillet dernier, le nombre des élèves fréquentant ces écoles était de 90,945. Au commencement de la présente année scolaire, qui a été inaugurée le 2 septembre dernier, on en comptait 102,749. Là aussi, on est obligé de refuser des écoliers faute de place : le nombre de ceux qui ont été cette année l'objet de cette mesure est de 2,380.

Dans les écoles du soir, l'enseignement est donné par 250 instituteurs dont la plupart sont déjà employés le jour. Aussi l'un des commissaires a-t-il fait observer que la besogne dont ils étaient chargés pendant le jour les rendait incapables de faire encore des classes du soir. Le budget du département de l'éducation en cette ville est, pour l'année courante, de 1,500,743 dollars (7,503,715 fr. 00). (*Journal officiel*).

24. Empoisonnement par le cyanure de potassium.

A Prague, le dr Auguste Fisher ayant cru trouver le moyen de paralyser les effets vénéneux du cyanure de potassium avec le chlorhydrate d'ammoniaque, voulut en faire l'essai sur lui-même. Il vient de s'empoisonner, et a succombé en peu de minutes à d'atroces douleurs. Il est l'auteur d'un livre intitulé : Le moyen de rendre le cyanure de potassium inoffensif. (*Lyon médical*).

25. Effets hypnotiques du camphre.

Witich a, chez les aliénés, eu maintes fois recours à l'administration du camphre pour venir à bout de l'insomnie qui accompagne certaines formes de manie, de folie hystérique, d'hypochondrie. Il trouve qu'en pareille circonstance le camphre agit beaucoup mieux que le chloral, la morphine, le bromure de potassium. Il l'administre, nous dit la *Gazette médicale de la province de Venise*, par la méthode des injections hypodermiques ; il le dissout dans l'huile d'olive, et la dose qu'il conseille pour une injection est de 7 à 8 centigrammes ; on obtient des effets plus sûrs avec une petite dose qu'avec une plus forte. La sédation est en général très-rapide et le sommeil ainsi provoqué dure quelques heures. On répète l'injection dès que l'agitation reparaît. — (*Courrier médical*).

26. Onguent d'acide borique.

Cet onguent est employé en Amérique comme topique contre les brûlures. M. Godlec en a donné la formule suivante :

Acide borique en poudre fine.....	1 partie.
Cire blanche.....	1 —
Paraffine.....	2 —
Huile d'amandes douces.....	2 —

On fait fondre ensemble, à une douce chaleur, la cire, la paraffine et l'huile ; ensuite on ajoute l'acide en remuant continuellement jusqu'à ce que la masse offre une consistance uniforme. Avant de s'en servir, on doit le réduire en une masse onctueuse, en le triturant dans un mortier froid (*Annales de la Société médico-chirurg. de Liège*).

Enseignement libre.

Maladies des yeux. — Le dr Ch. Abadie commencera ses leçons de clinique ophthalmologique le mardi 22 octobre à 2 heures et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Péan reprendra ses leçons de clinique chirurgicale et les opérations le samedi 19 octobre, à neuf heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 17 octobre 1878, on a déclaré 818 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 31 ; rougeole, 3 ; scarlatine, » ; variole, 5 ; croup, 8 ; angine couenneuse, 14 ; bronchite, 26 ; pneumonie, 37 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 7 ; choléra nostras » ; dysenterie, 6 ; affections puerpérales, 5 ; érysipèle, 2 ; autres affections aiguës 203 ; affections chroniques, 405, dont 162 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 43 ; causes accidentelles, 23. — Les 818 décès ci-dessus donnent une proportion de 21,4 par 1,000 habitants et pour l'année.

Hopitaux de Paris. — *Concours de l'internat* : La composition écrite a eu lieu mercredi 9 octobre sur le sujet suivant : Structure du rein ; diagnostic et valeur séméiologique de l'albuminurie. — Les deux autres questions placées dans l'urne étaient : Testicule, symptômes et diagnostic des différentes formes d'orchite ; ventricules latéraux ; symptômes et diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale.

Concours de l'externat : Le concours a commencé le mardi 8 octobre. Questions posées : Artère humérale ; — diaphragme ; — signes et diagnostic de la rougeole ; — signes et diagnostic de la pneumonie.

Concours *pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris, sera ouvert le lundi 18 novembre 1878, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, n° 47. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'administration, depuis le mercredi 16 octobre jusqu'au jeudi 31 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Robin est autorisé à se faire suppléer pendant l'année 1878-1879 par M. Mathias Duval, agrégé. — M. Descout est nommé préparateur des conférences de médecine légale faites à la Morgue.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Bitot, professeur d'anatomie, à l'école préparatoire, est chargé du cours annexe des maladies des enfants.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Cauquil est institué aide d'anatomie. — M. Grimaldi est chargé provisoirement, et pendant la durée l'année de scolaire 1888-1879, des fonctions de prosecteur.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. Cadène est nommé prosecteur.

Un hopital pour les vieux chevaux. — Un riche Américain, décédé dans ces derniers temps, a, par son testament, laissé la somme de un million destinée à la construction et à l'entretien d'un hôpital pour les chevaux. — Les propres chevaux de cet Américain devront être les premiers pensionnaires de l'hôpital. Dans celui-ci seront admis en outre les chevaux malades et les

© BIU Santé

vieux chevaux ayant fourni un bon service pendant de longues années. — Cet Américain, de son vivant, était grand amateur de beaux chevaux, c'est ce qui lui a donné cette idée originale. (*La Nature*).

Nécrologie. — Parmi les décès qu'enregistrent chaque jour les feuilles de la Nouvelle-Orléans, il en est un que nous devons relever : c'est celui du docteur Herndorn. Pendant le siége de Paris, le docteur Herndorn avait transformé à ses frais son hôtel de la rue de Courcelles en une ambulance disposée pour recevoir dix blessés. Il retourna l'an dernier à la Nouvelle-Orléans pour s'y marier et s'y fixer. Un matin, il se sentit indisposé ; mais, comme ses malades l'attendaient, il ne voulut pas prendre le moindre soin. Comme un véritable soldat qui meurt sur le champ de bataille, le docteur Herndorn est mort au chevet d'un de ses malades. (*L'Union médicale*).

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

H. Picard. — Traité des maladies de la vessie et de l'affection calculeuse, volume in-8 de 634 pages, orné de 187 planches. Paris, 1879. — Prix : 8 fr.

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

A. Pinard. — Traité du Palper abdominal au point de vue obstétrical, volume in-8 de 266 pages avec 27 figures. Paris, 1878.

Librairie WILLIAM WOOD et Cᵉ 27, Great Jones street.

Georgius J. Engelmann. — Battey's operation. Three fatal cases, with some remarks upon the indications for the operation, volume in-8 de 35 pages. New-York, 1878.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre pur.
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez Clin & Cie, 14, rue Racine, Paris.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enve- « loppe mince de Gluten, constituent le moyen le « plus parfait pour administrer certains médica- « ments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence de Santal**, associée au Copahu « et à d'autres balsamiques, possède une effica- « cité incontestable et est employée avec succès « dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite « du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections « des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digé- « rées très-rapidement, même par les estomacs les « plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

Nota. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

Gros : chez Clin et Cie, 14, rue Racine, Paris. — Détail : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules au *Bromure de Camphre* du Dr Clin.**

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. 1 vol. in-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Iconographie Photographique de la Salpêtrière, par Bourneville et Regnard, paraissant tous les mois par livraison de 8 ou 16 pages de texte et 4 photographies. — 12 livraisons sont en vente et forment le premier volume. — Prix : 3 fr. la livraison ; 32 fr. le volume complet. — Pour *les abonnés du Progrès médical*, 2 fr. la livraison ; le volume 20 fr. — La 7e et la 8e livraisons du 2e volume viennent de paraître.

Sirop gastrothenique anti-nerveux, d'écorces d'oranges amères au vin de Madère, de Blottière, pharm., rue de Sèvres, 56. Employé avec succès contre les *gastrites, gastralgies, coliques d'estomac et d'intestin, constipations, affections du cœur, hypochondrie, hystérie, scrofules, lymphatismes.* 5 fr.

Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux, par H. Duret, un volume in-8 de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878, premier volume, prix 15 fr. ; pour les abonnés du *Progrès médical*, 10 fr.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles. Imp. Cerf et fils, 59, rue Duplessis.

Vacance médicale. — La commune de Betz (Oise) demande un médecin ; subvention : 1000 fr. ; Betz, chef-lieu de canton, se trouve entouré de communes formant une population de 4,000 habitants, qui n'ont pas de médecin. Pour tous renseignements s'adresser à M. le maire de Betz.

A céder bonne clientèle médicale, très-jolie petite ville, à 2 h. 1/2 de Paris (gare) ; conditions avantageuses. S'adresser chez M. Dubus, professeur, cité de la Mairie, 2, Montmartre-Paris

On demande de suite un docteur en médecine pour un poste vacant dans l'Eure. Ecrire ou s'adresser de 10 heures à midi, à M. Charles, 150, rue Mouffetard, Paris.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

Marque (**P. E. K.**) de Fabrique

BIÈRE DE GOUDRON

Brevetée S. G. D. G.

Dépôt central à l'Etablissement du Kouhys-Edward, 14, rue de Provence, Paris.

INSTITUTION DES BÉGUES DE PARIS

90, Avenue d'Eylau. — Directeur : M. CHERVIN, officier d'Académie.

Fondée en 1867, avec le concours de M. le Ministre de l'Instruction publique, et subventionnée par la ville de Paris. — Succursales à Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Lille, subventionnées par les Conseils généraux et municipaux. — L'Académie de Médecine, consultée par M. le Préfet de la Seine sur l'efficacité de la méthode Chervin pour le traitement du bégaiement, a adopté à l'unanimité les conclusions suivantes : 1° au point de vue scientifique, la méthode Chervin est rationnelle ; — 2° elle produit des résultats très-remarquables et peut rendre des services signalés ; — 3° un de ces avantages importants, est la promptitude des résultats (en 20 jours) qui paraissent se maintenir, comme la Commission l'a constaté sur un certain nombre de sujets ; — 4° il y a lieu de l'encourager dans le bien qu'elle est appelée à accomplir. — Enseignement spécial pour les vices de prononciation autres que le bégaiement, tels que la blésité, le zézaiement, etc., ainsi que pour les personnes opérées d'une division du palais, ou pourvues d'un appareil prothétique.

Un nouveau cours commencera le 1 novembre.

Grande médaille et diplôme très-élogieux à Philadelphie
Médaille d'argent à Bruxelles 1876

PAPIER RIGOLLOT

ou

MOUTARDE EN FEUILLES POUR SINAPISMES

Primés et récompensés aux Expositions

Plume d'honneur à l'Exposition de 1875

Adopté par les hôpitaux de Paris, les Ambulances et les hôpitaux militaires, par la Marine française et par la Marine royale anglaise, etc.

Le seul dont l'entrée de l'Empire soit autorisée par le Conseil de santé de Russie

POUDRE RIGOLLOT

LE MEILLEUR SINAPISME

POUR LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

APPROUVÉ PAR LES ÉCOLES VÉTÉRINAIRES DE FRANCE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE, ITALIE

Adoptée par le Ministre de la Guerre pour le service de la cavalerie française

Exiger la signature ci-contre sur les bandes qui ferment les boîtes. *S. Rigollot*

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 43 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 26 OCTOBRE 1878.

Le Progrès Médical

DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — H. HILLAIRET.

De la sclérodermie (1);

Leçon recueillie par BÉRINGIER, interne.

Messieurs,

Je vous entretiendrai aujourd'hui de la sclérodermie, affection encore mal connue surtout au point de vue anatomique et pathogénique. Je compte insister sur une de ses formes : la sclérodermie dactylée ou sclérodactylie. L'observation que je vais vous présenter vous montrera dès l'abord les principaux symptômes et la marche de la maladie.

La femme L., âgée de 44 ans, est entrée dans notre service le 8 janvier dernier. Elle exerce la profession de chapelière. Voici les renseignements que nous avons pu recueillir sur ses antécédents. En 1869, elle vint à l'hôpital Saint-Louis, où M. Bazin la soigna pour divers accidents syphilitiques. Elle se souvient qu'alors elle eut des plaques muqueuses à la vulve, des maux de gorge et une éruption sur toute la surface du corps. Peu de temps après elle fut admise à Lourcine pour une syphilide squameuse. Elle sortit de cet hôpital complétement guérie et resta en bonne santé jusqu'au mois de novembre ; mais elle se livrait depuis quelques années à la boisson.

Environ deux mois avant d'entrer à la salle Henri IV elle éprouva un peu d'engourdissement du médius de la main gauche; quelques jours après, l'extrémité de ce doigt se refroidit, devint blanc. Il semblait, dit la malade, qu'il fût mort. L'index gauche fut bientôt envahi à son tour. La troisième phalange présenta la première un changement de coloration qui s'étendit ensuite aux deux autres. Le 8 janvier nous pûmes constater que tous les doigts de la main gauche, à l'exception du cinquième, étaient atteints. Leur coloration normale avait fait place à une teinte asphyxique très-marquée ; la peau des troisièmes et secondes phalanges était dure, ratatinée, les doigts paraissaient amaigris et effilés. Sur les premières phalanges les téguments conservaient encore une certaine souplesse, mais leur couleur violacée témoignait que la maladie s'était étendue jusqu'au niveau des espaces interdigitaux. Les mouvements de flexion des phalanges les unes sur les autres étaient presque nuls ; seuls les mouvements des articulations métacarpo-phalangiennes restaient intacts. Çà et là on apercevait à la surface de la peau des points blancs, ayant les dimensions d'une petite lentille, formant une légère saillie : l'épiderme était soulevé et s'exfoliait, laissant le derme à nu.

En outre la malade se plaignait de douleurs lancinantes atroces, s'irradiant vers les doigts, revenant à chaque instant et empêchant le sommeil. Le moindre toucher augmentait les douleurs, et la crainte que la malade manifestait lorsqu'on s'approchait d'elle témoignait assez des souffrances qu'elle éprouvait alors. La température des parties atteintes n'était pas notablement abaissée.

15 *janvier*. Toute la face palmaire des doigts à l'exception du cinquième est en partie dépouillée de son épiderme ; au niveau des points qui ont été les premiers atteints on voit le derme parsemé de petites taches violacées. Dans les espaces interdigitaux existent des fissures peu profondes qui rendent l'écartement des doigts très-douloureux. Le tiers inférieur de la paume de la main offre une teinte livide, bleuâtre qui tranche sur la coloration normale des parties voisines. Les douleurs sont plus violentes ; l'exposition des parties malades à l'air froid est pénible.

25 *janvier*. Depuis quelques jours la malade se plaint de douleurs lancinantes dans tout le membre supérieur gauche, se prolongeant jusque dans l'aisselle ; elles paraissent plus violentes la nuit. Ni douleur à la pression, ni tuméfaction le long des vaisseaux et des nerfs du bras.

27 *janvier*. Une traînée de lymphangite occupe l'avant-bras et le bras, se prolonge jusqu'à l'aisselle et l'on sent quelques ganglions engorgés. Un peu de malaise et d'accélération du pouls.

Jusqu'à ce jour la malade avait été exclusivement traitée par les cataplasmes, aucun traitement interne n'avait été institué. Le 27 janvier elle fut soumise à l'iodure de potassium à la dose de quatre grammes par jour ; elle continua cette médication jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

5 *février*. L'état des doigts et de la main s'est sensiblement modifié, le cinquième doigt commence à être envahi au niveau de sa troisième phalange ; les quatre autres sont presque totalement dépourvus d'épiderme ; le derme, mis à nu, est parsemé de moucheture d'un rouge sombre. Sur la face dorsale de la main la peau offre les mêmes lésions que celles qui ont été notées au début de la maladie sur les doigts ; semis de points blancs dus au soulèvement de l'épiderme, teinte pâle bleuâtre des téguments. Cette altération n'occupe que le tiers inférieur de cette face. Sur la moitié inférieure de la paume de la main l'épiderme est soulevé en certains points, dans d'autres il manque complétement. Les douleurs persistent, la sensibilité au froid est telle que la malade est obligée d'entourer constamment sa main de linges chauds ; d'ailleurs au toucher la main gauche est plus froide que la droite. Les mouvements des doigts sont toujours difficiles, les dernières phalanges sont dans une extension complète tandis que les premières sont dans la demi-flexion; si on cherche à exagérer cette flexion on détermine de grandes souffrances. D'ailleurs il suffit de la plus légère pression pour provoquer ces dernières. Au-dessous du sein gauche existe un point douloureux, dont la malade se plaint pour la première fois aujourd'hui, mais qui la fait souffrir, dit-elle, depuis le début de son entrée à l'hôpital ; elle nous affirme n'avoir jamais reçu de coup ni sur la poitrine, ni sur la main.

La lymphangite a presque complétement disparu.

20 *février*. L'état de cette femme s'est amélioré, sous l'influence du traitement général, de frictions mercurielles et de bains locaux souvent répétés, les lésions de la main semblent s'être arrêtées ; après la chute complète de l'épiderme qui a fini par se détacher sous forme de larges lamelles un épiderme nouveau, encore mince, s'est formé. Les téguments conservent néanmoins une coloration plus rouge que la peau saine. Bien qu'elles soient encore assez vives les douleurs ont diminué d'intensité ; on peut maintenant toucher les doigts sans réveiller la souffrance ; les mouvements restent encore très-limités, l'extension des dernières phalanges, et la demi-flexion des premières rendent la main presque complétement impotente. De temps à autre quelques élancements douloureux parcourent encore le bras et l'avant-bras.

6 *mars*. Toutes les parties qui ont été atteintes ont encore une coloration plus foncée, de telle sorte qu'on peut reconnaître à première vue les limites exactes du mal. La sensibilité y est toujours, bien qu'à un moindre degré, exagérée les mouvements des doigts sont presque nuls ; en outre ceux-ci paraissent atrophiés. La peau conserve la dureté que nous avons notée au début. Toute la partie inférieure de la main, les éminences thénar et hypothénar sont également très-amaigries. L'extrémité digitale des quatre derniers doigts paraît momifiée, elle est le siége d'une incessante exfoliation de l'épiderme.

14 *mars*. Aucune modification dans l'état de la main ; entre l'index et le médius gauche on trouve une petite ulcération peu profonde.

25 *mars*. Les douleurs le long du bras ont disparu et la sensibilité au froid et au toucher est moins accusée au niveau des doigts. La peau a repris sa coloration naturelle, elle paraît plus souple, l'exfoliation des extrémités digitales a cessé.

13 *avril*. L'amaigrissement de la main est toujours le même, les douleurs ont complétement disparu, le pouce peut-être légèrement fléchi dans la paume de la main, les mouvements des autres doigts restent toujours presque nuls.

Pendant le mois de mai la guérison se compléta, les premières phalanges finirent par exécuter des mouvements de flexion et d'extension assez étendus, mais les deuxièmes et troisièmes phalanges des quatre derniers doigts restèrent dans l'extension.

La malade pouvait être considérée comme guérie ; néanmoins je crus devoir la garder encore quelque temps pour chercher par divers moyens à rétablir les mouvements des doigts, et en même temps pour faire suivre exactement le traitement interne. Cette femme présentait en effet encore quelques phénomènes dont je vais vous parler et que j'espérais faire disparaître. Malheureusement mon attente a été trompée ; et voici dans quel état notre malade nous quitte aujourd'hui. Elle peut se servir de sa main sans douleur. Elle peut même l'utiliser dans ses travaux de couture; mais elle est gênée : elle éprouve des fourmillements, des engourdissements dans les doigts ; la main est constamment froide, elle ne garde sa chaleur qu'à la condition d'être enveloppée de laine ; les mouvements des doigts sont très-limités ; les premières phalanges peuvent se fléchir et s'étendre, mais jamais complétement. Les autres restent dans l'extension malgré tous les efforts que nous avons faits pour rétablir les mouvements.

Comme je vous l'ai dit au début de cette conférence, la sclérodermie est encore mal connue. Son histoire d'ailleurs ne remonte qu'à l'année 1845. Thirial publia alors la première observation de cette maladie. Il crut devoir la rapprocher du sclérème des nouveau-nés. Deux ans après,

(1) Voir les nos 40 et 41.

© BIU Santé

Grisolle en fit connaître un second cas, qui parut sous le nom de chorionitis. Forget (de Strasbourg), Ravel, Gintrac, Bouchut, plus tard Villemin, Panas et Raynaud, Auspitz, Fœrster, Ball, Charcot et Vulpian ajoutèrent de nouveaux faits qui servirent en partie de base à de nombreux travaux. En 1854 parut la thèse de Gillette; en 1861, M. Lasègue réunissait un certain nombre d'observations dans les archives de médecine. Quelques années plus tard, Horteloup publiait une thèse remarquable dans laquelle vous trouverez rapporté le fait de Mérault d'Angers, annoté par M. Verneuil.

Je vous signalerai également les thèses de Thore, de Lagrange, de Collier; ce dernier auteur a relaté, dans son travail, une observation de sclérodermie recueillie dans mon service.

La difficulté de définir exactement l'affection dont nous nous occupons lui a fait donner diverses dénominations; elle fut d'abord connue sous le nom de chorionitis, puis on y substitua celui de sclérème des adultes; on s'accorde généralement aujourd'hui à préférer le terme de sclérodermie qui a l'avantage de ne laisser rien présumer de la nature de la maladie et d'indiquer simplement qu'il s'agit d'une induration de la peau avec ou sans altération de sa couleur, sans hypertrophie du derme, avec induration ou compression du tissu cellulaire sous-cutané.

La sclérodermie se présente sous des aspects très-divers: tantôt elle envahit toute la surface du corps, embrassant le tronc, la tête, les membres dans une sorte de cuirasse dure et résistante. D'autres fois elle n'occupe que certains points et paraît disséminée en plaques: enfin, dans d'autres cas, elle n'atteint que les extrémités. Nous décrirons donc: 1° la *sclérodermie généralisée*; 2° la *sclérodermie en plaques* ou *limitée* et 3° la *sclérodermie dactylée* ou *sclérodactylie*. M. Hardy a fait connaître sous le nom de *sclérodermie œdémateuse* une variété encore mal caractérisée qui s'accompagnerait non pas d'induration, mais d'un certain état pâteux, mollasse de la peau.

Assez souvent, la peau conserve sa coloration normale ou bien elle pâlit, devient d'un blanc mat; cependant, on peut rencontrer une teinte brune des téguments assez prononcée pour qu'on ait pu décrire une *sclérodermie brune*. Cette coloration, plus ou moins foncée, est le plus souvent disséminée, en sorte que la peau paraît mouchetée, tachetée.

Quelle que soit la forme que doive revêtir plus tard la sclérodermie, son début est, en général, obscur. Les malades commencent par se plaindre d'une induration plus ou moins étendue de la peau. Tantôt ce sont des plaques de dimensions variables qui çà et là présentent une dureté ligneuse, tantôt, au contraire, c'est tout un segment de membres qui est, dès le début, envahi. Quoi qu'il en soit, cette induration s'accompagne de décoloration des téguments. En même temps qu'ils donnent au toucher la sensation du parchemin, ils pâlissent et semblent se rétracter, s'appliquer sur les parties profondes, sur les os. Si on appuie fortement avec le doigt au niveau des points malades, on ne constate pas d'œdème. Fœrster a cependant signalé l'existence de ce dernier dans la sclérodermie, mais il est exceptionnel de rencontrer l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, et encore lorsqu'elle existe, ne siége-t-elle pas au niveau des parties malades, mais dans les régions environnantes ou aux extrémités des membres.

Cette altération profonde dans l'état de la peau amène des phénomènes divers suivant les régions qu'elle envahit. Elle donne à la face un aspect tout particulier: les traits deviennent immobiles; les paupières ne peuvent ni s'élever ni se fermer complétement; les narines ne se dilatent plus; la bouche s'ouvre péniblement; le visage perd toute expression: il semble que le malade ait une tête de bois. Si l'affection s'étend, le cou, le thorax, les membres supérieurs et inférieurs ne tardent pas à être pris, et à présenter cet aspect spécial, ce resserrement, cette immobilité des téguments que je vous signalais tout à l'heure. Or, si la maladie a une marche ainsi envahissante, vous pressentez quelles en seront les conséquences.

Les membres ne pourront plus se mouvoir librement; la rigidité du tronc compromettra l'existence du patient. Enfermé dans une cuirasse inextensible, il ne pourra dilater la poitrine: les mouvements respiratoires seront gênés et le malade soumis à une dyspnée plus ou moins grande. Dans certains cas néanmoins, cette gêne n'existe que dans les grandes inspirations.

Au début, la peau est lisse, luisante et donne au toucher la dureté du marbre, mais ses fonctions, sa sensibilité et sa température sont conservées. Plus tard, elle devient glabre, les follicules pileux s'atrophient et les poils tombent, la sécrétion sébacée et celle des glandes sudoripares disparaissent, les glandes s'atrophient. En outre, parfois dès le début, mais le plus souvent dans le cours de la maladie, la peau peut se recouvrir de taches rouges ou bistres qui ont été signalées pour la première fois par Putegnat. Ces taches se développent d'abord au niveau des plis articulaires, puis elles s'étendent et occupent de larges surfaces.

Jusqu'ici, je ne vous ai guère entretenus que de la sclérodermie généralisée. Elle débute par le cou, par la poitrine ou par la face.

Dans la sclérodermie en plaques, on voit d'abord la peau présenter çà et là une sorte de gonflement mal déterminé qui disparaît bientôt pour faire place à un véritable affaissement de la peau; bientôt une auréole rouge entoure les plaques qui conservent d'ailleurs leur sensibilité normale. Addison remarquant la grande ressemblance des points sclérosés avec certaines kéloïdes, considère les plaques de la sclérodermie comme une variété de kéloïdes spontanées.

Au lieu de se disposer en plaques, le sclérème peut revêtir l'aspect de lignes plus ou moins sinueuses. Celles-ci ressemblent beaucoup aux vergetures que l'on rencontre sur les parois abdominales des femmes qui ont eu plusieurs enfants. Ces lignes se distinguent des parties environnantes par leur coloration d'un blanc mat.

La sclérodermie dactylée ou sclérodactylie a des caractères qui lui sont propres. Elle débute par des engourdissements, des refroidissements des extrémités. Bientôt apparaissent des douleurs violentes, s'irradiant dans tous les doigts ou les orteils, s'accompagnant de cuisson. Ces douleurs peuvent être assez vives pour empêcher le sommeil. Lorsqu'on touche, même légèrement, les parties qui vont être atteintes ou commencent à l'être, la douleur se réveille avec un caractère tellement aigu que le malade cherche à éviter tout contact. En outre, le plus souvent la sensibilité au froid est très-exagérée. La peau ne tarde pas à présenter des altérations profondes: elle prend une coloration pâle, bleuâtre, asphyxique; elle devient dure, résistante, se ratatine et semble appliquée directement sur les os; en sorte que l'on est frappé de la maigreur extrême des pieds ou des mains. Les éminences thénar et hypothénar diminuent de volume et semblent comprimées par la peau rétrécie; le squelette de la main se dessine et celle-ci paraît momifiée. Ce n'est pas tout: l'épiderme se soulève par points multiples, s'exfolie et laisse à nu le derme; lorsqu'une nouvelle couche épidermique s'est formée, les parties conservent, pendant longtemps encore, une coloration rouge, plus foncée que celles des parties saines. Bientôt les ongles s'atrophient et tombent en se cassant, leur matrice est altérée. L'extrémité des doigts peut se détacher par suite d'une véritable gangrène, et celle-ci atteint d'abord, dans le plus grand nombre des cas, le petit doigt et l'index. La troisième phalange se soude à la seconde soit en ligne droite, soit en béquille. Les mouvements des autres phalanges sont également compromis par suite d'une ankylose plus ou moins complète.

La sclérodactylie est probablement plus fréquente à la main qu'au pied; cependant, j'ai vu l'année dernière, au pavillon Gabrielle, un Espagnol qui a eu tous les orteils des deux pieds atteints de sclérème. On pratiqua chez lui l'amputation des parties malades, mais cette opération n'eut aucun résultat satisfaisant: la cicatrisation se fit lentement,

© BIU Santé

et à peine était-elle terminée que les orteils voisins furent à leur tour atteints. D'ailleurs, les observations de sclérodactylie sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse établir, avec certitude, que cette affection occupe plus souvent la main que le pied.

J'ai terminé la description des symptômes de la sclérodermie généralisée, en plaques, ou limitée aux extrémités. Il me reste à ajouter que souvent les lésions sont symétriques : si une jambe est atteinte, l'autre ne tarde guère à l'être à son tour ; si la main est prise, craignez toujours de voir l'autre devenir le siége des mêmes altérations.

Il est tout à fait exceptionnel de voir la sclérodermie s'accompagner de symptômes généraux ; c'est une affection apyrétique ; le pouls ne s'élève et l'économie ne semble atteinte qu'à une période avancée de la maladie, à moins que différentes complications, dont je vous parlerai tout à l'heure, ne viennent en modifier la marche.

Le sclérème des adultes a, en général, une longue durée ; il présente dans son cours des périodes d'exacerbation, de véritables poussées successives ; à chaque poussée de nouvelles régions sont envahies ; en général, comme je vous l'ai dit, le début est insidieux.

La terminaison est dans presque tous les cas fatale. La mort arrive le plus souvent par suite d'une complication. Cependant, je vous montre aujourd'hui un cas qui s'est terminé par la guérison ; quelques autres, que je pourrais vous citer, me permettent de ne pas considérer cette affection comme incurable. (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Etude sur une variété d'érythème rencontrée dans le cours de la fièvre typhoïde (1) ;

Par MM. **RAYMOND**, médecin des hôpitaux, et **NÉLATON**, interne des hôpitaux.

Observation III. — P..... E..., âgé de 20 ans, entre le 16 août, salle Saint-François, n° 19.

Renseignements. — A son entrée, le malade est plongé dans un état de stupeur dont on le tire cependant lorsqu'on l'interroge, et il répond alors assez bien aux questions qu'on lui pose. Il nous apprend qu'il est fatigué depuis huit jours, qu'il a d'abord été pris d'un violent mal de tête, qu'il souffre de courbatures occupant les membres et les lombes, que depuis quelques jours, il est tourmenté par une diarrhée abondante.

État actuel. — Le malade ne peut se tenir debout, et dès qu'il se met sur son séant, il éprouve des éblouissements ; la nuit, il est tourmenté par des cauchemars ; il a du délire. Le jour même de son entrée, nous sommes frappés de cet état d'anéantissement général ; la parole est brève ; la température élevée ; 39°. La langue est sèche, petite, recouverte d'un enduit noir. Le ventre n'est pas douloureux à la pression. Sur toute la surface de l'abdomen, sur la poitrine, sur les bras, on observe de nombreuses taches rosées lenticulaires.

Le diagnostic n'est pas douteux ; nous sommes en présence d'un malade atteint de fièvre typhoïde. On ordonne *lotions* et *lavements froids*, diète.

Le soir même, le malade a du délire ; il s'agite beaucoup et l'on est obligé de garnir son lit de planches, afin d'éviter qu'il ne se jette par terre.

L'examen des urines, fait ce même jour, y fait reconnaître la présence d'une grande *quantité d'albumine*. Jusqu'au 23, qui est le quinzième jour de la maladie, les mêmes phénomènes persistent sans grande modification : la température, avec quelques oscillations, reste au-dessus de 39°, et le délire continue.

Le 23, à la visite du soir, on note l'apparition de papules occupant les avant-bras, les cuisses, les lèvres, le front. Ces papules sont disséminées et de grandeur inégale ; les unes petites, ne dépassent pas le volume d'une lentille ; d'autres plus larges, siégeant surtout aux cuisses, atteignent le diamètre d'une pièce de vingt sous. Elles sont d'une coloration rouge framboisée, et leur contour irrégulier tranche nettement sur le tégument sain, d'autant mieux que leurs bords sont plus foncés et comme circonscrits par un liséré rouge. Au centre de la papule, se voit un point noir. On dirait une piqûre d'insecte entourée d'un cercle rouge. Au milieu de cette éruption, existent toujours les taches rosées, dont les caractères ne se modifient pas.

L'état général est le même. Même température, même agitation ; la diarrhée est toujours abondante ; la langue est noire et sèche. Il y a de l'albumine dans les urines. Le pharynx ne présente pas de rougeur érythémateuse ; il a sa coloration normale.

Le lendemain matin, l'éruption est semblable à celle de la veille ; elle n'a fait aucun progrès. Le surlendemain, 17 août, nous n'en retrouvons plus traces. Pendant ce temps, à l'agitation a succédé un état de stupeur complet. Les membres sont agités de mouvements incessants ; le regard est hébété et fixe ; des escharres se produisent au sacrum et sur les trochanters. Cet état se prolonge jusqu'au 29 août, vingt-unième jour de la maladie.

Pendant ce temps, nous avons vu se produire une légère desquamation furfuracée, qui n'a été bien sensible que sur les membres supérieurs.

A partir du 29 août, le malade, bien que conservant toujours du délire, se sent mieux. Sa température oscille autour de 38°. Sa stupeur est moindre. La langue se dégage de son enduit. Le malade a faim et accuse, dans son délire, ses voisins de lui soustraire sa nourriture.

Dès lors, bien que plongé, jusqu'au 8 septembre, dans un état de subdelirium constant, notre homme va sensiblement mieux. La température tombe à 38°, puis à 37°,6 et se maintient à ce chiffre. Il mange, reprend sa raison. Néanmoins, il reste encore un peu d'albumine dans les urines. Le 14 septembre, le malade se lève, il est en pleine convalescence.

En comparant, entre elles, ces trois observations, on voit combien elles présentent d'analogie. Il importe pourtant de faire une réserve à propos de la première. Comme nous le disions en commençant, nous n'avons vu ce malade que convalescent, et à ce moment, il nous a paru être un scarlatineux en pleine desquamation. Il faut encore faire observer que la maladie a été bien courte, la défervescence de la température bien brusque, etc. En lisant l'observation qui nous a été communiquée, on peut se demander si l'on n'a pas été en présence d'une scarlatine, caractérisée au début par des phénomènes généraux graves et une éruption irrégulière ; ou bien s'il ne s'est pas agi tout simplement d'un de ces cas d'urticaire à phénomènes généraux très-accentués, comme l'a pensé tout d'abord M. Moutard-Martin. Il est vrai que la desquamation éloigne de cette idée.

Quelle que soit l'opinion que l'on se forme, relativement à la nature de l'affection éruptive dont cet homme a été atteint, il était intéressant, croyons-nous, de rapprocher son observation de celles des deux autres malades.

Donc, dans ces trois cas, on a observé une même éruption, accompagnée des mêmes phénomènes initiaux, se terminant de même par desquamation et, dans deux cas, très-nettement, l'éruption se montre au cours d'une fièvre typhoïde des mieux caractérisées.

Voilà qui nous semble suffisant pour permettre le rapprochement ; et sans vouloir rien établir par l'étude de si peu de faits, nous pouvons dire néanmoins que nous avons observé dans le cours de la fièvre typhoïde, un érythème papuleux, polymorphe, recouvrant la presque totalité de la peau, offrant de larges plaques comme érysipélateuses sur tous les points soumis à une pression ; ailleurs, se montrant sous forme de taches arrondies, irrégulières par leur volume, comme par leur configuration. Ces taches ont les bords surélevés, le contour nettement arrêté par un liséré rouge, et leur centre est marqué par un point plus foncé. L'éruption est précédée d'une élévation de la courbe thermique.

La coloration de l'éruption est franchement rouge-framboisé, au début ; elle pâlit peu à peu pour prendre une teinte cuivrée et se terminer par desquamation. La desquamation, furfuracée sur certains points, se fait par assez larges plaques sur d'autres.

(1) Voir le n° 42.

© BIU Santé

Quant à l'apparition de l'exanthème, elle a lieu à une période fort variable du cours de la fièvre typhoïde.

Dans notre première observation, c'est le cinquième jour, et dans les deux autres, c'est dans le cours du troisième septénaire qu'elle s'est montrée. On sait combien sont fréquentes les éruptions du premier septénaire de la fièvre typhoïde; les éruptions tardives, celles du troisième septénaire, par exemple, sont beaucoup plus rares; or, chez notre malade de l'observation II, l'éruption s'est produite au quinzième jour.

La durée de l'éruption n'est pas soumise à de moindres oscillations et la marche de l'affection typhoïde, pendant laquelle apparaît l'exanthème, est loin d'être toujours semblablement modifiée.

Dans l'observation III, nous n'avons qu'un simple érythème, peu persistant (deux jours), mais qui se rattache à l'éruption survenue chez le malade de l'observation II, par sa forme, son aspect spécial. Dans l'observation I, bien que l'exanthème soit généralisé et confluent, il ne semble en rien modifier la maladie, tandis que, dans la deuxième observation, il occupe tout un septénaire, pendant lequel il domine la scène symptomatique, et la desquamation est suivie d'une élévation nouvelle de la température, de météorisme, d'une légère recrudescence, en un mot, de tous les phénomènes typhoïdes.

Nous pouvons ajouter que cette éruption, qui n'imprime pas un cachet spécial à la marche de la fièvre typhoïde, semble avoir eu une influence heureuse sur sa terminaison.

Peut-être pourrait-on penser que, nous étant laissé trop influencer par l'aspect de l'éruption, nous avons vu dans le cas que nous venons de produire, une éruption spéciale, alors qu'il ne s'agissait en somme que d'un exanthème scarlatineux venant compliquer la fièvre typhoïde.

En effet, d'après les auteurs, la coexistence de la scarlatine et de la fièvre typhoïde n'est pas chose absolument rare. Dans la savante thèse de M. Bez, nous en avons trouvé sept exemples, et ce même auteur cite des observations des Dr Taupin, Billiet et Barthez, Guersant et Blache, Murchison, Reynauld, qui en font foi.

Sans vouloir faire une affirmation absolue, nous ferons remarquer que, d'après M. Bez, qui a fait une étude complète sur la contemporanéité des fièvres éruptives et de la fièvre typhoïde, l'apparition de la scarlatine dans le cours de la fièvre typhoïde s'accompagne de prodromes.

« Les prodromes scarlatineux, dit-il, ont duré de un à trois jours dans les faits où ils sont signalés.

« On a noté principalement une recrudescence fébrile, du mal de gorge, avec rougeur et tuméfaction des organes de l'isthme, et, détail assez frappant, la disparition subite de l'enduit lingual avec saillie des papilles de la muqueuse. Eichhorst a noté aussi la décoloration soudaine des taches rosées lenticulaires. » Plus loin il s'exprime ainsi :

« Les symptômes scarlatineux concomitants n'ont fait défaut dans aucun cas; les observateurs ont signalé l'amygdalite caractéristique, souvent exsudative; la langue framboisée, l'accélération subite, considérable du pouls; la chaleur âcre des téguments, l'agitation et le délire nocturne. »

Or, chez nos malades, rien de semblable n'a été noté. Absence de prodromes; point d'angine; une simple rougeur érythémateuse a été trouvée dans un seul cas; la langue était celle des typhiques et ne s'est point dépouillée comme on le signale habituellement en cas de scarlatine; enfin, la chaleur, bien que très-élevée, n'avait pas le caractère âcre; la peau paraissait même légèrement moite.

Les urines ont été examinées. Dans l'observation III de l'albumine a été trouvée en abondance, mais il importe de remarquer que l'albumine existait dès les premiers jours de la maladie, et, qu'au lieu d'augmenter après l'apparition de l'éruption, sa proportion avait diminué.

Enfin dans les deux premières observations, qui sont les plus importantes, à aucun moment, l'albumine n'a été signalée dans les urines.

Nous croyons donc pouvoir affirmer que nous n'avons pas eu affaire à une vraie éruption scarlatineuse. En raison : 1° de la forme de l'exanthème et de sa prédominance dans certaines régions insolites pour la scarlatine; 2° de l'absence de prodromes et des phénomènes scarlatineux concomitants, tels qu'angine, état de la langue, etc.; 3° du mode suivant lequel s'est effectuée la desquamation. Elle a été, sur le tronc, sur le bras, sur les jambes, pour ainsi dire limitée aux papules saillantes qui simulaient l'urticaire. Aux mains, il n'y a pas eu de très-grands lambeaux. On sait d'ailleurs combien ces phénomènes sont variables, contingents, même dans les vraies scarlatines.

Si la conclusion de ceux qui liront ces lignes n'est pas la nôtre, nous ne regretterons pas néanmoins d'avoir montré, que l'éruption scarlatineuse peut alors se voir dans le cours d'une fièvre typhoïde avec un aspect absolument différent de celui qu'elle revêt généralement.

Mais maintenant une autre question se pose. Bien des fois déjà des exanthèmes scarlatiniformes ont été signalés dans le cours de la fièvre typhoïde. Ne serait-ce pas un de ces derniers que nous aurions observé. Nombre d'auteurs parlent de ces faits, et Murchison, en particulier, insiste sur leur mode d'apparition comme ayant une grande importance au point de vue du diagnostic.

Chedevergne s'exprime ainsi : « Dans quelques cas types, la peau prend une teinte rouge plus ou moins générale qui peut faire croire à l'existence d'une scarlatine, de sorte qu'on est obligé de suspendre le diagnostic quand on ne commet pas d'erreur absolue. »

Mais combien les deux observations qu'il cite sont différentes des nôtres. Dans les faits de cet auteur, il s'est agi d'une rougeur scarlatineuse *sans élevure*, de toute la surface du corps, mais particulièrement de la face, des avant-bras et des mains. En même temps la transpiration était abondante; les amygdales, le voile du palais, le pharynx étaient injectés; la langue rouge, et après onze jours de durée, cette rougeur disparut *sans desquamation*.

Dans le bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, pour l'année 1873, on trouve encore une observation de M. Siredey, qui a été également relevée par M. Bez dans sa remarquable thèse.

Dans cette observation, on voit que « vers le quinzième jour d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique survint un érythème scarlatiniforme qui, après avoir débuté sur la joue droite, envahit rapidement la face et le cou, et occupa dès le lendemain, toute la surface du corps. Presqu'aussitôt au niveau des aines, en dehors des cuisses, et sur le dos, l'épiderme fut soulevé par une couche de sérosité.

M. Guyot, consulté par M. Siredey, rejeta, comme lui, l'idée d'une scarlatine; cependant la desquamation se fit par larges plaques.

Il n'est pas besoin d'insister davantage, et nous voyons combien cet érythème diffère encore de ceux que nous venons de signaler.

Enfin, dans l'article de M. Homolle, inséré dans la Revue d'Hayem, nous trouvons que Wyndham Cottle a publié l'histoire d'un homme « chez qui les taches spécifiques furent précédées par un érythème d'apparence rubéolique. Les macules arrondies, occupant en grand nombre la face, la totalité du tronc, les bras et les cuisses, étaient *légèrement saillantes*, nettement circonscrites, lisses à la surface. » Mais au bout de 24 heures, le rash disparut sans s'accompagner de desquamation.

Nous croyons donc que l'éruption que nous avons observée ne doit pas être considérée comme un exanthème scarlatineux, et plus haut nous avons exposé les raisons qui nous font penser ainsi. Mais nous croyons aussi qu'elle diffère par sa forme, sa durée, sa marche, sa terminaison des différentes variétés de rash ou d'érythèmes étudiées jusqu'à ce jour dans la fièvre typhoïde, y compris le rash hémorrhagique, et c'est cette raison qui nous a engagé à publier ces faits.

© BIU Santé

SYPHILIOGRAPHIE

Etude sur les variétés et les formes anormales du chancre simple (1),

Par le Dr Louis **JULLIEN**.

Chancres simples du col utérin. — Contrairement à l'opinion professée autrefois par nombre de syphiligraphes, Cullerier, Ricord, Gibert, Boys-de-Loury, Costilhes, Gosselin, Robert, Bennet, nous savons aujourd'hui, surtout depuis la remarquable thèse de Schwartz, que les chancres du col sont fréquents. Tandis que les anciens praticiens en observaient à peine un ou deux exemples pendant une longue pratique. Fournier en a rencontré plus de 25 en six ans à l'hôpital de Lourcine. Nous noterons particulièrement ici, parmi les causes prédisposantes, la grossesse (Putégnat) qui ramollit le col et le dispose à l'ulcération, les ulcères simples ou cancéreux (Breslau), et l'abaissement de la matrice (Rollet). Bien qu'on ait cité quelques cas de contagion successive, du vagin au col, comme les chancres du vagin sont fort rares, c'est, dans l'immense majorité des cas, par contact direct que se produit l'inoculation ; c'est là une des raisons de la rareté relative de ces chancres ; le pénis en effet est essuyé par les propugnacula, et toute trace de virus en a souvent disparu lorsqu'il atteint l'utérus ; ajoutons que le col est très-efficacement protégé par le mucus visqueux qui le recouvre. On a dit et répété que le chancre simple affectait un siége bien déterminé : autour de l'orifice, suivant les uns (Grivot-Grandcourt, Chéron), à la périphérie, suivant d'autres (Marjolin). Les statistiques de Schwartz et de Rossignol n'autorisent pas de pareilles distinctions. Sur 37 chancres simples, ces auteurs en ont trouvé 20 centraux et 17 excentriques ; encore faut-il remarquer que Schwartz a compté comme centraux tous ceux qui atteignent l'orifice par un de leurs points. Quant à la prétendue immunité de la lèvre inférieure, en raison, disaient les auteurs, de la grande abondance des sécrétions visqueuses qui s'écoulent sur cette lèvre, elle est également controuvée. Dans toutes ses observations, sauf quatre, Schwartz a trouvé les deux lèvres atteintes, une fois c'était la lèvre supérieure, les trois autres fois c'était la lèvre inférieure seule qui était le siége de l'ulcération.



Fig. 67. — Chancre simple du col utérin (d'après un moule de la collection Alfred Fournier).

Enfin, s'il faut en croire Courty, il ne serait pas rare que le chancre simple se cachât tout entier dans la cavité du col. Ce n'est que dans les dernières périodes du mal que quelques-uns d'entre eux arriveraient progressivement jusqu'à l'orifice inférieur et manifesteraient alors leur présence par des signes non équivoques. Ce seraient là les vrais chancres larvés de la femme, analogues à ceux de l'urèthre chez l'homme. Aucun phénomène, en effet, tant qu'ils sont intra-cervicaux, ne les décèle, ne peut même les faire soupçonner, car ils ne causent aucune douleur, et la leucorrhée, à laquelle ils donnent lieu, est trop peu abondante pour appeler l'attention.

Comme sur toutes les autres régions, contemporains ou successifs, les chancres simples du col sont souvent multiples. Sur les vingt-trois malades de Schwartz, dix avaient un seul chancre ; les treize autres en présentaient deux ou trois ; quatre fois ce nombre a été dépassé, et, dans un seul cas, le museau de tanche en portait six. Toutefois un fait à noter, c'est qu'il est relativement rare de voir deux chancres se réunir. La rapidité qui préside à leur évolution donne la raison de ce fait.

Le chancre simple du col utérin débute par une élévation pustuleuse et s'ulcère rapidement. Ne dépassant pas en général la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, il se fait remarquer par sa teinte franchement jaune, son fond inégal mais peu déprimé, quelquefois même saillant, d'aspect papuleux, ses bords, d'un rouge vif, nettement circonscrits, un écoulement fort peu abondant, enfin une indolence absolue (*Fig. 67*).

La rapidité de la cicatrisation est remarquable ; du jour au lendemain on peut constater de telles modifications, que Schwartz ne craint pas d'écrire que l'on assiste à un véritable changement à vue. L'ulcère pultacé se transforme en une papule ; les bords s'affaissent, et, bien qu'elle puisse être retardée par une recrudescence partie du fond d'une glandule restée chancreuse, la réparation dans les cas simples se fait en général assez vite.

Plus que tout autre, le chancre simple utérin a de la tendance à se compliquer d'une inflammation plus ou moins accentuée. Si parfois elle se borne à produire un simple *engorgement* du museau de tanche, avec disposition à l'hémorrhagie (Suchaneck, Scanzoni), il n'est pas rare qu'elle aboutisse à la pseudo-membrane et au phagédénisme. Sous le nom de *chancres diphtéritiques*, Bernutz a signalé une variété de chancrelles, qui, débutant par une agglomération d'éléments herpétiformes, se caractérise à sa période d'état par une sorte de production couenneuse d'un blanc jaunâtre ocreux, dont la surface, loin de paraître déprimée, se projette en saillies mamelonnées entre des bords rouges, élevés eux-mêmes au-dessus des parties voisines. La durée en est parfois considérable ; quand la réparation va se produire la production couenneuse se partage en divers segments irréguliers assez semblables à des chancres ordinaires et, qui disparaissent en peu de jours.

Dans certains cas, fort rares il est vrai, l'extension du chancre est indéfinie ; le col est envahi dans une grande étendue et les tissus sont détruits avec rapidité soit en surface, soit en profondeur. On voit parfois l'ulcération pénétrer dans la cavité cervicale, ou bien se propager et pour ainsi dire se répandre en nappe sur les parties voisines du vagin (Chéron). L'évidement du col, en forme d'entonnoir, peut être la conséquence de cette complication, peu tenace au demeurant, et qui cède souvent sous la seule influence des soins de propreté (Desprès).

Outre celles que nous venons de signaler, diverses complications locales peuvent mettre obstacle à la cicatrisation, si rapide habituellement, de la chancrelle utérine. En première ligne il convient de mentionner la *métrite* interne qui est assurément la plus sérieuse. M. Després, qui l'a observée quatre fois sur quarante-trois chancres du col, la considère comme bien moins fréquente que la métrite blennorrhagique ; toujours est-il que, dans le cas qui nous occupe, l'inflammation reste strictement bornée à la matrice sans envahir ses annexes. La métrite interne chronique aboutit généralement au bout de quelques mois à l'hypertrophie générale ou partielle de l'organe ; douleurs localisées à l'utérus, métrorrhagie, absence de fièvre, tels sont les signes qui la feront reconnaître.

Parmi les autres complications, une des plus fréquentes, surtout quand il y a coexistence de grossesse, consiste dans la production *de fongosités*. Cet état n'est autre chose qu'un gonflement œdémateux, une sorte de boursouflement des tissus superficiels ; sa persistance le rend seul redoutable, car les phénomènes qu'il provoque (pertes blanches, dysménorrhée, troubles divers dans l'accomplissement des fonctions génésiques) sont en général de fort peu d'intensité.

L'état granuleux, c'est-à-dire le développement exagéré des papilles en l'absence de toute réparation épithéliale (Déville), qui seconde si puissamment la contagion, intervient-il pour en prolonger les effets? Il est permis d'en douter, à moins que, ayant persisté au voisinage du chan-

(1) Voir les nos 33, 38, 40 et 42.

© BIU Santé

cre, il n'envahisse sa surface, quand vient l'heure de la réparation.

Il n'en est pas de même des *végétations*, petites saillies liées à l'hypertrophie des papilles et de la couche superficielle. Toutefois, suscitées par l'irritation locale après l'achèvement de la cicatrisation, elles constituent bien plutôt une suite qu'une complication du chancre simple. Au reste, cette petite tumeur est d'une si extrême bénignité, que la plupart du temps les malades chez lesquels elle se développe, ne se doutent même pas qu'elles sont atteintes de quelque lésion utérine.

Signalons en terminant une conséquence possible, éloignée, du chancre, *l'atrésie du col*. L'abus du nitrate d'argent n'est pas toujours étranger à la production de ce rétrécissement cicatriciel.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Le rapport de M. E. Besnier, sur les maladies régnantes. (*Avril, mai, juin* 1878.)

Le dernier rapport trimestriel de M. Besnier nous montre nettement que l'état sanitaire de la ville de Paris a été bon pendant la période qu'il résume.

Les *affections des voies respiratoires*, presque aussi nombreuses qu'en hiver, ont été d'une gravité moindre ; ce n'est pas en hiver, mais pendant la période dont nous nous occupons, que la *pneumonie* fournit un excédant de mortalité. M. Bucquoy n'a pas observé un seul cas de pneumonie à l'hôpital Cochin, pendant le mois de juin ; en avril et mai, il a, au contraire, soigné 17 pneumonies, qui toutes ont été bénignes, lorsqu'elles ne se présentaient pas chez des alcooliques, des vieillards ou des malades apportés mourants. Sur cinq cas, dans lesquels il fallut lutter contre ces conditions défavorables, il y eut cinq décès.

Ces chiffres, on le voit, donneraient une idée fausse de la mortalité par pneumonie durant cette période s'ils étaient simplement additionnés, au lieu d'être groupés en différentes catégories, comme l'a fait avec précision M. Bucquoy, suivant l'âge des sujets, les circonstances du développement de la maladie, etc. M. Besnier reproduit la note de M. Bucquoy et désirerait que son exemple fût suivi par un nombre de plus en plus en plus grand de ses collègues. Il fait remarquer que, dans les hôpitaux, la mortalité de la pneumonie est toujours élevée de plus d'un tiers au-dessus de la mortalité réelle de la maladie. Cette différence tient à ce que la population nosocomiale, soumise à des causes multiples de débilitation, résiste mal à ce genre de phlegmasie, et à ce que les décès par pneumonies ultimes, auxquelles succombent tant de vieillards atteints d'affections diverses, sont portés dans les relevés non à l'affection chronique, mais à l'affection intercurrente qui a été la cause directe de la mort.

« Les *pneumonies*, dit-il, dans toute l'acception et dans » toutes les acceptions du mot, constituent un redoutable » instrument de mortalité *nosocomiale* que la statistique » des *hôpitaux doit* absolument indiquer. » Quant à la mortalité de la pneumonie franche, elle varie dans chaque espèce, forme ou variété, avec la constitution médicale, l'âge, le sexe, etc., et des statistiques personnelles peuvent seules l'établir.

Les *pleurésies* ont été nombreuses (129 en avril, 125 en mai, 128 en juin). Sur les 22 cas observés par M. Bucquoy, parmi lesquels il y eut une pleurésie hémorrhagique non cancéreuse et aucun épanchement purulent, la phlegmasie était de moyenne intensité, et le liquide, peu abondant, nécessita rarement la ponction ; lorsqu'elle fut pratiquée, la guérison fut rapidement obtenue et sans rechutes au bout de quinze ou vingt et un jours.

La *diphthérie* est encore très-fréquente et très-grave dans ce trimestre ; cependant le chiffre des décès est tombé de 703, pour le trimestre précédent, à 559 : là, il y a une décroissance numérique *saisonnière*; de 246 cas constatés dans les hôpitaux pendant le premier trimestre, nous tombons à 229, en même temps le *taux* mortuaire tombe de 76,42 à 66,37 pour 100.

La *fièvre typhoïde* s'est abaissée durant le second trimestre au point le plus bas de sa courbe annuelle. Les arrondissements les plus atteints ont été le Panthéon, Batignolles, Montmartre et Saint-Laurent qui fournissent chacun 13, 12, 11 et 10 décès.

La *variole*, en ville comme dans les hôpitaux, fournit peu de décès (12 en ville, 3 à l'hôpital), malgré le grand nombre des immigrants. Les *fièvres intermittentes* ont été peu nombreuses.

Il n'est pas indifférent, dit M. Besnier, de faire remarquer que le *maximum* de l'élévation de la courbe parcourue par la fièvre *tellurique simple* coïncide régulièrement avec le *minimum* de fréquence de la *fièvre typhoïde*. Cette remarque a une grande importance en ce qu'elle établit aussi nettement que possible la *distinction des deux éléments morbigènes, paludéen et typhique*, lesquels, *dans certaines conditions mixtes*, peuvent vraisemblablement se mêler ou se combiner pour produire des affections mixtes associées ou unifiées, mais dont il serait erroné de ne pas maintenir, à cause de cela, la distinction fondamentale.

M. Bucquoy a observé, dans son service, neuf cas entrés à quelques jours de distance ; tous ont cédé à la dose ordinaire de 1 gramme de sulfate de quinine ; deux fois cependant il y a eu des rechutes.

Le *scorbut* a présenté seulement quelques cas sporadiques dans les prisons civiles ; une petite épidémie, observée par M. Laveran au fort de la Briche, s'est rapidement terminée, dès que les légumes et les fruits verts ont pu être donnés largement.

Le rapport de M. Besnier se termine par un aperçu des principales maladies régnantes dans quelques villes de France : Lyon, Bordeaux, Toulouse, Clermont-Ferrand, Aurillac, Rouen, Le Havre. R. M. M.

Traitements des médecins de l'état-civil et du personnel de l'inspection de la vérification des décès, de la ville de Paris.

I. Voici sur ce sujet quelques renseignements empruntés au *Projet de budget de l'exercice 1879*. L'institution des médecins de l'état-civil, — lisons-nous dans les motifs et développements de l'article, — a son principe dans un arrêté préfectoral du 21 vendémiaire an IX, portant création de la vérification des décès et rendu en vue de satisfaire aux prescriptions de l'article 77 du Code civil. Cette institution, telle qu'elle existe actuellement, a été organisée par l'arrêté du 29 décembre 1868. Les traitements qui s'élèvent de 1,800 à 2,400 fr., selon le chiffre de la population des quartiers, peuvent exceptionnellement être portés à 3,000 fr. dans ceux où le service est plus chargé et où cette augmentation est reconnue nécessaire. Le crédit (158,000 fr.) est réparti de la façon suivante :

© BIU Santé

11	médecins	à 3.000 fr.	33.000 fr.
2	—	à 2.600 fr.	5.200
17	—	à 2.400 fr.	49.800
6	—	à 2.200 fr.	13.200
12	—	à 2.000 fr.	24.000
23	—	à 1.800 fr.	41.000
71	médecins.		
Réserve			400
		Total.	158.000 fr.

L'examen de la rétribution qui revient à chaque médecin, montre qu'elle est très-variable selon le quartier que l'on considère. Des tableaux très-bien dressés par M G. Martin, il résulte que certains médecins ne reçoivent que 1 fr. 49 c. par constatation, tandis que d'autres touchent ou ont touché de 8 à 10 fr. par constatation. Il y a là une anomalie choquante sur laquelle la Commission du budget a appelé l'attention de l'administration. Pour arriver à une solution équitable, il convient de tenir compte de deux éléments : le nombre des constatations annuelles et la superficie des circonscriptions.

II. Le crédit affecté aux *traitements du personnel de l'inspection de la vérification des décès* est de 33,600 fr. Ce service se compose : 1° De 8 médecins au traitement annuel de 3,000 fr. (soit 24,000 fr.) ; — 2° de 8 facteurs, chargés de recueillir, dans les mairies, les listes des décès, au traitement annuel de 1,200 fr. (soit 9,600 fr.)

Traitements des religieuses attachées au dépôt de mendicité de la Seine établi à Villers-Cotterêts (Aisne).

Lors des discussions soulevées au sujet des religieuses hospitalières dans la presse politique, l'on a vu se produire une erreur consistant en ce qu'on supposait que les religieuses des établissements se rattachant à l'Assistance publique, n'étaient pas payées. Nous avons relevé cette erreur et montré par des chiffres (1878, n° 13, p. 238) que les religieuses hospitalières coûtaient plus cher aux contribuables que les laïques.

Aux faits que nous avons cités, nous ajouterons le suivant, emprunté au *Projet de budget spécial de la Préfecture de police pour l'exercice* 1879. L'article 32 du sous-chapitre VIII (*Assistance publique*), nous apprend qu'il y a, au dépôt de Villers-Cotterêts :

3	sœurs gardiennes à 600 fr.	1.800 fr.
3	sœurs infirmières à 600 f.	1.800
2	sœurs lingères à 600 fr.	1.200

On voit par là que le traitement annuel des religieuses est de 660 fr., alors que le traitement des surveillantes laïques n'est que de 380 fr. et n'atteint le chiffre maximum de 500 fr. qu'au bout de *cinq années* du grade. B.

(1) Le médecin du dépôt reçoit 1,200 fr.; l'aumônier 1,800 fr.; le pasteur protestant 200 fr.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 octobre.— PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

A l'occasion du procès-verbal, M. Laborde rappelle qu'il a fait, en 1873, de nombreuses expériences sur les injections intra-veineuses du lait. Le point le plus saillant qui résulte de ces expériences déjà anciennes, c'est que la quantité de lait injecté doit être minime pour ne pas déterminer d'accidents. M. Laborde reviendra, du reste, prochainement sur ce sujet.

De la spermatogénèse chez l'escargot. — M. M. DUVAL communique à la Société les résultats de recherches intéressantes qu'il a poursuivies, dans le but de reconnaître le mode de formation des spermatozoïdes. Les idées qui ont aujourd'hui cours dans la science sur la spermatogenèse, sont celles de Balbiani, Lavalette, Saint-Georges, Neumann, qui sont résumées dans le *Traité d'histologie* de MM. Pouchet et Tourneux. Ces différents auteurs admettent qu'il y a dans les culs-de-sac glandulaires des cellules mères ou *spermatoblastes*, qui deviennent des spermatozoïdes. M. Mathias Duval croit que ce mode de formation n'est pas exactement conforme à la réalité. Les choses ne se passent pas, du moins, de la même façon chez les escargots, que M. Duval a choisi pour sujets de ses expériences.

On sait que l'escargot possède une poche copulatrice hermaphrodite. Au mois de novembre, il présente un arrêt complet de la reproduction sexuelle, et cette pause génitale dure jusqu'au mois de février. Le développement des ovules et des spermatozoïdes commence en février et se poursuit graduellement jusqu'en octobre. M. Duval a donc pu obtenir une série chronologique rigoureusement établie. Voici ce qu'il a observé.

Pendant la pause génitale, les culs-de-sac des glandes sont tapissés de cellules épithéliales. Quelques-unes de ces cellules grossissent pour constituer des ovules. Dans les intervalles, d'autres cellules se développent avec des prolongements qui représentent autant de bourgeons en raquette implantés sur la base même de la cellule. Ces bourgeons sont munis d'un noyau, ainsi que la cellule d'où ils partent. La cellule-mère ne se transforme pas en spermatozoïde ; ce n'est donc pas une spermatoblaste. Ce nom convient seulement aux bourgeons qui subissent la transformation. Tel est le premier point de la communicatien de M. Duval.

Dans le second point, M. Duval montre que la tête du spermatozoïde ne se forme pas aux dépens du noyau de la cellule. Il se fait à côté l'apparition d'un nucléole, et ce nucléole devient le *corpuscule céphalique*, d'après la dénomination que lui a donnée M. Balbiani.

Mouvements physiologiques de la membrane du tympan. — M. GELLÉ a étudié les mouvements de totalité du tympan au moyen de la méthode graphique Dans la déglutition simple comme dans l'expérience de Valsalva, le tympan se déplace. M. Gellé a trouvé que le maximum de déplacement du tympan ne doit pas dépasser 1/10 de millimètre, pour que l'appareil auditif ne soit pas lésé. Tout déplacement plus considérable ébranle fortement la fenêtre ronde et modifie l'appareil de l'audition. De ce fait physiologique, on pourra tirer des conséquences utiles pour la thérapeutique auriculaire.

M. FRANCK présente en son nom et au nom de M. Pitres, un certain nombre de tracés graphiques, destinés à démontrer : 1° L'épuisement graduel de l'excitabilité de la substance corticale du cerveau ; — 2° L'absence d'attaque épileptique par l'excitation de la substance blanche.

MM. Franck et Pitres faradisent certains points de la substance corticale ; les muscles qui sont sous la dépendance du centre moteur excité se contractent d'abord, puis l'épuisement se fait peu à peu, les muscles deviennent inertes. L'excitabilité reparaît par la faradisation de la substance corticale sous-jacente.

M. MATHIAS DUVAL met en doute la réalité de l'excitabilité de la substance grise. Avant de parler d'épuisement, il faudrait avoir prouvé l'excitabilité de cette substance.

M. DURET invoque, en faveur de l'excitabilité de la substance grise, le fait suivant constaté dans les expériences : on électrise sur un premier animal la substance grise, et sur un second la substance blanche sous-jacente. L'excitabilité est plus forte dans le premier que dans le second cas. M. Duret regrette que M. Franck n'ait pas noté l'état de la circulation dans les points excités.

MM. BOCHEFONTAINE et ONIMUS reprochent à M. Franck de n'avoir pas tenu compte de la diffusion des courants.

Ch. AVEZOU.

© BIU Santé

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 octobre 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. RAMEZ (d'Aurillac) fait la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Aperçu sur le fonctionnement du système nerveux.* Les considérations qui suivent se dégagent de l'ensemble de ce travail. L'interprétation qui donne aux nerfs une origine périphérique et qui fait du système nerveux un appareil de centralisation, soumise au contrôle de données anatomiques, physiologiques et pathologiques, a su se prêter à leurs exigences; ajoutons qu'elle paraît présenter, sur la théorie qui veut que tout descende des centres, cet avantage d'être mieux en accord avec l'animation du monde organisé, animation qui fait de chaque moment de la vie une résultante qui varie, et dont la formule peut être dite : multiplicité de moyens, mutabilité d'influences, unité de but, l'hérédité ayant à la longue fourni le fond social.

M. POGGIALE fait la lecture de plusieurs rapports officiels sur les eaux minérales.

M. ARMAND B. PAULIER présente des moelles d'*animaux* préparées d'après une nouvelle méthode, à laquelle il donne le nom de *méthode de dissection chimique.* Son procédé consiste à faire macérer la moelle dans une solution composée de 50 parties d'eau pour 1 partie de bichromate de potasse et 2 parties de sulfate de cuivre. Au bout de 8 à 10 jours, la moelle, d'un jaune verdâtre plus ou moins foncé, est plongée, pendant deux ou trois jours, dans une solution *au centième* d'acide sulfurique ou même d'*acide chlorhydrique.* Généralement en deux ou trois jours, la décoloration est complète, mais l'acide chlorhydrique donne souvent à la moelle une consistance savonneuse qui disparaît par une macération de 12 heures environ dans une solution de *chloral au centième.*

Au sortir de ces préparations, la moelle a une teinte bleuâtre plus ou moins foncée ; elle est ferme, résistante, suffisamment élastique et se laisse manier avec facilité. Elle est alors à point et l'on peut la diviser en fragments dans toute sa longueur, ou la soumettre à d'autres réactifs.

Dans les cas où la séparation de ces fragments présente quelque difficulté, on la laisse pendant quelques heures dans un mélange de *glycérine* et *d'eau* à parties égales ; la moelle prend une coloration plus foncée, mais en même temps une consistance plus élastique qui permet de la diviser plus facilement et surtout d'isoler la substance blanche de la substance grise. Il suffit ensuite de la plonger dans l'*eau pure*, pour que le lendemain la moelle ait repris sa coloration et sa consistance primitive.

Ce procédé s'applique surtout à la préparation des moelles d'animaux (cheval, bœuf, veau, mouton) ; pour les moelles humaines, les résultats sont moins nets, moins satisfaisants, et l'auteur se propose de modifier sa méthode.

Quoi qu'il en soit, elle permet actuellement : 1° de préparer d'une façon très-nette la pie-mère qui s'enlève facilement, ainsi que le prolongement qu'elle envoie dans le sillon antérieur ; 2° de diviser dans toute la longueur de la moelle la substance blanche en fragments, en cordons plus ou moins volumineux ; 3° de séparer presque complétement la substance blanche de la substance grise sans détruire les commissures; 4° d'isoler les cornes postérieures qui apparaissent en relief dans toute l'étendue de la moelle, sous forme de deux minces colonnes tranchant par leur teinte gris jaunâtre, sur la coloration plus pâle de la substance blanche.

L'auteur s'est proposé surtout de trouver un procédé pratique qui facilitât l'étude de la moelle au point de vue *macroscopique* et permit de l'examiner dans son ensemble.

M. COLIN présente à l'Académie plusieurs *calculs* et *égagropiles* trouvés dans le gros intestin des chevaux. Après avoir bien établi que les calculs ne se développent qu'en certains points de l'intestin et qu'ils sont ou inoffensifs, s'ils ne subissent aucun déplacement, ou dangereux s'ils se déplacent en provoquant des coliques mortelles, M. Colin se croit fondé à déclarer que les calculs s'établissent, se forment et se développent toujours dans le même point du gros intestin, la bosselure gastrique. Envisagés au point de vue de leur composition, ces calculs intestinaux présentent à leur centre soit un silex, soit un clou, rarement un calcaire.

En terminant sa communication, M. Colin nie la présence possible de calculs dans l'estomac des chevaux ; les faits de calculs gastriques qui ont été publiés jusqu'à ce jour, ne sont ni précis, ni sérieux. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 14 juin. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

6. Mal de Pott. — Scrofule des vieillards; par M. QUENU.

P. M..., blanchisseuse, n° 18, salle Ste-Geneviève, est âgée de 72 ans, et paralysée des deux membres inférieurs. Ses antécédents, tant personnels qu'héréditaires sont excellents, elle n'a fait aucune maladie, les trois enfants qu'elle a eus sont tous vivants, et ses parents sont morts vieux (60 et 73). Sa maladie a commencé, il y a 7 mois, par des douleurs dans le dos, puis peu après est survenue une déviation de la colonne vertébrale ; la faiblesse des jambes s'est accentuée surtout depuis 4 mois ; à cette époque sont apparues, pour la première fois, des douleurs dans les jambes et des élancements, la privant quelquefois de sommeil pendant plusieurs nuits ; en même temps la paralysie a progressé rapidement et a condamné la malade à l'immobilité absolue.

Actuellement, 1er *mai*, P... a une paraplégie complète du mouvement ; la sensibilité qui persiste en certains endroits, est complétement anéantie dans la plus grande partie des membres inférieurs, les mouvements réflexes sont exagérés, la vessie et le rectum sont complétement paralysés. Il existe une eschare peu profonde à la région sacrée et au talon droit; les membres inférieurs sont considérablement œdématiés.

La malade ressent encore des douleurs dans les deux jambes ; leur intensité est toutefois moins grande que les jours qui ont précédé l'entrée à l'hôpital ; elle accuse, en outre, des fourmillements et une sensation de froid dans les pieds. La colonne vertébrale vers la 4e ou 5e dorsale est fortement incurvée, et 3 ou 4 vertèbres semblent prendre part à cette déformation.

P... a maigri beaucoup depuis 4 mois, elle a un teint jaune-paille, qu'elle n'avait pas, prétend-elle, avant sa maladie. M. Desnos avait diagnostiqué d'abord une carie vertébrale due peut-être à la scrofule qu'on observe quelquefois chez les vieillards. Mais plus tard, la persistance des douleurs dans les membres paralysés, la courbure à grand rayon de la colonne vertébrale, l'âge, l'amaigrissement rapide et le teint, nous avaient fait penser à un cancer du rachis. La malade meurt le 2 juin.

AUTOPSIE. La cavité rachidienne ouverte et la moelle enlevée, nous constatons que le corps vertébral de la 4e dorsale est en grande partie détruit ; il n'existe plus de traces du ligament vertébral postérieur, de sorte qu'il y a entre la 3e et la 5e dorsales, une cavité anfractueuse à laquelle le ligament vertébral antérieur et la plèvre épaissie, forment paroi en avant, tandis que le contenu caséeux vient en arrière se mettre en contact direct avec la dure-mère. Rien dans les autres corps vertébraux. Au niveau du foyer, la dure-mère est recouverte à sa face antérieure d'une plaque jaunâtre, caséeuse ; en incisant les méninges par la face antérieure, nous pouvons remarquer que les racines rachidiennes sont comprises dans la masse caséeuse ; nulle part trace de tubercule.

Poumon sans tubercules. A la valvule mitrale, un peu d'endocardite; pas de thromboses dans les veines des membres inférieurs.

Nous nous sommes assurés, après enlèvement de la moelle, que celle-ci ne pouvait pas être comprimée par une portion d'os, au niveau de la déviation. Nous retrouvons donc encore comme dans une dernière présentation, la vérification des faits établis par Michaud, et sur lesquels M. Charcot insiste. De plus un autre motif, notre erreur de diagnostic, nous a engagé à présenter ces pièces ; l'examen de celles-ci nous explique parfaitement la cause de notre paraplégie douloureuse, à savoir l'irritation des racines postérieures par la ma-

© BIU Santé

tière caséeuse au milieu de laquelle elles sont comprises. L'abolition de la sensibilité résulte probablement d'une myélite transverse secondaire, elle a été, du reste, un phénomène tardif.

7. Tuberculose pulmonaire. — Lésions tuberculeuses de l'utérus et des trompes. — Péritonite chronique simple; par Maurice LETULLE.

V... Jeanne, 20 ans, était entrée dans le service du docteur CONSTANTIN PAUL, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une tuberculose pulmonaire arrivée à la période cavitaire. Depuis quatre mois ses règles se sont arrêtées, mais elle n'a jamais ressenti dans aucune partie de l'abdomen la plus légère douleur. Elle est malade depuis un an. Les forces de la malade s'épuisent rapidement, l'amaigrissement devient extrême; les cavernes se multiplient dans la moitié supérieure des deux poumons. Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, arrivée au terme d'une cachexie profonde, V... meurt le 10 juin.

A l'autopsie les poumons sont creusés de cavernes nombreuses entourées d'îlots de tubercules plus ou moins confluents. L'abdomen présente des lésions intéressantes dont les plus remarquables sont les suivantes : La cavité péritonéale dans toute son étendue est cloisonnée par des adhérences anciennes, très-solides, lamelleuses, manifestement vasculaires sur un grand nombre de points. C'est surtout autour du foie, de la rate, et au milieu des anses intestinales que ces adhérences péritonéales sont le plus solides ; on laisse même une certaine quantité de parenchyme hépatique adhérent aux néo-membranes sous diaphragmatiques.

La cavité pelvienne est presque libre d'adhérences, sauf au pourtour des deux ovaires et de l'extrémité libre des trompes qui sont accolées aux parois pelviennes dans le voisinage du détroit supérieur. Il est important de noter ici *qu'il n'existe aucun tubercule dans le péritoine* non plus que dans les néo-membranes, sauf en un point : On trouve dans l'épaisseur du méso-cœcum *deux* granulations tuberculeuses grises, grosses comme une tête d'épingle. Cette intégrité de la séreuse péritonéale au point de vue de la tuberculose était d'autant plus curieuse que nous découvrions en même temps des altérations tuberculeuses très-avancées de l'utérus et des trompes. La trompe droite est épaisse et dure ; mais ayant conservé sa forme, elle rappelle absolument comme aspect et comme consistance un canal déférent, envahi par l'infiltration tuberculeuse diffuse.

Le canal de la trompe est ouvert jusqu'au bord de l'utérus et l'on remarque que la muqueuse paraît saine, mais que la paroi est transformée en un tube rigide d'un gris blanchâtre ; les tissus qui constituent le canal ne sont nullement ramollis. La trompe gauche, au contraire, offre un aspect bien différent. Elle est déformée par deux bosselures jaunâtres, arrondies, lisses, du volume d'une petite noisette, manifestement fluctuantes. En effet, à l'incision du canal, on voit le contenu des deux tumeurs s'échapper sous forme d'un liquide purulent très épais, jaune blanchâtre, grumeleux.

Ces deux abcès tuberculeux vidés, on aperçoit leurs parois qui sont extrêmement minces, formées en grande partie par le péritoine. Il est bon de remarquer qu'il n'existe pas d'adhérences péritonitiques au niveau des deux trompes.

L'utérus était encore plus altéré. Au niveau de l'angle supérieur et gauche, au point même d'abouchement de la trompe dans le corps utérin, on aperçoit une énorme tumeur, atteignant le volume d'une grosse noix, cette tumeur recouverte encore par une certaine épaisseur de fibres utérines est arrondie, très-lisse, largement fluctuante. Cet abcès caséeux de l'utérus ne communique aucunement, en apparence du moins, avec la trompe, non plus qu'avec la cavité utérine. En effet, après ouverture de cette cavité, on ne peut par des pressions énergiques faire sourdre le pus contenu dans l'abcès. — La cavité utérine est profondément atteinte. La plus grande étendue de la muqueuse du corps utérin a disparu, détruite par une ulcération grisâtre superficielle, déchiquetée sur son bord qui s'arrête assez exactement au niveau de l'union du corps avec le col. Cette ulcération de profondeur inégale, suivant les points, est recouverte par un muco-pus jaune verdâtre visqueux, très-cohérent, dans lequel l'examen microscopique ne fait reconnaître qu'un grand nombre de leucocytes granuleux accumulés souvent en amas épais et quelques hématies.

Le col est arrondi, petit; l'orifice inférieur est très-petit, rond, mais une érosion très-superficielle rosée, granuleuse, large de 3 millimètres environ, le borde inférieurement. La muqueuse vaginale est intacte, l'hymen imperforé; les ovaires sont sains. Quelques granulations tuberculeuses dans les deux reins.

RÉFLEXIONS.—1° Nous croyons pouvoir faire remarquer l'intérêt de cette observation au point de vue de la péritonite chronique simple chez une femme tuberculeuse avancée. Le péritoine a dû être anciennement atteint, dans l'enfance peut-être, d'une inflammation franche aiguë, dont nous avons pu constater les traces. D'où nous tirerons la conclusion qu'une péritonite chronique simple peut exister chez un tuberculeux.

2° Chez une fille vierge, la tuberculose peut se localiser sur les organes génitaux et y produire des désordres étendus à l'insu de la malade. L'aménorrhée peut persister malgré toutes les causes d'irritation existant au niveau de l'utérus malade et de ses annexes.

8. Sur les lésions artérielles dans les traumatismes.

(*Rapport sur la candidature de M. Kirmisson*); par H. DUBET, aide d'anatomie de la Faculté.

L'étude des lésions des vaisseaux et des nerfs, à la suite des traumatismes des membres, est un point de pathologie chirurgicale encore entouré d'obscurités.

En particulier, pour les artères, on a admis un type uniforme de lésions des tuniques, qui paraît devoir conserver à lui seul, avec ténacité, le privilége de rester classique. On dit que les tuniques moyenne et interne du vaisseau se recroquevillent à l'intérieur de celui-ci et en obturent la lumière, tandis que la tunique externe s'effile et se déchire beaucoup plus loin. Sur les tuniques internes recroquevillées se forme un caillot, qui descend parfois jusque dans la tunique externe, et y présente un renflement ; de manière, à simuler un clou sanguin, selon l'expression pittoresque de J. L. Petit, clou dont la pointe serait interne, et la tête à l'extérieur. Ainsi aurait lieu l'hémostase primitive dans le bout *supérieur* : on ne parle jamais des lésions du bout inférieur et de la manière dont ses tuniques se comportent.

Or, les faits ne se passent pas toujours aussi simplement. La description classique, telle que nous venons de l'exposer, ne correspond exactement qu'aux plaies par arrachement, et surtout à celles qu'on peut produire expérimentalement en étirant les tuniques artérielles.

En observation clinique, on est bien plus fréquemment en présence d'écrasements des membres tels que ceux qui sont produits par un corps pesant, par une pierre, une roue de voiture ou de wagon. Alors les lésions des tuniques artérielles offrent un aspect différent. Les deux tuniques internes sont contuses dans une certaine étendue et ne se recroquevillent pas.

La tunique externe s'évide tantôt sur le bout supérieur, tantôt sur le bout inférieur.

On comprend toute l'importance de ces notions pathologiques pour l'explication du mode de production et d'apparition des hémorrhagies primitives et secondaires, à la suite des traumatismes des membres.

Déjà, pour notre compte, nous avons sur ce point spécial appelé l'attention de la Société anatomique, dans une communication. (Mai 1875, p. 317). M. Chuquet, interne de M. Verneuil, qui depuis longtemps inspire à ses élèves des recherches sur ce point de pathologie, a récemment publié une observation du même genre, dans nos *Bulletins*.

C'est pour ces motifs que nous avons choisi pour en faire l'objet de notre rapport, une observation très-remarquable de M. Kirmisson, notre collègue, où les lésions des vaisseaux et des nerfs dans un écrasement de la cuisse, ont été étudiés avec le soin et la compétence qu'il possède pour les recherches anatomiques.

© BIU Santé

Un excellent dessin de M. P. Richer est annexé à cette observation.

Écrasement de la cuisse droite. — Rupture de l'artère et de la veine fémorales. — Anévrysme diffus primitif. — Amputation de la cuisse. — Examen des vaisseaux rompus ; par M. KIRMISSON.

Le nommé Roger Henri, âgé de 53 ans, est entré à la Pitié, dans le service de M. VERNEUIL, le 26 décembre 1877, pour un traumatisme de la cuisse droite. L'accident est arrivé le 29 novembre. Le malade qui est charretier, marchait au côté droit de sa charrette traînée par deux chevaux et lourdement chargée. Tout d'un coup, son pied droit a tourné, et il est tombé. Menacé de voir la voiture lui passer sur le corps, il s'est glissé dessous à plat ventre ; mais le membre inférieur droit est resté en arrière, et la roue de la charrette a passé sur la partie postérieure de la cuisse. Le malade a pu se relever et faire quelques pas ; puis, on l'a porté chez lui. Dès le moment où on l'a déshabillé, on a remarqué un gonflement énorme du membre, depuis le tiers inférieur de la cuisse jusqu'au cou-de-pied ; le pied lui-même était intact. Des applications de sangsues furent faites à deux reprises différentes pendant les jours suivants ; mais le volume du membre ne diminua pas sensiblement. Quinze jours après l'accident, les douleurs devinrent plus vives ; la flexion de la jambe était impossible. Le malade avait la sensation d'une corde tendue dans le jarret. M. le Dr Bastien, qui fut appelé à ce moment, reconnut l'existence d'un anévrysme et un commencement de sphacèle du pied ; il y avait, de plus, une insensibilité complète de la jambe du côté malade.

Quand cet homme vient à la Pitié, la gangrène, de forme sèche, occupe les orteils, la moitié antérieure de la face dorsale du métatarse, et toute la région plantaire. La sensibilité existe à la jambe, mais beaucoup plus faible que du côté sain. A la partie inférieure de la cuisse, il existe une tumeur arrondie, régulière, lisse, rénitente en certains points, beaucoup plus marquée au côté interne qu'en arrière et en dehors. Cette tumeur offre un mouvement d'expansion peu prononcé. Les battements ne sont pas non plus très-énergiques ; ils sont perceptibles dans toute la moitié inférieure de la cuisse, mais leur maximum existe au côté interne. Le souffle est très-nettement intermittent ; il est doux, pas très-intense, ne se propage pas au loin ; il a son maximum au niveau de l'anneau du troisième adducteur. Il existe un œdème et une induration très-prononcés de tout le membre. Le genou est douloureux ; en pressant sur la rotule, on provoque une vive sensibilité. En un point situé au côté interne de la cuisse, il y a une fluctuation très-évidente ; de plus, toute la tumeur présente une coloration rouge diffuse.

La douleur du genou faisait craindre une communication de l'articulation avec la tumeur anévrysmale, et le développement d'une arthrite aiguë. L'inflammation du foyer sanguin révélée par la marche ascensionnelle de la température qui le 29 décembre, au soir, atteignait 39°,2 ; l'amincissement de plus en plus marqué de la peau au côté interne de la cuisse, l'extension de la gangrène, tout commandait une prompte intervention.

Mais ici, les méthodes de traitement habituelles, telles que la compression et la ligature, ne pouvaient être employées : Elles exposaient à faire progresser encore la gangrène. Aussi M. Verneuil se décida-t-il pour l'amputation de la cuisse au tiers supérieur qui fut pratiquée le 2 janvier.

Immédiatement après l'amputation, nous commençâmes la dissection du membre. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont infiltrés d'une grande abondance de sérosité sanguinolente. Au côté interne du genou, dans le point qui présentait une fluctuation si manifeste, la peau est très-amincie, et le caillot sanguin faisant hernie en dehors de la poche anévrysmale, est immédiatement en contact avec sa face profonde. Les veines superficielles sont très-développées ; les muscles jumeaux pâles, augmentés de volume, çà et là infiltrés de sang, comme tous les muscles de la jambe. Le nerf sciatique est rouge et infiltré dans le point où il rampe à la surface externe de la tumeur.

La poche anévrysmale elle-même présente le volume d'une tête de fœtus à terme ; elle proémine surtout au côté interne de la cuisse, mais elle gagne aussi le creux poplité et le côté externe du membre. Dans ce dernier point, elle est limitée par le vaste externe, mais sa limite est vague ; elle se perd peu à peu dans le tissu cellulaire voisin. Il n'existe pas encore, à proprement parler, de sac anévrysmal bien constitué. En bas, la tumeur gagne la partie inférieure du creux poplité au dessous des insertions supérieures du jumeau interne. Supérieurement, la poche se termine en pointe, et sa limite, très-nette de ce côté, est constituée par les fibres musculaires du grand adducteur, qui, très-distendu, enveloppe la plus grande partie de la poche. Du côté interne, le sac est ouvert en deux points. D'abord, sur le bord antérieur du muscle droit interne, par là s'échappe une masse fibrineuse qui vient se mettre directement en contact avec la face profonde de la peau très-amincie, comme nous l'avons déjà signalé. La seconde perforation existe au niveau des insertions charnues du grand adducteur au fémur, au-dessous du tendon du même muscle. Par cette perforation s'échappe une volumineuse masse fibrineuse, qui, sous forme de champignon, fait hernie au-dessous du vaste interne du triceps. Le contenu de la poche est formé en très-grande partie de caillots cruoriques, entremêlés çà et là de caillots fibrineux ; ces derniers deviennent beaucoup plus abondants au voisinage du bout supérieur de l'artère rompue où ils forment une masse cohérente.

Mais le point qui doit surtout nous arrêter dans cette description, c'est celui qui concerne l'état des vaisseaux du membre. L'artère et la veine fémorales sont complétement rompues. La rupture siége à 5 centimètres au-dessous de l'anneau du troisième adducteur. Les vaisseaux rompus pénètrent de 4 centimètres dans l'intérieur de la poche par leur bout supérieur. Sur le bout inférieur, la rupture siége à 8 centimètres de l'interligne articulaire du genou. La veine est nettement sectionnée. Son bout supérieur est vide ; le bout inférieur est rempli en partie par un caillot adhérent. La section de l'artère est, au contraire, irrégulière. Le bout supérieur se termine par une section assez nette en avant, frangée et plus longue en arrière, de sorte que, dans son ensemble, il est taillé en biseau de haut en bas et d'avant en arrière. Le bout inférieur est effilé sur une grande étendue, formé en ce point par la tunique externe seule, sauf une parcelle de la tunique moyenne qui a été détachée. Il est oblitéré par un caillot en partie fibrineux, en partie cruorique et adhérent. Il existe un écartement considérable entre les bouts des vaisseaux divisés. Un excellent dessin que nous devons à notre collègue, M. Richer, et que nous joignons à notre observation, permet de bien saisir la disposition que nous décrivons ici.

L'observation que nous venons de rapporter nous semble importante à plus d'un titre. Mais, laissant de côté ce qui a trait à l'anévrysme lui-même et à la question de thérapeutique chirurgicale soulevée par la complication de gangrène, nous voulons nous attacher à faire ressortir surtout l'intérêt que présentent ici les lésions vasculaires.

La rupture complète de la veine poplitée est une lésion fort rare. Nous tenons de notre maître, M. Verneuil, que c'est là le premier exemple qu'il en ait constaté *de visu*. Dans un cas, il a diagnostiqué cette rupture, à cause de la présence d'un énorme épanchement dans l'articulation du genou ; mais le malade ayant guéri, on n'a pas eu la confirmation du diagnostic. Le fait d'une rupture veineuse très-nette est digne de remarque ; mais il a été depuis longtemps signalé.

Nous le trouvons noté dans l'article *Veines* du Dictionnaire en 30 : « A la suite des contusions, dit l'auteur de l'article, il n'est pas rare de voir la veine coupée aussi nettement que si elle eût été tranchée avec un couteau. » — Nous devons encore nous demander quelle part peut avoir eu la rupture complète de la veine principale du membre dans le développement de la gangrène. On sait combien les auteurs ont différé d'opinion à ce sujet. Les uns ont nié l'influence des blessures veineuses ; les autres l'ont admise, et ont prétendu que, pour éviter la gangrène, dans les blessures des veines, il fallait lier les artères. M. Verneuil pense que, chez les sujets en bon état, l'oblitération veineuse n'amène pas la gangrène. D'ail-

© BIU Santé

leurs, ici la circulation veineuse paraissait suffisamment établie par les veines collatérales. Nous avons noté sur la pièce la dilatation des veines superficielles, et déjà, pendant l'amputation, on avait été frappé par l'écoulement abondant de sang fourni par les veines sous-cutanées du membre. La gangrène doit donc être attribuée plutôt ici à la blessure artérielle. Sans doute, les artères collatérales étaient peu dilatables chez un homme déjà âgé, et présentant un certain degré d'athérome. En outre, l'énorme distension du membre a dû gêner encore la circulation collatérale. Peut-être aussi faut-il faire jouer un certain rôle à l'état de stupeur du membre qui s'est traduit par la perte absolue de la sensibilité, constatée par M. le Dr Bastien. Le nerf sciatique, avons-nous dit, était rouge et infiltré ; nous avons remis une partie de ce nerf à M. Gombaut pour l'examen histologique. Il n'y a pas constaté de lésion bien appréciable.

Quant à la rupture de l'artère, il existe ici une disposition très-remarquable, et que nous ne trouvons nulle part consignée dans les traités classiques. Dans les plaies d'artères par arrachement, nous dit-on, les tuniques interne et moyenne d'une part, la tunique externe d'autre part, sont rompues à un niveau différent ; cette dernière forme un tube effilé qui reste adhérent au bout cardiaque; et, grâce aux inégalités qu'elle présente, il se produit à son niveau un caillot solide, adhérent, qui s'oppose aux hémorrhagies primitives. Sur le bout périphérique, au contraire, la tunique externe manque sur une certaine longueur. Il ne se fait pas de coagulum sur ce bout ; dès lors, pas d'hémostase solide ; aussi est-ce lui qui donne lieu le plus souvent aux hémorrhagies secondaires. — Mais ici les choses se passent tout différemment ; la tunique externe effilée est restée attenante au bout périphérique ; c'est lui qui renferme un caillot solide, ainsi que le montre la figure jointe à notre observation ; le bout cardiaque est vide, et dépouillé de sa tunique externe dans une certaine étendue.

Déjà, au début de l'année dernière, nous avions pu observer une disposition toute semblable à celle-ci dans un cas de rupture d'artère par écrasement. La pièce a été disséquée par nous, et présentée par M. Chuquet à la Société anatomique, dans la séance du 20 avril 1877. Il s'agissait d'un homme qui avait eu le bras droit écrasé par un tampon de wagon. La désarticulation de l'épaule fut pratiquée. A la dissection de la pièce, on constata que la tunique celluleuse manquait sur le bout supérieur, tandis que, sur le bout inférieur, elle formait un manchon celluleux assez long pour permettre le dépôt d'un caillot.

On comprend sans peine de quelle importance est cette disposition contraire aux descriptions classiques. Si, dans les cas habituels, l'anatomie pathologique nous explique l'absence d'hémorrhagie primitive, et la production facile des hémorrhagies secondaires, ici, il en sera tout autrement. L'oblitération du bout inférieur mettra obstacle à la production des hémorrhagies éloignées ; mais rien du côté du bout supérieur ne s'opposera à un écoulement primitif de sang abondant. Aussi est-ce bien ainsi que se sont passées les choses dans les deux cas que nous rapportons.

Chez notre malade à la rupture de l'artère fémorale, l'hémorrhagie primitive fut considérable, puisque immédiatement le membre prit un très-grand volume.

Chez le jeune homme à l'écrasement du bras, la perte de sang fut primitivement si grande qu'on dût appliquer un tube d'Esmarch à la base du membre, en attendant qu'on pût pratiquer la désarticulation de l'épaule.

Ce fait d'anatomie pathologique nous rend compte des différences existant entre les plaies artérielles, au point de vue des hémorrhagies, tant primitives que consécutives. Il nous montre, en outre, combien il est nécessaire, dans l'étude des lésions artérielles, de porter son attention, aussi bien sur le bout périphérique que sur le bout cardiaque des vaisseaux rompus. C'est enfin une preuve en faveur de la nécessité qu'il y a d'établir une classe à part pour les plaies d'artères par écrasement, et de ne pas leur appliquer sans réserves tout ce que l'expérience nous a appris au sujet des plaies par arrachement de ces mêmes vaisseaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 juillet 1878. — PRÉSIDENCE DE M. LABRIC.

Anatomie pathologique. — Lésions intestinales de la tuberculose aiguë. — M. LAVERAN fait d'abord remarquer que, s'il est en général facile de différencier anatomiquement les lésions intestinales de la tuberculose aiguë et celles de la fièvre typhoïde constituées, les premières, par des granulations disséminées, et les secondes par des ulcérations caractéristiques ; il peut, cependant, se rencontrer des autopsies dans lesquelles il y a de réelles difficultés à distinguer la nature tuberculeuse ou typhoïde des altérations intestinales. Tels sont certains cas dans lesquels on trouve quelques rares granulations tuberculeuses disséminées dans différents organes, et, en même temps, des ulcérations localisées exclusivement aux plaques de Peyer. S'agit-il, alors, d'une fièvre typhoïde ou d'une tuberculose aiguë ?

M. Laveran pense, après avoir étudié longuement la tuberculose intestinale, que ses lésions anatomiques peuvent se ranger sous quatre chefs : 1° granulations disséminées ; 2° ulcérations transversales annulaires ; 3° ulcérations au niveau des plaques de Peyer ; 4° colite tuberculose diffuse.

Tous les auteurs se sont attachés, depuis longtemps déjà, à faire ressortir les caractères différentiels des ulcérations transversales ou tuberculeuses et des ulcérations longitudinales ou typhoïdes ; les premières seraient dues à ce que les granulations tuberculeuses, se développant autour des vaisseaux, y font naître une thrombose, d'où mortification circulaire de la muqueuse en rapport avec la distribution même de la branche vasculaire oblitérée.

On rencontre, cependant, quelques cas rares dans lesquels les ulcérations annulaires font défaut, tandis qu'au contraire, il en existe au niveau des plaques de Peyer ; et l'on peut alors avoir sous les yeux des ulcérations allongées suivant le grand axe de l'intestin, situées à l'opposite de l'insertion du mésentère, abondantes surtout au niveau de la valvule iléo-cœcale, qui offrent, à première vue, tous les caractères macroscopiques des ulcérations typhoïdes. Il existe, cependant, un certain nombre de caractères différentiels qui permettent de reconnaître leur nature tuberculeuse ; ainsi, l'ulcération siége bien au niveau de la plaque de Peyer, mais :

1° Elle n'en occupe pas toute l'étendue, elle est constituée par une agglomération de petites ulcérations isolées, séparées les unes des autres ;

2° Aucune matière jaunâtre ou blanchâtre (semblable à celle de plaques dures de Louis) ne se rencontre au niveau de la plaque tuberculeuse ;

3° Enfin, on peut reconnaître à la surface séreuse quelques granulations, et parfois une petite traînée de lymphangite tuberculeuse.

Si le doute persiste, l'examen histologique vient démontrer l'existence de quelques granulations caractéristiques ; il est bon de savoir qu'un nombre considérable de *coupes* est souvent nécessaire pour les découvrir.

En somme, il y a une forme particulière de tuberculose aiguë qui aboutit à la formation d'ulcérations assez analogues, mais non semblables aux ulcérations typhoïdes.

Existe-t-il en clinique un rapport entre cette localisation des ulcérations et la forme typhoïde de la tuberculose aiguë ? M. Laveran ne le pense pas, car, si ces ulcérations ont été rencontrées dans la forme typhoïde, elles ont manqué, néanmoins, le plus souvent ; et, d'un autre côté, elles ont été constatées parfois dans les formes chroniques.

Kyste hydatique du foie. — Présentation du malade. — M. GALLARD pense que tous les avantages des diverses méthodes de traitement des kystes hydatiques du foie se trouvent réunies dans la méthode instituée par Jobert ; elle lui paraît applicable et aux abcès et aux kystes séreux. Par ce procédé, on pénètre avec un trocart d'un certain diamètre qui permet l'issue de tout le liquide, quelle que soit d'ailleurs sa consistance ; il est facile d'adapter au trocart un appareil aspirateur. En outre, la canule laissée à demeure provoque la formation rapide de solides adhérences, prévient l'issue du

© BIU Santé

liquide dans le péritoine et permet de faire des injections et des lavages.

La malade présentée à la Société, avait été opérée plusieurs fois par différents procédés ; il a fallu, pour la guérir, avoir recours au procédé qui vient d'être indiqué. Elle a aujourd'hui 19 ans ; elle en avait 15 lorsque MM. Millard et Panas constatèrent l'existence d'une tumeur. *Trois ponctions* furent pratiquées et donnèrent issue à un liquide onctueux, jaunâtre, de couleur café au lait, qui contenait de la cholestérine. Après chaque ponction, le liquide se reproduisit. En septembre 1870, la malade entra dans le service de M. Gallard, qui lui fit, au bout de trois mois, *une nouvelle ponction;* il s'écoulait un liquide semblable à celui qui avait déjà été extrait. Le trocart fut retiré, et le liquide se reproduisit encore. Une *seconde ponction* fut pratiquée, la canule laissée à demeure, et des injections faites avec une solution d'eau alcoolisée et phéniquée : à la suite de ce traitement, la rétraction commença à s'effectuer et la canule fut enlevée. Mais la reproduction du liquide ne se fit pas attendre, et une *troisième ponction* devint nécessaire ; cette fois, le liquide était mélangé avec du pus : la canule fut de nouveau laissée à demeure et des injections poussées pendant très-longtemps ; enfin, la guérison fut obtenue et elle se maintient depuis deux ans.

M. Potain a obtenu d'excellents résultats par l'emploi d'un procédé assez analogue appliqué au traitement de kystes hydatiques dont deux étaient suppurés. Il pratique, dans la tumeur, deux ponctions, chacune avec un trocart de calibre différent : la première est faite avec un gros trocart à paracentèse auquel on adapte un tube de caoutchouc volumineux et résistant, afin qu'il ne soit pas affaissé par le vide que produit l'aspiration exercée à son extrémité libre ; la seconde est faite par un petit trocart auquel s'ajuste un petit tube de caoutchouc en communication avec un petit vase placé au-dessus de l'opéré et renfermant un liquide destiné à laver la poche kystique. En deux séances au plus, le liquide pathologique a toujours pu être complètement évacué. — M. Potain pense que cette double ponction est bien préférable au drainage qui, parfois très-difficile, toujours douloureux, offre le grand inconvénient de ne permettre, dans la plupart des cas, qu'un lavage illusoire.

M. Dumontpallier a employé, deux fois, le procédé que préconise M. Gallard : il a eu un succès ; au bout de quinze jours, la canule, restée en place, avait provoqué la formation d'adhérences solides ; elle fut alors remplacée par une sonde en caoutchouc. La guérison fut obtenue 18 mois après l'opération. Dans un autre cas, des phénomènes septiques se manifestèrent, mais il s'agissait d'un kyste déjà suppuré. M. Dumontpallier pense que l'emploi de cette méthode pourrait être généralisé et étendu à tous les kystes de l'abdomen ; il l'a appliqué aux kystes multiloculaires de l'ovaire.

M. Potain. Le traitement que défendent MM. Gallard et Dumontpallier peut toujours être institué ; mais faut-il toujours le faire ? Je ne le pense pas. Les ponctions capillaires me paraissent bien préférables.

M. Féréol se rappelle avoir vu Demarquay employer, pour un kyste hématique, le procédé que conseille M. Gallard, et obtenir la guérison.

M. Gallard regarde le procédé de Jobert comme appelé à rendre les plus grands services ; il lui paraît applicable à toutes les collections liquides. Quant aux ponctions capillaires, il ne peut pas leur donner la préférence à cause des dangers que M. Moissenet a signalés. L'aspiration, il est vrai, a supprimé en partie ces inconvénients de telle sorte qu'on peut la pratiquer. Mais le faut-il ? La ponction capillaire convient, il est vrai, aux kystes séreux, mais si le liquide est épais, sirupeux, purulent, si une poche hydatique vient à oblitérer le trocart, il y a là un grave inconvénient. Que si, par erreur, on a pénétré dans une tumeur carcinomateuse, il n'y a ni plus ni moins de dangers à y entrer avec un gros qu'avec un petit trocart. En somme, pour M. Gallard, si les petits trocarts n'ont pas d'avantages, les gros trocarts n'ont pas d'inconvénients, et par suite, il convient de donner la préférence à ces derniers pour les collections des régions hépatique et splénique.

M. Moutard-Martin combat les idées de M. Gallard. Il a obtenu trop souvent la guérison de kystes hydatiques après une seule ponction capillaire, pour ne pas employer exclusivement ce procédé et ne pas le conseiller à l'exclusion de tout autre. Une canule à demeure provoque toujours la suppuration et cela n'est certes pas indifférent. Au contraire, le nombre des kystes hydatiques qu'il a vus guérir sans suppuration après une, deux ou trois ponctions capillaires, est égal à celui des kystes qui ont suppuré après l'emploi de ce procédé.

Il admet que l'usage d'un gros trocart peut être utile lorsque la suppuration s'est établie ; cependant, il est bon de faire observer que les ponctions capillaires répétées ont permis d'obtenir à elles seules la guérison, alors même que le kyste était suppuré.

Enfin, si la guérison ne peut être obtenue par les ponctions capillaires alors que la suppuration existe, ce n'est pas au gros trocart, mais à l'ouverture large qu'il donne la préférence.

M. Labbé regarde les ponctions exploratrices faites avec de gros trocarts comme une source de graves inconvénients. Il préconise les ponctions exploratrices faites avec un petit trocart. Quant au procédé de Récamier, il provoque de nombreux accidents : on croit qu'il existe des adhérences, on ouvre largement et une péritonite emporte le malade. Le jour où il faudrait pratiquer des lavages dans une poche, M. Labbé adopterait volontiers le procédé de M. Gallard.

En général, lorsqu'un kyste est petit, une seule ponction capillaire suffit et la guérison s'obtient. Mais quand la poche est volumineuse, son retrait est en général peu sensible et une seconde ponction devient ordinairement nécessaire. Alors seulement M. Labbé plongerait un gros trocart dans la collection.

M. Hérard réclame en faveur du procédé de Récamier. De nombreuses observations ne lui ont donné que des résultats satisfaisants. Dans un cas notamment où le malade succombait à une maladie intercurrente, il put constater combien les adhérences étaient solides. Il aurait moins de confiance dans l'action brusque de plonger un gros trocart que dans le procédé lent de Récamier. Ce dernier permet l'issue de membranes hydatiques volumineuses impossibles à évacuer par la canule même volumineuse que préconise M. Gallard. En tout cas, M. Hérard commencerait par la ponction capillaire.

M. Moutard-Martin fait remarquer qu'il ne discute pas la valeur relative des procédés d'ouverture permanente des kystes : le procédé de Récamier, le procédé de Jobert peuvent être utiles pour les kystes suppurés. Néanmoins, comme on en guérit dans ces conditions un très-grand nombre par des ponctions capillaires successives, il y a lieu de les pratiquer malgré la lenteur de leurs résultats, car elles ne permettent pas l'entrée de l'air dans la poche, ce qui est un avantage manifeste.

Il s'occupe seulement du traitement du kyste non suppuré. Et ici encore, c'est à la ponction capillaire qu'il faut donner la préférence : il faut ici la lui donner dans tous les cas ; elle convient même aux kystes très-volumineux. M. Moutard-Martin a obtenu après une seule ponction la guérison d'un kyste qui fournit trois litres de liquide, d'un autre qui en contenait un litre et demi. Il possède sept ou huit observations semblables.

M. Labbé connaît relativement au procédé de Récamier des faits qui ont été moins heureux que ceux dont parle M. Hérard et ces insuccès le rendent réservé. Il ne connaît pas de preuve qui permette d'affirmer l'existence d'adhérences.

M. Moutard-Martin, sans vouloir faire le procès de l'appareil Dieulafoy, tient à faire remarquer que les aiguilles creuses sont dangereuses : à la fin de l'évacuation du liquide, elles labourent le kyste et ce traumatisme le fait souvent suppurer, inconvénient que ne présentent pas les appareils aspirateurs à trocart et canule.

M. Galliard rappelle différents inconvénients du procédé de Récamier qui le lui font considérer comme inférieur à celui de Jobert. C'est ainsi qu'il a pu citer différents cas dans lesquels les adhérences ne s'étaient pas établies, même après une application prolongée du caustique, dans lequel il y a eu plus tard formation d'un hernie. Enfin, la lenteur même du procédé lui paraît un désavantage.

© BIU Santé

Quant au trocart capillaire, son emploi, comme l'a signalé M. Moissenet, a parfois été suivi de mort rapide ; en outre, il peut se boucher et cela d'autant plus qu'il est plus petit ; dans ce cas, les malades n'auraient pas couru plus de risques si, au lieu d'un trocart capillaire, on eût employé un trocart à hydrocèle ; enfin, la statistique des cas qu'il a traités par le procédé de Jobert a été tellement supérieure à celle des cas traités par les autres procédés, qu'il n'hésite pas à lui donner la préférence et à le préconiser.

M. Potain fait remarquer que le calibre du trocart a peu d'importance, car tous peuvent se boucher.

Anévrysme de l'aorte. Présentation de pièces. — M. Féréol présente un anévrysme de l'aorte. Par suite du court séjour du malade à l'hôpital et de l'examen rapide qui seul avait pu être pratiqué, le diagnostic porté avait été : polype du larynx.

— Dans la séance du 12 juillet, MM. Huchard, Quinquaud et Sevestre, ont été nommés membres de la Société.

R. M. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 octobre. — Présidence de M. F. Guyon.

M. le Président. — J'ai le regret d'apprendre à la Société la mort d'un de ses membres correspondants, le Dr Ciniselli, de Crémone. Je me ferai auprès de son fils, dont une lettre m'apprend cette triste nouvelle, l'interprète des sentiments que cette mort vous inspire. Parmi tant de travaux remarquables qu'on pourrait citer, je ne rappellerai que l'heureuse application de l'électrolyse à la chirurgie.

M. Houel a examiné le calcul prostatique présenté dans la précédente séance par M. Després. Son poids est de 8 grammes 20 centigrammes ; au centre se trouvent deux noyaux fort durs, entourés de couches concentriques de phosphate ammoniaco-magnésien. Le calcul n'offre donc en lui-même rien de bien particulier en dehors de son siége normal.

M. Mourgue lit un travail sur le traitement de la métrorrhagie par la compression de l'aorte ; « le tamponnement massif à cinq à six mouchoirs » du vagin et de la matrice ; et par l'administration du seigle ergoté. « Certainement, il n'a inventé aucun de ces remèdes, mais ce qui constitue l'originalité de sa méthode, c'est leur gradation, leur agencement et l'appui mutuel qu'il leur fait se prêter. »

M. Verneuil désire appeler l'attention de la Société sur quelques points particuliers du manuel opératoire dans certaines résections. Depuis bien des années, il est une règle générale que tous les chirurgiens admettent : c'est que les tendons et les muscles doivent être respectés. Et je crois que ce n'est pas un des moindres mérites de la méthode sous-périostée de mon ami M. Ollier, que de forcer pour ainsi dire au respect des muscles et des tendons. A ce prix seulement, les mouvements pourront se rétablir ; puis on évitera les attitudes vicieuses que déterminerait la contraction des muscles persistants, lorsque les tendons de leurs antagonistes auraient été sectionnés. Cette règle, que tous acceptent, ne doit-elle jamais souffrir d'exceptions ? C'est ce point particulier que je voudrais examiner aujourd'hui à propos de quelques résections de l'articulation tibio-tarsienne et de celle du poignet.

J'ai pratiqué plusieurs résections tibio-tarsiennes et je puis vous citer les résultats obtenus : dans le premier cas, j'enlevai l'extrémité des deux os de la jambe ; les deux malléoles ; j'extirpai l'astragale et même la moitié du calcanéum ; le résultat fut excellent et malgré un léger degré d'équinisme, l'opéré pouvait, après sa guérison, poser le pied à plat : dans un autre cas, j'enlevai l'astragale ; même résultat satisfaisant ; j'en dirai autant d'une troisième observation : il s'agissait d'une résection tardive à la suite d'un traumatisme. Chaque fois les muscles et les tendons furent respectés ; les résultats définitifs ont été excellents. — Mais les tendons que le chirurgien s'évertue à conserver, le traumatisme les détruit quelquefois, et dans les luxations en dehors ou en dedans la déviation n'est guère possible sans une rupture musculaire. Or, ces faits vont différer beaucoup des précédents : dans une luxation sous-astragalienne avec extirpation de l'os, j'ai observé la guérison, mais le pied était en abduction forcée ; j'ai pratiqué une résection tibio-tarsienne dans un cas où les jambiers étaient déchirés ; la guérison se fit encore avec déviation ; dans un troisième cas de luxation du pied avec issue du tibia je réséquai l'extrémité inférieure de cet os, et je mis les os bien en place dans une gouttière ; mais peu à peu je vis la déviation se faire ; une abduction considérable survint : le résultat fut très-défectueux. Si je résume ces deux séries de cas pour rapprocher les résultats obtenus, je vois que dans les premiers où les tendons sont intacts, la guérison a été parfaite, sauf un léger degré d'équinisme ; tandis que dans les seconds, ceux qui accompagnent une déchirure des muscles ou des tendons, les résultats furent défectueux : la déviation était extrême.

A côté de ces observations, je placerai deux faits de résection radio-carpienne ; opération fort rare, car dans l'immense majorité des cas, l'immobilité absolue, la compression, les pointes de feu viennent à bout des formes les plus graves de la tumeur blanche ; la première fois j'enlevai tous les os du carpe, les extrémités du radius et du cubitus ; la guérison s'avançait, mais survint le siége ; la faim et le froid tuèrent ma malade qui mourut de tuberculose pulmonaire ; j'ai conservé les pièces qui montrent la main dans une adduction forcée, déterminée par la traction du cubital antérieur ; la même adduction s'est produite dans une seconde résection du poignet que j'ai pratiquée plus tard.

Ne peut-on pas rapprocher ces diverses observations les unes des autres, et n'est-il pas permis de conclure que, parfois, le respect absolu des tendons ne doit pas être défendu ? Dans les résections tibio-tarsiennes, il ne faut pas compter sur des mouvements articulaires étendus : il y a ankylose, et si quelques mouvements peuvent avoir lieu, c'est grâce à la laxité que prennent les articulations du tarse et du métatarse. Le point important à obtenir est que le pied soit bien à angle droit sur la jambe et repose par toute sa plante sur le sol. Et voilà pourquoi je proposerai, dans les cas où existerait la déchirure des antagonistes, de sectionner, pendant la résection, les tendons des muscles prisonniers pour éviter la rétraction consécutive et le renversement par ces muscles du bord externe du pied. C'est ainsi qu'on évitera l'abduction forcée que nous avons notée dans nos résections tibio-tarsienne accompagnées de ruptures tendineuses et musculaires. Peut-être sera-t-il bon de sectionner le tendon du cubital antérieur dans les résections du poignet, afin de s'opposer préventivement à l'adduction forcée. Je n'ai point encore eu l'occasion de mettre cette théorie en pratique ; mais elle me paraît juste et parfaitement raisonnable.

M. Després a remarqué, comme M. Verneuil, la grande tendance à l'équinisme dans les cas de fractures comminutives malgré toute l'attention possible ; on a accusé l'atrophie musculaire ; il faut encore faire jouer un rôle aux attitudes vicieuses ; le pied est entraîné par son poids ; il s'étend de plus en plus et l'équinisme se produit.

M. Le Dentu a déjà pratiqué deux résections tibio-tarsiennes. Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade entré dans le service du professeur Richet. Ce malade était scrofuleux, très-anémié ; avant de songer à une résection pour la tumeur blanche de l'articulation du cou-de-pied, il fallut remonter ses forces. Lorsque l'état général fut meilleur, M. Le Dentu réséqua 5 cent. du péroné et du tibia ; l'astragale était à peu près sain : on se contenta de gratter sa surface articulaire. Les plus grands soins furent donnés au malade dont le pied fut mis dans un appareil plâtré ; malgré des précautions infinies, la guérison ne s'avançait que lentement et au bout de cinq mois seulement la suppuration était tarie : mais il était survenu peu à peu une abduction du pied qu'on ne put empêcher ; l'extrémité inférieure du tibia dépassait en dedans d'un tiers environ la surface articulaire de l'astragale. Mais le pied est resté perpendiculaire à l'axe de la jambe et repose parfaitement à plat sur le sol. Ce cas est fort intéressant, car il y a eu déviation bien qu'il réponde à la première série des faits énumérés par M. Verneuil, ceux dans lesquels il n'y a ni rupture, ni sections musculaires ou tendineuses.

Le deuxième cas a trait à une femme ayant eu une fracture

© BIU Santé

des plus graves de l'extrémité inférieure de la jambe. La résection fut proposée et acceptée et la femme endormie ; mais, dès la première incision, on reconnut, tant les désordres profonds étaient considérables, que, sans doute, une amputation eût été préférable. On ne pouvait réveiller la malade pour proposer cette seconde opération ; la résection fut pratiquée ; 7 cent. du tibia et du péroné furent enlevés ; l'astragale était intacte.

Les membres étaient contus et mâchés. La guérison ne fut pas obtenue, et la malade mourrait au bout de trois mois d'infection purulente. Or, dans ce cas, malgré les altérations musculaires, la déviation ne s'était pas manifestée. M. Le Dentu pense que, pour éviter la déviation, il faut faire une juxtaposition parfaite ; maintenir les surfaces articulaires soit par la suture osseuse, soit comme le propose M. Verneuil, en sectionnant les tendons qui ne pourront plus exercer de tractions intempestives sur les surfaces osseuses, car ce que l'on demande à l'articulation après la résection tibio-tarsienne, ce n'est pas de la mobilité, mais on cherche à ce que le pied puisse fournir au membre inférieur une base de sustentation solide. M. Le Dentu ajoute qu'aux tendons péroniers on devrait ajouter les deux faisceaux externes de l'extenseur commun des orteils ; leur section serait désirable aussi pour empêcher l'abduction forcée. Quant à l'équinisme, il se produit non-seulement dans les traumatismes de la jambe, mais encore dans ceux de la cuisse : l'attitude vicieuse doit seule être incriminée. Pour s'y opposer il faut donc surveiller l'attitude ; mettre le pied dans l'angle droit ; et pour cela, lorsqu'on emploie la gouttière, interposer entre la semelle et la plante du pied un fort tampon de ouate.

M. Farabeuf. Lorsque j'étais interne chez M. Verneuil et chez M. Després, mon attention avait été souvent appelée sur cet équinisme consécutif. Pour le combattre, j'ai souvent employé sous leurs yeux un procédé bien simple et qui consiste, après avoir placé l'attelle en U qui maintient les surfaces fracturées, à poser sur la partie antérieure de la jambe une nouvelle attelle plâtrée, le pied étant préalablement bien mis à angle droit. Cette attelle est maintenue par des bandelettes en diachylon ; l'équinisme ne se produit plus.

M. Guyon. La discussion me semble avoir un peu dévié, et l'on ne parle plus guère que de l'équinisme ; je dirai, comme M. Le Dentu, qu'il me semble exclusivement dû à l'attitude vicieuse que prend le membre ; le pied mal soutenu s'abandonne, se renverse et l'équinisme survient. Pour s'y opposer, la seule méthode me paraît l'emploi de l'attelle plâtrée. Au lieu d'employer une attelle antérieure, comme M. Farabeuf, je me sers d'un attelle postérieure ; mais j'ai le plus grand soin de mettre, au préalable, le pied à angle droit, dans l'attitude du repos. — M. Th. Anger n'est guère partisan de la méthode que propose M. Verneuil, du moins dans les cas où la plaie suppure déjà ; il craint que la section tendineuse n'amène, par suite de la rétraction musculaire, une fusée purulente dans les gaines. Tel est l'accident qu'il a observé une fois et auquel il ne voudrait plus s'exposer.

M. Verneuil remercie M. Le Dentu des observations intéressantes qu'il vient de donner. Ce cas, entre autres, de déviation consécutive sans section tendineuse, est très-remarquable et fort difficile à expliquer. Ces faits méritent une étude attentive. Quant à la deuxième observation, il n'est pas étonnant que la déviation ait fait défaut, malgré les altérations musculaires ; n'avait-il pas réséqué 7 c. de tibia ? les muscles étaient évidemment trop relâchés pour pouvoir exercer une action quelconque sur les surfaces articulaires. M. Verneuil répond à M. Anger qu'il avait en vue la résection récente ; néanmoins il ne pense pas que, dans les résections tardives, les sections des tendons aient une influence bien pernicieuse. Le pus est un peu partout ; les fusées purulentes ne sont pas rares, et une section de plus ou de moins ne saurait compromettre le résultat.

M. Moth (de Dinan), présente des pièces provenant d'un enfant mort par suite d'un anus contre-nature ombilical. Nous en reparlerons lorsque M. Després aura déposé le rapport dont la Société l'a chargé. P. Reclus.

REVUE D'HYGIÈNE

I. De l'anémie et spécialement de l'anémie chez les mineurs; par le Dr Paul Fabre, médecin des mines de Commentry. 1 vol. 232 p. Librairie H. Lauwereyns.

II. De l'élévation de la température dans les houillères et des phenomènes qui s'y rattachent au point de vue hygiénique : par le Dr Paul Fabre.

III. De l'influence du travail souterrain sur la santé des mineurs ; par le Dr Paul Fabre.

Les trois mémoires de M. le Dr Fabre ont trait à l'hygiène des mines, spécialement des houillères. Depuis l'épidémie d'Anzin et les travaux de Hallé, les auteurs, se copiant à l'envi, ont fait de l'anémie des mineurs une entité morbide à laquelle on a rattaché toute espèce d'affections, même le vitiligo (Dr A. Manouvriez), *post hoc, ergo propter hoc*. M. Fabre, esprit judicieux, parfaitement au courant de la science, et médecin de houillères importantes (Commentry), s'est demandé ce qu'il en est au juste de l'anémie dite des mineurs. Etudiant avec soin les conditions physiques, chimiques et physiologiques auxquelles sont soumis les travailleurs souterrains, comptant, ce qui n'a pas été fait avant lui, que nous sachions, les globules du sang de mineurs tant bien portants que malades, examinant le sang des chevaux qui travaillent en dehors de la mine et celui des chevaux qui habitent les galeries depuis des années, il est arrivé, après cinq ans d'observations et de recherches, aux conclusions suivantes:

Il n'y a pas une *anémie des mineurs*. Les épidémies d'Anzin et de Schemnitz, qui ont fait entrer l'anémie des mineurs dans le cadre nosologique, furent caractérisées par une anémie secondaire, consécutive à des empoisonnements. Toutes les formes d'anémie peuvent être observées chez les mineurs ; leurs symptômes se rattachent toujours à l'anémie globulaire.

Les influences qui peuvent, chez les mineurs, favoriser le développement de l'anémie sont générales, professionnelles et individuelles.

Les influences générales comprennent : la privation de la lumière solaire qui est une cause de pâleur et non d'anémie, les variations dans la proportion des principes constituants de l'air, sa viciation par des gaz méphitiques, l'humidité, l'élévation habituelle de la température, l'augmentation dans la pression barométrique, la présence des poussières, etc... Les influences professionnelles varient suivant la nature des minerais qu'ils exploitent. Les influences individuelles sont congénitales ou acquises.

L'hypoglobulie vraie, l'anémie globulaire essentielle est rare chez les mineurs d'aujourd'hui et les mesures de prophylaxie la feront disparaître de plus en plus. Il faudrait que l'on ait soin de changer fréquemment de chantier les hommes qui travaillent dans des galeries malsaines ; que les femmes et les enfants soient bannis des galeries souterraines ; que les ouvriers n'aillent jamais à jeun dans leur chantier, qu'ils s'alimentent bien et ne fassent aucun excès. I. Besson.

CORRESPONDANCE

De l'enseignement des accouchements en Italie.

Nos lecteurs trouveront dans la lettre suivante des détails intéressants sur une question remise à l'ordre du jour par le *Progrès médical*, à savoir la réforme de l'enseignement des accouchements. Dans un prochain numéro, nous espérons avoir l'occasion de faire quelques réflexions au sujet de cette lettre.

Monsieur,

Après avoir lu ce que M. Teinturier a écrit dans le *Progrès médical* du 3 août de cette année sur l'enseignement de l'obstétrique, j'ai voulu prendre la liberté de vous faire connaître le moyen par lequel, à Bologne, on obvie à plusieurs des inconvénients signalés dans ce travail. J'espère, Monsieur, que vous voudrez bien excuser la liberté que je prends, en pensant que la science est cosmopolite, que dans tous les pays on étudie, et que le bien se trouve fractionné et comme partagé dans toutes les parties du monde.

Aussi, chez nous, l'enseignement pratique de l'obstétrique a

© BIU Santé

toujours profondément préoccupé l'esprit des savants, puisqu'il arrivait ici également ce dont la France se plaint aujourd'hui : un petit nombre de lits devaient suffire à l'instruction de plusieurs centaines d'élèves. Celui qui, plus que d'autres, a cherché à remédier aux inconvénients dérivés de ce système, a été mon bien-aimé professeur le Dr J.-B. Fabbri (de Bologne), dont la science déplore la très-grande perte. Il a rappelé les très-louables tentatives que firent dans le même but ses illustres prédécesseurs, c'est-à-dire MM. Galli, Fermanini, Bavoni, Quadri et Rizzoli ; mais lui seul, s'inspirant à Monteggia, de Milan, a peut-être résolu la question, en imaginant des expériences très-ingénieuses sur les cadavres.

Comme M. Teinturier l'a fait remarquer avec beaucoup de justesse, presque toujours les lésions traumatiques de la femme, dans les accouchements artificiels, n'ont pas d'autre origine qu'une erreur de diagnose, ou une faute opératoire. Cependant les expérimentations que M. Fabbri a imaginées, sont précisément dirigées pour exercer l'élève dans le diagnostic et dans la manuel de toutes les différentes opérations qu'on peut pratiquer, tantôt sur la femme en accouchement, tantôt sur le fœtus, depuis les opérations les plus simples jusqu'aux plus composées.

Il va sans dire qu'il est absolument impossible d'atteindre les buts indiqués, ou avec le classique mannequin des écoles, ou bien avec des appareils en cristal, de Jean-Antoine Galli, de Bologne (1750), ou par la machine en soie goudronnée du professeur Antoine Santimavosi, de Macevata (1770), ou par la matrice, en forme de cage, construite avec du gros fil en fer, par M. Fermanini. En effet, ces divers appareils peuvent servir à peine à démontrer le mécanisme des accouchements dans les différentes présentations et positions qu'on peut rencontrer du côté du fœtus.

Pour faire ses expériences, M. le professeur Fabbri faisait usage de cadavres de fœtus ou frais, ou bien conservés dans l'alcool, et de cadavres de femmes apprêtés comme je vais le dire. Le profit que les élèves ont toujours retiré des exercices que le passionné maître faisait exécuter sous ses yeux, a été, du moins, presque le même que celui que l'on pouvait obtenir par une diligente pratique dans une clinique bien dirigée et fort nombreuse.

Pour faire ces expériences, il suffit de prendre un cadavre de femme quelconque, l'apprêter de manière à ce qu'il puisse servir pour un accouchement artificiel. L'expédient adopté par M. le professeur Fabbri, pour atteindre son but, est la méthode suivante : de la paroi antérieure de l'abdomen, il faut faire un grand lambeau rectangulaire, limité par une incision transversale immédiatement au-dessous des mamelles, et par deux incisions longitudinales qui, de l'extrémité de la première, descendent jusqu'aux deux épines antérieures supérieures des éléments, ayant soin de disséquer et d'enlever les muscles lorsque le cadavre est trop gras. Renversez en bas le lambeau indiqué ; ôtez de la cavité abdominale complétement ouverte les intestins, excepté le rectum et la portion sigmoïde du colon qu'on fixe aux vertèbres lombaires. Il faut ôter encore la vessie urinaire, la matrice avec ses dépendances, et le vagin, en ayant soin de ne pas léser la paroi antérieure du rectum. Ensuite, on relève le lambeau rectangulaire fait avec la paroi antérieure du ventre, de laquelle on introduit la partie médiane dans l'excavation pelvienne à la façon d'un sac qui peut bien représenter le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse.

Dans le point le plus bas du sac, on pratique une ouverture transversale ou en croix, *ad libitum* ; elle doit représenter l'orifice utérin dans les différentes phases de la dilatation. Le bord supérieur du lambeau est rattaché aux vertèbres lombaires, en le perçant avec une grosse aiguille enfilée d'une ficelle, et qui en passant par deux trous de conjugaison traverse l'antre vertébral et va par derrière au corps des vertèbres. Dans l'ouverture vulvo-vaginale, on pratique avec le bistouri trois petites incisions, une supérieure et deux latérales, afin qu'il puisse se dilater et se prêter au passage du fœtus sans que le périnée subisse des déchirements. Au dessus du sac formé du grand lambeau, on place alors le cadavre d'un fœtus, ou récent, ou couperosé dans l'alcool, dans la présentation et dans la position qu'on désire.

Il est bien clair qu'après avoir disposé les choses de cette manière-là, et après avoir remplacé la paroi antérieure de l'abdomen avec un drap, qui empêche de voir, l'élève peut à son gré exécuter des explorations, s'exercer à reconnaître les présentations et positions, et même opérer des versions, des applications de forceps, etc. Les conditions dans lesquelles se trouve en ce moment-là la main de celui qui étudie sont au tact toutes semblables à celles de celui qui opère et agit dans un véritable accouchement. L'illusion est parfaite; et pour s'en convaincre, il ne faut qu'essayer une seule fois. Avec le doigt ou avec la main, ou même avec les instruments, on n'arrive au fœtus qu'en passant par l'orifice simulé de la matrice ; simulé, c'est vrai, mais semblable en tout au réel. La pression qu'exercent les contractions utérines dans un accouchement vrai sur le corps du fœtus, peut être représentée par la pression de la main d'un assistant, en poussant avec de la force et de l'adresse sur le fœtus, vers le fond du petit bassin.

Lorsqu'il faut exercer les élèves dans les opérations qu'exigent les difformités du pelvis, avant de fixer sur les vertèbres le grand lambeau, on adapte sur le sacrum des plaques en zinc, construites exprès, et ayant des formes et dimensions différentes suivant les cas. En employant ces plaques, que par le moyen de ficelles on attache solidement aux vertèbres des lombes, on peut obtenir presque toutes les déformations, depuis les plus simples jusqu'aux plus composées, et depuis les plus vulgaires jusqu'aux plus rares.

Dans certains cas spéciaux, quand les exercices pratiques doivent avoir un but particulier, comme lorsqu'on veut s'instruire dans le maniement, ou bien encore lorsqu'on veut connaître la manière d'action de quelques instruments dangereux, on peut substituer aux cadavres de femme, des bassins préparés à sec avec les téguments. Cependant, ces bassins, au bout de quelque temps pourraient subir quelques avaries. M. le professeur Fabbri, pour empêcher ce danger, imagina, il y a plusieurs années, de faire construire des bassins en fonte. Le musée obstétrical de Bologne possède une belle et riche collection de ces bassins en fonte, tant normaux que pathologiques ; et jusqu'à présent, tous les ans, on a étudié sur eux les différentes opérations qu'on pratique sur le corps du fœtus, avant de les éprouver sur le cadavre. Dans toutes ces opérations la main du jeune élève peut gagner beaucoup de cette adresse, qu'autrement il ne pourrait jamais acquérir si facilement et sans danger pour d'autres personnes.

En l'été de 1863, M. Fabbri démontra à MM. les professeurs Depaul et Tarnier, de Paris; Holmes et Braxton-Hicks, de Londres; Boddaert et Fraeys, de Gand; Hyernaux, de Bruxelles, et Hubert, de Louvain, sa manière d'expérimenter. De tous ces hommes très-compétents, il reçut des paroles de louange et d'admiration. Mais, par une inexplicable fatalité, les masses sont toujours restées rétives pour suivre et embrasser les utiles propositions.

Il y a peu d'années que les expériences imaginées par M. Fabbri ont commencé à être connues, appréciées et répétées dans les différentes facultés d'Italie. En dehors de l'Italie, le *Progrès médical* sera peut-être le premier journal qui en parlera à ses lecteurs. En France, je suis sûr que tôt ou tard on fera bon visage aux exercices obstétricaux sur le cadavre, puisqu'ici déjà l'on en sent le besoin, et, partout, les bonnes choses finissent par être appréciées.

Il est bien possible que plusieurs personnes, pour contredire ou pour faire de l'esprit par une critique triviale et spéculative sur ces nouvelles manières d'expérimenter, se récrieront. Mais à ceux-ci mon bien-aimé maître donne la réponse dans ses mémorables paroles : « Mes amis, avant de parler ou d'écrire, il n'y a pas de remède, il faut se salir les mains, et volontiers et beaucoup. » Nous souhaitons que cet avis ne soit pas pour ceux qui, comme vous et comme nous, sont des élèves de l'école expérimentale.

Agréez, je vous prie, Monsieur le rédacteur, les témoignages de ma considération et de ma sympathie. Votre très-dévoué,

Dr Joseph Lapponi.

© BIU Santé

Le *PROGRÈS MÉDICAL* à l'Exposition.

Pavillon d'anthropologie (3me article) (1)

Dans notre dernier article, nous nous étions arrêté à la période de la pierre polie, après avoir rapidement passé en revue les pièces relatives aux temps géologiques (âges de la pierre taillée).

II. *Période néolithique.* — Les matériaux sont encore plus nombreux pour cette étude, d'autant plus que l'âge de la pierre polie est plus voisin de nous et que certaines peuplades non encore éteintes le présentent dans son type le plus pur ; les armes et les instruments de travail des néo-calédoniens, ceux des indiens du Mexique, sont encore, comme ceux de nos ancêtres, constitués par la pierre polie et il ne semble pas y avoir de différence essentielle entre la hache polie des dolmens et celle dont se servent aujourd'hui encore les peuples auxquels l'usage du fer est inconnu. A la fin des temps géologiques, nous avons vu que l'os était travaillé habilement et qu'une certaine tendance artistique se révélait dans les formes des outils et dans les ornements dont on les décorait ; rien de tel n'existe au début de la période néolithique, une sorte de décadence semble régner en certains points ; on revient à des formes plus massives ; la faune s'est, du reste, modifiée ; plus de renne, plus de mammouth, plus de gravures d'animaux ; l'art, quand il se manifeste encore, en est réduit à des combinaisons de lignes et à des figures géométriques. On voit en même temps surgir plusieurs de nos races domestiques actuelles ; il y eut sans doute là, dans le cours des siècles, l'introduction d'une race humaine nouvelle qui, refoulant peu à peu au nord les anciens peuples pasteurs, prit possession du terrain et y fit vivre avec elle les races d'animaux qu'elle avait déjà domestiquées.

Cette époque, relativement récente de la hache polie, devait se continuer malgré l'apparition des métaux, malgré le bronze, malgré le fer, au moins jusqu'à l'époque où la métallurgie naissante put produire assez de métaux et leur donner des qualités suffisantes pour rendre leur usage accessible à la masse ; cette succession des âges de la période néolithique, démontrée par l'archéologie actuelle, n'était pas inconnue des anciens : Lucrèce, l'écho de tant de traditions éteintes, n'avait-il pas déjà dit dans son admirable poème : « Les premières armes de l'homme furent ses mains, ses ongles, ses dents, puis des pierres, il connut ensuite l'usage du bois, puis celui du feu ; ce n'est que plus tard que l'homme se servit de fer et d'airain, mais il connaissait l'usage de l'airain avant celui du fer..... »

Dans certains gisements, on a pu trouver superposées les deux industries de la pierre taillée et de la pierre polie, de même qu'il n'est pas rare de rencontrer le bronze avec la pierre polie, certains métaux, le cuivre, l'or, ont également été travaillés au début de cette époque néolithique, mais cela s'explique puisqu'on les rencontre à l'état natif, ils furent simplement martelés (coll. Ed. Tournier et musée d'Arles).

On trouvera à l'exposition d'anthropologie une quantité innombrable de haches polies, elles sont variables comme dimensions, quelquefois comme formes et surtout comme matière ; il faut signaler principalement les collections Aspelin (Finlande), Evans (Angleterre), Bourgeois, Delaunay, Landesque, Carbonnier, Souché, Baudon, Salmon, Nicaise, Vielle, etc., et celles des musées de Semur, Lons-le-Saulnier, Troyes, Bordeaux, ainsi que les séries collectives de l'Autriche, de la Russie, du Portugal et de l'Espagne.

Il est probable que dans cette longue série de siècles, plusieurs races se sont tour à tour disputé la prééminence ; la guerre est, hélas ! aussi ancienne que l'homme, on pourra en juger en voyant en place des pointes de flèche fixées dans des os (coll. Prunières, musée d'Arles) ; il semblerait même que l'anthropophagie fût fréquente, elle devait sans doute faire partie des dogmes religieux de l'époque ; le sacrifice humain s'est perpétué jusqu'au début des temps historiques, au temps de César les Germains brûlaient encore en holocauste leurs prisonniers, et ce n'est que depuis peu d'années que les Anglais sont parvenus à empêcher le sacrifice des *sutties* de l'Inde.

Du mélange des industries de la pierre taillée et de la pierre polie devait cependant résulter en certains pays une fabrication plus délicate, celle de la pierre taillée et polie, celle des flèches et harpons ciselés tels qu'on les trouve dans les *amas de débris de cuisine* (Kjœkken-mœddings), du Danemark. La hache polie s'aplatit et devient tranchante ; la pêche s'est développée, la navigation existe déjà puisqu'on retrouve, parmi les coquilles cassées qui constituent ces amas, des débris de poissons habitant l'eau profonde. Dans les épaisses tourbières danoises, plus récentes, on trouve aussi de nombreux outils de pierre finement travaillés : le chien existait déjà comme animal domestique, sa présence a, du reste, contribué à rendre difficile l'étude des autres races d'animaux domestiques dont il mutilait les os ; on trouvera plusieurs rayons et beaucoup de dessins représentant à l'Exposition cette civilisation primitive du Danemark.

Dans cette période du début de la pierre polie, on observera nombre de variations du type primitif, il y aura des modifications de forme selon telle ou telle région, probablement aussi selon tel ou tel âge, c'est ce qui explique la variété qui règne entre les différentes collections exposées, analogues au point de vue du gisement géologique, mais dépendant de périodes chronologiques moins comparables. Aucune étude ne sera plus profitable que celle des riches matériaux amassés par MM. de Fondouce, de Longuemar, de Mortillet, Daleau, Chantre, Cartailhac, Monmeja, Lalande, Nicaise, Salmon, Rames, Revon et Perrin.

L'époque des dolmens est largement représentée au Trocadéro ; cette période mégalithique est bien connue maintenant, les trouvailles abondantes, dues aux fouilles exécutées partout, ont permis de fixer d'une façon certaine et l'âge et le but de ces vestiges d'une civilisation passée. Les grottes funéraires furent peu à peu remplacées par ces tombeaux gigantesques, on y plaçait les morts, sans doute accroupis comme dans les sépulcres des Incas, on les y accumulait, même on y célébrait quelques cérémonies religieuses comme l'indiquent les couches de cendres et les ossements calcinés que l'on trouve mêlés à ceux de nos premiers ancêtres. Y eut-il là, dans la construction de ces monuments massifs, l'action d'un peuple unique, l'expression d'un fétichisme particulier, c'est ce qu'il serait difficile d'affirmer ; il semblerait plutôt que la période mégalithique, dont on trouve les traces visibles dans les deux hémisphères, était l'indice d'un des degrés d'évolution de la race humaine, d'un besoin de culte en quelque sorte ; on s'efforçait de cacher certains cadavres illustres, si l'on en juge du moins par l'abondance d'armes et d'ornements que l'on a pu trouver dans ces tombes antiques. Ce désir de signaler certains tombeaux, nous le retrouvons, presque à la même époque, dans l'ancienne Egypte, et, il faut l'avouer, nous y obéissons encore lorsque dans nos cimetières nous élevons des monuments funéraires. On trouvera dans la première salle, celle de l'anthropologie anatomique, des documents intéressants sur la race des dolmens. L'examen des crânes de cette époque révèle le mélange d'une race brachycéphale et d'une autre race dalichocéphale. Ce mélange, en proportions variables, il faut le reconnaître, était-il accidentel, ou représentait-il la moyenne anthropologique de la population, c'est ce qu'il serait difficile de discuter, et surtout d'affirmer, quand il s'agit de temps aussi reculés ; certaines races ont pu exercer vis-à-vis de la masse une prépondérance aristocratique, être ensevelies de préférence sous les dolmens, sans que pour cela rien puisse être conclu pour le peuple en général, par l'étude des caractères particuliers de leurs os. On trouvera dans le pavillon d'anthropologie beaucoup de dessins relatifs aux dolmens et quantité de pièces dues aux fouilles patientes des savants, dont nous citions plus haut les noms.

On semble aujourd'hui considérer les monuments mégalithiques, les grottes, les tumuli, comme l'indice d'une même civilisation dont l'expression se serait modifiée selon les commodités du terrain ; mais nous n'avons pas à discuter ici ces opinions, nous nous contenterons de signaler le nombre res-

(1) Voir le *Progrès médical* n° 40, voir aussi les nos 28, 29, 32, 33, 34, 37, 39, 40, 41 et 42.

© BIU Santé

treint de représentations en relief, si utiles cependant pour décider de la question ; nous n'avons pas remarqué dans les expositions américaines aucun terrain figuré indien, ni même aucun tumulus de ces régions, c'est une lacune que nous devions indiquer. L'Exposition anthropologique est, par contre, complète pour l'âge du bronze ; on trouve sur les tables les remarquables publications de M. Chantre, et chaque vitrine contient de nombreux spécimens, qu'on retrouve aussi à chaque pas dans la galerie de l'art rétrospectif : il en est de même des cités lacustres ; deux grandes vitrines, celles du musée d'Annecy et de M. Costa de Beauregard, montrent une collection du plus grand intérêt, on y trouve ces nombreux objets qui ont permis de reconstituer dans leurs moindres détails les mœurs des habitants palafittes, ignorées jusqu'à une époque bien récente (1853). C'est encore là une des étapes de la civilisation, l'habitant de la cité lacustre était agriculteur; il savait cultiver le grain, le conserver, se faire une réserve ; sa vie du lendemain était assurée, tandis que dans les périodes précédentes la nourriture de l'individu dépendait des hasards variables d'une chasse plus ou moins fructueuse. Nous trouvons là aussi, dans ces agglomérations lacustres, les rudiments de notre état social actuel; la famille, la solidarité semblent naître de la réunion des intérêts communs, et l'on peut dire que la tribu lacustre portait en elle les germes d'une nation. C'est dans ces épaves de villes que l'on a trouvé les premiers vestiges du pain ; les céréales, concassées plus ou moins grossièrement, étaient pétries et cuites et ce pain primitif (tortillas), sert encore aujourd'hui à la nourriture des Indiens du Mexique.

Nous n'insisterons pas sur les débuts de l'âge du fer, ni sur les voies d'introduction de ce métal dans l'Europe occidentale ce serait rester dans les périodes historiques proprement dites ; nous devrons signaler, comme se rapportant à l'époque de la pierre polie, la série d'amulettes et de perforations crâniennes dont nous avons déjà parlé à propos du salon de l'anthropologie anatomique (coll. Broca et Prunières).

Il nous resterait encore à rendre compte d'une des parties intéressantes de l'exposition d'anthropologie, de l'ethnographie : nous renverrons à ce propos le lecteur aux rapports officiels du congrès, publiés dans un des récents numéros de la Revue d'anthropologie ; nous ne saurions entreprendre cette étude qui sortirait du cadre de ce journal et pour laquelle une grande expérience serait nécessaire ; notre but, plus modeste, était d'attirer l'attention sur la partie médicale du pavillon des sciences anthropologiques, nous ne prétendons pas l'avoir complétement atteint, mais nous serions heureux, malgré les difficultés de notre tâche, d'avoir contribué, dans une faible part, à la défense de cette belle science qui s'occupe de l'homme et de ses origines à travers le temps et l'histoire.

Henry de Boyer.

BIBLIOGRAPHIE

De l'affection catarrhale à propos de l'endémie catarrhale qui règne dans la vallée de la Touvre (Charente) ; par le Dr H. Bourru ; br. in-8 de 116 pages. Coccoz, lib.-édit.

L'école anatomo-pathologique, à laquelle appartient la rédaction de ce journal, professe pour l'affection catarrhale un septicisme quelque peu railleur ; pour cette école, l'affection catarrhale n'existe pas; par suite, elle n'exige pas de description ; on ne s'arrête pas à une chimère, on ne discute pas une conception imaginaire.

Je dois dire de suite que, quoique élevé dans les doctrines, dans les principes de l'école contemporaine, je ne puis partager son sentiment pour l'affection catarrhale. J'ai eu trop souvent l'occasion, et lorsque j'étais l'interne de M. Marrotte, à la Pitié, et depuis, dans ma pratique particulière, de constater l'existence de cette fièvre catarrhale, pour ne pas m'écarter sur ce point de doctrine de la majorité de mes collègues. Aussi, ai-je lu avec un vif intérêt la relation d'une endémie catarrhale observée dans la vallée de la Touvre, par un médecin distingué, le Dr Bourru, ancien agrégé de l'école navale de Rochefort, un sceptique la veille, un converti aujourd'hui !

Ceci dit en matière de préambule, nous allons esquisser rapidement le contenu de cette brochure intéressante.

Le catarrhe n'est ni une maladie, ni un symptôme ; c'est un mode morbide, élément commun de mainte maladie ; il se compose d'une congestion, suivie d'exhalation, si l'organe affecté en est susceptible, et, plus tard, d'une multiplication cellulaire.

Si le catarrhe n'est qu'un mode morbide commun, l'affection catarrhale est une unité pathologique. Essentiellement générale, elle se pose sur tel ou tel organe, mais ces localisations qui forment des variétés nombreuses, laissent toujours intacte l'unité affective, une dans sa nature et dans ses origines.

Sous cette réserve bien établie que l'affection catarrhale est toujours une, l'auteur analyse ensuite les localisations diverses, 1° sur les membranes à épithélium, telles que la peau, les muqueuses respiratoire, digestive, génito-urinaire, oculaire, auditive, les poumons, les parotides, les testicules, les reins ; 2° sur les organes à endothélium, telles que les séreuses articulaires, les séreuses splanchniques (plèvre, endocarde, péricarde, péritoine, méninges), le tissu conjonctif des nerfs, des muscles.

Mais à quoi reconnaître le lien commun qui unit ces diverses localisations ? A quels signes reconnaître l'affection catarrhale.

Pour l'auteur, les caractères généraux de l'affection catarrhale sont les suivants : L'irrégularité et la généralité des localisations, les caractères pseudo-intermittents ou continus-rémittents de la fièvre, la durée indéterminée de cette fièvre, la convalescence laborieuse et prolongée. C'est sur ces caractères qu'il insiste particulièrement avant de décrire en détail les différentes maladies nées de la constitution endémique observée dans la vallée de la Touvre. Ces maladies ne sont que les diverses localisations que nous avons énumérées plus haut, et leur étude a surtout pour but d'étayer par des faits bruts, par des observations, l'exposé de doctrine fait précédemment.

G. Peltier.

VARIA

A qui le fœtus ?

On en a bien ri par tout l'hôpital ; les infirmiers, d'un bout à l'autre des couloirs, se lançaient des interpellations aussi saugrenues que joyeuses, grosses d'allusions et de réticences ; les malades, dès qu'une cornette paraissait, s'enfouissaient la tête sous leurs couvertures ; les élèves faisaient des efforts héroïques pour ne pas éclater au nez de leurs chefs, et ceux-ci se mordaient les lèvres pour sauver leur dignité ; la salle de garde ressemblait au Palais-Royal un jour de grand succès. — Tout autour même du monument, le quartier s'ébaudissait, les commères faisaient des gorges chaudes, les marchands de vin narraient la bonne histoire à leur clientèle, qui croyait voir ricaner et grimacer plus fort que jamais les vieilles gargouilles voisines.

Tout le monde, pourtant, ne riait pas. D'un côté la Direction, muette et froide, affichait des airs graves et sévères ; de l'autre la Communauté, tout en ébullition, ne savait quelle contenance tenir : l'insulte était trop cruelle pour être prise gaiement, trop absurde pour être relevée sérieusement.

Voici ce qui s'était passé. L'affaire remonte à tantôt quinze jours, et nous l'aurions contée plus tôt, sans le désir de recueillir d'abord toutes les versions qui courent ; la précipitation n'eût pas été pardonnable ici. Donc, le samedi, 12 octobre, le garçon d'amphithéâtre faisait ses comptes; il comparait ses livres à sa caisse, et de son bilan ressortait un excédant de recettes : il y avait un cadavre de plus que n'en comportaient ses notes, et ce cadavre était celui d'un fœtus de quatre à cinq mois. L'homme compte et recompte : « Tant de fœtus venus des salles, tant d'expédiés à Clamart, tant d'envoyés au cimetière avec leur mère, il n'en doit rester que deux. Et en voilà trois! D'où vient celui-ci, dont le cordon est singulièrement coupé ? Il faut que quelqu'un l'ait apporté ici, en cachette. » Et de courir chez le directeur, de lui signaler l'introduction,

© BIU Santé

par une main inconnue, d'un fœtus surnuméraire. Le directeur à son tour prend feu, et, sans songer à demander pourquoi la salle des morts n'était pas fermée, accepte sans réfléchir davantage la conclusion du garçon d'amphithéâtre : ce fœtus était le fruit d'un accouchement clandestin, et on avait cru le faire disparaître en l'apportant à la salle des morts.

Ce point de départ admis, restait à trouver l'origine du fœtus. Il pouvait provenir de l'intérieur de l'hôpital, avoir été importé du dehors, en contrebande, par quelqu'un ayant des entrées ou des relations dans l'établissement. C'était le cas de faire une enquête à bas bruit, pour ne compromettre personne, s'il n'y avait là qu'une erreur, pour ne pas donner l'éveil, s'il y avait un coupable. Au lieu d'agir avec prudence et précaution, et cédant, sans peut-être s'en douter, à des préoccupations qui troublèrent sa judiciaire, le directeur en arriva, rapidement et sans hésitation, à se persuader, au mépris de la logique, que la mère du fœtus devait faire partie du personnel, laïque ou religieux, de la Communauté. Fût-ce chez lui inspiration spontanée ou suggestion d'un malicieux esprit ? Nous l'ignorons.

Les uns disent que lui-même déclara, devant l'inspecteur envoyé pour éclaircir l'affaire, que c'avait été première sa pensée ; les autres prétendent qu'un plaisant narquois lança l'œuf, étourdiment saisi à la volée par le naïf directeur. Toujours est-il que, publiquement, officiellement, la communauté des sœurs, menacée de l'intervention du commissaire de police, fut accusée de connivence dans le prétendu accouchement clandestin, de complicité dans l'étonnant procédé employé pour cacher la faute d'un de ses membres, et que, finalement le prieur, non, le directeur de l'hôpital, consigna, jusqu'à plus ample informé, sœurs professes, novices et postulantes. Ici encore les versions diffèrent. Certains affirment que cette mesure, au plus haut point blessante par son caractère personnel et exclusif, fut l'œuvre de l'initiative du directeur de l'hôpital ; quelques-uns disent qu'elle fut décidée par le directeur général lui-même.

Peu importe d'ailleurs ; la responsabilité en incombe dans tous les cas à celui qui l'a prise de son chef ou provoquée par son rapport, car il est clair que le directeur général de l'Assistance publique ne se serait pas arrêté à une détermination aussi grave, si on ne lui avait présenté les faits sous un jour tel qu'il devait croire l'accusation parfaitement établie. Or, sur quoi reposaient les soupçons ? Sur ce que, dans le trajet des bâtiments de la communauté à la salle des morts, existaient de nombreuses taches, sur ce fait encore que le plancher avait été récemment lavé aux environs de la lingerie. Ceux qui connaissent l'hôpital en question conviendront que ce lavage était, en effet, chose inouïe ; mais ils ne s'étonneront pas que des lingères trouvent intolérable, à leur porte, un certain degré de malpropreté. Quant aux taches, parmi celles qui émaillent les murs et les parquets de l'hôpital, habile qui démêlerait une piste quelconque. Le chimiste le plus expert y perdrait tous ses réactifs. Et c'est sur de pareils indices, sans autres présomptions, qu'on accuse des femmes d'accouchement clandestin et de suppression d'enfant !

Sans doute, c'étaient des religieuses, mais était-ce une raison suffisante pour les traiter ainsi ? On connaît nos sentiments sur la question des congrégations dans les hôpitaux ; nous en sommes d'autant plus à l'aise pour exprimer sans détour un blâme absolu. Quand il s'agira de repousser l'intervention, dans l'Assistance publique, d'une société quelconque, laïque ou religieuse, mais indépendante de l'administration, nous n'hésiterons pas, estimant que charbonnier doit être maître chez lui. Mais, sous couleur de combattre une institution, accuser sans preuves d'un véritable crime les femmes, personnellement honorables, qui en font partie, c'est le comble de la légèreté, pour ne rien dire de plus. Il était si simple de commencer par où on a fini, de s'enquérir auprès des élèves, de s'informer si l'un d'eux n'aurait pas transporté un cadavre de fœtus d'une salle dans une autre, et troublé ainsi la comptabilité du garçon d'amphithéâtre !

Mais voilà ! On a peut-être un passé gênant à faire oublier, une conversion récente à affirmer ; de plus, on a de l'ambition, on se dit que ses supérieurs ne sont pas immortels, qu'un espoir une première fois déçu peut se réaliser plus tard, si l'on sait s'orienter et prendre le vent. Et alors, on oublie la recommandation de M. de Talleyrand, on fait du zèle à tort et à travers, et il se trouve, en fin de compte, qu'on a joué un rôle odieux ou ridicule.

Cl. FROLLO.

Séance de réouverture des cours de l'école de garde-malades et d'ambulancières.

Mardi dernier, 22 octobre, a eu lieu dans la salle des mariages de la mairie du VIe arrondissement, obligeamment mise à la disposition des organisateurs par le maire, M. Rigaud, la séance d'ouverture des cours de la troisième année de l'école des garde-malades et ambulancières. Cette séance était présidée par M. le docteur Duchaussoy, agrégé libre de la Faculté et directeur de l'école. Un grand nombre de dames avaient répondu à l'appel des organisateurs de la réunion, et ont écouté avec une attention et une approbation qui sont du meilleur augure pour l'avenir de la Société, le discours du président sur les devoirs des ambulancières. M. Duchaussoy, qui avait traité dans la réunion de l'année dernière des obligations des garde-malades civiles, avait choisi, cette année, le second côté de la question, le rôle des femmes pendant la guerre ; il a développé ce sujet dans un langage excellent, rappelant avec beaucoup de raison que si, pendant les douloureuses épreuves de la guerre de 1870, le dévouement des femmes de France avait toujours été à la hauteur des nécessités sans cesse renaissantes de la guerre, l'organisation et surtout l'instruction préalable avaient bien souvent été insuffisantes, et que cette insuffisance même avait souvent paralysé de généreux efforts. Rappeler ces faits, c'était assurément la meilleure manière de faire ressortir l'utilité d'une école de garde-malades et d'ambulancières. Mais M. Duchaussoy a voulu joindre l'exemple au précepte, et dans la longue liste des héroïnes de la charité, il en a choisi une qui vivait au commencement de ce siècle, qui portait le nom d'Anne Biget (en religion sœur Marthe) et dont toute la vie fut consacrée au soulagement des blessés et des prisonniers.

Après ce discours, accueilli par les applaudissements de l'assemblée, on a proclamé les noms des élèves qui avaient subi avec succès les examens de fin d'année. Treize diplômes ont été délivrés aux dames dont les noms suivent : Mesdames Bazin, Blanchet, Chilliet, Colin, Dumont, Gonegou, Husson, Jolly, Marchand, Marcolin, Poissonnier, Ringard et Trouvé.

Madame Blanchet, dont les examens avaient été particulièrement brillants, a reçu de la Société, à titre de récompense exceptionnelle, une trousse d'ambulancière. Puis ces dames ont pris l'engagement public de se conformer aux préceptes énoncés sur le diplôme et dont l'observation constitue la bonne garde-malade, et l'une d'elles, au nom de ses compagnes, a remercié les professeurs de l'école en termes très-heureux et très-dignes.

Avant de lever la séance, M. Duchaussoy a rappelé que l'ouverture des cours de l'école aurait lieu le 15 mars, que ces cours auraient lieu trois fois par semaine, et se termineraient le 17 juillet.

Toutefois, l'exposition de la Société internationale de secours aux blessés offrant en ce moment un champ d'études exceptionnel aux ambulancières, l'un des professeurs de l'école, M. le Dr Boulomié, se propose de faire aux élèves, dans le courant de la semaine, à l'Exposition, une conférence spéciale sur les hôpitaux temporaires, les pansements en temps de guerre, etc. C'est là une heureuse pensée, à laquelle il n'y a que des éloges à donner.

Personne, assurément, parmi les lecteurs du *Progrès médical*, ne s'étonnera du bienveillant intérêt avec lequel nous suivons les travaux de l'école de garde-malades et d'ambulancières. L'année dernière, à pareille époque, un de nos collaborateurs rendait compte, à cette place, des premiers résultats obtenus ; nous sommes heureux de voir aujourd'hui que le succès continue à couronner de louables efforts. Ce succès même atteste un heureux réveil de l'opinion publique dans notre pays, qui, pendant longtemps, avait trop facilement pris son parti d'occuper le dernier rang au point de vue de l'enseignement des soins à donner aux malades. On commence à comprendre, même dans le public, qu'à côté de l'*art de guérir*, qui doit rester aux mains d'un petit nombre, il y a l'*art de soigner*, qui doit être aux mains de tous, et tous les médecins doivent leurs meilleurs encouragements à cet enseignement, qui leur fait la tâche moins lourde et le succès plus facile. Bonne chance donc à ces cours d'infirmières volontaires.

Nous profitons de l'occasion pour dire que l'on vient de rouvrir à Bicêtre et à la Salpêtrière les cours professionnels que nous avons si longtemps réclamés et enfin obtenus, auxquels le concours de tant de bonnes volontés intelligentes a fait un jeune, mais durable succès, et grâce auxquels, — nous en avons le ferme espoir, — on sera bientôt en mesure de remplacer, dans tous nos hôpitaux, les douteux services de la charité cléricale par les soins éclairés et intelligents d'infirmières laïques sérieusement préparées à leur tâche.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

Bibliothèques des malades.

Nous extrayons les renseignements suivants du rapport que nous avons fait en février dernier, au Conseil général de la Seine.

A Sainte-Anne, il existe une *bibliothèque médicale* composée de 378 volumes et une *bibliothèque pour les malades* comprenant 1,305 volumes. — A la Salpêtrière, il n'y a rien de spécial pour les *aliénés*.

© BIU Santé

Relativement à l'asile de Vaucluse, voici quelques renseignements. Une bibliothèque est placée sous la garde du surveillant en chef, à la disposition de la division des *aliénés*. Elle se compose d'ouvrages variés ; un catalogue est à la disposition des malades (hommes) qui peuvent choisir les livres. Les livres de cette bibliothèque sont très-lus. — Dans la division des femmes, il y a aussi une bibliothèque : elle est uniquement composée d'ouvrages, dits de piété, approuvés par divers évêques. Elle est sous la garde de la Communauté qui *seule* intervient pour le choix des livres à mettre entre les mains des *aliénées*. Nous ne voulons pas nous appesantir sur les inconvénients d'une telle pratique. Nous croyons qu'il ne doit y avoir qu'une bibliothèque par Asile et que, *seul*, le médecin directeur, ou son délégué, doit surveiller la distribution des livres, suivant le sexe et surtout suivant les indications et la nature de l'affection dont sont atteintes les malades.

A Ville-Evrard, 150 volumes, en très-mauvais état, sont à la disposition des malades. Cette lacune est d'autant plus déplorable que nous avons à Ville-Evrard un pensionnat dont les habitants, plus lettrés que ceux de l'Asile, sentent plus vivement l'absence de livres.

A Bicêtre, la 3e section, consacrée aux épileptiques, possède dans une salle spéciale, une bibliothèque administrée par un malade, et composée de 400 volumes. Cette bibliothèque, entretenue par la générosité du médecin, M. Falret, est assidûment fréquentée par les malades. La 1re section est absolument dénuée de livres, quant à la 2e, on y trouve encore quelques volumes, débris de la splendeur passée.

Laissez-nous, Messieurs, puisque l'occasion s'en présente naturellement, vous raconter comment fut fondée la première bibliothèque, peut-être, à l'usage des malades.

Leuret était médecin de Bicêtre. Il avait conçu une méthode particulière de traitement de l'aliénation mentale et qu'il désignait sous le nom de *traitement moral*. Parmi les moyens qu'il mettait en œuvre, figuraient — à côté des agents physiques, d'ailleurs — les distractions intellectuelles. De là, l'idée d'une bibliothèque. Les deux premiers ouvrages qu'il y introduisit furent *Simon de Nantua* et un *Recueil de chants* choisis par lui-même et réunissant des pièces de vers tirées des grands auteurs français et mises en musique par Elwart, Wilhem, Meinzer, Neukomm, Adam, Méhul, Plantade, Hervé, alors organiste de Bicêtre sous le nom de Florimond, Rongé, etc., etc.

Peu à peu la bibliothèque s'accrut au point d'atteindre au chiffre de 600 volumes environ. Deux professeurs étaient à la discrétion complète de Leuret : un instituteur et un maître de chant, organiste à la chapelle de Bicêtre. L'instituteur était tenu de suivre la visite du matin ; Leuret lui désignait les malades dont il devait s'occuper dans la journée et lui indiquait ce qu'il devait faire faire à chacun d'eux ; lorsqu'il s'agissait de réunions, de lectures, les malades venaient s'asseoir sur les bancs de la classe ; l'un d'eux lisait à haute voix les fragments du volume choisi, et les lecteurs alternaient à chaque point, sans aucune interruption, chacun étant tenu de suivre attentivement le cours de la lecture.

Les *concerts* d'ensemble avaient lieu les mardis et vendredis, sous la direction du maître de chant. Ils offraient un tel intérêt que souvent Wilhem, Elwart, F. Bérat, les premiers propagateurs de la musique populaire, venaient assister aux exécutions, les encourageaient et ajoutaient de temps en temps un chœur ou une mélodie nouvelle de leur composition.

Les malades étaient alors groupés comme pour l'étude des chœurs, par ténors, basses, et certains chantaient isolément les airs qu'ils connaissaient ou qu'il s'agissait de faire apprendre à la totalité, le tout avec l'accompagnement d'un petit orgue et d'un orchestre composé des malades instrumentistes. Un petit théâtre avait été installé où l'on jouait des pièces choisies par le médecin et appropriées à la situation des malades.

Ce que nous avons tenu à montrer dans cet examen rétrospectif, c'est que l'idée de créer des bibliothèques pour les malades, l'idée des concerts, des lectures pour les malades — très-répandue aujourd'hui en Angleterre — paraît avoir pris naissance en France, et que si ces institutions, comme tant d'autres, ainsi que nous le verrons encore à propos de l'enseignement des idiots, ont périclité, disparu même sous un régime qui semble n'avoir eu pour but que de tout abaisser autour de lui, c'est au gouvernement républicain de réparer là, comme ailleurs, le mal fait par l'Empire. Aussi, votre commission vous propose-t-elle de consacrer une partie du crédit (5,000 fr.) devenu libre par la suppression de l'inspectorat général, à la création de bibliothèques dans nos Asiles ou à l'extension de celles qui existent déjà. *B.*

Enseignement médical libre.

Hôpital des Enfants malades. — Le docteur Jules Simon commencera ses conférences le mercredi, 6 novembre, et les continuera les mercredis suivants, à neuf heures, dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

Le samedi, consultation clinique.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 24 octobre 1878, on a déclaré 751 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 14; rougeole, 7; scarlatine, 1; variole, 3; croup 17; angine couenneuse, 7; bronchite, 28; pneumonie 36; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 7 ; choléra nostras, » ; dysenterie, 6; affections puerpérales 2; érysipèle, 1 ; autres affections aiguës, 184 ; affections chroniques, 307 dont 137 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales 38; causes accidentelles, 33.

Concours. *Externat.* Questions : *Côtes et cartilages costaux. — Articulation tibio-tarsienne. — Crosse de l'aorte.*

École de médecine d'Arras. — M. Brégeaut, professeur d'histoire naturelle médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est nommé professeur honoraire de ladite Ecole.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

Giroux. — Le microphone et ses applications en médecine, volume in-8 de 47 pages, orné de 4 figures. Paris, 1878. — Prix :

Riant (A.). — Le matériel de secours de la Société à l'Exposition de 1878, volume in-8 de 185 pages avec 101 figures. Paris, 1878. — Prix : 4 fr.

Jaccoud. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, grand volume in-8 cavalier de 800 pages avec figures dans le texte, Paris, 1878. — Prix : 10 fr.

Librairie Alex. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Cara dec (Th.). — De la ligue contre les vivisections, brochure in-8 de 23 pages. Paris, 1878. — Prix : 1 fr.

Librairie A. DELAHAYE, place de l'Ecole-de-Médecine.

Arthuis (A.). — Traitement des maladies nerveuses, des affections rhumatismales et des maladies chroniques, volume in-8 de 198 pages, Paris, 1878. — Prix : 4 fr.

Cuffer (P.). — Recherches sur la néphrite interstitielle cardiaque, volume in-8 de 24 pages. Paris, 1878. — Prix 1 fr. 25.

Dubouë. — De la physiologie pathologique de la fièvre typhoïde et des indications thérapeutiques qui en dérivent, volume in-8 de 147 pages, Paris, 1878. — Prix : 2 fr. 50.

Duvivier (A.). — Considérations sur l'utilité et le rôle de la méthode en médecine, volume in-8 de 119 pages, Paris, 1878. — Prix : 2 fr. 50.

Guebhard (A.). — Etude sur la cystite tuberculeuse, volume in-8 de 112 pages, Paris, 1878. — Prix : 2 fr. 50.

Guerin (A.). — Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, volume in-8 de 592 pages avec 33 figures et 2 planches, Paris, 1878. — Prix : 10 fr.

Guillasse. — De la fièvre typhoïde. Etude physiologique, sa nature, son traitement, volume in-8 de 58 pages. Paris, 1878. — Prix : 1 fr. 50.

Morisset (M.). — Etude sur la pression intra-labyrinthique, volume in-8 de 95 pages, Paris, 1878. — Prix : 2 fr. 50.

Morton (J.). — Traitement du spina-bifida, petit volume relié, in-8 de 80 pages. Paris, 1878. — Prix :

Obled (R.). — Etudes sur les ulcères simples du col de l'utérus, exposé nosologique, traitement, volume in-8 de 142 pages. Paris, 1878. — Prix : 3 fr.

Peton (J.-H.). — De l'action physiologique et thérapeutique de l'ergot de seigle, volume in-8 de 98 pages. Paris, 1878. — Prix : 2 fr. 50.

Rousseau (H.). — Contribution à l'étude de l'acide chromique des chromates et de quelques composés du chrome, volume in-8 de 114 pages. Paris, 1878. — Prix : 2 fr. 50.

Remy (C.). — La membrane muqueuse des fosses nasales, volume in-8 de 100 pages avec 6 figures et 2 planches. Paris, 1878. — Prix

Wilhelm (M.). — De l'aspect extérieur du cadavre au point de vue

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans constipation et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, débilité, consomption, anémie, chlorose, diabète*, etc.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de migraine venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

Chaque cuillerée doit être délayée dans un verre d'eau sucrée ou vineuse et lui donne une saveur d'eau de goudron un peu forte à laquelle on s'habitue facilement. Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les **chaleurs**.

Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

médico-légal, volume in-8 de 47 pages. Paris, 1878. — Prix : 1 fr. 50.

L. de Wecker et Landolt. — Traité complet d'ophthalmologie, volume in-8 de 672 pages avec 146 figures et 2 planches. Paris, 1878. — Prix : 16 fr.

Govard. — Influence du tabac sur le développement des organes et des fonctions. Brochure in-8 de 24 pages. Paris, 1878. Siége de la Société, 5, rue Saint-Benoit. — Prix : 50 cent.

Dr. Arbitos. — Revista clinica anual del dispensario oftalmologico, volume in-8 de 23 pages. Madrid, 1878. Oficina tipografica del Hospicio. — Prix : 1 fr.

Petteruti G. J. Tisici alla Solfatara. — Osservazioni cliniche, volume in-8 de 67 pages, orné de 1 planche. Napoli, 1878. Grav. G. de Angelis. E. Figlio.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles. Imp. Cerf et fils, 59, rue Duplessis.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DE DUCRO

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, Anémie, Convalescence.

Gros : Paris, 20, place des Vosges.—Détail : Toutes les Pharmacies.

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et en 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

Gare : Pharmacie GERBAY, à Rozoy (Loiret).

Grande médaille et diplôme très-élogieux à Philadelphie

MÉDAILLE D'ARGENT A BRUXELLES 1876

PAPIER RIGOLLOT

ou

MOUTARDE EN FEUILLES POUR SINAPISMES

Médailles et récompenses aux Expositions

DIPLOME D'HONNEUR A L'EXPOSITION DE 1873

Adopté par les hôpitaux de Paris, les Ambulances et les hôpitaux militaires, par la Marine française et par la Marine royale anglaise, etc.

Le seul dont l'entrée de l'Empire soit autorisée par le Conseil de santé de Russie

POUDRE RIGOLLOT

LE MEILLEUR SINAPISME

POUR LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

APPROUVÉ PAR LES ÉCOLES VÉTÉRINAIRES DE FRANCE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE, ITALIE

Adoptée par le Ministre de la Guerre pour le service de la cavalerie française.

Exiger la signature ci-contre sur les bandes qui ferment les boîtes.

Rigollot

VIN TANNIQUE

DE BAGNOLS - SAINT - JEAN

NATUREL

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies ; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.

Marque (P. E. K.) de Fabrique

BIÈRE DE GOUDRON

Brevetée S. G. D. G.

Dépôt central à l'Établissement du Koumys-Edward, 14, rue de Provence, Paris.

Élixir toni-radical au Colombo, de Blottière, pharm., 56, rue de Sèvres, Paris, contre les dyspepsies, gravides, chlorotiques, syncopales, flatulentes, cardialgiques, symptomatiques du cancer, diarrhées, dysenteries, fièvres pernicieuses, convalescences, 5 fr.

Vacance médicale. — La commune de Betz (Oise) demande un médecin ; subvention : 1000 fr. ; Betz, chef-lieu de canton, se trouve entouré de communes formant une population de 4,000 habitants, qui n'ont pas de médecin. Pour tous renseignements s'adresser à M. le maire de Betz.

A céder bonne clientèle médicale, très-jolie petite ville, à 2 h. 1/2 de Paris (gare) ; conditions avantageuses. S'adresser chez M. Dubus, professeur, cité de la Mairie, 2, Montmartre-Paris.

Iconographie Photographique de la Salpêtrière, par Bourneville et Regnard, paraissant tous les mois par livraison de 8 ou 16 pages de texte et 4 photographies. — 42 livraisons sont en vente et forment le premier volume. — Prix : 3 fr. la livraison ; 32 fr. le volume complet. — Pour *les abonnés* du *Progrès médical*, 2 fr. la livraison ; le volume 20 fr. — La 7e et la 8e livraisons du 2e volume viennent de paraître.

DRAGÉES BLOT au *Copahu, Cubèbe, Cachou, Opium*, Codex 534, dragéifié préparées par pharmacien à Toulouse : toniques, dépuratives, anti-blennhorragiques, agréables au goût, prescrites par les médecins contre maladies secrètes, aiguës, chroniques des *voies urinaires*, catarrhe vessie. Bte 4f, fco 4.20.

Eug. Blot

Pour éviter imitation exiger :

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

M. GALLEPIE, pharmacien, 50, *rue Monge*, fera une remise spéciale à MM. les étudiants, sur les Dragées Blot et sur tous les médicaments en général.

VESICATOIRE L. ROUVIÈRE

Argocystique et Indolore

(EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN)

1re MÉDAILLE EXPOSITION PARIS.

Attestations des médecins en chef des Hôpitaux

Employé dans les *Hôpitaux* et ordonné par tous les médecins après essai.—Agit sûrement.—Pas Camphré.—Jamais de cystite.

Trois formules : 1° Vésicatoire indolore, la boîte.... 1f 50

2° — instantané, la boîte.. 1f 50

3° Toile Vésicante, le mètre..... 2f »

Paris : Pharmacie centrale, 7, rue de Jouy et ses succursales. — A. Hugot, rue Vieille-du-Temple, 19 et principales droguerie.

Vente en gros : L. ROUVIÈRE, pharmacien, à Nîmes (Gard).

COQUELUCHE

guérie sûrement et promptement par le

SIROP BENZOIQUE

AU BROMURE D'AMMONIUM de Ch. Serres

préparé selon la formule du Dr VIALLE

Gros : Phie Serres, 19, rue Brochant, Paris.

Détail : *Dans toutes les bonnes pharmacies.*

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 44. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES 6. 2 NOVEMBRE 1878.

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **M. PARROT.**

L'affection et la maladie.

I.

Messieurs,

Me proposant de vous exposer l'histoire d'une maladie — la variole, — laissez-moi vous dire ce qu'il faut entendre par ce mot MALADIE.

Ce n'est pas là une précaution inutile ; car si, dans notre science, il n'est pas de terme plus fréquemment employé, et qui fasse moins hésiter ceux qui en font usage ; il n'en est aucun, qui soit plus rarement mis en sa légitime place.

L'on a donné de nombreuses définitions de la maladie. Si je voulais les énumérer toutes, les commenter, les discuter, il me faudrait consacrer à cette étude, un grand nombre de leçons. Je ne le ferai pas, convaincu d'avance, que je jetterais le trouble dans votre esprit, au lieu de la clarté que j'y veux apporter. Je ne disserterai pas non plus sur les définitions, en général, et sur leur imperfection habituelle ; là-dessus, je n'ai rien à vous apprendre ; mais, ne comprenant, n'admettant sous aucune forme, l'absolu ; ne pensant pas qu'une chose, puisse être complétement isolée de toute autre chose ; je ne m'efforcerai pas à la recherche d'une formule de la maladie, considérée d'une manière abstraite ; au contraire, je procéderai par comparaison, j'associerai constamment l'idée de maladie à celle d'AFFECTION ; et c'est le rapport de ces deux termes, et de ce qu'ils représentent, que je désire établir.

Si vous voulez bien me suivre, j'espère vous convaincre de l'utilité qu'il y a, à ne pas confondre, comme on le fait trop souvent, dans les livres et dans le langage, l'affection et la maladie ; et vous comprendrez que mettre l'une à la place de l'autre, c'est substituer le tout à la partie.

La maladie est un composé d'affections ; il est donc indispensable de connaître l'affection avant la maladie.

J'appelle affection : *toute réaction de l'organisme vivant, contre les choses étrangères à son évolution normale.*

Remarquez, en passant, que cela s'applique aussi bien à la plante qu'à l'animal ; car il importe peu que la réaction, apparente ou cachée, soit perçue ou non, par l'être sur lequel elle s'accomplit.

Par le terme réaction employé ici, il faut entendre tout phénomène anormal, s'accomplissant en vertu des lois, qui normalement régissent les organes et les fonctions. Voulez-vous un exemple ? Je le prends à dessein très-simple.

Une plaie est faite d'un coup de couteau. Il y a immédiatement de la douleur, une hémorrhagie ; et plus tard, il se développe une inflammation locale. Ce sont là trois affections, trois phénomènes réactionnels, trois protestations des tissus et des fonctions organiques, contre le choc vulnérant.

La douleur vient des nerfs tranchés, irrités ; car leur propriété est d'être sensibles. L'hémorrhagie vient de la rupture des vaisseaux et du mouvement circulatoire, qui, par ces solutions de continuité, jette le sang hors de ses voies. L'inflammmation résulte de l'irritabilité des éléments histologiques, qui, démesurément excitée, fait sortir de ses bornes la nutrition et la transforme.

Ainsi, l'affection est provoquée par le conflit d'un excitant particulier qu'on appelle cause, avec les tissus, les organes et les fonctions, qui réagissent contr'elle, suivant un mode physiologique. Pour expliquer son développement, les lois de la physiologie suffisent, il n'en faut pas chercher d'autres. Dans ce conflit, s'il se produit une affection, c'est-à-dire une modalité anormale de l'organisme, au lieu d'un acte normal ; c'est que l'excitant, par sa qualité ou sa quantité, contrarie l'évolution, au lieu d'être parmi ceux qui lui sont utiles, indispensables même ; et sans lesquels, on ne peut concevoir l'existence de l'individu.

Par là, se manifeste l'action étiologique avec toute sa puissance ; et vous voyez quel intérêt s'attache à la détermination des causes.

Mais comment discerner les excitants étrangers, de ceux qui sont physiologiques ; la causalité normale, de celle qui provoque le mal ? Dans un grand nombre de circonstances, la distinction sera facile ; mais il faut bien le reconnaître, dans beaucoup d'autres, on ne pourra la faire ; car le même agent, suivant sa quantité ou sa qualité, alimentera le jeu normal de l'organisme, ou bien au contraire, y jettera le trouble. Et ce qui rend encore plus malaisée cette détermination, c'est la personnalité pathogénique du sujet, ce que l'on appelle son idiosyncrasie.

Vous le voyez : notre savoir sur ce point, comme sur tant d'autres, est très-limité ; mais nos recherches ne le sont pas : et si nous ne pouvons briser la barrière, il nous est permis de la reculer sans cesse.

Ceci dit sur la réaction, je dois m'expliquer sur l'évolution. Lorsque rien ne la trouble, on peut dire que c'est la santé même ; et que son terme est la mort fait normal ; dernier acte de la santé et son but. Cette mort, est la seule, qui mérite la qualification vulgaire de *mort de vieillesse*. Le règne végétal nous en fournit de nombreux exemples. Rappelez-vous les plantes annuelles, bisannuelles.

Beaucoup d'animaux sont dans le même cas, et pour ne vous parler que de faits bien connus, et que vous pouvez chaque jour vérifier ; songez au ver-à-soie, par exemple, au hanneton et à beaucoup d'autres insectes.

Ces plantes, ces animaux, dont il nous est si facile d'embrasser la vie, parce qu'elle est simple et courte, meurent d'évolution, c'est-à-dire de vieillesse, après une durée qui, pour les uns, est d'un an ; et pour les autres, de deux ou trois années.

Lorsque les milieux où vivent les espèces végétales et animales, subissent des changements considérables ou brusques, celles-ci disparaissent par la mort ou par l'émigration ; et nous les retrouvons dans les couches géologiques, ou sur des parties du globe, capables de leur fournir ce qui est nécessaire à leur évolution.

L'homme, avec son intelligence, a résisté à ces causes de disparition. Parfois il a émigré ; surtout, il a créé l'équivalent de l'émigration, dans les exercices, les vêtements, l'usage du feu, dans l'agriculture et la domestication des autres animaux.

Mais cette résistance même, à l'action des agents extérieurs, est contraire à l'évolution ; c'est en elle que l'on doit chercher l'origine des affections, qui peu à peu, se sont accumulées en lui et y ont pris droit de domicile.

Ainsi, l'on peut dire que l'homme est devenu malade par son intelligence. L'infériorité des animaux les a préservés. — Je ne nie pas les maladies des animaux, mais elles sévissent sur ceux dont nous avons troublé l'évolution, en les domestiquant, et d'ailleurs, je parle ici en général et ne saurais m'arrêter à quelques faits particuliers et exceptionnels.

L'homme n'a échappé à la destruction par les milieux, qu'au prix de la maladie ; et les causes de ses affections, du moins les plus communes ; il faut les rechercher dans ce milieu, qu'il doit combattre ou corriger, et dans les moyens qu'il met en œuvre, pour atteindre ce résultat. — Il semble que les anciens aient compris l'importance de ces

© BIU Santé

causes, qu'ils appelaient les choses non naturelles ; sans doute, parce qu'elles étaient contraires à la nature même, c'est-à-dire à l'évolution normale.

Est-il besoin de rappeler l'action de l'air, du chaud, du froid, de l'humidité et de beaucoup d'autres agents atmosphériques mal précisés ; combattue, à l'aide des exercices, des vêtements, du feu; et comme conséquence de cette lutte, ces inévitables refroidissements, la cause la plus fréquente, la grande cause de nos affections ?

Et les aliments, les boissons, les fatigues, les veilles, les agitations de l'âme et les travaux de l'esprit, provoqués par la lutte pour la vie, n'engendrent-ils pas d'innombrables affections?

Ces maux et leurs causes, existeraient-ils, si l'évolution de l'homme s'accomplissait aussi simplement et sans plus d'obstacles, que celle des plantes et des animaux, dont je vous parlais tout à l'heure ?

Je viens de vous parler de certaines causes d'affections, de certains agents perturbateurs de l'évolution des hommes, dans le temps ; il en est d'autres, qui affectent l'évolution de l'individu. Leur action s'exerçant dans un milieu et durant une période infiniment plus limités, leurs effets sont plus prompts et plus nets.

Je pourrais vous en citer plusieurs exemples, mais il en est un très-saisissant, c'est celui que nous fournit la syphilis héréditaire.

Le virus syphilitique, cette épine, ce corps étranger, introduit au début même de l'évolution, irrite prématurément tous les organes, et provoque ces affections si nombreuses et si précoces, que vous connaissez. Elles sont dans un rapport direct, avec l'activité évolutive de chaque élément histologique comme le prouvent les lésions du tissu conjonctif et des os, et avec le développement de l'individu, considéré dans son ensemble. Car puissantes, actives et variées, dans les premiers jours, dans les premières semaines, dans les premiers mois, on les voit,en dehors de toute thérapeutique, diminuer de nombre et d'intensité, au déclin de la première enfance, et cesser, dans le temps que cette période de la vie touche à sa fin.

II.

La maladie est *un groupe d'affections, de cause unique et propre.*

Voici quelques exemples qui, je l'espère, vous rendront très-nette la distance qui sépare le composé maladie, de son élément constituant l'affection.

Une *fracture* est une affection, car elle peut être le résultat, non d'une cause unique, mais de causes très-diverses. Parmi celles-ci, en effet, nous comptons les chocs directs, les contre-coups, les mouvements musculaires, les affections du tissu osseux, telles que le rachitis, la syphilis, l'ostéomalacie, etc. J'ajoute que ces mêmes causes peuvent produire des états morbides autres que la fracture, comme des contusions, des ecchymoses, des plaies, etc. Pour ces deux raisons, la fracture ne saurait être rangée parmi les maladies telles que je les ai définies. Ce n'est qu'à titre d'affection qu'elle fait partie de celles que je viens de vous nommer.

La pneumonie aussi est une affection, ou, pour mieux dire, les pneumonies sont des affections. Cela ne paraît pas contestable, pour celles à marche chronique, leurs origines étant très-différentes les unes des autres ; mais cela est encore vrai, pour celles de forme aiguë. L'on sait, en effet, qu'elles peuvent être traumatiques ou spontanées ; et parmi ces dernières, la pneumonie lobaire, qui en est le type, résulte d'une cause, ou de causes qui ne lui sont pas propres; car suivant certaines conditions individuelles et de réceptivité, qui d'ailleurs nous échappent complétement, ces causes agissant simultanément sur divers sujets, ou à des époques différentes sur la même personne, produisent : tantôt des inflammations, comme celle du parenchyme pulmonaire, de la plèvre, ou de l'enveloppe du cœur ; tantôt un zona, une fièvre herpétique ; ou bien encore, un rhumatisme articulaire aigu.

La méningite tuberculeuse n'est qu'une affection, étant sous la dépendance d'une cause à effets multiples, tels que: la tuberculisation des poumons, celle des ganglions mésentériques, de la rate, du foie, des os, du testicule ; et faisant partie d'un vaste complexus pathologique, dont les autres affections sont si nombreuses, que, pour en donner la nomenclature complète, il faudrait énumérer tous les organes, tous les tissus.

La fièvre intermittente tierce est une affection, car la cause qui la produit, le poison palustre, engendre aussi la fièvre quarte et la quotidienne, les fièvres rémittentes et pernicieuses, des névralgies, l'hypertrophie de la rate et certaines altérations du sang.

Je pourrais multiplier ces exemples, mais je m'arrête pour vous parler de quelques maladies.

Les maladies, nécessairement constituées par des affections, sont aiguës ou chroniques. Les premières, d'ordinaire fébriles, s'accomplissent rapidement, en un seul acte, et suivant un mode presque toujours cyclique. Les autres, au contraire, évoluent lentement ; et quelquefois, durent un nombre considérable d'années. On y distingue plusieurs actes et même plusieurs scènes, séparées par des périodes de calme, où il semble que l'organisme soit parfaitement sain. Peu régulières dans leur marche et leurs allures, elles sont bien loin de présenter les traits, si saisissants, qui caractérisent les maladies aiguës. — Celles-ci sont comme des orages, qui brusquement, obscurcissent la vie et la menacent, pouvant l'anéantir d'une manière prompte, parfois aussi, ne laissant aucune trace de leur passage. — Les maladies chroniques s'emparent de l'organisme peu à peu, sans bruit, et en sont déjà maîtresses, quand pour la première fois, l'on constate leur existence. D'ordinaire, elles tuent lentement; mais il est exceptionnel, même dans les cas les plus heureux, que le corps ne reste pas sous leur domination. — Très-rarement, le médecin peut les en déloger et quand par sa ténacité et sa vigilance, il parvient à les maîtriser, qu'il soit satisfait.

Après ce rapide coup-d'œil sur les maladies, je passe aux exemples. Parmi les aiguës, je prends la diphthérie, telle qu'on la connaît en France ; je veux dire ce mal épidémique et contagieux, qui couvre rapidement de plaques membraniformes, les muqueuses et la peau dépouillée de sa couche cornée ; qui a pour siéges de prédilection, les amygdales, les fosses nasales, le larynx, la trachée, les bronches ; qui frappe aussi, les organes les plus profonds, et les plus éloignés de ses manifestations apparentes : les reins par exemple et le système nerveux ; nous révélant alors ses redoutables atteintes, par l'albuminurie et des phénomènes de paralysie musculaire.

Toutes ces affections, qui coexistent ou se succèdent ; qui souvent sont le résultat d'une genèse successive et réciproque, dépendent d'une cause commune : et cette cause est unique ; car bien qu'on ne connaisse pas encore, la nature de la diphthérie, il est impossible de douter, puisqu'elle est contagieuse, que son principe ne soit de l'ordre des poisons ou des virus. Et toutes les fois que ce poison existe dans un organisme, qu'il y ait pris naissance ou qu'il y ait été introduit, il y détermine les mêmes accidents. — Ce sont bien là, les caractères de la maladie. La diphthérie est donc une maladie. Seul, l'ensemble des affections qui la constituent, mérite cette qualification ; on ne saurait en effet l'attribuer, à l'une d'elles, comme l'angine diphthéritique ou le croup ; car bien qu'elles aient une cause unique, le poison diphthéritique, cette cause ne leur est pas propre, puisque chacune d'elles la partage avec toutes les autres: avec l'ophthalmie, le coryza, la trachéo-bronchite, etc.

La variole est une maladie, car sa cause, le virus varioleux, lui est propre ; et les nombreuses affections qui la constituent, depuis la fièvre et la rachialgie, jusqu'aux altérations du sang, de la peau et des muscles, ont une origine unique, l'intoxication de l'organisme par ce virus.

Toutes, elles se touchent, s'enchaînent, se succèdent, s'engendrent, dans un ordre, qui, par sa régularité, fait de cette pyrexie, le type des maladies cycliques.

© BIU Santé

Cela, s'applique de point en point, à la scarlatine, à la rougeole, à la dothiénentérie et à plusieurs autres états pathologiques.

Parmi les maladies chroniques, la syphilis peut être considérée comme un type. Le virus, qui mis dans le corps, engendre les innombrables affections que vous savez, n'est-il pas unique, et n'est-il pas absolument propre à ce mal ? Dans son développement parfois si long, si accidenté, quel organe, quel tissu, quelle fonction, reste à l'abri de ses atteintes? Est-il nécessaire de vous nommer le chancre, la roséole, les pustules, les tubercules plats, les hépatites qui mènent à la cirrhose ; les ulcérations de la peau et des muqueuses ; celles de la voûte palatine qui la perforent ; celles du larynx, qui font perdre la voix ; les gommes de tous les organes, de tous les viscères, celles des centres nerveux ou de leurs enveloppes, qui donnent des attaques d'épilepsie ou qui font perdre le mouvement ; enfin, les altérations du squelette, qui, par leur gravité et leur nombre, ne le cèdent à aucune des précédentes.

Dans chacune de ces manifestations pathologiques, il ne faut voir qu'une affection, car elles ont une cause commune. Et, de par cette cause, quelque dissemblable que soit leur physionomie, quelle que soit la distance qui les sépare dans le temps, leur ensemble constitue une maladie.

Laissez-moi vous signaler encore une maladie, qui, dans cette énumération, trouve ici sa place, parce qu'elle est tantôt aiguë, tantôt chronique, et très-propre à faire ressortir l'importance de l'étiologie et à montrer combien il est souvent difficile de découvrir la cause du mal et de suivre son action, dans le dédale pathologique qui est son œuvre et son domaine. Je veux vous parler de l'Athrepsie. J'ai montré qu'une cause unique et propre, à savoir : l'aliment nuisible, par sa quantité ou par sa qualité, détermine chez le nouveau-né, une série d'affections simultanées ou successives et dont le siége et la physionomie sont si différents ; que de prime abord, tout rapprochement entr'elles semble impossible, illégitime ; et que jusqu'ici, les pathologistes et les cliniciens, les avaient considérées comme absolument indépendantes les unes des autres. Comment croire, en effet, lorsqu'on n'a pas attentivement suivi leur genèse, que le muguet et l'endurcissement de la peau, l'érythème des fesses et les convulsions, l'hémorrhagie méningée et l'infarctus uratique des reins, reconnaissent une même cause originelle, laquelle est un trouble de la digestion; et qu'elles composent au même titre, quoiqu'à des places différentes, le cortége de l'athrepsie.

L'affection prend donc sa source dans les tissus, dans les organes et dans les fonctions qui en dépendent ; tandis que ce qui fait la maladie, c'est la cause.

Nosologiquement, les maladies constituent des *espèces*, en donnant à ce terme, la signification qu'il a d'ordinaire en zoologie. Toute maladie est donc *spécifique* ; et c'est dans ce sens, qu'en pathologie, il faut parler de la *spécificité*, sous peine de se laisser aller à la fantaisie et de tomber dans la confusion.

Les affections sont presqu'innombrables ; car une de celles que j'appellerai primordiales, l'angine diphthéritique par exemple, se décompose en affections secondaires, comme l'adénopathie ; et si, dans cette dernière, on tient compte des altérations des divers tissus, on arrive à y reconnaitre plusieurs affections de troisième ordre. — De plus, elles se hiérarchisent par une relation de cause à effet, et partant chronologique. Ainsi : dans la pathologie cardiaque, l'endocardite détermine l'altération sclérо-calcaire des orifices et des valvules, rétrécissant les premiers, rendant les autres insuffisantes ; d'où résulte l'hypertrophie du muscle et la dilatation des cavités, qui elles-mêmes ont pour conséquence la stase sanguine périphérique et finalement les hydropisies. Dans cette série d'affections, dont j'aurais pu grossir le nombre, l'inflammation de la membrane interne du cœur, qui ouvre la scène, domine toutes les autres et les tient sous sa dépendance. De même, chacune de ces dernières, prime et commande celles qui la suivent, dans l'ordre que j'ai indiqué, et l'hydropisie, à laquelle je me suis arrêté, n'est pas la dernière, car il serait facile d'indiquer plusieurs conséquences morbides de l'infiltration séreuse des tissus.

Au contraire, le nombre des maladies connues, est très-restreint. Certes l'analyse pathologique est très-avancée ; et l'on peut dire qu'elle caractérise notre époque médicale ; mais l'on a fait peu de synthèse. C'est que les causes nous échappent. L'on sait aujourd'hui, qu'il n'y a pas *une maladie de Bright*, mais qu'un grand nombre d'affections du rein ont une conséquence commune : l'albuminurie. On connait les maladies auxquelles ressortissent plusieurs d'entr'elles : par exemple l'alcoolisme, la syphilis, le saturnisme, le phosphorisme ; mais pour les plus fréquentes, peut-être, la cause nous échappe, et nous ne pouvons déterminer dans quelles maladies, elles doivent être rangées.

S'il était besoin de vous donner d'autres preuves de cette imperfection nosologique, je pourrais vous citer la plupart des dermatoses, des névralgies, des affections rhumatismales et pneumoniques. Je ne doute pas qu'un jour, on ne puisse les rattacher à des espèces morbides parfaitement déterminées ; mais aujourd'hui, cela est impossible ; et les termes d'*arthritisme*, de *rhumatisme*, d'*herpétisme*, sur lesquels, d'ailleurs, l'entente est loin d'être faite, ne représentent aucune idée précise. Il y a dans toute cette région du domaine pathologique, beaucoup de désordre. Il ne cessera qu'avec le secours de l'étiologie. C'est donc vers la détermination des causes, que nous devons tendre ; c'est là qu'est le progrès, c'est là qu'est le but de notre science.

III.

Quelques mots encore, avant de terminer, sur l'emploi que l'on doit faire, des termes *complication*, *maladie intercurrente*, *affection intercurrente*.

La complication est de même espèce que ce qu'elle complique. Il en résulte qu'une maladie ne peut pas jouer le rôle de complication, et que cette relation ne peut s'exercer qu'entre les éléments, qu'entre les affections, d'une même maladie.

Pour vous faire comprendre comment une affection s'élève à la qualité de complication, laissez-moi vous donner un exemple. Je le tire de la diphthérie, dont je vous ai précédemment entretenus.

Vous savez que dans cette maladie, lorsque la localisation est amygdalo-pharyngée, il y a toujours une adénopathie rétro-maxillaire. C'est une autre affection diphthéritique, mais de deuxième ordre, si l'on peut ainsi dire, et toujours subordonnée à l'affection protopathique, constituée par la présence de plaques diphthéritiques, sur la muqueuse tonsillaire. Cette adénopathie peut être d'intensité très-variable. Est-elle légère ou moyenne? elle reste une simple affection, au même titre que la rougeur et la tuméfaction œdémateuse des parties que couvrent les fausses membranes; mais si les ganglions, par leur volume, gênent le jeu du maxillaire et la déglutition, s'ils viennent à s'abcéder, alors l'adénopathie est devenue une véritable complication. Elle prend, en effet, une place importante dans le processus morbide, elle augmente la gravité du mal ; et de la sorte, elle prime la diphthérie tonsillaire elle-même.

Supposez que le patient, ainsi affecté, soit pris de varicelle ou de rougeole ; ces maladies joueront vis-à-vis de la diphthérie ou de l'angine diphthéritique, le rôle de maladies intercurrentes ; et si la rougeole provoque une ophthalmie, celle-ci sera une affection intercurrente.

Il ne faudrait pas voir dans ce qui précède, une pure discussion terminologique ; s'il en était ainsi, je ne m'y serais pas arrêté aussi longuement. J'ai voulu préciser les termes les plus usités de la nosologie et marquer leur importance réciproque. Il ne s'agit pas de mots seulement ; mais d'étiologie, et l'étiologie est la base même de la pratique médicale.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Guilbert, adjoint au maire du 10e arrondissement, ancien président de la Société de secours mutuels de la porte Saint-Denis, ancien médecin du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement. (*Gaz. des hôpitaux.*)

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

De l'étude et de l'enseignement de l'anatomie.

Une communication, peut-être indiscrète, nous a mis entre les mains, il y a bientôt deux mois, un projet d'enseignement de l'anatomie pratique destiné à l'école de médecine de Paris.

Ce projet n'est pas signé, mais son contenu ressemble tellement à ce qui a paru il y a plus de deux ans dans nos colonnes que nous croyons en avoir deviné facilement l'auteur. Celui-ci, sauf erreur de notre part, est en situation de faire beaucoup de bien, s'il est secondé, et nous voulons ne voir que le beau côté de son entreprise ; à lui de triompher des obstacles petits et grands que nous entrevoyons. Qu'il reçoive donc nos encouragements les plus chaleureux, vrais toniques de la pharmacopée morale.

La chose en vaut-elle donc la peine ?

Sans contredit : l'anatomie, la plus utile des sciences fondamentales, ne s'apprend plus à l'amphithéâtre. Elle est négligée, même par ceux qui peuvent être appelés à l'enseigner, si nous en croyons les rapporteurs du concours d'agrégation. « Nous devons pourtant faire observer, écrivait naguère M. le professeur Gavarret, qu'il serait fâcheux de voir les jeunes docteurs, voués à la carrière de l'enseignement, négliger la dissection et s'éloigner de l'étude de l'anatomie descriptive et se laisser trop exclusivement entraîner vers la culture de l'anatomie générale. »

Qnant aux étudiants en médecine, ils dissèquent peu ou point ; ils lisent et retiennent momentanément le texte de quelques livres et répondent tant bien que mal aux examens, sur les dimensions, la forme et les rapports d'objets qu'ils n'ont jamais vus !

Il y a bien des raisons qu'on pourrait invoquer pour expliquer et excuser des mœurs pareilles. Contentons-nous de rappeler l'étroitesse et l'insuffisance des locaux partiellement envahis depuis quelques années par l'histologie, la chimie et même la photographie ; la pénurie des cadavres, le grand nombre des élèves et surtout cette espèce d'engouement trop expliqué hélas, par les exigences des examens et des concours qui portent de futurs praticiens de campagne à délaisser la bonne grosse anatomie utile pour faire un doigt de cour aux princesses de la mode actuelle, la haute chimie et la fine histologie.

Certes, si l'école de médecine n'était pas avant tout une école professionnelle, nous ne verrions aucun inconvénient à ce que tous les étudiants travaillassent à acquérir l'habileté technique des Wurtz, des Ranvier, des Vulpian. Mais, puisque cette école a pour but principal de faire des praticiens et de les faire en un temps donné, nous demandons humblement à constater que pour cette immense majorité d'étudiants, infimes, comme se plaisent à les traiter les hauts spéculateurs de la science, il n'y a et ne saurait y avoir de longtemps que deux laboratoires : l'école pratique d'anatomie et l'hôpital.

Ayez des salles de conférences, faites-y des démonstrations, des expériences classiques, etc., mais n'essayez pas de faire que tous les élèves soient des techniciens pas plus que des manipulateurs.

Nous ne saurions donc trop engager nos jeunes amis qui débutent à ne pas confondre l'utile avec l'indispensable. Et nous leur dirons : allez aux cours et aux démonstrations de chimie, de physique, d'histologie, de physiologie, c'est utile. Allez aux cours d'anatomie, c'est utile encore ; mais de plus, allez de par vous-même, sur le cadavre, découvrir, toucher, regarder, mesurer, peser, chacun des organes du corps humain, c'est indispensable. N'oubliez pas que l'anatomie est la moitié de la chirurgie, le quart de la médecine ; qu'elle ne s'apprend pas plus dans les livres que l'horlogerie sur des images, et que vous ne confieriez-pas votre montre à un jeune horloger qui n'aurait étudié que des textes, des gravures, et peut-être quelques rouages derrière une vitrine.

Allez donc entendre des cours ou des lectures, mais allez surtout voir à l'amphithéâtre et souvenez-vous de votre Horace :

> Segnius irritant animos demissa per aures
> Quam quæ sunt oculis subjecta fidelibus, et *quæ*
> *Ipse sibi tradit spectator.*

Du reste, nous n'avons plus besoin de conseiller aux étudiants de fréquenter l'amphithéâtre puisque le décret de juin dernier rend la dissection *obligatoire*, puisque nul étudiant ne pourra bientôt plus passer son examen définitif d'anatomie sans produire un *certificat* de dissection constatant qu'il a fréquenté l'amphithéâtre pendant deux hivers consécutifs.

Cette mesure essentiellement attentatoire à la liberté des paresseux et de ceux qui ne recherchent dans le diplôme que le droit d'exploiter une clientèle avec ou sans capacité, cette mesure n'a aucune valeur par elle-même. Evidemment, elle ne produira aucun résultat si l'étude et l'enseignement de l'anatomie pratique restent ce qu'ils sont actuellement.

C'est là ce qu'a bien compris l'auteur du projet que nous avons eu entre les mains. C'est pourquoi nous l'avons vu se préoccuper du nombre et de la conservation des cadavres, du matériel d'instruments, du personnel enseignant. Il n'est pas, en effet, de métier qui n'exige pour être appris : une matière première, un outil et un maître. L'outil, à l'école pratique, c'est une insignifiante question d'argent ; passons donc, tout en faisant remarquer à l'auteur du *projet* qu'il demande à peine pour 600 élèves le budget d'un des plus petits laboratoires.

La matière première, le cadavre, fait défaut. La production n'est pas en rapport avec la consommation encore moins l'offre avec la demande.

L'importation des abandonnés est difficile, onéreuse, entravée par des règlements de police, et la traite est absolument et définitivement abolie. D'autre part, la Société d'autopsie mutuelle se porte comme le Pont-Neuf et l'on reparle de l'abolition de la peine de mort !

Bref, nous en sommes réduits à faire feu de tout bois et à considérer les marchandises les plus avariées presqu'à l'égal des meilleures.

A cette pénurie de sujets, il y a des remèdes, mais tous ne sont pas d'une application commode. En voici quelques-uns :

1° Faire venir à Paris, par les chemins de fer, les cadavres abandonnés dans les établissements pénitentiaires ou hospitaliers de la grande banlieue ;

2° Faire pratiquer sur place un embaumement provisoire de tout cadavre non réclamé, afin d'éviter la décomposition rapide et de supprimer la nécessité d'un transport immé-

© BIU Santé

diat. Un très-grand nombre de sujets arrivent, en effet, à l'Ecole pratique, spécialement dans les saisons chaudes, dans un état de putréfaction qui empêche de les utiliser ;

3° Embaumer les sujets ouverts ou sujets autopsiés, par injection et immersion, afin de les rendre utilisables comme les sujets entiers ;

4° Eviter de faire subir les épreuves dites pratiques des examens d'anatomie et de chirurgie pendant la saison de la dissection ; car ces épreuves ont consommé par an plusieurs centaines de cadavres.

Quoi qu'on fasse, l'Ecole pratique de la Faculté, relativement au nombre des sujets et des élèves restera longtemps encore, dans une situation bien plus mauvaise que l'amphithéâtre des hôpitaux.

Ceci revient à dire que toute mesure tendant à forcer les jeunes anatomistes à tirer le meilleur parti des rares sujets qui leur sont distribués doit être bien accueillie par eux. C'est ainsi que nous verrions avec plaisir les débutants ne pas toucher un scalpel avant de savoir *grosso modo* l'ostéologie. Car, sans la connaissance des os, on ne sait que hacher les parties molles.

Mais si la Faculté décide qu'il en sera ainsi, que nul ne sera admis à disséquer s'il ne sait l'ostéologie, la Faculté a le devoir d'apprendre d'abord l'ostéologie aux anatomistes débutants, c'est-à-dire de donner à ceux-ci des répétiteurs et des os.

Des os ! Mais nous savons bien que s'ils ne sont enchaînés, les élèves..., pardon, messieurs, mille pardons ! nous savons bien que quelques-uns des élèves les emporteront sous leur vêtement et s'approprieront ainsi le bien de l'Etat que paie tout le monde et qui n'est à personne. Eh bien, qu'on les enchaîne ces os, qu'on les teigne en vert ou en rouge s'il le faut pour les rendre partout reconnaissables, mais que les élèves puissent les toucher, les retourner, les voir et les regarder sous toutes leurs faces.

Quant aux répétiteurs, il s'agit d'en recruter un nombre assez considérable, afin qu'il y en ait environ 30, en comptant les prosecteurs, soit 1 pour 20 élèves au plus.

Ah ! nous pouvons le dire, nous qui avons débuté dans les pavillons de la Faculté ; le jour où les débarqués d'hier trouveront un guide et un maître assis et disséquant à côté d'eux, sera un beau jour. Cependant cette réforme ne nous a jamais semblé irréalisable. Il y a dans l'internat, et même à côté de l'internat, une quarantaine de jeunes gens qui, se destinant à la chirurgie à Paris et en province, trouveraient honneur et profit à enseigner l'anatomie pendant quelques années. Il faut seulement ne pas leur demander plus qu'ils ne peuvent donner.

Si vous exigez de ces *moniteurs*, comme les appelle l'auteur du projet, de ces *chefs de dissection*, comme disait le professeur Hardy, si vous voulez exiger d'eux une assiduité absolue et un séjour quotidien de midi à 4 heures dans les pavillons, en temps de presse comme en temps de morte-saison, faites votre deuil de l'institution des moniteurs, car vous n'aurez personne. Si, au contraire, le directeur de l'Ecole pratique, tout en restant ferme comme l'acier, sait être souple comme l'acier et se contenter d'apprécier la quantité de travail donné, la tâche, sans tenir compte d'une façon absolue du temps employé, des heures de présence, et si, d'autre part, il est lui-même vigilant, très-vigilant, nous espérons beaucoup de l'organisation nouvelle qui, probablement, va être acceptée et appliquée, et dont voici le plan en quelques mots.

1° Division des élèves en débutants et vétérans.

Cette répartition est à la fois conforme au décret de juin 1878, à la nécessité d'utiliser les sujets autopsiés qui sont suffisants pour les débutants et aux exigences de l'enseignement de l'anatomie pratique, qui demande incontestablement deux années au moins. Elle nous paraît absolument favorable aux intérêts des élèves.

2° Chaque pavillon dirigé par un chef (prosecteur ou aide) aura autant de moniteurs qu'il peut contenir de fois 20 élèves.

Ces moniteurs, recrutés au concours, auront un degré d'instruction bien supérieur à celui de leurs pupilles. Leurs fonctions seront doubles — apprendre aux élèves de leur section à disséquer, — faire eux-mêmes un certain nombre de préparations et les expliquer.

3° L'auteur du projet propose de demander au chef de pavillon et à ses 3 ou 4 moniteurs, 100 démonstrations par hiver. Celles des pavillons de débutants comprendraient l'ostéologie, l'arthrologie, la myologie, les gros nerfs et vaisseaux, c'est-à-dire les membres, la charpente du tronc, et de la tête. Celles des pavillons de vétérans, la fine angéiologie, la névrologie, les sens, les viscères et les principales régions. De sorte que : « Depuis les plus grosses choses, le genou, le deltoïde, jusqu'aux plus fines, les vaisseaux de la choroïde, l'oreille interne, tout ce qu'il est possible de voir à l'œil nu ou avec un faible grossissement, aurait été *préparé, expliqué et placé sous les yeux* des élèves.»

Si l'espace nous le permettait nous continuerions cette citation et nous montrerions ce que l'auteur entend par *démonstration*. Nous pensons que nos lecteurs comprendront facilement qu'une démonstration est tout le contraire d'une leçon, d'un cours ou d'un prêche dans lesquels des mots seuls arrivent aux oreilles des assistants. L'anatomie doit frapper à la porte du toucher et de la vue pour pénétrer dans la place et y laisser des connaissances sérieuses et durables.

Nous ne savons pas au juste ce que pense la Faculté du projet auquel nous faisons allusion. Peut-être le trouve-t-elle trop beau, irréalisable ! Peut-être se dit-elle que le promoteur, malgré son ardeur exubérante, n'arrivera pas à former, à galvaniser son personnel beaucoup plus calme, plus froid et plus occupé de ses petites affaires. Peut-être redoute-t-elle quelque sédition des élèves ?

Il n'y a pas assez longtemps que nous ne sommes plus élèves nous-mêmes pour ne pas être tranquilles à ce sujet. Les élèves, se révolter contre quelqu'un qui, sans aucune vue personnelle, travaille évidemment et exclusivement dans leur intérêt, cela ne s'est jamais vu !

Quant au personnel de prosecteurs et de moniteurs, sans prétendre qu'il montrera un zèle au-dessus de tout éloge, nous pensons qu'il fera son devoir et même qu'il le fera avec plaisir, car il le fera avec profit.

Le nouveau chef des travaux anatomiques n'aura à lutter ni avec les élèves, ni avec ses subordonnés ; ce n'est pas de là que lui viendra la résistance s'il lui en vient. Disons qu'il ne rencontre actuellement que de l'appui.

Il est vrai qu'il entre en fonctions dans de mauvaises

© BIU Santé

conditions. L'école pratique beaucoup trop petite est en voie de reconstruction et d'agrandissement; reconstruite sur les plans adoptés, elle sera encore insuffisante.

Non, l'Ecole de Médecine de Paris qui occupera en définitive beaucoup moins de terrain que celle de Lyon, ne sera pas suffisante. Peut-être est-il temps encore de prévoir les besoins d'extension future. Car ces besoins doivent être prévus. Ecoutez plutôt cette anecdote historique ; c'est feu l'ingénieur Perdonnet qui parle: « Il y a dix ans, lorsque fut construite la gare de.... à Paris, je demandai, dit-il, 6 hectares. On me traita d'insensé. Aujourd'hui, elle en occupe 28, et nous cherchons partout des terrains pour l'agrandir. »

Nous avons déjà dit plusieurs fois (1), et nous le répétons encore aujourd'hui, parce qu'il en est encore temps, si on le veut : Pour doter l'Ecole pratique des laboratoires, des amphithéâtres et des salles de dissection dont elle a besoin, pour que ces constructions répondent au but que l'on se propose, pour qu'elles remplissent les conditions d'hygiène exigées, ici, plus que partout ailleurs, il est absolument indispensable qu'on ajoute aux terrains actuels : 1° Tout l'espace occupé par les maisons de la partie de la rue Monsieur-le-Prince qui longe l'Ecole pratique ; 2° Tout l'espace compris entre la rue Antoine-Dubois et la rue Dupuytren.

Outre que cette adjonction de terrain permettra de faire mieux que ne le comportent les projets en voie d'exécution, on fera cesser les plaintes des habitants de la rue Monsieur-le-Prince et, d'autre part, on aura un ensemble de bâtiments en harmonie avec ceux de la Faculté de médecine, les façades de l'Ecole pratique et de la Faculté se trouveront ainsi sur le même plan.

Pour obtenir le résultat que nous désirons, il faut que la Faculté, par l'organe de son Doyen, avec le concours des agrégés députés, que l'architecte qui, nous assure-t-on, a vu récemment les merveilles que la ville de Lyon édifie à l'instar des universités allemandes, insistent de nouveau, énergiquement, auprès du Ministre de l'instruction publique et auprès du préfet de la Seine pour provoquer un nouvel examen de la question. Il importe aussi que la presse médicale apporte son concours éclairé, qui donnera au représentant de la Faculté une force plus grande pour faire valoir la nécessité des agrandissements que nous proposons.

Alors, il est à espérer que l'administration supérieure accordera à la Faculté ce qu'elle demandera, et on pourra édifier une Ecole pratique digne de la Faculté de Paris, et qui fera honneur au Ministre qui aura su obtenir l'emplacement et les fonds nécessaires.

(1) Journal *L'Homme libre*, janvier 1877 ; — Procès-verbaux du *Conseil municipal*, 1877, p. 586 ; — *Progrès médical, passim*.

Médecins de la marine. — Par décret du Président de la République en date du 24 octobre 1878, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine.

Au grade de médecin en chef : M. le médecin principal Bourel-Roncière (Paul-Marie-Victor).

Au grade de médecin principal : 1er tour (ancienneté). — M. le médecin de 1re classe Coste (Baptiste).

Faculté de médecine de lyon. — Aux termes d'un arrêté de M. le Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, en date du 22 octobre courant, il y a lieu de pourvoir à la chaire de médecine légale actuellement vacante à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

(Année scolaire 1878-1879).

Les Cours d'Hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 5 Novembre.

Physique médicale, M. Gavarret. — Physique générale. — Electricité. — Acoustique. Mercredi, Vendredi, à midi.
— Physique biologique. — Rôle des agents physiques dans les phénomènes de la vie. Lundi, à 5 heures (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale, M. Jaccoud. — Maladies de l'appareil d'innervation. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures.

Anatomie, M. Sappey. — Les appareils de la locomotion, de la circulation et de l'innervation. Lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures.

Pathologie et thérapeutique générales, M. Chauffard. — Caractères généraux et classification des maladies aiguës. — Etude séméiologique de l'état fébrile. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Chimie médicale, M. Wurtz. — Chimie médicale. — Métalloïdes. Jeudi, samedi, à midi.
— Chimie biologique. — Histoire chimique du sang. — Phénomènes de la respiration. Mardi, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale, M. Trélat. — Rectum. — Organes génitaux. — Membres. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures.

Opérations et Appareils, M. Léon Le Fort. — Thérapeutique des maladies des articulations, des vaisseaux, etc.
— Opérations spéciales sur la tête, les yeux, la face. Mardi, Jeudi, Samedi, à 4 heures.

Histologie, M. Robin. (M. Duval, agrégé-suppléant). — 1° Etudes des éléments anatomiques cellulaires et non cellulaires ; 2° Etude des humeurs. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Histoire de la Médecine et de la Chirurgie, M. Parrot. — Aperçu chronologique des doctrines médicales, depuis Hippocrate jusqu'à Harvey. — Histoire du cœur et de la circulation. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures.

Clinique médicale, M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Lasègue, à la Pitié, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Hardy, à la Charité, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Potain, à l'hôpital Necker, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, M. Ball, n'a pas encore de service (1).

Clinique chirurgicale, M. Gosselin, à la Charité, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Broca à l'hôpital Necker, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Verneuil, à la Pitié, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Clinique d'accouchements, M. Depaul, à l'hôpital des cliniques de la Faculté, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Conférences.

Conférences de médecine légale pratique, M. Brouardel. Mercredi, vendredi, à 3 heures.
Conférences de physique, M. Ch. Gariel.
Conférences de chimie, M. A. Gautier.
Conférences d'histoire naturelle, M. De Seynes.

Ces cours complémentaires auront lieu à partir du mois de novembre, en vue de l'application des dispositions du décret du 20 juin 1878.

Ecole pratique.

Les exercices de dissection commenceront à l'Ecole pratique, le lundi 4 novembre. — M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, ouvrira son cours aussitôt que l'installation du nouveau personnel sera accomplie.

MM. les chefs de pavillon (prosecteurs et aides d'anatomie), assistés de leurs moniteurs : 1° dirigeront les dissections ; 2° feront des *démonstrations* quotidiennes d'après un programme fixé par le chef des travaux anatomiques.

Semestre d'hiver. — Division des études.

Première année : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale, anatomie. — 2e *année* : Anatomie, histologie, dissections.
Troisième année : Anatomie, histologie, dissections, médecine opératoire, opérations et appareils, pathologie interne et pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale.
Quatrième année : Pathologie interne et pathologie externe, pathologie générale, médecine opératoire, cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale.

(1) Si nos renseignements sont exacts, l'administration supérieure étudierait actuellement l'organisation d'un service spécial à l'Hôpital temporaire.

© BIU Santé

Avis. — *Inscriptions du 4e trimestre de l'année 1878 (1er trimestre de l'année scolaire 1878-1879). Consignations pour les examens. Travaux de dissection.*

1° Inscriptions. — Le registre, pour les inscriptions du 4e trimestre de l'année 1878 (1er trimestre de l'année scolaire 1878-1879), sera ouvert du 16 octobre au 14 novembre inclusivement. Les inscriptions seront reçues au secrétariat les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 9 heures à 11 heures du matin, et de 1 heure à 4 heures du soir. Passé le 15 novembre, nulle inscription ne pourra être prise sans une autorisation spéciale accordée, suivant les cas, soit par M. le Recteur de l'Académie de Paris, soit par M. le Ministre de l'instruction publique.

2° Consignations. — Les consignations pour les examens seront reçues, à partir du 19 octobre, le vendredi et le samedi de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures.

3° Exercices de dissection. — Les exercices de dissection commenceront à l'Ecole pratique, le lundi 4 novembre. MM. les Etudiants qui doivent prendre part à ces exercices ont pu se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, à partir du 10 octobre, les vendredi et samedi de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures, et acquitter, en même temps, les droits réglementaires. Chaque Etudiant reçoit, en outre de la quittance détachée du registre à souche attestant le payement des droits, une carte spéciale d'admission qui lui sert à obtenir du chef du matériel une carte d'entrée à l'Ecole pratique.

4° Cartes d'étudiants. — Les cartes d'étudiants seront délivrées au secrétariat, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions. MM. les Etudiants sont invités à réclamer ces cartes qui sont spéciales à l'année scolaire 1878-1879 et à déposer, en même temps les cartes dont ils sont porteurs et qui s'appliquent à l'année dernière.

MM. les Etudiants sont prévenus : 1° Que les consignations pour les travaux pratiques et pour les examens sont reçues à partir du 18 octobre, les Vendredis et Samedis, de 1 heure à 4 heures ; — 2° Que le registre destiné à recevoir l'inscription du 1er trimestre de l'année scolaire 1878-1879, est ouvert, du mardi 16 octobre au 14 novembre ; 3° Que les inscriptions sont reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 9 heures à 11 heures et de 1 heure à 4 heures ; que les consignations, pour les examens, seront reçues les vendredis et samedis de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures.

Les Elèves qui commencent leurs études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au Secrétariat : 1° Leur acte de naissance, dûment légalisé ; — 2° Un certificat de bonne vie et mœurs ; — 3° Le diplôme de bachelier ès-lettres ; — 4° Le diplôme de bachelier ès-sciences *complet* ou *restreint* ; — 5° S'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. *Ceux d'entre eux, dont les parents ou tuteurs ne résident point à Paris devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse au registre ouvert à cet effet.* Toutefois le *Diplôme de bachelier ès-sciences restreint* peut n'être produit que lors de la prise de la 3e inscription.

Les aspirants au titre d'*Officier de santé* sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès-sciences ou celui de bachelier ès-lettres ; mais ils devront justifier du *Certificat de grammaire* obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

Semestre d'été.

Voici la liste des professeurs qui font leurs cours pendant le semestre d'été : M. Charcot (*anatomie pathologique*) ; — M. Béclard (*physiologie*) ; — M. Peter (*pathologie médicale*) ; — M. Guyon (*pathologie chirurgicale*) ; — M. Regnauld (*pharmacologie*) ; — M. Bouchardat (*hygiène*) ; — M. Vulpian (*pathologie comparée et expérimentale*) ; — M. Baillon (*histoire naturelle médicale*) ; — M. Gubler (*thérapeutique et matière médicale*) ; — M. Tardieu (*médecine légale*) ; — M. Pajot (*accouchements*).

Jardin botanique et laboratoire d'histoire naturelle. Directeur : M. le professeur Baillon ; — Préparateur des cours : M. Mussat ; — Préparateur du laboratoire : M. Faguet. — Le *Jardin botanique* situé rue Cuvier, n° 12, est ouvert du 15 mars au 1er novembre, sauf les dimanches et les jours fériés, de 6 heures du matin à 6 heures du soir.

Avis a mm. les étudiants. Le *doyen* reçoit MM. les Etudiants dans son cabinet tous les lundis de 10 heures à 11 heures, et le *secrétaire* les lundis, mercredis et vendredis, de 8 heures à 11 heures. MM. les internes seront reçus les lundis et vendredis, de 2 à 4 heures.

Musées. — 1° *Musée Orfila* à l'Ecole de médecine, consacré à l'anatomie normale et à la zoologie. Il est ouvert de 11 h. du matin à 4 h. *Conservateur :* M. Houel. Nous apprenons que la Faculté est décidée à donner à ce musée une importance que depuis longtemps il avait perdue.

2° *Musée Dupuytren*, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. *Conservateur :* M. Houel.— Ce musée, consacré à l'anatomie pathologique, est ouvert tous les jours de 11 h. à 4 h. en hiver et de 11 h. à 5 h. en été.

Bibliothèque. — La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte de 11 h. du matin à 5 h. du soir et de 7 h. 1/2 à 10 h. du soir. Il serait vivement à désirer que la bibliothèque restât ouverte jusqu'à 6 h. du soir, car le temps qui s'écoule entre l'heure actuelle et la fermeture (5 heures) et celle du dîner est à peu près perdue pour les étudiants. Depuis dix-huit mois, grâce à notre insistance, les ouvrages récents et les journaux de médecine sont mis à la disposition des étudiants aussitôt après leur apparition. — *Bibliothécaire :* M. Chéreau ; — *Bibliothécaires-adjoints :* MM. Corlieu et Hahn ; — *Sous-bibliothécaires :* MM. Petit et Thomas.

En attendant la construction de ses nouveaux bâtiments, la Faculté a eu l'heureuse idée d'utiliser les maisons expropriées, rue de l'Ecole-de-Médecine, jusques et y compris l'ancien café de la Rotonde, et d'y installer provisoirement : au rez-de-chaussée, un vaste laboratoire de chimie, au 1er étage des salles d'examen, ce qui rend libre le Musée Orfila. De plus, on a installé dans l'ancienne maison Chardon, rue Hautefeuille, au rez-de-chaussée, une salle pour les épreuves d'anatomie et de médecine opératoire, le laboratoire de thérapeutique ; au 1er, le laboratoire de pathologie expérimentale ; enfin, le 2e étage sert de dépôt à une immense quantité de livres autrefois entassés dans des greniers.

Ecole pratique de la Faculté.

Anatomie en hiver et médecine opératoire au printemps. — Des sept pavillons consacrés aux dissections, six appartiennent à l'enseignement officiel et un, le 7e, aux professeurs libres. — Chef des travaux anatomiques, M. Farabeuf. — Prosecteurs : MM. Peyrot, Reclus et Campenon, — Aides d'anatomie, MM. Bouilly, Duret, Kirmisson et Segond.

Chacun d'eux fait des cours gratuits. Toutefois les prosecteurs et les aides d'anatomie ont la possibilité d'avoir un certain nombre d'élèves payants. Il serait préférable qu'on augmentât leur traitement, afin qu'ils puissent se consacrer exclusivement aux étudiants qui travaillent sous leur direction. Cette année, 20 moniteurs, dit-on, vont être adjoints aux chefs de pavillon. Ils seraient nommés seulement pour un an provisoirement. Neuf candidats ayant déjà concouru à l'adjuvat : MM. Bellouard, Boursier, Brun, Jalaquier, Jarjavay, Lebec, Marchand, Ramonède, Roudier, paraissent sûrs de leur nomination. Parmi les autres postulants ayant chance d'être agréés, nous citerons MM. Chuquet, Bazy, Nitot, Poirier, Féré, etc. Les étudiants ont à payer, jusqu'à nouvel ordre, 20 fr. pour disséquer en hiver et 10 fr. pour opérer en été.

Liste des prix de la Faculté de Médecine.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille en or de 400 francs. Une question de médecine pratique, est, *au commencement de chaque année*, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies dans le service de clinique auquel il est attaché ; 2° la réponse à la question proposée. Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître. Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents jugés dignes d'obtenir le prix. Le sujet à traiter pour 1878 est : *des Hémiplégies.*

Prix Monthyon. — Le prix Monthyon, qui consiste en une somme de 700 francs payable en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Ce prix peut être partagé entre deux candidats. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Chateauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Chateauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). — Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 30 janvier de l'année qui suit leur publication.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le Dr Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé *tous les deux ans* au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. Le prix Lacaze sera décerné, en 1878, au meilleur ouvrage sur la *fièvre typhoïde.*

Thèses récompensées. — La Faculté, après examen des thèses qui ont été soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire écoulée, en désigne un certain nombre qui lui paraissent dignes d'obtenir des récompenses. Ces récompenses sont partagées en trois classes, savoir : 1re *classe :*

© BIU Santé

Médailles d'argent ; 2e *classe :* Médailles de bronze ; 3e *classe :* Mentions honorables.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de Médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Par décret du 8 décembre 1858, M. le doyen a été autorisé à accepter ce legs, au nom de la Faculté. Les candidats qui voudront s'inscrire recevront, au Secrétariat de la Faculté, les renseignements sur la nature des pièces à fournir. Ces pièces sont reçues jusqu'au 1er juillet.

Bourses d'études dans les facultés. — Un arrêté en date du 5 novembre 1877, rendu en exécution de la loi de finances du 29 novembre 1876, institue des *bourses d'Etude* dans les Facultés. Les étudiants qui veulent obtenir ces bourses doivent s'inscrire au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de 18 ans au moins. Ils désignent en s'inscrivant la Faculté à laquelle ils désirent être attachés, en joignant à cette déclaration les pièces suivantes : 1° Leur acte de naissance ; 2° Leurs diplômes dans les sciences et dans les lettres ; 3° Une note revêtue de leur signature et indiquant la profession de leur père, la demeure de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis leur sortie de ces établissements ; 4° Un certificat du chef ou des chefs desdits établissements contenant, avec une appréciation du caractère et de l'aptitude du candidat, l'indication des succès qu'il a obtenus dans les cours de ces classes et des renseignements sur la situation de fortune de leurs parents.

Les bourses sont données au concours. Les concours ont lieu chaque année au siége de la Faculté. Les sujets de concours sont déterminés chaque année par le Ministre de l'Instruction publique sur la proposition des Facultés. Les bourses sont conférées par le Ministre pour un an, mais cette durée peut être prolongée jusqu'à quatre ans sur un rapport du doyen, adressé à M. le Ministre année par année. La durée de quatre ans ne peut être prolongée qu'en faveur des internes ou externes des hôpitaux ou des lauréats des Facultés.

Réglement relatif aux services intérieurs de la Faculté de médecine de Paris.

1° Un professeur qui, sans motif légitime, n'assistera pas à l'acte pour lequel il sera désigné sera soumis à une amende de 50 fr.

2° Le professeur censeur qui, sans excuse légitime, ne sera pas présent au moment de l'installation des jurys d'examen, subira une amende de 30 fr.

3° Un agrégé qui, sans excuse légitime, n'assistera pas à l'acte pour lequel il aura été désigné subira une amende de 30 fr.

4° L'agrégé suppléant qui, sans excuse légitime, ne sera pas présent au moment de l'installation des jurys d'examen, subira une amende de 20 fr.

5° Sont considérés comme excuses légitimes, les *cas de maladie* et les *divers services officiels*.—La légitimité des autres excuses invoquées sera appréciée par la commission de scolarité.

6° Le professeur appelé à suppléer dans un examen, un professeur absent, aura droit à une indemnité de 30 fr.

7° L'agrégé appelé à suppléer, dans un examen un agrégé absent, aura droit à une indemnité de 20 fr.

8° Les indemnités dues aux suppléants seront prélevées sur le revenu des amendes subies par les professeurs s'il s'agit d'un professeur, et sur le revenu des amendes subies par les agrégés, s'il s'agit d'un agrégé.

9° Sur le revenu des amendes, il sera prélevé un droit de présence de 5 fr. pour les professeurs et les agrégés désignés comme membres des députations officielles.

10° Si tous ces frais payés, le revenu des amendes n'est pas épuisé, le reliquat sera employé en achats de livres pour la bibliothèque.

11° Le professeur censeur et l'agrégé suppléant ne pourront, en aucun cas, siéger dans les examens au titre de *suppléants bénévoles*.

12° Le registre d'inscription des jurys d'examen, des censeurs et des suppléants *sera fermé à 1 heure 1/4* et immédiatement enlevé par le secrétaire de la Faculté.

13° La comptabilité des amendes et de l'emploi des sommes afférentes sera réglée tous les trois mois par une commission spéciale.

Délibéré et approuvé en séance de l'assemblée de la Faculté, le 6 juin 1878.

Le doyen : A. VULPIAN.

Pour copie conforme au registre des délibérations,

Le secrétaire de la Faculté : A. Pinet.

LABORATOIRES.

Laboratoires de la Faculté. — *Histologie normale:* professeur, M. Ch. Robin ; sous-directeur : M. Cadiat ; préparateur, M. Hermann. Une fois par semaine, le jeudi, pendant l'hiver, démonstrations pratiques gratuites. — *Physiologie*, professeur, M. Béclard ; préparateur, M. Laborde. — *Anatomie pathologique*, professeur, M. Charcot ; préparateur, M. Gombault ; aide, M. Brissaud. — *Pathologie expérimentale*, professeur, M. Vulpian ; préparateur, M. Bochefontaine. — *Thérapeutique :* professeur, M. Gubler ; préparateur, M. Leblanc. — *Chimie biologique* : professeur, M. Gautier ; préparateur, M. Danlos, suppléé par M. Magnier de la Source. — *Pharmacologie* : professeur, M. Régnauld ; préparateur, M. Hardy.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguïté des emplacements, et de la parcimonie des distributeurs du budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux médecins et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses ; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur-directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution ; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires.

Il y a encore le laboratoire de chimie de la Faculté où les élèves sont admis gratuitement, mais doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

Laboratoire de l'Hôtel-Dieu. — Ce laboratoire, annexé aux cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté, a été ouvert le 1er janvier 1878. Les élèves y sont exercés à l'étude pratique de l'anatomie pathologique, de la physiologie pathologique et de la chimie organique élémentaires, sous la direction de MM. Debove, directeur du laboratoire, E. Hardy, chef adjoint des travaux chimiques ; aides, MM. Rémy Talbert et Roux. Ce laboratoire, réorganisé par les professeurs Sée et Richet, paraît ne rien laisser à désirer, au point de vue de l'installation, grâce au concours bienveillant de l'administration hospitalière.

Laboratoire de l'hôpital des Cliniques. — Chef de clinique : M. Budin ; aide : M. Galippe.

Laboratoire de la Pitié. — Chef de laboratoire, M. Nepveu.

Laboratoire de la Charité. — Aux cliniques chirurgicale et médicale est annexé un laboratoire d'examen et de recherches histologiques et chimiques, accessible à tous les élèves qui en feront la demande. Chef de laboratoire : M. Rémy. — Chef-adjoint : M. Robin (Albert). — Aides : MM. Malherbe et Bergeron.

Laboratoire de clinique médicale de Necker. — Chefs de laboratoire : MM. Esbach et du Castel.

Laboratoire de clinique chirurgicale. — Chef de laboratoire : M. Latteux ; aide, M. Planteau.

Amphithéâtre d'Anatomie des hôpitaux.

La réouverture de cet établissement a eu lieu le 15 octobre : les pavillons de dissection sont mis à la disposition des élèves pour l'étude de l'anatomie. L'amphithéâtre de Clamart, comme on l'appelle le plus souvent, a été spécialement créé pour les élèves de l'Assistance publique, internes et externes : mais tous les étudiants sont admis à suivre les cours qu'on y fait sur les sciences anatomiques. Il est situé rue du Fer à Moulin.

Les cours commenceront cette année dans la première semaine de novembre ; le premier est fait par M. le dr Tillaux, directeur de l'amphithéâtre de Clamart, chirurgien de l'hôpital Lariboisière. Le cours a lieu tous les lundis et vendredis, à 4 heures de l'après-midi. M. Schwartz, prosecteur, fera le cours d'anatomie descriptive, les mardis et jeudis, à 4 heures. — M. le dr Henriet, prosecteur, fera le cours de physiologie, les mercredis et samedis à 4 heures. — M. le dr Grancher, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire d'histologie, assisté de M. Quenu, fera un cours d'histologie. L'administration met à la disposition des élèves des microscopes et des réactifs pour l'étude de l'histologie. Le cours d'histologie se fait les mardis et vendredis, à 2 heures. Nous rappellerons, en outre, que le Musée d'anatomie normale et pathologique de Clamart est ouvert tous les jours de 2 heures à 4 heures. La principale richesse de ce musée consiste dans les nombreuses pièces préparées par les concurrents pour le prosectorat de Clamart. Le classement d'un grand nombre de ces pièces a été fait par notre ami M. Duret, maintenant aide d'anatomie de la Faculté. C'est également par ses soins qu'a été dressé le catalogue actuel du musée. Le conservateur actuel du musée est M. Quenu.

COLLÈGE DE FRANCE

Cours d'anatomie générale. — M. Ranvier, professeur, traitera cette année de la terminaison des nerfs. Des démonstrations pratiques seront faites par M. Weber, préparateur du cours, à la suite de chaque leçon. (Consulter l'affiche pour les jours et heures).

Laboratoire d'histologie (dépend de l'Ecole pratique des hautes études).— M. Ranvier, directeur ; M. Malassez, directeur-adjoint ; MM. Chambard, Lataste, Vignal, répétiteurs. Ce laboratoire est surtout destiné aux personnes qui veulent faire des recherches originales, soit en histologie normale, soit en histologie pathologique. Il est ouvert toute l'année et toute la journée. On s'y inscrit chaque jour de la semaine de 2 à 4 heures.

Cours de médecine expérimentale. — M. Brown-Séquard, professeur, traitera cette année de la physiologie du système nerveux.

Cours d'histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey, professeur, traitera cette année de la pression du sang chez l'homme, et de la physiologie musculaire.

© BIU Santé

Laboratoire de physiologie (Ecole pratique des hautes études). — M. Marey, directeur; M. François-Franck, directeur-adjoint. Ce laboratoire est surtout destiné aux personnes qui veulent étudier les phénomènes du mouvement au moyen des appareils enregistreurs. Il est ouvert tous les jours de midi à 6 heures. On s'inscrit au secrétariat de la Faculté des Sciences.

Cours d'embryogénie comparée. — M. Balbiani, professeur, traitera cette année de la fécondation et des premiers phénomènes de développement des vertébrés. Des démonstrations pratiques seront faites à la fin du cours par le professeur, aidé de M. Henneguy, préparateur.

Cours de chimie. — M. Schutzenberger, professeur, traitera cette année des méthodes expérimentales de recherches et notamment de l'analyse immédiate appliquée aux êtres organisés.

Nota. — Les cours du Collége de France ne commencent que dans les premiers jours de décembre; consulter l'affiche pour les jours et heures des cours sus-énoncés.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE

Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires
Année 1877-1878.

(médecins et pharmaciens stagiaires.)

Cliniques

Du 13 janvier au 15 octobre.

Clinique médicale. M. Villemin, professeur. Tous les jours, de 8 à 10 h. du matin. Leçon générale, les samedis, de 9 à 10 h.

Clinique chirurgicale. M. Gaujot, professeur. Tous les jours, de 8 à 10 h. du matin. Leçon générale, les lundis, de 9 à 10 h.

Clinique des maladies vénériennes et cutanées. M. Mathieu, professeur. Mardi, de 8 à 10 h. du matin.

Clinique ophthalmologique. M. Perrin, professeur. Tous les jours, de 8 à 10 h. du matin.

Cours

Du 15 mars au 15 août.

Ophthalmoscopie. M. Perrin, professeur. Mercredi, de 4 à 5 h. du soir.

Laryngoscopie et Otoscopie. MM. Gaujot et Villemin, professeurs. Mercredi, de 3 à 4 h. du soir.

Du 13 janvier au 15 avril.

Anatomie appliquée. M. Mathieu, professeur. Lundis, mercredis et vendredis, de 2 à 3 h. du soir.

Du 13 janvier au 15 mai.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée. M. Marty, professeur. Mardis et samedis, de 2 à 3 h. du soir.

Epidémiologie. — M. Colin, professeur. Lundis et vendredis, de 3 à 4 h, du soir.

Du 15 avril au 15 août.

Blessures par armes de guerre. M. Gaujot, professeur. Mardis et samedis, de 4 à 5 h.

Hygiène et médecine légale militaires. M. Vallin, professeur. Mardis et samedis, de 3 à 4 h.

Médecine opératoire. M. Perrin, professeur. Lundis, mercredis et vendredis, de 2 à 3 h. du soir.

Du 15 février au 15 juin.

Législation et administration militaires. M. Delaperrière, professeur. Samedis, de midi et demi à 2 h.

Du 15 janvier au 15 août.

Analyse chimique. M. Burcker, professeur agrégé. Mercredis et vendredis, de 3 h. et demie à 5 h. du soir.

Pharmacie militaire et Comptabilité. M. Burcker, professeur agrégé. Lundis, de 3 h. et demie à 5 h. du soir.

Du 15 mai au 15 août.

Matière médicale. M. Burcker, professeur agrégé. Vendredis, de midi et demi à 2 h.

conférences et exercices pratiques.

(De midi à 2 heures.)

Du 13 janvier au 15 avril.

Travaux anatomiques. M. Strauss, professeur agrégé. Tous les jours, excepté les jeudis.

Du 13 janvier au 15 août.

Petite chirurgie, bandages et appareils. M. Charvot, professeur agrégé. Lundis, mardis et samedis.

Diagnostic. M. X..., professeur agrégé. Lundis et vendredis.

Anatomie pathologique. M. Du Cazal, professeur agrégé. Mardis, mercredis et vendredis.

Du 13 avril au 15 août.

Ophthalmoscopie. M. Strauss, professeur agrégé. Lundis, mercredis et vendredis.

Hygiène et rapports de médecine d'armée. M. Zuber, professeur agrégé. Mardis et samedis.

Administration et médecine légale militaire. M. Du Cazal, professeur agrégé. Mercredis et samedis.

Du 15 avril au 15 octobre.

Médecine opératoire. M. Delorme, professeur agrégé. Lundis, mardis et samedis.

Du 15 mai au 15 octobre.

Manipulations chimiques. M. Burcker, professeur agrégé. Vendredis, de 3 à 5 h.

(Elèves en cours d'études, près de la Faculté de médecine.)

Répétitions et interrogations sur les matières des examens en préparation.

Du 10 novembre au 15 janvier.

Physique médicale. M. Burcker, professeur agrégé. Lundis.

Chimie médicale. M. Worms, aide-major surveillant. Mardis.

Du 15 janvier au 15 avril.

Anatomie descriptive. M. Bousquet, aide-major surveillant. Mardis et samedis.

Physiologie. M. Bories, aide-major surveillant. Lundis et vendredis.

Du 15 avril au 15 juin.

Pathologie interne. M. Yvert, aide-major surveillant. Lundis et vendredis.

Pathologie externe. M. Poulet, aide-major surveillant. Mardis et samedis.

Du 15 juin au 1er août.

Matière médicale et pharmacologie. M. Vandeville, pharmacien aide-major. Lundis et vendredis.

Du 10 octobre au 10 janvier.

Thérapeutique, hygiène et médecine légale. M. Du Cazal, professeur agrégé. Mardis et samedis.

Accouchements. M. Zuber, professeur agrégé. Mercredis et vendredis.

L'Inspecteur du service de santé militaire, Directeur de l'Ecole,
A. Didiot.

Programme du concours annuel pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire. — Une décision présidentielle en date du 3 octobre 1872 dispose que chaque année un concours aura lieu pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, et que les candidats admis, dans la proportion déterminée par les besoins du service, seront répartis, à leur choix et suivant leur convenance, entre les douze villes ci-dessous indiquées qui possèdent à la fois un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil et une faculté de médecine ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie, savoir : Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Besançon, Grenoble et Alger.

En exécution de ces dispositions, un concours pour les emplois d'élève du service de santé militaire est ouvert à Paris, à la fin d'août, et à Lille, Nancy, Besançon, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux et Rennes en septembre.

Aux termes de la décision précitée, sont admis à concourir : Pour les emplois d'élève en médecine : 1° Les étudiants pourvus des deux diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences complet ou restreint ; 2° Les étudiants ayant 4, 8 et 12 inscriptions valables pour le doctorat et ayant subi avec succès les examens de fin d'année correspondant au nombre de leurs inscriptions.

En exécution du décret du 22 août 1854, 14 inscriptions d'école préparatoire seront acceptées pour 12 inscriptions de faculté.

Pour les emplois d'élève en pharmacie : 1° Les étudiants pourvus du diplôme de bachelier ès-sciences complet ; 2° les étudiants ayant 4 inscriptions d'école préparatoire ou d'école supérieure pour le titre de pharmacien de 1re classe ; 3° les étudiants ayant 8 inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe et ayant subi avec succès les examens réglementaires.

10 inscriptions d'école préparatoire pourront suppléer à 8 inscriptions d'école supérieure. Les autres conditions sont les suivantes :

1° Être Français ; 2° avoir eu au 1er janvier de l'année du concours plus de dix-sept ans et moins de vingt et un ans (élèves sans inscriptions), moins de vingt-deux ans (élèves à 4 inscriptions), moins de vingt-trois ans (élèves à 8 inscriptions) et moins de vingt-quatre ans (élèves à 12, à 16 inscriptions, ou docteurs) ;

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins, et pourra être vérifiée, au besoin, par le jury d'examen ;

4° Souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins à dater de l'admission au grade d'aide-major de 2e classe.

Toutes les conditions qui viennent d'être indiquées sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit. Les candidats en activité de service, s'ils sont compris dans la liste d'admission, seront placés en position de congé pouvant être renouvelé aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité d'élève du service de santé. La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité dans le cours de leurs études.

Formalités préliminaires. Les candidats auront à requérir leur inscrip-

© BIU Santé

tion à leur choix sur une liste qui est ouverte à cet effet, à dater du 1er juillet, dans les bureaux de MM. les intendants militaires en résidence dans les localités indiquées d'autre part. La clôture de cette liste a lieu dans chaque ville cinq jours avant l'ouverture du concours dans cette localité.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance : 1° Son acte de naissance dûment légalisé; 2° Un certificat d'aptitude au service militaire, dans la forme ci-dessus indiquée ; 3° Un certificat délivré par le service du recrutement, indiquant sa situation au point de vue militaire ; 4° Les diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences complet ou restreint, s'il est candidat en médecine sans inscriptions, et, pour les concurrents à 4, 8 et 12 inscriptions, les certificats d'examens de fin d'année, où il sera fait mention de la note obtenue à chacun de ses examens ; — le diplôme de bachelier ès-sciences complet, s'il est candidat en pharmacie sans inscriptions, et, pour les concurrents à 4 et 8 inscriptions, les certificats des examens réglementaires. Ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves; 5° S'il y a moins de 12 inscriptions valables pour le doctorat, ou de 8 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de 1re classe, l'indication de la ville où il désire faire ses études. Chaque candidat indiquera exactement son domicile, où lui sera adressée, s'il y a lieu, sa commission d'élève du service de santé.

Forme et nature des épreuves. — I. Concours en médecine. — Candidats sans inscriptions ou n'ayant pas passé le premier examen de fin d'année : 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle ; 2° Interrogations sur la physique et la chimie, d'après le programme des connaissances exigées pour le baccalauréat ès-sciences restreint.

Candidats à 4 inscriptions *au moins*, ayant passé avec succès le premier examen de fin d'année : 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle médicale et de physiologie élémentaire ; 2° Interrogations sur la physique et la chimie dans leurs parties afférentes à la science médicale ; 3° Interrogations sur l'ostéologie, les articulations et la myologie.

Candidats à 8 inscriptions *au moins* ayant passé avec succès le deuxième examen de fin d'année : 1° Composition sur une question de physiologie ; 2° Interrogations sur l'anatomie descriptive et sur la physiologie.

Candidats à 12 inscriptions *au moins*, ayant passé avec succès le troisième examen de fin d'année devant une faculté ou une école de plein exercice, et candidats à 16 inscriptions ou docteurs en médecine ; 1° Composition sur une question de pathologie générale; 2° Interrogations sur la pathologie interne et la pathologie externe: 3° Interrogations sur l'anatomie et la physiologie.

II. Concours en pharmacie. — Candidats sans inscriptions et n'ayant pas satisfait aux examens semestriels de première année : 1° Composition sur une question de physique et de chimie ; 2° Interrogations sur la physique, la chimie et les éléments d'histoire naturelle.

Candidats à 4 inscriptions *au moins*, ayant satisfait aux examens de première année : 1° Composition sur une question de physique et de chimie ; 2° Interrogations sur la chimie médicale et les éléments de chimie organique; 3° Interrogations sur la botanique, la zoologie, la minéralogie et l'histoire naturelle des médicaments.

Candidats à 8 inscriptions *au moins*, ayant satisfait aux examens de seconde année : 1° Composition sur une question de chimie ; 2° Interrogations sur la chimie minérale et la chimie organique ; 3° Interrogations sur la pharmacie, la toxicologie, la botanique et l'histoire naturelle des médicaments.

Les épreuves ci-dessus spécifiées ont lieu devant un jury unique composé d'un médecin inspecteur qui le préside et est chargé de régulariser les opérations du concours, de deux médecins et de deux pharmaciens militaires désignés par le Ministre.

Il est accordé trois heures pour la composition ; chaque épreuve d'interrogations dure de quinze à vingt minutes. Les candidats qui ont satisfait à la composition sont seuls admis aux interrogations orales.

Les compositions sont lues à huis clos par le jury. Chaque examinateur interroge séparément les candidats pour sa spécialité. L'appréciation des candidats pour chaque épreuve est exprimée par un chiffre, de 0 à 20. Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite. Le classement général se fait à Paris, après que le jury d'examen a terminé ses opérations.

Dispositions générales. — Les élèves du service de santé militaire qui ont moins de 12 inscriptions en médecine ou de 8 inscriptions en pharmacie sont dirigés chacun sur celle des douze villes ci-dessus mentionnées qu'il aura choisie pour y faire ses études. (Toutefois aucun pharmacien militaire n'étant attaché aux hôpitaux de Grenoble, de Besançon et de Montpellier, les élèves pharmaciens ne pourront être placés dans ces trois localités.)

Attachés à l'hôpital militaire, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils concourront, suivant leur spécialité et le degré d'avancement de leurs études, à l'exécution du service ; en même temps, ils suivront les cours et travaux pratiques de la Faculté de médecine, ou de l'Ecole supérieure de pharmacie, ou de l'Ecole préparatoire, et y subiront les divers examens aux époques et dans la forme déterminées par la législation en vigueur.

Ces élèves ne porteront pas d'uniforme et ne recevront aucune indemnité ni subvention. Ils auront donc à pourvoir, au moyen de leurs propres ressources, aux frais d'entretien, de nourriture et de logement, ainsi qu'à l'achat des livres et instruments nécessaires à leurs études. Toutefois ceux d'entre eux qui auront été boursiers au Prytanée militaire pourront obtenir, sur leur demande, une subvention mensuelle fixée à 1.200 francs par an à Paris, 1.000 francs à Lyon et à Marseille, et 800 francs dans les autres villes ci-dessus désignées. — *Cette faveur ne pourra être accordée à aucun autre élève, pour quelque motif que ce soit.*

Les élèves du service de santé qui seront en possession de 12 inscriptions pour le doctorat ou de 8 inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe seront réunis à Paris et placés sous les ordres d'un directeur de l'école du Val-de-Grâce ; inscrits à la Faculté de médecine ou à l'Ecole supérieure de pharmacie, ils y suivront les cours spéciaux en rapport avec le degré de leur scolarité. A l'intérieur du Val-de-Grâce, ils recevront l'enseignement pratique et complémentaire des matières sur lesquelles portent les examens de doctorat et ceux de pharmacien de 1re classe.

Pendant la première année du séjour au Val-de-Grâce, les élèves en médecine devront satisfaire aux deux premiers examens de doctorat, qui seront subis dans l'ordre déterminé par le décret du 28 juillet 1860. Après la seizième inscription en médecine et la douzième inscription en pharmacie, les élèves en médecine auront à subir les trois derniers examens de doctorat et la thèse, et les élèves en pharmacie auront à satisfaire aux trois examens probatoires. Toutes ces épreuves devront être terminées avant le 1er mai, époque où commencera le stage proprement dit, qui finira au mois de septembre.

Les élèves de cette catégorie porteront l'uniforme et recevront la solde de de 2.500 francs par an ; dès que chacun d'eux aura obtenu le titre de docteur ou de pharmacien de 1re classe, la solde spéciale de l'emploi de stagiaire lui sera acquise.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé, les frais d'inscriptions, d'exercices pratiques, d'examens et de diplôme seront payés par l'Administration de la guerre. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen seront à la charge de l'élève.

Un second échec au même examen de fin d'année, semestriel ou de fin d'études, entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement des frais de scolarité qui auront été payés pour son compte et de l'indemnité de première mise d'équipement qui lui aura été allouée à l'école du Val-de-Grâce.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service de santé militaire, avant d'avoir accompli la durée de leur engagement d'honneur.

HOPITAUX.

L'Administration générale de l'Assistance publique est située avenue Victoria, n° 3 et quai Le Pelletier, n° 4. — Directeur, M. Michel Möring. — Secrétaire-général, M. d'Echérac. — Chef de bureau du personnel et du service de santé, M. Trépotil.

Nouvel Hotel-Dieu. Parvis Notre-Dame, 426 lits. *Médecins :* MM. G. Sée, Salles Saint-Christophe et Ste-Jeanne. Visite à 8 h. 1/2 ; consultations le mardi. — Hérard. Visite à 8 h. 1/2, salle Sainte-Marie et salle Saint-Louis ; consultation le mercredi. Les élèves sont exercés à l'examen des malades et à la pratique de la percussion et de l'auscultation. — Guéneau de Mussy. Visite à 9 h., salles Saint-Charles et Sainte-Madeleine ; consultation le samedi à midi. — Fauvel. Visite à 9 heures, salles Sainte-Monique et Saint-Augustin ; consultation le jeudi. — Frémy. Visite à 9 heures, salles Saint-Denis et Sainte-Martine; consultation le lundi. — Oulmont. Visite à 8 h. 1/2, salles Sainte-Anne et Saint-Thomas ; consultation le vendredi.

Chirurgiens : MM. Richet. Consultation les lundis et jeudis. V. salles Saint-Landry et Notre-Dame. — Cusco. Visite à 9 h. 1/2 ; consultation les mardis et samedis, salles Saint-Agnès et Saint-Côme. (Maladies des yeux, le jeudi.) — Guérin. Visite à 8 h. 1/4 ; consultation les mercredis et vendredis, salles Saint-Jean et Sainte-Marthe ; opérations le samedi.

Cliniques de la Faculté. — MM. G. Sée et Richet, professeurs. M. G. Sée les lundis, mercredis et vendredis. M. Richet les mardis, jeudis et samedis. — Chef de clinique, M. Hutinel. — Chef des laboratoires, M. Debove. — Chef des travaux chimiques, M. Hardy. Il existe à l'Hôtel-Dieu un laboratoire d'histologie, un laboratoire de chimie et de physiologie. Un local considérable a été attribué à ces laboratoires, qui sont installés d'une manière satisfaisante. Il y a de plus, à l'Hôtel-Dieu, cinq grands amphithéâtres et cinq salles de conférences, où les chefs de services et les fonctionnaires des laboratoires pourront faire des leçons théoriques et pratiques, qui seront annoncées par des affiches spéciales.

Bibliothèque. — La bibliothèque des internes, fondée seulement depuis 5 ans, compte aujourd'hui 800 volumes reliés ; une somme de 2,000 francs lui a été attribuée par le Conseil municipal, en 1877.

Hopital des Cliniques, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 21 : 159 lits. — *Accouchements :* M. le professeur Depaul. — Chef de clinique, M. Budin. Visite à 8 heures. — Leçons de *Clinique obstétricale :* mardi, jeudi et samedi. Les étudiants ne peuvent entrer que munis d'une carte spéciale

© BIU Santé

qui leur est délivrée au secrétariat de la Faculté, lorsqu'ils ont subi leur 3e examen de doctorat. Ceux qui remplissent cette condition ont le droit de rester à la salle d'accouchement, quand une femme est en travail, depuis huit heures du matin jusqu'à dix heures du soir. — Les étudiants qui se sont fait inscrire auprès du chef de clinique examinent, à tour de rôle, sous sa direction, les femmes enceintes, après la clinique du professeur, c'est-à-dire trois fois par semaine. Il y a trois femmes examinées chaque fois ; les étudiants appelés à pratiquer l'examen dans chaque séance sont au nombre de six.

L'enseignement des accouchements, tel qu'il existe aujourd'hui, exige des réformes sérieuses. Une seule clinique, un seul service dirigé par un accoucheur, sont complétement insuffisants pour le nombre considérable d'étudiants qui appartiennent à la Faculté de médecine de Paris, d'autant plus qu'ils n'ont accès dans cette clinique que depuis 8 heures du matin jusqu'à 10 heures du soir. Ils peuvent ainsi être dans l'impossibilité d'assister la nuit à l'accouchement de femmes qu'ils auront observées et étudiées pendant la journée. C'est pourquoi nous avons émis au Conseil municipal le vœu : 1° que l'administration de l'Assistance publique institue des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices ; 2° que ces services soient confiés à des médecins accoucheurs, de même que les services de médecine sont confiés à des médecins, et les services de chirurgie à des chirurgiens ; 3° que les médecins accoucheurs soient nommés par un concours imposant aux candidats des connaissances générales et spéciales. Le Conseil municipal a voté le rapport que nous lui avons fait sur cette question ; c'est à la Faculté de médecine à prendre, de son côté, les mesures nécessaires pour favoriser et développer l'enseignement des accouchements.

Hopital de la Charité, rue Jacob, 47 ; 504 lits. — *Enseignement :* M. le professeur Hardy, professeur de clinique médicale. — Chef de clinique : M. Landouzy.—Aide de clinique : M. Moindrot. Visite à 8 h. 1/2. Salles Saint-Charles (H.) et Sainte-Anne (F.). Consultation le mercredi à 9 h. 1/2. Examen au spéculum le vendredi à 10 heures. Leçons au lit du malade les lundis, mercredis et vendredis à 8 h. 1/2. Interrogatoire des malades par les élèves le jeudi à 8 h. 1/2. Leçons au grand amphithéâtre avec présentation de malades et de pièces pathologiques les mardis et samedis à 9 h. 1/2. Autopsies pratiquées devant les élèves au grand amphithéâtre.

Clinique chirurgicale : Professeur, M. Gosselin. Leçons de clinique chirurgicale et opératoire les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. Visite des malades à 8 h. Salles Sainte-Vierge (H.) et Sainte-Catherine (F.). Consultation, mardi, jeudi et samedi.

Chirurgie. — Service de M. le professeur Trélat : salles Sainte-Rose (F.) et Saint-Jean (H.) Visite des malades à 9 h. Le jeudi, conférences et opérations. Le samedi, examen à l'ophthalmoscope. Examen au spéculum le mardi. Consultation les lundis, mercredis et vendredis.

Médecins : M. Bernutz : salles St-Joseph (F.), et St-Ferdinand (H.) Visite à 8 h. 1/2. Leçons sur les maladies des femmes. La date sera fixée ultérieurement. Consultation le lundi. — M. le professeur Vulpian : salles Ste-Madeleine et St-Jean-de-Dieu. Visite des malades à 9 h. Consultation le jeudi. — M. Empis : salles Ste-Marthe (F.) et St-Michel (H.). Visite des malades à 8 h. Consultation le vendredi. — M. Laboulbène : salles St-Félix et St-Vincent. Visite des malades à 9 h. Examen des malades par les élèves. Consultation le samedi. Examen au spéculum le jeudi. — M. Bourdon. Service d'accouchements et crèche. Salles Ste-Marie, St-Bazile et St-Louis. Consultation le mardi.

Bibliothèque des internes de l'hôpital fondée et entretenue par M. le docteur Passant. Cette bibliothèque, dont le local est malheureusement insuffisant et mal éclairé (le jour vient par une unique porte) possède un nombre remarquable d'ouvrages sur l'anatomie, la physiologie, la médecine et la chirurgie. Le défaut d'ouvrages modernes doit être signalé. On y remarque en revanche une série de thèses reliées, formant la collection de 1820 à 1850, don de la Société de chirurgie (200 volumes). Le dernier donateur est M. le docteur Moreau, fils du professeur (thèses de concours pour le professorat). — Les internes en médecine donnent à cette bibliothèque tous les journaux et les thèses de médecine qu'ils reçoivent. Il est à souhaiter qu'ils complètent leur œuvre en s'imposant une modeste cotisation mensuelle.

Hopital de la Pitié. — 1, rue Lacépède. — 709 lits. — *Médecins :* M. Desnos : Salles Sainte-Marthe (H.) et Sainte-Geneviève (F.). Visite à 8 h. 1/2. Interrogatoire des malades par les élèves du service. Consultation le mercredi. — M. Gallard : Salles du Rosaire (F.) et Saint-Athanase (H.). Visite à 8 h. 1/2. Examen et interrogatoire des malades par les élèves, sous la direction du chef de service. Leçons aux lits des malades. Maladies des femmes et visites au spéculum le jeudi. Leçons à l'amphithéâtre le mardi et samedi. — Il sera traité plus spécialement dans ces leçons des *maladies des femmes,* sans préjudice cependant des autres sujets afférents à la clinique interne. M. Gallard a l'habitude, toutes les fois que l'occasion s'en présente, de consacrer quelques-unes de ces leçons à l'étude de certaines questions d'*hygiène professionnelle* ou de *médecine légale pratique* et d'exercer les élèves à la rédaction des rapports médico-légaux. Consultation le mardi. — M. Gombault : Salles Notre-Dame (F.) et femmes en couches, et Saint-Michel (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le jeudi.— M. Dumontpallier: Salles Sainte-Eugénie (F.) et Saint-Raphaël (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le vendredi. — M. le professeur Lasègue. — Chef de clinique, M. Tapret : Salles Saint-Paul (H.) et Saint-Charles (F.). Visite à 8 h.1/2. Consultation le lundi. Leçons cliniques les mardis, jeudis et samedis à 10 heures.— M. le professeur Peter : Salles Sainte-Claire (F.) et Saint-Benjamin (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le samedi.

Chirurgiens : M. le professeur Verneuil : Salles Saint-Augustin (F.) et Saint-Louis (H.). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques, lundis, mercredis, vendredis. Consultations, mardis, jeudis et samedis. — M. Polaillon : Salles Saint-Jean (F.), Saint-Gabriel (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations les lundis, mercredis et vendredis.

Il existe à la Pitié, une Bibliothèque médicale, fondée en 1869, par les internes en médecine. Elle a reçu une subvention du Conseil municipal en 1877.

Hopital Lariboisière, rue A. Paré ; 670 lits.— *Médecins :* M. Férol : Salles Sainte-Joséphine (F.) et Saint-Vincent (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le vendredi. Spéculum le mardi. — M. Jaccoud : Salles Sainte-Claire (F.) et Saint-Jérôme (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mercredi. — M. Maurice Raynaud : Salles Sainte-Mathilde (F.) et Saint-Landry (H.). Visite à 9 h. Consultation le mardi. Leçons cliniques en hiver. — M. Ollivier : Salles Sainte-Elisabeth (F.) et Saint-Henri (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le samedi. Fera des leçons cliniques en hiver.— M. Proust : Salles Sainte-Marie (F.) et Saint-Charles (H). Visite à 9 h. Consultation le jeudi. — M. Siredey : Salles Sainte-Anne(F. en couches) et Sainte-Marguerite *bis* (1 à 18) nourrices, Sainte-Geneviève (F.), Saint-Augustin *bis* (H.) (11 à 30). Visite à 8 h. 1/4. Consultation le lundi. Spéculum le mercredi.

Les consultations pour les *maladies du larynx* et les examens laryngoscopiques ont lieu les mardis et jeudis à 9 h. (M. Maurice Raynaud).

Chirurgiens : M. Panas : Salles Sainte-Marthe (F.), Sainte-Marthe *bis* (F.) (19 à 30, *maladies des yeux*), Saint-Ferdinand, Saint-Honoré (H.), Saint-Augustin *bis* (H.) (1 à 10, *maladies des yeux*). En été, M. Panas fait le cours complémentaire de la Faculté sur les *maladies des yeux.* Opérations sur les yeux, le jeudi; sur la chirurgie générale, le samedi. Leçons d'oculistique, le lundi. Visite à 9 h. Consultation des maladies des yeux, tous les jours; chirurgicale, lundi, mercredi, samedi. — M. Labbé : Ste-Jeanne (F.), Saint-Louis et Saint-Augustin (H.). Opérations le mercredi. Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis, jeudis, samedis. Maladies des oreilles. Dimanche, à 9 h.

Bibliothèque des internes, installée dans une salle spéciale de travail. Elle a obtenu du Conseil municipal, en 1876, une subvention de 2,000 fr. et se compose actuellement de plus de 900 volumes (1).

Hopital Saint-Antoine. — Rue du Faubourg Saint-Antoine. — 594 lits. — *Médecins :* M. Mesnet : Visite à 9 heures. Salle Sainte-Cécile et Saint-Hilaire. Spéculum le vendredi. Consultation le mardi.— M. Brouardel : Visite à 8 h. 1/2. Salles Sainte-Geneviève et Saint-Augustin. Spéculum le mardi. Laboratoire. Consultation le mercredi. — M. Lancereaux : Visite à 9 heures. Salles Sainte-Thérèse et Sainte-Cécile (accouchements), Sainte-Adelaïde et Saint-Antoine. Spéculum le vendredi. Laboratoire. Consultation le lundi. — M. Dujardin-Beaumetz : Visite à 9 h. Salles Sainte-Agathe, Sainte-Marie (nourrices), Saint-Lazare. Spéculum le mardi. Consultation le samedi.— M. Constantin Paul : Visite à 9 h. Salles Sainte-Jeanne et Saint-Eloi. Spéculum les mercredis et samedis. Laboratoire. Consultation le jeudi. — M. Ball : Visite à 9 heures. Salles Sainte-Thérèse et Saint-Louis. Consultation le vendredi.— M. Fernet : Salle Saint-Etienne. Visite à 9 heures. Pavillons III, IV, V, VII, VIII (varioleux). Spéculum le jeudi. Consultation le dimanche.

Chirurgiens : M. B. Anger : Visite à 9 heures. Salle Saint-Barnabé, Sainte-Marthe. Consultations lundi, mercredi, vendredi. — M. Le Dentu. Visite à 9 heures. Salles Saint-Christophe, Sainte-Marguerite. Pavillons I, II. Consultations les mardis, jeudis et samedis. Jour d'opérations, le jeudi. Examen des yeux et des oreilles le vendredi.

Bibliothèque des internes en médecine, 400 volumes, journaux, revues, thèses. Une subvention de 2,000 fr. a été accordée par le Conseil municipal en 1877 pour l'achat de livres nouveaux.

Hopital de Ménilmontant. — Rue de la Chine. — 650 lits.

Médecins : MM. Hayem, Rigal, Audhoui, Duguet, Gérin-Roze, d'Heilly.

Chirurgiens : MM. Périer, Th. Anger.

Les médecins et les chirurgiens de l'hôpital de Ménilmontant recevront une indemnité fixée exceptionnellement à 3,000 fr., en raison de la distance à laquelle est situé cet établissement.

Les internes étant logés, ne toucheront que l'indemnité règlementaire de 500 fr. pour les deux premières années, de 600 fr. pour la troisième année, et de 700 fr. pour la quatrième.

L'indemnité des externes de l'hôpital de Ménilmontant sera plus élevée que celle qui est attribuée aux élèves des hôpitaux excentriques ; au lieu de 1 fr. par jour, elle sera de 50 fr. par mois.

L'ouverture de l'hôpital de Ménilmontant doit avoir lieu dans le courant du mois de novembre.

Hopital Necker. — Rue de Sèvres, 151. — 418 lits.— *Médecins :*

(1) Nous aurons prochainement l'occasion d'indiquer d'une façon précise la situation actuelle des *Bibliothèques médicales.*

© BIU Santé

M. le professeur Potain. Chef de clinique, M. Barié : Salles Saint-Luc (H.), Sainte-Adélaïde (F.). Clinique médicale à 9 heures. Consultations le jeudi. — *Laboratoire* du service de clinique : Chef des travaux histologiques, M. Du Castel ; chef des travaux chimiques, M. Esbach. — M. Blachez : Salles Saint-Louis (H.), Sainte-Thérèse (F.), Sainte-Eugénie (F. en couches). Consultations le lundi. Spéculum le lundi. — M. Delpech : Salles Saint-Ferdinand (H.) et Sainte-Anne (F.). Spéculum le jeudi. Consultation le lundi. — M. Chauffard : Salles Saint-Jean (H.), Sainte-Eulalie (F.). Consultation le mercredi. Spéculum le vendredi. — La consultation est faite à tour de rôle, les vendredis par MM. Delpech ou Blachez ; les samedis par MM. Potain ou Chauffard.

Chirurgiens : M. le professeur Broca : Salles Saint-Pierre (H.) et Sainte-Marie (F.). Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — M. Guyon : Salles Saint-André (H.) et Sainte-Cécile (F.). Consultations les mardis, jeudis et samedis. *Fondation Civiale* pour les maladies des voies urinaires, salle Saint-Vincent. Leçon clinique et opérations le mercredi à 9 heures, leçon au lit du malade et opérations le samedi à 9 heures. Le Musée Civiale, près la salle Saint-Vincent, est ouvert tous les jours pendant l'heure des visites. Outre une nombreuse collection de calculs vésicaux, il renferme encore un grand nombre de pièces intéressantes sur les diverses affections de la vessie, de la prostate et de l'urèthre. — Une bibliothèque médicale a été fondée au mois de janvier dernier.

Hopital Beaujon. — Faubourg Saint-Honoré, 208. — 416 lits. — *Médecins:* M. le professeur Gubler : Salles Saint-Louis (H.) et Sainte-Marthe (F.). Visite à 8 h. 1/4. Consultation tous les mercredis et les samedis et quinzaine. — M. Moutard-Martin : Salles Saint-François (H.) et Sainte-Claire (F.). Visite à 9 h. Consultation tous les vendredis et les lundis et quinzaine. — M. Millard : Salle Beaujon (H.), Sainte-Monique (F.) et Sainte-Hélène (accouchements). Visite à 8 h. 1/4. Consultation tous les mardis et les samedis et quinzaine. — M. Guyot : Salles Saint-Jean (H.), Sainte-Paule (F.). Visite à 8 h. Consultation tous les jeudis et lundis et quinzaine.

Chirurgiens : M. le professeur Le Fort : 1er pavillon (H.), salle Sainte-Clotilde (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations les lundis, mercredis, vendredis. — M. Tillaux : 2e pavillon (H.), salle Sainte-Agathe (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations les mardis, jeudis et samedis. Spéculum lundi et vendredi.

Bibliothèque. — La bibliothèque, placée dans un local attenant aux chambres des internes, renferme 300 volumes et un nombre considérable de thèses. La subvention de 2,000 fr., votée par le Conseil municipal de Paris en 1877, lui a permis de s'accroître dans une forte proportion.

Hopital Cochin. — 47, faubourg Saint-Jacques, (201 lits). — *Médecins:* M. Bucquoy : Visite à 8 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade. — M. Bucquoy fait chaque année des leçons cliniques du mois d'avril au mois de juillet.

Chirurgien : M. Després : Salles Saint-Jacques et Cochin. Il existe de plus un service de chirurgie comprenant 60 lits d'hommes. Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Il y a tous les jours, à l'hôpital Cochin, une consultation nombreuse en médecine et en chirurgie.

Accouchements : M. Lucas-Championnière. Le pavillon d'accouchement est une annexe de la Maternité. Le chirurgien est professeur-adjoint de la Maternité. Ce service est interdit aux étudiants en médecine. Cependant, avec une permission spéciale du chef de service, quelques élèves peuvent assister à la visite qui a lieu tous les matins à 8 h. 1/2. Il se fait en moyenne à la Maternité de Cochin 60 à 65 accouchements par mois. — Une commission médicale vient d'être nommée pour examiner la question de savoir si les étudiantes en médecine et les élèves sages-femmes peuvent être admises à suivre la visite de la Maternité de Cochin.

La *Bibliothèque* des internes en médecine a reçu du Conseil municipal un don de 1,000 fr. Elle pourra rendre les plus grands services quand l'administration aura adjoint à la salle de garde un local suffisant.

Hopital Temporaire. — 42, rue de Sèvres. — Nombre de lits, 520. — *Médecins* : M. Huchard : Salles Sainte-Hélène, Saint-Jean, Saint-Louis, Saint-Ferdinand. — M. Xavier Gouraud : Salles Sainte-Marthe, Sainte-Geneviève, Saint-Joseph. — M. Straus : Salles Sainte-Anne, Saint-François, Sainte-Marie (nourrices). — M. Legroux : Salles Sainte-Thérèse, Sainte-Julie, Saint-Julien. — M. Raymond : Salles Sainte-Catherine, Ludivine, Saint-Barthélemy. — *Chirurgien :* M. Bouilly : Salle Saint-André.

Hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital : 3069 lits pour les *vieillards* et 662 pour les *aliénés*. — *Médecins* : MM. Charcot et Luys. — *Chirurgien* : M. Terrier. — *Médecins aliénistes* : MM. Delasiauve Moreau (de Tours) et A. Voisin. — M. Luys fait, pendant l'été, un cours sur la pathologie mentale ; M. Voisin fait, durant l'hiver, un cours sur le même sujet. Il existe à la Salpétrière une *bibliothèque* médicale fondée et entretenue par les internes en médecine. Elle se compose actuellement de plus de 1600 volumes, dont 398 ont été donnés par M. Passant. Elle a reçu, en 1877, une subvention de 2,000 fr. du Conseil municipal.

M. Charcot commencera son cours sur *les maladies des centres nerveux*, le dimanche 10 novembre à neuf heures et demie.

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre. 1704 lits pour les *vieillards* ; 540 lits pour les *aliénés*. Infirmerie de l'hospice : *Médecin* : M. Bouchard. — *Chirurgien* : M. Nicaise. Aux salles des vieillards est annexée une petite salle de 10 lits destinée à recevoir les blessés du dehors, venant surtout de la commune de Gentilly, où existent beaucoup de carriers. La mesure prise par l'administration sous ce rapport est excellente ; elle devrait être complétée par la création d'une salle de 10 à 20 lits où l'on recevrait les cas urgents de maladies internes. Les consultations ont lieu pour la chirurgie : les lundis, mercredis, vendredis, et pour la médecine : les mardis, jeudis et samedis.

Division des aliénés : 1re section, M. N... Ce service est vacant depuis plus d'un an. Il est regrettable, au point de vue des malades, qu'on n'ait pas pas encore pourvu ce service d'un médecin. — 2e section, M. Legrand du Saulle ; — 3e section, M. Falret. — Tandis que dans les hôpitaux et hospices extra-urbains, il y a des internes et des externes, à Bicêtre l'administration n'envoie que des internes titulaires et des internes provisoires. Il en résulte que, par suite du retour de la plupart des internes dans Paris, il n'y a plus à Bicêtre, durant les derniers mois de l'année, que quelques internes provisoires, des élèves externes ou même de simples étudiants en médecine faisant fonctions d'internes.

Bibliothèque médicale des internes en médecine. Fondée en 1865, elle renferme environ 2000 volumes, en y comprenant ceux dont l'acquisition a été faite avec les fonds provenant de la subvention accordée par le Conseil municipal en 1877 et ceux du legs Burlaud. Ces volumes traitent surtout des maladies mentales et nerveuses. Les élèves de cet hospice ont des avantages qu'il est bon de signaler : un sur trois des sujets non réclamés reste à l'amphithéâtre. Les sujets restants servent pendant l'hiver à la dissection, pendant l'été à la médecine opératoire.

Hopital des Enfants Malades, rue de Sèvres, 149 ; 518 lits. — *Médecins:* (maladies aiguës) : M. Archambault : Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Louis (G.) et Ste-Geneviève (F.). Consultation le mardi. Clinique le vendredi. Les leçons commenceront dans le milieu du mois de novembre. — M. Bouchut : V. à 8 h. 1/2. Salle Ste-Catherine (F.). Consultation le lundi. Cliniques au lit des malades et à l'amphithéâtre le mardi. — M. Labric : Salle St-Jean (G.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le vendredi.

Médecins. (Maladies chroniques) : M. J. Simon : Visite à 8 h. 1/2 (F.). Consultation le jeudi pour les maladies chroniques. Le samedi, consultation pour les maladies aiguës. Le mercredi à 9 h., clinique à l'amphithéâtre. Elles reprendront le 6 novembre. M. Simon s'occupera de la thérapeutique des maladies des enfants. — M. Molland : Salles St-Ferdinand, St-Michel, St-Joseph (G.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation pour les maladies chroniques le lundi, pour les maladies aiguës le jeudi.

Chirurgien : M. de Saint-Germain : Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Augustin et Ste-Thérèse, service des ophthalmies ; St-Côme (G.). Ste-Pauline (F.). Le jeudi, clinique à l'amphithéâtre. Opérations tous les jours, sauf le jeudi, consultation. Le samedi, consultation d'orthopédie.

Il y a, à l'hôpital des Enfants, un service consacré aux varioleux. M. J. Simon : Salles St-Vincent et St-Luce. Deux services consacrés au traitement de la teigne, salles St-Michel, St-Joseph, M. Molland. — Ste-Elisabeth, Ste-Marthe, M. Simon. — Il existe, enclavé dans le grand hôpital, une sorte d'hôpital particulier appelé fondation Bilgrain. Les 160 lits qu'il devait contenir sont maintenant aménagés. Au rez-de-chaussée existent deux salles pour les affections chroniques, salle Saint-Ferdinand, M. Molland. — Salle Sainte-Marie, M. J. Simon. — Au premier étage, deux salles pour les ophthalmies : Salles Saint-Augustin et Sainte-Thérèse. M. de Saint-Germain. — Les teigneux (filles), entassées autrefois dans des greniers mansardés (salle Sainte-Marthe), sont logés convenablement au rez-de-chaussée, dans l'ancien local de la salle Sainte-Thérèse.

Il existe à l'hôpital des enfants une *bibliothèque* fondée par les internes en médecine, et contenant des ouvrages classiques et des mémoires originaux sur les maladies du jeune âge ; enfin, des collections de journaux depuis 1870.

Hopital Sainte-Eugénie. — Rue de Charenton, 89. — 346 lits. — *Médecins* : M. Bergeron : Salle Saint-Benjamin (H.), Sainte-Mathilde (F.). Visite à 8 h. Consultations les lundis et jeudis. — M. Trioulet : Salles Sainte-Marguerite (F.), maladies aiguës, Sainte-Geneviève (F.), chroniques, dont 6 lits d'isolement et Sainte-Rosalie (F.), teignes, 48 lits dont 6 pour l'isolement. Visite à 8 h. Consultations les mercredis et samedis. — M. Cadet de Gassicourt : Salles Saint-Joseph (G.), maladies aiguës, Saint-Augustin (G.), chroniques, et Saint-Vincent (G.), teigneux, 38 lits, dont 6 pour l'isolement. Visite à 8 h. 1/2. Consultations les mardis et vendredis.

Chirurgien : M. Lannelongue : Salles Napoléon (G.), Sainte-Eugénie (F.). Visite à 8 h. Consultations tous les jours. Opérations les mardis et samedis.

La prospérité de la *Bibliothèque* de cet hôpital continue à laisser beaucoup à désirer, circonstance fâcheuse pour un établissement spécial et éloigné du quartier latin.

Hospice des Enfants-Assistés, rue d'Enfer, n° 100 : 320 lits. — *Médecin* : M. Parrot. — *Chirurgien :* M. Guéniot.

Hopital Saint-Louis, rue Bichat, n° 40, salle de consultation même rue, n° 42 : 823 lits dont 637 consacrés aux affections cutanées, 28 aux accouchements, le reste aux affections chirurgicales.

Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques. — La médecine générale n'est pas enseignée dans cet hôpital, mais en revanche on y trouvera accu-

© BIU Santé

mulés tous les matériaux et tous les moyens d'étude propres à favoriser l'enseignement spécial de la pathologie cutanée.

Six chefs de service se partagent les lits réservés aux maladies de la peau ; chacun d'eux fait la consultation un jour par semaine, et examine les jours suivants les malades admis dans les salles. Pendant les deux dernières années, en l'absence de cours officiels organisés par la Faculté, les six médecins de l'hôpital Saint-Louis faisaient tous, pendant le semestre d'été, une série de leçons théoriques et pratiques ; à la suite d'une commune entente, ces leçons étaient réparties entre les différents jours de la semaine, de sorte que les étudiants avaient pour ainsi dire à choisir chaque matin entre les moyens d'instruction qui s'offraient à eux.

Médecins : M. Hillairet. Consultation externe le mardi ; examen des nouveaux le mercredi à 9 h. Salles Saint-Louis (H.) et Henri IV (F.). — M. Lailler : Consultation externe le mercredi ; conférences cliniques toute l'année le vendredi à 8 h. 1/2 ; spéculum le lundi ; service spécial supplémentaire pour les enfants teigneux le samedi à 9 heures. Pavillon Saint-Mathieu (H.), salle Ste-Foy (F.). — M. Vidal : Consultation externe le jeudi ; examen des nouveaux et conférences cliniques le vendredi toute l'année ; traitement du lupus par les scarifications linéaires le mercredi ; spéculum le samedi ; leçon sur les affections cutanées le lundi à partir du mois de janvier. Salle Saint-Jean (H.). Salle Saint-Ferdinand (F.), accouchements ; laboratoire d'histologie dans le service. — M. Guibout : Consultation externe le vendredi ; examen des nouveaux le samedi ; spéculum et leçon clinique sur les maladies des femmes le lundi toute l'année. Salles Saint-Charles (H.) et Henri IV (F.).

M. Besnier : Consultation externe le lundi ; examen des nouveaux le mardi ; conférences cliniques le mercredi toute l'année dans les salles ; cours élémentaire de pathologie cutanée le samedi, salle Saint-Léon. Salles Saint-Léon (H.) et Saint-Thomas (F.). Laboratoire d'histologie, salle St-Léon. — M. Fournier : chargé d'abord à Lourcine, puis à Saint-Louis du cours complémentaire de la Faculté pour les *maladies syphilitiques*. Consultation le samedi ; examen des malades le dimanche et le lundi ; cours théorique et pratique, annexé avec ceux de la Faculté, salles Saint-Louis (H.) et Saint-Thomas (F.).

Musée pathologique. — Le musée, ouvert tous les jours de 8 h. à 11 h., sans formalité, contient plus de 400 moulages reproduisant les principales affections cutanées et parasitaires, 147 dessins et des photographies coloriées. La collection particulière de M. Fournier, jointe depuis trois ans au musée, se compose d'un grand nombre de pièces relatives aux affections syphilitiques et vénériennes.

L'hôpital Saint-Louis doit surtout sa réputation à l'enseignement spécial des affections cutanées, mais ses services d'accouchement et de chirurgie sont également des plus actifs. Le service d'accouchement, dirigé par M. Vidal, contient 28 lits constamment occupés. Il s'y fait en moyenne 4 accouchements par jour, 866 par an (1875). Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité.

Cliniques chirurgicales. — Les services de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis sont, avec ceux de Lariboisière, les plus riches et les plus actifs des hôpitaux de Paris. 28.500 malades et blessés se présentent à la consultation, et 2,200 en moyenne sont traités dans les salles. — M. Péan : consultation externe lundi, mercredi, vendredi : clinique et opérations le samedi toute l'année, à l'amphithéâtre, salles Saint-Augustin (H.), Sainte-Marthe (H. et F.). — M. Duplay : Consultation externe mardi, jeudi et samedi ; leçon clinique et opérations le jeudi toute l'année, à 9 h. 1/2, à l'amphithéâtre, salle Sainte-Marthe (F.), Saint-Augustin (H.).

Bibliothèques. — Les élèves externes et stagiaires peuvent, moyennant une faible cotisation, consulter et emporter les livres d'une bibliothèque qui leur est exclusivement réservée. C'est à l'initiative de M. Lailler que les élèves doivent cet avantage que n'offre aucun autre hôpital. La bibliothèque ouverte tous les matins, est placée dans l'une des salles du pavillon Saint-Mathieu, dans le service de M. Lailler ; il est question, en ce moment, de transférer dans une salle voisine le musée pathologique, dont l'installation actuelle est des plus médiocres. Une autre *bibliothèque*, enrichie en 1877 par un don du Conseil municipal de Paris, est aussi la propriété des internes en médecine de l'hôpital ; elle contient d'importantes collections de thèses et de journaux, des ouvrages médicaux variés et les principaux travaux français et étrangers sur les maladies de la peau.

Hopital du Midi, 115, boulevard de Port-Royal. — 336 lits consacrés exclusivement aux affections vénériennes et syphilitiques. — Les visites et consultations se font très-régulièrement tous les jours à 9 heures du matin. — *Médecins* : M. Simonet : 1re division. Salles I, II, III, IV et V. Consultations les lundis et jeudis. — M. Mauriac : 2e division. Salles VI, VII et VIII. Consultations les mardis et vendredis. M. Mauriac fera un cours dont le programme et la date d'ouverture seront annoncés ultérieurement.

Chirurgiens : M. Horteloup : 3e division. Salles IX, X, XI et XII Consultations les mercredis et samedis. La *collection particulière* de M. Horteloup, où sont réunies un grand nombre de pièces moulées avec soin, présente un grand intérêt pour l'étude des *maladies vénériennes*.

Hopital de Lourcine, n° 111, rue de Lourcine ; 243 lits. *Médecins* : M. Cornil : Salles Saint-Clément, Saint-Ferdinand et Sainte-Thérèse. Cette dernière salle renferme 6 berceaux pour les filles syphilitiques. Il serait à désirer qu'il existât aussi, dans cet hôpital, quelques berceaux pour les garçons nouveau-nés. Nous soumettons cette idée à l'administration. — M. Martineau : Salles Saint-Alexis et Saint-Louis. Leçons cliniques les mardi et samedi de chaque semaine. Le cours sur les maladies des femmes sera annoncé plus tard. — *Chirurgien* : M. Delens : Salles Sainte-Marie (Accouchements et crèche) et Saint-Bruno. — Les étudiants sont admis dans cet hôpital sur la présentation de cartes spéciales, délivrées par M. le directeur de l'établissement.

Maison d'accouchement, boulevard de Port-Royal, 123 : 316 lits. — *Médecin* : M. Hervieux. — *Chirurgien en chef* : M. Tarnier. — *Chirurgien-adjoint* : M. Lucas-Championnière. — Cet hôpital est complétement fermé aux étudiants ; il est réservé, par l'administration de l'Assistance publique, pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a deux internes, l'un est attaché au service de médecine, l'autre au service de chirurgie ; il n'y a pas d'externes. Cette maison comprend, en réalité, deux parties distinctes : l'Hôpital et l'Ecole. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant les six semaines qui précèdent l'accouchement ; une salle contenant 32 lits leur est destinée. Si ces femmes sont atteintes soit d'une affection médicale, soit d'une affection chirurgicale, ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (médecine) de 12 lits, l'autre (chirurgie) de 6 lits.

Lorsque l'accouchement est fait, si les suites des couches sont simples, les femmes restent dans les salles qui sont sous la direction de la sage-femme en chef, l'une contient 30 lits et l'autre 24. Chaque lit est séparé des autres par une cloison. Cinq nourrices sont attachées à ce service.

Dès qu'une femme présente quelques accidents, fièvre, douleurs abdominales, etc., elle est immédiatement séparée des autres et envoyée dans le service de médecine. Ce service est dans un corps de bâtiment distinct et il est tout à fait isolé du précédent, comme situation, comme personnel, etc. Le service de médecine contient 21 lits, disséminés dans six salles. Cinq nourrices en dépendent.

Comme on le voit, les femmes malades sont complétement séparées des autres femmes ; c'est ce système d'isolement, joint à la diminution du nombre des accouchements, etc., qui a permis d'obtenir un abaissement considérable de la mortalité. Cette mortalité, depuis quelques années, n'est plus que de un et demi à deux pour cent, chiffre qui est bien près du chiffre normal quand on considère qu'à la Maternité comme à l'hôpital des Cliniques, sont envoyées, bien qu'en moins grand nombre, des femmes qui ont déjà subi des manœuvres en ville. — En dehors de ces trois services qui relèvent séparément du médecin, de la sage-femme et du chirurgien, ce dernier a un service de gynécologie contenant 8 lits.

L'Ecole d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves : elle est sous la direction du chirurgien en chef, M. le professeur Tarnier, assisté de Mme Gallé, sage-femme en chef. Il y a trois aides sages-femmes, nommées au concours, qui sont chargées à tour de rôle de répéter aux élèves les leçons du professeur et de surveiller les accouchements ; de plus, les élèves sont divisés en dix séries qui se succèdent toutes les 24 heures à la salle d'accouchement ; chaque série a, à sa tête, des *chefs*, nommées au concours parmi les élèves de seconde année : ces chefs ont elles-mêmes pour mission de diriger leurs compagnes, de leur expliquer les difficultés de la théorie et de les initier à la pratique.

Toutes les élèves sont internes : elles ne peuvent sortir que six fois dans l'année, accompagnées de leur père, de leur mère ou de leur mari. Le prix de la pension qui était de 600 francs, pour une année, vient d'être élevé à 1,000 francs. La plupart des élèves restent pendant deux années à la Maternité.

Outre le cours d'accouchement, les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés, faites par M. Hervieux ; sur la botanique, faites par le pharmacien en chef ; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires faites par l'un des internes.

Il existe enfin, dans le grand parc de la Maternité, un petit pavillon, construit sur les indications de M. le professeur Tarnier pavillon à chambres complétement séparées où la surveillance est rendue facile par l'existence de vitres dormantes qui donnent toutes, à chaque étage, sur une pièce centrale où se tiennent les infirmières. Dans ce pavillon, au service duquel est attachée une aide sage-femme, sont réalisées les conditions d'isolement complet, analogues à celles qu'on rencontre dans la pratique civile : il a été inauguré en juin 1876, et il a eu, depuis deux ans, la visite d'un grand nombre d'accoucheurs français, russes, anglais, allemands, italiens, américains, etc.

Asile sainte-Anne, 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques : 750 lits. — MM. Lucas et Dagonet, médecins de l'asile Ste-Anne MM. Boucherbau et Magnan, médecins du bureau d'admission.

Maison municipale de santé, rue du Faubourg-Saint-Denis, n° 200 : 351 lits. — *Médecins* : MM. Labbé et Lécorché. — *Chirurgiens* : MM. Marc Sée et Cruveilhier. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service.

— Il existe encore d'autres établissements hospitaliers, tels que l'*Hospice des Incurables*, à Ivry : la *Maison de retraite des ménages*, à Issy ; l'*Hospice de la Rochefoucauld*, route d'Orléans ; l'*Institution Sainte-Périne*, à Auteuil,

© BIU Santé

boulevard de Ste-Périne ; *l'hospice Saint-Michel, l'hospice de la Reconnaissance*, etc., mais qui, en raison de leur situation, en général extra-urbaine, ne sont guère accessibles aux étudiants en médecine.

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose : 1° de médecins et de chirurgiens ; — 2° de prosecteurs (voir AMPHITHÉATRE DES HOPITAUX, p. 820 ; — 3° d'internes et d'externes en médecine et en chirurgie ; — 4° de pharmaciens ; — 5° d'internes en pharmacie. Tous sont nommés au *concours*. Nous nous bornerons à donner ici l'extrait des règlements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat* :

Art. 105. — Tout étudiant qui se présente au concours pour les places d'élèves externes, doit être âgé de 18 ans au moins et de 25 ans au plus (1). Toutefois, l'élève qui atteindrait 25 ans avant l'expiration de ses fonctions, peut, si sa conduite n'a donné lieu à aucune plainte, être autorisé à concourir de nouveau pour l'externat, et si les épreuves du concours lui sont favorables, être prorogé dans ses fonctions d'externe jusqu'à 28 ans, de telle sorte qu'il puisse conserver la faculté de se présenter au concours de l'internat jusqu'à la limite de l'âge fixée par le règlement. Il doit produire : 1° son acte de naissance ; 2° un certificat de vaccine (2) ; 3° un certificat de bonne vie et mœurs, délivré par le maire de la commune où il est domicilié ; 4° le certificat d'une inscription, au moins, prise à l'une des Facultés de médecine. Néanmoins les étudiants qui se présenteraient sans pouvoir produire encore ce nouveau certificat, seront inscrits provisoirement, sous la réserve de justifier de la prise d'une inscription avant la clôture du concours.

Art. 119. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive ; il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion ; 2° une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer aux candidats, pour chacune de ces deux épreuves, est fixé à 20.

Afin de permettre aux nouveaux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours.

Concours de 1872 *et* 1873. — 1° *Anatomie :* Os temporal ; — Maxillaire inférieur ; — Clavicule ; — Omoplate ; — Os coxal ; — Tibia ; — Articulation temporo-maxillaire ; — Articulation scapulo-humérale ; — Articulation du coude ; — Articulation coxo-fémorale ; — Articulation du genou ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Muscle sterno-mastoïdien ; — Muscles de l'omoplate ; — Diaphragme ; — Muscle psoas-iliaque ; — Fosses nasales ; — Rapports des poumons ; — Conformation extérieure et rapports du cœur ; — Crosse de l'aorte ; — Aorte abdominale ; — Artère maxillaire ; — Artère fémorale ; — Veines du membre supérieur.

2° *Pathologie et petite chirurgie :* Furoncle ; — Brûlures ; — Symptômes des fractures ; — Phlegmon diffus ; — Vaccine et vaccination ; — Ventouses et leurs indications ; — Hémorrhagies traumatiques, moyens hémostatiques ; — Administration du chloroforme ; — Contusion ; — Epistaxis, tamponnement des fosses nasales ; — Symptômes et diagnostic de la pleurésie ; — Epistaxis ; — Vaccination ; — Cathétérisme de l'urèthre ; — Symptômes et diagnostic de la pneumonie ; — Ventouses ; — Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; — Appareil de Scultet ; — Fracture de la clavicule ; — Saignée.

Concours de 1874. — 1° *Anatomie :* Artère fémorale ; — Scapulum ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Articulation temporo-maxillaire ; — Diaphragme ; — Crosse de l'aorte ; — Tiers supérieur du fémur ; — Fosses nasales ; — Articulation du genou ; — Muscle psoas ; — Artère humérale ; — Muscles de la région antérieure de la jambe ; — Artère axillaire ; — Clavicule.

2° *Pathologie et petite chirurgie :* Furoncle ; — Fractures du radius ; — Signes et diagnostic des fractures en général ; — Signes et diagnostic de la pneumonie ; — Des vésicatoires ; — De la saignée du bras ; — Des brûlures ; — De la vaccination ; — Appareils inamovibles ; — De l'entorse ; — Appareil de Scultet ; — Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.

Concours de 1875. — *Anatomie :* 1° Articulation sterno-claviculaire ; — Tiers supérieur de l'humérus ; — Conformation extérieure et rapports de l'estomac ; — Veines superficielles du membre supérieur ; — Omoplate ; — Psoas-iliaque ; — Crosse de l'aorte ; — Muscles de la région antérieure de la jambe ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Tiers inférieur de l'humérus ; — Caractères distinctifs des vertèbres ; — Les trois muscles fessiers.

2° *Pathologie et petite chirurgie :* De la contusion ; — Des ventouses, leur application ; — Signes et diagnostic des fractures ; — Signes et diagnostic de la pleurésie ; — Des moyens hémostatiques dans les hémorrhagies traumatiques ; — Séton, ses indications thérapeutiques ; — Appareils inamovibles ; — Des ulcères de la jambe et leur traitement.

Concours de 1877. — 1° *Anatomie :* Sterno-cléido-mastoïdien ; — Rapports de l'estomac ; — Artère axillaire ; — Cubitus ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Artères de l'avant-bras ; — Diaphragme ; — Caractères généraux et distinctifs des vertèbres cervicales ; — Articulation scapulo-humérale ; — Artère fémorale ; — Muscle grand oblique de l'abdomen ; — Paroi osseuse des fosses nasales ; — Artères de la jambe ; — Omoplate ; — Articulation temporo-maxillaire.

2° *Pathologie et petite chirurgie.* — Vésicatoire ; — Anthrax ; — Cautère ; — Epistaxis, tamponnement des fosses nasales ; — Symptômes de la pneumonie ; — Vaccine, vaccination ; — Moyens hémostatiques ; — Signes des fractures des os longs ; — Symptômes et diagnostic de la rougeole ; — Phlegmon diffus ; — Panaris.

Concours de 1877. — 1° *Anatomie :* Vertèbres dorsales ; — Artère fémorale ; — Triceps fémoral ; — Muscle grand dentelé ; — Muscles petits dentelés ; — Articulation du coude ; — Parois osseuses de l'orbite ; — Muscles péroniers latéraux ; — Muscles de l'éminence thénar de la main ; — Muscle trapèze ; — Os maxillaire supérieur ; — Articulations de la clavicule ; — Sacrum et coccyx ; — Muscles jumeaux, soléaire et plantaire grêle ; — Articulation de la mâchoire supérieure ; — Articulation radio-carpienne.

2° *Pathologie et petite chirurgie.* — Furoncle ; — Signes de la pneumonie franche ; — Vaccine et vaccination ; — Signes et diagnostic de la pleurésie aiguë simple ; — Epistaxis ; — Tamponnement des fosses nasales ; — Pansements des ulcères de la jambe ; — Entorses ; — Accidents de la saignée ; — Signes des fractures ; — Brûlures ; — Phlegmon circonscrit ; — Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; — Appareils inamovibles ; — Cautères.

Voici maintenant les articles du règlement relatifs aux internes en médecine et en chirurgie.

Art. 102. — Les élèves externes reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne doivent pas être âgés de plus de 28 ans. Ils ne sont inscrits pour le concours de l'internat que sur le vu des pièces ci-après : 1° un certificat constatant leur service en qualité d'externe au moins depuis le 1er janvier précédent, sans interruption non motivée ; 2° des certificats délivrés par les médecins ou chirurgiens et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

Art. 121. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées comme il est dit ci-après : 1° une épreuve d'admissibilité consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures ; 2° une épreuve orale sur les mêmes sujets ; il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue. Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves, est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite, 30 points ; pour l'épreuve orale, 20 points. Ces opérations terminées, le jury procède au classement des candidats.

Questions écrites données en ces dix-sept dernières années : — 1861. Structure du rein ; hématurie. — 1862. Région inguinale ; signes et diagnostic de l'étranglement intestinal au point de vue médical et chirurgical. — 1863. Muscles intercostaux, leurs usages, fractures des côtes. — 1864. Cordon testiculaire ; varicocèle et son traitement. — 1865. Diaphragme ; pleurésie. — 1866. Veine porte ; ascite. — 1867. Artères des intestins ; signes et diagnostic des hémorrhagies intestinales. — 1868. Muscles intrinsèques du larynx ; caractères différentiels des laryngites. — 1869. Médiastin postérieur ; diagnostic du pneumothorax. — 1871. Trachée et bronches ; corps étrangers des voies aériennes. — 1872. Vertèbres cervicales ; signes et diagnostic du mal de Pott. — 1873. Circulation du foie ; cirrhose. — 1874. Rapports de l'œsophage ; ses rétrécissements. — 1875. De l'endocarde et des endocardites. — 1876. Cœcum ; ulcérations intestinales. — 1877. Vaisseaux sanguins du poumon ; gangrène pulmonaire. — 1878. Structure du rein ; diagnostic et valeur séméiologique de l'albuminurie.

Le relevé suivant donnera une idée de la nature des questions orales :

Concours de 1872 : Nerf moteur oculaire commun ; ses paralysies ; — Péricarde ; signes et diagnostic de la péricardite ; — Enveloppes des bourses ; hydrocèle ; — Prostate ; symptômes et diagnostic des calculs vésicaux ; — Clavicule ; fractures de la clavicule ; — Trachée ; symptômes et diagnostic de la rougeole ; — Articulation temporo-maxillaire ; luxations de la mâchoire ; — Voies lacrymales ; tumeurs lacrymales ; — Fosse iliaque ; abcès de la fosse iliaque.

Concours de 1873 : Circulation hépatique ; symptômes et diagnostic de la cirrhose ; — Muscles de l'orbite ; séméiologie de l'exophthalmie ; — Anatomie topographique du cou-de-pied ; symptômes et accidents consécutifs de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné ; — Rapports du rein ; accidents consécutifs de la lithiase rénale ; — Cœcum ; invagination intestinale ; — Anatomie de la joue ; stomatite ulcéro-membraneuse ; — Articulation

(1) Le concours de l'externat a lieu habituellement au commencement du mois d'octobre. Les externes sont nommés pour trois ans.

(2) On devrait exiger un certificat de *revaccination*, datant de l'année, disions-nous l'an dernier ; ce conseil n'a pas été suivi et cependant des morts, occasionnées par la variole, sont enregistrées tous les ans.

© BIU Santé

scapulo-humérale ; signes de la luxation de cette articulation ; — Artère pulmonaire ; hémoptysie.

Concours de 1874 : Muscles du voile du palais ; paralysie du voile du palais ; — Région prostatique du canal de l'urèthre, infiltration urineuse ; — Voies lacrymales ; tumeurs lacrymales : — Glotte ; complications de la coqueluche ; — Carotide externe ; anévrysme artérioso-veineux.

Concours de 1875 : Artère rénale ; diagnostic, pronostic et traitement de l'hématurie ; — Articulation tibio-tarsienne ; entorse ; — Muscles du pharynx ; signes et diagnostic de l'angine couenneuse ; — Cœcum ; colique de plomb ; — Glande mammaire ; des abcès du sein ; — Portion sous-ombilicale du péritoine ; symptômes, diagnostic et pronostic de la péritonite tuberculeuse ; — Nerf moteur oculaire commun ; des conjonctivites ; — Articulation radio-carpienne ; fracture de l'extrémité inférieure du radius ; — Portion extra-crânienne du nerf facial ; érysipèle de la face.

Concours de 1876 : Glandes de la peau ; phlegmon diffus ; — Dure-mère crânienne ; symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse ; — Diaphragme ; symptôme de l'angine de poitrine ; — Rapports du pharynx ; symptômes de la scarlatine normale ; — Grand hypoglosse ; symptômes et diagnostic du cancer de la langue ; — Articulations du coude ; fractures de l'olécrâne ; — Uretère ; symptômes et diagnostic de la colique néphrétique ; — Face inférieure du foie ; symptômes et diagnostic du diabète sucré ; — Veine cave inférieure ; causes de l'ascite ; — Médiastins ; symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë.

Concours de 1877 : Muqueuse linguale ; angine diphtéritique. — Muqueuse de l'estomac ; cancer du pylore. — Grand épiploon ; signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse. — Ligaments larges ; hématocèle rétro-utérine. — Structure de la peau ; érysipèle de la peau. — Rapports du rectum chez l'homme ; causes, signes et diagnostic des hémorrhoïdes. — Muqueuse uréthrale chez l'homme ; oreillons. — Périoste ; nécrose des os longs. — Cornée ; ophthalmie purulente. — Glandes de l'intestin grêle ; symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde. — Aponévroses du périnée chez l'homme ; infiltration d'urine.

Nous devons ajouter que tous les ans il y a, à l'Assistance publique, un concours entre les internes, et que des prix sont décernés, d'une part, à la première division (internes de 3e et 4e années), d'autre part, à la seconde division (internes de 2e et de 1re années). Au concours de l'année 1875, on a donné les questions suivantes pour la composition écrite : *Anatomie et physiologie des nerfs de la peau ; — Anatomie pathologique de l'érysipèle* (1re division) ; — *Anatomie et physiologie du nerf phrénique ; diagnostic des péricardites* (2e division).—Concours de l'année 1876 : *Pie-mère : hémorrhagies méningées* (1re division) ; — *Iris ; lésions traumatiques de l'œil* (2e division). — Concours de 1877 : *Glandes de la muqueuse stomacale ; — Valeur séméiologique de l'hématémèse* (1re division). — *Anatomie du lobule pulmonaire ; emphysème pulmonaire* (2e division).

Nous avons montré plus haut (p. 826) combien l'*externat* et surtout l'*internat* offrent d'avantages scientifiques aux étudiants en médecine, et nous ne saurions trop engager les étudiants laborieux à se préparer aux concours qui permettent d'arriver aux fonctions d'externes et d'internes. Voici les avantages matériels que ces institutions leur présentent.

Internes. — 1re et 2e années, 500 fr. ; 3e année, 600 fr. ; 4e année, 700 fr. — Les internes sont d'habitude logés. Dans le cas contraire, ils reçoivent une indemnité de 400 fr. — Le nombre des places vacantes, cette année, est de 35 à 40 ; celui des candidats de 288.

Externes. — 1° Dans les hôpitaux, dits du *centre* : Charité, Clinique, Hôtel-Dieu, Pitié, les externes ne reçoivent aucune indemnité ; — 2° Dans les hôpitaux *semi-excentriques*, comme Necker, les Enfants-Malades, Cochin, etc., les externes touchent par service 300 fr. par an ; — 3° Dans les hôpitaux *excentriques* (Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, Sainte-Eugénie et Saint-Louis) les externes ont une indemnité d'un franc par jour. — Enfin, à la Maison de Santé, les externes ont collectivement par service 300 fr. par an, et de plus une indemnité individuelle de 300 fr.

ENSEIGNEMENT MEDICAL LIBRE.

Ecole pratique.

Cours autorisés pour le 1er semestre de l'année scolaire 1878-1879.

Par arrêté de M. le Ministre de l'instruction publique, en date du 26 juillet 1878 et sur l'avis conforme de la Faculté, MM. les docteurs, dont les noms suivent, ont été autorisés à faire à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1878-1879, des cours sur les matières ci-après indiquées, savoir : MM. les docteurs :

Baudot. *Maladies des voies urinaires.* Lundi, vendredi à 8 h. Amphithéâtre n° 2.

Bourgeret. *Pathologie interne.*

Broghard. *Hygiène et maladies des nouveau-nés.*

Chéron. *Gynécologie, thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus.*

Danlos. *Pathologie interne.* — Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. Amph. n° 2. Il traitera des maladies des voies digestives. Ce cours ouvrira le 19 novembre.

Delefosse. *Chirurgie des voies urinaires.*

De Sinety. *Gynécologie, thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus.*

Dubuc. *Maladies des voies urinaires.* Mardi, samedi à 4 h. Amph. n° 2.

Du Castel. *Pathologie interne.* — Lundi et vendredi, à 5 h. Amph. n° 1. Ce cours, consacré aux maladies des voies respiratoires, commencera le lundi 18 novembre.

Durand-Fardel. *Eaux minérales.* Lundi, vendredi à 4 h. Amph. n° 2.

Duret. *Pathologie externe.*

Fort. *Anatomie descriptive.* Tous les jours à midi 1/2. Amph. n° 3.

Galezowski. *Maladies des yeux.*

Gellé. *Otologie.* Mercredi à 4 h. Amph. n° 2.

Gorecki. *Maladies des yeux.* Mardi, jeudi à 7 h. Amph. n° 2.

Henriet. *Pathologie externe.*

Hughard. *Pathologie interne.*

Joffroy. *Pathologie interne.* — Lundi, mercredi, vendredi. Amph. n° 1, à 8 heures. La première leçon aura lieu le vendredi 15 novembre.

Lacombe. *Pathologie interne.* — Mardi, samedi, à 5 h. Amph, n° 2.

Latteux. *Technique microscopique.* Jeudi à 4 h. Amph. n° 3.

Le Noir. *Anatomie et dissection.* Mardi, jeudi, samedi à 1 h. Amph. n° 3.

Lorey. *Pathologie interne.* Lundi, mercredi, vendredi à 3 h. Amph. n° 1.

Mallez. *Maladies des voies urinaires.* Mardi, jeudi, samedi à 8 h. Amph. n° 1.

Martel. *Accouchements.*

Menière. *Gynécologie, thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus et annexes.* Mercredi à 7 h. Amph. n° 3.

Migon. *Accouchements.* Lundi, vendredi à 7 h. Amph. n° 2.

Moutard-Martin. *Pathologie interne.* Mardi à midi. Amph. n° 1.

Nepveu. *Pathologie externe.* Lundi, mercredi, vendredi à 5 h. Amph. n° 2.

Perières. *Pathologie externe.*

Peyrot. *Pathologie externe.*

Picard. *Maladies des voies urinaires.*

Quinquaud. *Pathologie interne.* Mardi, jeudi, samedi à 7 h. Amph. n° 1.

Raymond. *Pathologie interne.*

Reclus. *Pathologie externe.*

Reliquet. *Maladies des voies urinaires.*

Robin Albert. *Pathologie interne.* — Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. Amph. n° 1. Ce cours commencera le 19 novembre.

Schwartz. *Pathologie externe.*

Sevestre. *Pathologie interne.*

Stapfer. *Accouchements.* Mardi, samedi à 3 h. Amph. n° 2.

Troisier. *Pathologie interne.*

Vergier. *Accouchements.* Jeudi à 8 h. Amph. n° 2.

Nota. — L'ouverture de chaque cours sera annoncée par des affiches manuscrites qui seront placées à l'École pratique.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot recommencera ses conférences cliniques le dimanche 10 novembre, à 9 h. 1/2.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Pinard commenceront le samedi 2 novembre, à 4 h. 1/2, la 2e partie de leur cours d'accouchement. Ce cours est complet en deux mois et divisé en quatre parties : 1° Partie, Anatomie, Physiologie, Grossesse. — 2° Eutocie. — 3° Dystocie. — 4° Exercices pratiques et opérations. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Hôpital des Enfants malades. — Le docteur Jules Simon commencera ses conférences le mercredi 6 novembre et les continuera les mercredis suivants, à 9 heures, dans l'amphithéâtre de l'hôpital. — Le samedi, consultation clinique.

Clinique ophthalmologique du Dr Galezowski, 26, rue Dauphine. — Les conférences cliniques ont lieu tous les jours, de 1 h. à 3 h. Les lundis et mercredis sont consacrés plus spécialement à l'étude des maladies externes de l'œil. Les mardis et les jeudis, les opérations ; les vendredis l'examen des malades avec l'ophthalmoscope, et les samedis la réfraction de l'œil avec le choix des lunettes.

A l'*Ecole pratique*, M. Galezowski fera un cours public sur la pathologie de l'œil, les lundis et vendredis à 8 h. du soir, à l'amphithéâtre n° 2. — Chaque séance sera suivie d'une démonstration ophthalmoscopique.

Maladies des voies urinaires. — 1° Leçons pratiques sur les urines. — M. le Dr Delefosse fera, à partir du 17 novembre inclus, à sa clinique, 37, rue Saint-André-des-Arts, tous les dimanches à 10 heures, un cours pratique pour les médecins seuls : ils seront exercés aux analyses gratuitement. — 2° Cours à l'Ecole pratique pendant le semestre d'hiver 1878-79 sur la chirurgie des voies urinaires. — 3° Consultations gratuites les mardis, jeudis et samedis à 4 heures.

© BIU Santé

Hygiène et maladie des nourrissons. — M. le Dr Brochard, commencera ce cours le mercredi 13 novembre, à 8 h. du soir, amphithéâtre n° 2 et le continuera les mercredis à la même heure.

Cours préparatoires aux 3e et 4e examens du doctorat, et au 1er examen de fin d'année. — Le Dr Martin-Damourette fait à son domicile, 63, boulevard Saint-Germain, un cours de physique, chimie et histoire naturelle médicales, pour la préparation au 3e examen du doctorat et au 1er de fin d'année ; — et un cours de thérapeutique, hygiène et médecine légale pour la préparation au 4e examen du doctorat. Ces cours ont lieu tous les jours : A une heure pour le 3e examen, et à deux heures pour le 4e. La durée totale de chacun de ces cours est de deux mois ; mais vu la multiplicité des matières, une nouvelle série commence le 1er et le 15 de chaque mois. On s'y inscrit de midi à une heure.

Hôtel-Dieu. — M. Alph. Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, fera le samedi une leçon sur les pansements, et le lundi une conférence clinique sur les maladies de l'utérus. — L'ouverture du cours sera annoncée ultérieurement.

Maladies des voies urinaires. — Le Dr Reliquet, ancien interne des hôpitaux de Paris, fera son cours les mardis et samedis, à 4 h. amphith. n° 2, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine. Dans ce cours complet, le Dr Reliquet consacrera plusieurs leçons aux affections des voies génitales de l'homme. Comme toujours, il commencera par la physiologie des voies urinaires, et par celle des voies génitales. A propos des différentes affections, les descriptions des opérations trouveront naturellement leur place. La lithotritie sera l'objet d'une étude spéciale.

Conférences de clinique chirurgicale. — M. le docteur Duplay, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, reprendra ses conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Louis, le jeudi 7 novembre, à 9 heures et demie, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Visite des malades à 8 heures et demie ; opérations à 10 heures.

Conférences publiques et gratuites sur l'oculistique. — M. le Dr Fano, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, commencera ces conférences le lundi 25 novembre, à une heure de l'après-midi, à sa clinique, rue Séguier, 14, et les continuera les jours suivants à la même heure. Il traitera, pendant le semestre d'hiver, du diagnostic et de la thérapeutique des affections oculaires.

Ophthalmologie. — M. le Dr Ch. Abadie a commencé ses leçons cliniques d'ophthalmologie à sa clinique, 17, rue Séguier, mardi 22 octobre, à 2 heures; il les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophthalmoscope et assistent aux opérations.

Hôpital Saint-Antoine. — *Clinique thérapeutique.* — Le Dr Dujardin-Beaumetz fait pendant le semestre d'été un cours de clinique thérapeutique le jeudi, à 9 heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Antoine. Visite et interrogatoire au lit des malades tous les jours à 9 heures.

Maladies des yeux. — M. Desmarres commencera ses cours, ses opérations, ses leçons cliniques le lundi 11 novembre, 8, rue Hautefeuille, et les continuera les lundis et mercredis suivants, de midi à deux heures.

Pathologie externe. — MM. Peyrot et Reclus feront comme l'année dernière un cours de pathologie externe à l'Ecole pratique. Les leçons auront lieu tous les jours de 5 à 6 heures, à l'amphithéâtre n° 3, à partir du lundi 15 novembre. M. Peyrot fera le cours les lundis, mercredis et vendredis, et M. Reclus les mardis, jeudis et samedis.

Cours de pathologie interne. — M. le dr Sevestre reprendra le lundi 18 novembre, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, son cours de pathologie interne et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Il étudiera d'abord les *maladies des reins, puis les maladies générales.*

M. le dr Raymond fera un cours de *pathologie interne*, maladies générales, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 1, les mardis, jeudis, samedis à 5 heures. Retenu par le concours d'externat, M. Raymond commencera son cours le 17 décembre.

Cours d'embryogénie normale et de tératologie. — M. le professeur Dareste fera son cours pendant le semestre d'été. Il y traitera toutes les questions relatives à la formation de l'embryon et à l'origine des monstres. Nous rappellerons aux intéressés que pendant toute l'année scolaire, le laboratoire de M. Dareste est ouvert aux personnes qui veulent avoir des renseignements sur les questions d'embryogénie et de tératologie.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Edouard Meyer, 21, rue de l'Ancienne-Comédie (Entrée : Cour du Commerce, 3). Consultations tous les jours à 1 heure. Conférences cliniques et opérations les lundis et vendredis. M. V. Caudron, chef de clinique exercera les élèves à la pratique de l'ophthalmoscope et leur facilitera l'examen des malades. Leçons particulières d'ophthalmoscopie et d'opérations.

Maladies des oreilles. — M. le dr C. Miot, rue Saint-André-des-Arts, 41, clinique les lundis, mercredis et vendredis, à midi.

Maladies des femmes. — Policlinique de chirurgie du Dr Berrut, rue de Bellechasse, 29. Du 1er novembre au 31 août : le jeudi à 9 heures du matin, consultations auxquelles assistent les élèves inscrits; le même jour, à onze heures, leçon à laquelle sont admis tous les médecins, élèves et sages-femmes. La première leçon aura lieu le jeudi 7 novembre.

Gynécologie. — M. le Dr P. Ménière (d'Angers) commencera son cours le jeudi 14 novembre à l'Ecole pratique, Amph. n° 2 à 5 h. *Objet du cours du semestre d'hiver* : Thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus et annexes.

Premier examen de fin d'année, troisième et quatrième de doctorat. — Le Dr Lelorain, licencié ès-sciences naturelles, recommence ses leçons particulières d'histoire naturelle, pharmacologie et thérapeutique ; préparation à ces examens, plantes fraîches ou conservées, herbiers, droguier complet, collections de bois, fruits, etc. Etudes pratiques dans les serres et galeries du muséum. S'inscrire chez M. Lelorain de 4 à 6 heures, 16, rue Monge.

Pathologie externe. — MM. Duret, Henriet et Schwartz feront un cours complet de *pathologie externe* à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, tous les jours, de 8 heures à 9 heures du soir. — Le premier cours aura lieu le lundi 11 novembre.

Cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie. — M. le dr Ch. Fauvel a commencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continuera les lundis et jeudis à 9 heures. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée. Un chef de clinique, M. Courard, est à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

Maladies des yeux. — M. le dr Coursérant, 19, rue du Dragon. Consultations publiques tous les jours à une heure à sa clinique. Examens ophthalmoscopiques et conférences cliniques le vendredi, à 2 heures.

Electrologie médicale. — M. le dr A. Tripier. Consultations et conférences cliniques sur la pathologie nerveuse et la gynécologie au dispensaire de la rue Christine, n° 3, les mardis, jeudis et samedis, à midi.

Hopital de Lourcine. — *Cours clinique de gynécologie.* — M. le Dr L. Martineau commencera ce cours le mercredi 20 novembre à neuf heures et le continuera les mercredis et samedis à la même heure, pendant l'année scolaire 1878-1879. Le cours sera précédé de l'examen des malades. Le mardi à neuf heures, consultation et traitement externe. Le jeudi, à neuf heures, exercices pratiques de laryngoscopie. *Nota.* Pour être admis à suivre ce cours, MM. les étudiants en médecine doivent se munir d'une carte qui leur sera délivrée par M. le Directeur de l'hôpital.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS

Premier semestre. — Les cours de la Faculté s'ouvriront en novembre 1878, à la Sorbonne.

Géométrie supérieure. Les mercredis et vendredis, à midi et demi. M. Chasles, professeur. M. Ossian Bonnet, suppléant, exposera les travaux récents de géométrie supérieure.

Calcul différentiel et intégral. Les lundis et jeudis, à huit heures et demie. M. J.-A. Serret, professeur. M. Bouquet, professeur de la Faculté, suppléant, traitera du *calcul différentiel et intégral.*

Mécanique rationnelle. Les mercredis et vendredis, à huit heures et demie. M. Liouville, professeur. M. Darboux, suppléant, traitera de la *composition* et des lois générales de l'*équilibre* et du *mouvement.*

Astronomie mathématique et mécanique céleste. Les mardis et samedis, à dix heures et demie. M. Puiseux, professeur, consacrera un certain nombre de leçons à la *théorie de la figure de la terre* considérée comme formée d'un noyau solide recouvert d'un fluide en équilibre. Il exposera ensuite les principes du *calcul des perturbations* et en fera l'application à diverses inégalités des mouvements des planètes et de la lune.

Calcul des probabilités et physique mathématique. Les lundis et jeudis, à dix heures et demie. M. Briot, professeur, traitera de la *théorie des fonctions périodiques et de leur application à des questions de physique mathématique.* Il traitera spécialement, dans le second semestre, de la théorie de la lumière.

Mécanique physique et expérimentale. Les mardis et samedis, à huit heures et demie. M. Bouquet, professeur. M. Tannery, suppléant, traitera de la *cinématique* et de ses applications à la *théorie des machines.*

Physique. Les mardis et samedis, à une heure et demie. M. P. Desains, professeur, traitera de la *chaleur*, du *magnétisme*, de l'*électricité*, de l'*électro-magnétisme* et de leurs principales applications.

Chimie. Les lundis et jeudis, à une heure. M. H. Sainte-Claire-Deville, professeur, exposera les *lois générales de la chimie* ; il fera l'*histoire des métalloïdes.*

Zoologie, anatomie, physiologie comparée. Les mardis et samedis, à trois heures et demie. M. Henri de Lacaze-Duthiers, professeur, étudiera les *principaux groupes des vertèbres.*

Minéralogie Les mercredis et vendredis, à une heure et demie. M. Friedel,

© BIU Santé

professeur, étudiera les *càractères généraux des minéraux et les principales espèces minérales.*

Physiologie. Les lundis et jeudis à 3 h. 1/2. M. BERT suppléé par M. DASTRE.

Jours et heures des cours.

Lundis : MM. BERT à 3 h. 1/2; BOUQUET, 8 h. 1/2; BRIOT, 10 h. 1/2; H. SAINTE-CLAIRE-DEVILLE, 1 h.

Mardis : MM. TANNERY, 8 h. 1/2; PUISEUX, 10 h. 1/2; P. DESAINS, 1 h. 1/2 DE LACAZE-DUTHIERS, 3 h. 1/2.

Mercredis : MM. DARBOUX, 8 h. 1/2; Ossian BONNET, midi 1/2; FRIEDEL, 1 h. 1/2.

Jeudis : MM. BERT à 3 h. 1/2; BOUQUET, 8 h. 1/2; BRIOT, 10 h. 1/2; H. SAINTE-CLAIRE-DEVILLE, 1 h.

Vendredis : MM. DARBOUX, 8 h. 1/2; Ossian BONNET, midi 1/2; FRIEDEL, 1 h. 1/2.

Samedis : MM. TANNERY, 8 h. 1/2; PUISEUX, 10 h. 1/2; P. DESAINS, 1 h. 1/2; de LACAZE-DUTHIERS, 3 h. 1/2.

Seront professés pendant le second semestre :

Les cours d'algèbre supérieure, par M. HERMITE; — de calcul intégral, par M. BOUQUET; — d'astronomie physique, par M. X... ; — de mécanique, par M. DARBOUX ; — de physique mathématique, par M. BRIOT ; — de mécanique physique et expérimentale, par M. TANNERY ; — la seconde partie du cours de physique, par M. JAMIN ; — la seconde partie du cours de chimie, par T. TROOST ; — la chimie organique, par M. WURTZ ; — le cours de zoologie, anatomie, physiologie comparée, par M. MILNE-EDWARDS ; — le cours de géologie, par M. HÉBERT ; — le cours de botanique, par M. DUCHARTRE.

Les candidats aux divers baccalauréats ès-sciences doivent s'inscrire au Secrétariat de la Faculté et consigner en même temps les droits de ces grades ; les registres sont clos irrévocablement cinq jours avant l'ouverture des sessions. Les sessions pour les divers baccalauréats s'ouvriront : l'une, le 10 juillet 1878 ; l'autre, le 25 octobre 1878. Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au Secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, avril et juillet.

Les sessions pour les trois licences auront lieu : la première en novembre 1878 ; la deuxième du 1er au 31 juillet 1879. Les candidats sont tenus de s'inscrire et de consigner en même temps à la Faculté les droits de ce grade. L'inscripion est close huit jours avant l'ouverture de la session.

Vu et approuvé : *Le Vice-recteur de l'Académie de Paris*, A. MOURIER.

Le doyen de la Faculté des Sciences : MILNE-EDWARDS

Laboratoire de physiologie. — Directeur : M. le professeur BERT ; directeur-adjoint : N... ; préparateurs : MM. REGNARD et LAFFONT. — Le laboratoire de physiologie de la Sorbonne est un laboratoire d'enseignement. Tous les étudiants sont admis à prendre part (sans aucuns frais) aux exercices pratiques. Pendant trois mois des conférences sont faites, dans lesquelles on répète les expériences classiques contenues dans les programmes d'examens et de concours. — De même qu'il est impossible de savoir la médecine sans aller à l'hôpital et l'anatomie sans aller disséquer, de même on ne peut savoir un peu de physiologie qu'en faisant quelques expériences. Nous ne saurions donc trop engager les étudiants à se rendre aux conférences de la Sorbonne dès que l'affiche apposée à la Faculté annoncera leur ouverture. Ils verront que telle théorie qu'ils auraient mal apprise par cœur dans quelque Manuel, leur restera profondément gravée dans la mémoire quand ils auront vu de leurs yeux les faits qui lui ont donné naissance. De plus, la vivisection donne l'habitude des opérations sanglantes et constitue un exercice de médecine opératoire qui n'est pas à dédaigner. Nous terminerons en disant que le laboratoire de M. Bert est ouvert libéralement à quiconque veut faire quelque recherche et à tout étudiant qui prépare sa thèse.

ECOLE SUPERIEURE DE PHARMACIE
DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1878-1879.

Premier semestre.

Le registre des inscriptions a été ouvert le 21 octobre. L'ouverture des cours est fixée au 5 novembre.— Directeur honoraire, M. BUSSY. — Professeur honoraire, M. BERTHELOT.

Zoologie. M. A. MILNE-EDWARDS, professeur, mardi, jeudi et samedi, à midi.

Histoire naturelle des médicaments. M. PLANCHON, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures et demie.

Chimie générale. M. RICHE, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 heures et demie.

Physique. M. LE ROUX, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures.

Pharmacie. M. BOURGOING, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 8 heures et demie.

Hydrologie et histoire des minéraux. M. BOUCHARDAT, agrégé, chargé du cours, mardi, jeudi et samedi, à 8 heures et demie.

Botanique cryptogamique. M. MARCHAND, agrégé, chargé du cours, mardi, jeudi et samedi, à 9 heures trois quarts.

Travaux pratiques. 1re année. *Chimie.* M. PRUNIER, maître de conférences et chef des travaux. — 2e année. *Chimie.* M. PERSONNE, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques. — 3e année. *Botanique.* M. CHATIN, professeur, lundi, mercredi et vendredi, de midi à 4 heures.

Second semestre commençant le 1er avril 1879.

Botanique. (1) M. CHATIN, professeur, mardi, jeudi et samedi, à midi.

Toxicologie. M. BOUIS, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures.

Pharmacie. M. BAUDRIMONT, professeur, mardi, jeudi et samedi à 8 heures et demie.

Chimie organique. M. JUNGFLEISCH, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 3 heures et demie.

Chimie analytique. M. PERSONNE, chargé du cours, mardi, jeudi et samedi, à 5 heures.

Travaux pratiques. 1re année. *Chimie.* M. PRUNIER, chef des travaux, mardi, jeudi et samedi, de midi à 4 heures. — 2e année. *Chimie.* M. PERSONNE, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques, mardi, jeudi et samedi de midi à 4 heures. — 3e année. *Botanique.* M. CHATIN, professeur, vendredi, de midi à 4 heures. — 3e année. *Physique.* M. LE ROUX, professeur, lundi et mercredi de midi à 4 heures.

Le registre des inscriptions aux cours de l'Ecole sera ouvert du 20 octobre au 5 novembre. Les élèves devront y inscrire eux-mêmes leurs nom, prénoms, âge et lieu de naissance.

Le même registre sera ouvert de nouveau, pour le renouvellement des inscriptions, pendant les quinze premiers jours de chaque trimestre de l'année scolaire. Les élèves antérieurement inscrits ne peuvent prendre une première inscription de semestre qu'après avoir satisfait à l'examen du semestre précédent. Tout élève qui se présente pour prendre *sa première* inscription est tenu de déposer entre les mains du secrétaire agent comptable : 1° Son acte de naissance. 2° Le diplôme de bachelier ès-sciences ou les diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint pour l'inscription de première classe ; pour l'inscription de seconde classe, le certificat d'examen de grammaire, conformément au décret du 14 juillet 1875 ; 3° S'il est mineur, le consentement en forme régulière, de son père ou tuteur, l'autorisant à suivre les études pharmaceutiques ; 4° L'indication de son domicile à Paris et celle du domicile de ses père, mère ou tuteur ; 5° Si l'élève réside dans une officine, l'autorisation à lui accordée par le pharmacien de suivre les cours de l'Ecole. Mais l'élève ne pourra compter comme stage en pharmacie que le temps correspondant à ses inscriptions scolaires.

Par décret des 12 juillet et 31 août 1878, les conditions d'examens pour les diplômes de pharmacien de 1re et de 2e classe seront modifiées à partir du 1er novembre 1879. Ces décrets créent d'ailleurs un diplôme supérieur de pharmacie qui pourra s'obtenir après une 4e année d'étude et une thèse originale acceptée par l'Ecole. Les inscriptions pour la 4e année d'étude sont délivrées à partir du 21 *octobre de la présente année scolaire.*

Conformément aux prescriptions légales, un registre spécial est toujours ouvert à l'Ecole de pharmacie pour recevoir les inscriptions relatives au stage en pharmacie. Les élèves soumis au décret du 14 juillet 1875 doivent produire le certificat spécial en prenant la 1re inscription de stage. Tout certificat de stage non appuyé de l'inscription légale sera considéré comme nul.

Travaux pratiques. — Les élèves, en prenant la première inscription de l'année scolaire, acquittent le droit afférent aux travaux pratiques. Les élèves de 2e classe qui tombent sous l'application du décret du 14 juillet 1875 acquittent le droit des travaux pratiques par semestre de 50 fr. La bibliothèque de l'Ecole est ouverte tous les jours, de 11 heures à 4 heures. La salle des collections est ouverte tous les jours aux mêmes heures.

Le Directeur de l'Ecole,
A. CHATIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES
ACADÉMIE DES SCIENCES

L'*Académie des sciences* tient des séances publiques à l'Institut, tous les lundis à 3 heures. Elle se divise en deux grandes classes, celle des *sciences mathématiques*, dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend cinq sections; et celle des *sciences physiques*, qui comprend les six sections suivantes, composées chacune de six membres : chimie; — minéralogie; — botanique; — économie rurale ; anatomie et zoologie; médecine et chirurgie. — Cette dernière section a six membres correspondants français ou étrangers.

L'*Académie des sciences* décerne chaque année des prix dont quelques-uns ont trait aux sciences médicales (anatomie, physiologie, médecine et chirurgie, hygiène, physiologie expérimentale), et qui sont annoncés en temps opportun dans le *Progrès médical*.

(1) La leçon du samedi sera remplacée par une conférence au Jardin botanique en avril, et par les herborisations à partir du premier dimanche de mai.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de Biologie* tient ses séances tous les samedis, à 4 heures, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (*Ecole pratique*). Les travaux de la Société embrassent toutes les branches de la biologie, mais plus particulièrement la physiologie expérimentale, la physiologie pathologique, l'histologie normale et pathologique, la clinique, la physique et la chimie médicales. Les étudiants en médecine qui ont déjà plusieurs années d'études, ont intérêt à suivre les séances de cette Société. Ils pourront y entendre fréquemment, outre leurs professeurs de l'école et leurs maîtres dans les hôpitaux, des hommes tels que MM. Berthelot, Paul Bert, Ranvier, etc., qui comptent parmi les membres les plus assidus. Tous les deux ans la *Société de biologie* décerne le *prix Godard* qui est de la valeur de 500 francs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'*Académie de médecine* tient ses séances publiques, 49, rue des Saints-Pères, tous les mardis, à 3 heures. Elle se compose de cent membres *titulaires* répartis dans les 11 sections qui suivent : anatomie et physiologie, 10; pathologie médicale, 13; pathologie chirurgicale, 10; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10; médecine opératoire, 7; anatomie pathologique, 7; accouchements, 7; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10; médecine vétérinaire, 6; physique et chimie médicales, 10; pharmacie, 10. Il y a, en outre, une section d'associés libres qui peut compter 10 membres. — Le nombre des *associés nationaux*, et celui des associés étrangers peut être de 20. — Le nombre des *correspondants nationaux* est de 100, celui des *correspondants étrangers*, de 50. Les uns et les autres sont divisés en 4 sections de la façon suivante :

1° Anatomie et physiologie, — pathologie médicale, — thérapeutique et histoire naturelle, — anatomie pathologique, — hygiène et médecine légale (correspondants nationaux, 50; étrangers, 25); — 2° Pathologie chirurgicale, — médecine opératoire, accouchements, (correspondants nationaux, 24; étrangers, 12); — 3° Médecine vétérinaire, (correspondants nationaux, 6; étrangers, 3); — 4° Physique et chimie médicales; — pharmacie (correspondants nationaux, 20; étrangers, 10).

L'Académie résout les questions qui lui sont posées par les ministères, les préfectures de la Seine et de police, sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publique. Elle autorise ou interdit la fabrication et la vente des remèdes secrets et nouveaux, l'exploitation des sources thermales ou minérales. Elle désigne, sur la demande du gouvernement, des commissaires qui se transportent sur les lieux où sévissent les épidémies ou les épizooties et décident des mesures à prendre contre le mal. Elle propage la vaccine, et, enfin, discute des questions de science pure. Elle publie un Bulletin qui contient le compte rendu de ses séances et de ses travaux, au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les lauréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu dans la première quinzaine de décembre, les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante, y sont en outre désignés.

L'Académie possède des collections et une bibliothèque riche en volumes, en gravures et en manuscrits ; elle est ouverte aux membres seuls. Bibliothécaire, M. Briau; bibliothécaire-adjoint, M. Dureau.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis et samedis à midi et demi. On envoie en outre gratuitement du vaccin en plaques à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Directeur du service, M. Blot. Il existe aussi, pour les analyses et les recherches chimiques, un laboratoire, dirigé par M. Hardy.

Les travaux, les communications et les correspondances de toutes sortes doivent être adressés à M. le secrétaire perpétuel au siége de l'Académie, à moins qu'un des membres n'ait bien voulu se charger de faire la présentation. — Les bureaux de l'Académie sont ouverts, sauf les dimanches et fêtes, tous les jours de 10 h. à 3 h.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cette *Société*, l'une des plus anciennes et des plus importantes de Paris, tient ses séances tous les vendredis à 3 heures 1/2, à l'Ecole pratique, dans une salle placée au-dessus du musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. — Tous les deux ans, la *Société anatomique* décerne le *prix Godard*. Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins, etc., peuvent concourir. Le *Progrès médical* publie le compte-rendu officiel des séances de cette Société. Les étudiants qui liront ces comptes-rendus y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La *Société de chirurgie* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, n° 3. La plupart de ses membres appartiennent au corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires. — La Société de chirurgie dispose de trois prix : le prix Duval, le prix Laborie et le prix Gerdy. Les deux premiers sont annuels, le second est triennal. — Le prix Duval, de la valeur de 100 fr., a été fondé en 1854 à titre d'encouragement pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires et de la marine.—Le prix Laborie, de la valeur de 1,200 fr., fondé en 1868, est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. — Le prix Gerdy, de la valeur de 2,000 fr., a été fondé en 1873. La Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents. Le sujet est toujours donné deux ans à l'avance. — Pour plus de détails voir le premier fascicule annuel des *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

La Société médicale des hôpitaux se réunit le 2e et le 4e vendredi de chaque mois, dans la salle des séances de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, 3. Les membres de cette société sont les médecins des hôpitaux civils et les médecins de l'armée ayant un service dans les hôpitaux militaires de Paris. Les uns et les autres présentent les faits intéressants de leur service, et ces faits sont souvent le point de départ de discussions intéressantes, surtout lorsqu'ils ont trait à des sujets à l'ordre du jour (thoracentèse, fièvre typhoïde, bains froids). En outre, tous les trois mois, le secrétaire général, M. Ernest Besnier, lit des rapports fort bien faits sur les maladies régnantes dans le trimestre précédent. Les compte-rendus des séances sont publiés chaque année.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

La *Société de médecine légale* tient ses séances le second lundi de chaque mois à 3 heures précises, au Palais-de-Justice, dans la salle d'audience de la 5e chambre du tribunal civil. Entrée par le boulevard du palais, n° 2.

Ces séances constituent de très-intéressantes conférences de médecine légale, auxquelles les étudiants, aussi bien que les médecins, trouveraient grand intérêt à assister. Les séances sont publiques. Déjà la Société a fait paraître 5 volumes de bulletins à la librairie J.-B. Baillière et fils.

Cette Société a organisé pendant l'Exposition un *Congrès international de médecine légale*, dans lequel ont été traitées d'importantes questions, et dont les travaux seront prochainement publiés en un volume, distinct des Bulletins de la Société.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE, D'ANTHROPOLOGIE, ETC.

La *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, fondée depuis deux ans pour étudier et vulgariser toutes les questions relatives à l'hygiène publique et privée, à l'épidémiologie, à la police sanitaire, à la pathologie professionnelle, tient ses séances 3, rue de l'Abbaye, le quatrième mercredi de chaque mois, à 8 heures du soir.

La *Société d'anthropologie* (1er et 3e jeudi de chaque mois), la *Société de médecine de Paris*, la *Société d'hydrologie* se réunissent, comme la *Société de chirurgie*, rue de l'Abbaye, 3. Ce local, beaucoup trop exigu, ne permet qu'à un petit nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes Sociétés, chose très-regrettable, vu l'intérêt que présentent pour les étudiants les discussions très-instructives sur les questions à l'ordre du jour. Nous citerons encore la *Société médico-psychologique* qui se réunit le dernier lundi de chaque mois, à 4 heures, dans la salle des thèses de l'Ecole de médecine. Les étudiants qui sont arrivés à la dernière année de leurs études, assisteront avec fruit aux réunions de ces diverses Sociétés. La *Société de thérapeutique* se réunit à la mairie du 1er arrondissement, le 1er et le 3e vendredi de chaque mois. Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les Sociétés d'arrondissement, qui n'ont qu'un intérêt secondaire pour les étudiants.

AVIS AUX ABONNÉS DE PARIS. — *Nous croyons devoir prévenir nos abonnés de Paris, que le journal doit être remis chez eux le samedi matin avant 9 heures et demie. Ceux qui ne le recevraient que passé cette heure sont priés de nous en donner* avis.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés dont l'abonnement est terminé depuis le 31 octobre que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le 25 novembre, augmentée* d'un franc *pour frais de recouvrement. Nous leur rappelons que le meilleur mode de paiement consiste en l'envoi d'un mandat sur la poste.*

— *Nos abonnés qui nous envoient un changement d'adresse, sont priés de joindre cinquante centimes à leur lettre pour frais d'impression de la bande.*

© BIU Santé

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Année scolaire 1878-1879 (semestre d'hiver).

Les cours de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant :

Opérations et appareils. — M. le professeur Bouisson : Mardi, jeudi et samedi à 9 heures 1/2, matin. — 1. Opérations exigées par les calculs urinaires ; 2. opérations qui conviennent aux maladies des organes génitaux de la femme.

Pathologie chirurgicale. — M. le professeur Boyer : Mardi, jeudi et samedi à 3 heures après midi. — Etude générale et spéciale des maladies vitales appartenant à la chirurgie. Lésions organiques considérées au point de vue de la chirurgie.

Anatomie. — M. le professeur Benoit : Lundi, mercredi et vendredi à 2 heures après midi.

M. le docteur Bimar, chef des travaux anatomiques : Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures après midi.

M. le docteur Lannegrace, prosecteur : Lundi, mercredi et vendredi, à 1 heure après-midi.

Les diverses branches de l'anatomie sont enseignées dans le semestre.

Chimie médicale et pharmacie. — M. le professeur Engel : Mardi, jeudi et samedi à 4 heures après midi. — 1. Chimie générale et principaux métaux ; 2. phénomènes chimiques de la digestion.

Physiologie. — M. le professeur Rouget : Mardi, jeudi et samedi à 5 heures après midi. — 1. Absorption, hématogénèse, nutrition et sécrétions; 2. physiologie des mouvements, système musculaire, système nerveux.

Anatomie pathologique et physiologie. — M. le professeur Estor : Lundi, mercredi et vendredi à 5 heures après-midi. — 1. Terminaisons des nerfs; organes des sens. — 2. Appareil respiratoire.

Cours complémentaires.

Ophthalmologie. — M. Jacquemet, agrégé : Mardi, jeudi et samedi, à 3 heures.

Pathologie externe. — M. Roustan, agrégé : Lundi, mercredi et vendredi à 1 heure. Maladies des organes génitaux de l'homme.

Pathologie interne. — M. Carrieu, agrégé : Lundi, mercredi et vendredi, à 2 heures après midi. Maladies du tube digestif.

Thérapeutique. — M. Mairet, agrégé : Mardi, jeudi et samedi à 2heures. Médicaments qui s'adressent aux sécrétions urinaire, cutanée, salivaire, biliaire et pancréatique.

Enseignement clinique.

Clinique médicale. — MM. les professeurs Dupré et Combal. Hôpital Saint-Eloi. Visite tous les matins. Leçons cliniques les lundi, mercredi et vendredi.

M. Carrieu, chef de clinique : Contre-visite tous les jours à 3 heures. Conférences les mardi, jeudi et samedi.

Clinique chirurgicale. — MM. les professeurs Courty et Dubrueil. Hôpital Saint-Eloi. Visite tous les matins. Leçons cliniques les mardi, jeudi et samedi.

M. Chalot, chef de clinique. Contre-visite tous les jours à 3 heures. Conférence les lundi, mercredi et vendredi.

Clinique d'accouchements. — M. le professeur Dumas. Hôpital Saint-Eloi. Visite tous les matins. Leçons cliniques les mardi, jeudi et samedi.

M. Léon Dumas, chef de clinique. Conférences les lundi, mercredi et vendredi.

Clinique des maladies mentales. — M. le profeseur Cavalier. Asile public des aliénés. Visite et leçon clinique les lundi, mercredi et vendredi.

Cliniques annexes.

Trois enseignements de cliniques annexes ont été officiellement créés à la fin de l'année dernière : 1. *Maladies des vieillards* ; — 2. *Maladies des enfants* ; — 3. *Maladies syphilitiques et cutanées.*

Sur la demande de M. le Ministre de l'instruction publique la Faculté s'est réunie et, le 23 mai 1878, a présenté :

1. M. Grasset, pour les *maladies des vieillards* ; 2. M. Batlle, pour les *maladies des enfants* ; 3. M. Gaynaud, pour les *maladies syphilitiques et cutanées.*

Ces propositions ont été transmises au ministère et aujourd'hui encore (27 octobre 1878) elles n'ont pas été ratifiées. Il serait urgent que dans l'intérêt de l'enseignement une solution fût donnée à cette question, pendante depuis six mois.

Conférences.

Pendant l'année dernière, MM. Guillaud et Masse ont fait des conférences ; le premier sur l'*histoire naturelle*, le second sur la *médecine opératoire*. — MM. Guillaud et Masse ayant été appelés à la Faculté de Bordeaux, les nouveaux maîtres de conférences n'ont pas encore été désignés.

Cours du semestre d'été.

Accouchements. — M. le professeur Dumas.

Botanique et histoire naturelle médicale. — M. le professeur Martins.

Thérapeutique et matière médicale. — M. le professeur Fonssagrives.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. le professeur Cavalier.

Physique médicale. — M. le professeur Moitessier.

Médecine légale. — M. le professeur Jaumes.

Hygiène. — M. le professeur Bertin.

Pathologie médicale. — (Chaire vacante par la mort de M. le professeur Anglada).

Histoire de la médecine. — M. Castan, agrégé, chargé du cours.

Laboratoires et Exercices pratiques.

Laboratoire d'anatomie pathologique et d'histologie. — Directeur : M. le professeur Estor ; chef de laboratoire : M. Bordone.

Laboratoire de physiologie. — Directeur : M. le professeur Rouget. — Préparateur : M. N.

Laboratoire de chimie. — Directeur : M. le professeur Engel. — Chef de laboratoire : M. de Girard, agrégé, chef des travaux chimiques. — Préparateur : M. Ville.

Laboratoire de physique. — Directeur : M. le professeur Moitessier. — Préparateur : M. Lauret.

Laboratoire de médecine légale. — Directeur : M. le professeur Jaumes. — Préparateur : M. Planas.

Laboratoire de thérapeutique. — Directeur : M. le professeur Fonssagrives. — Préparateur : N.

Laboratoire de clinique à l'hôpital Saint-Eloi. — Chef de laboratoire : M. Hamelin, agrégé. — Aide de laboratoire : N.

Laboratoire de clinique à l'hôpital général. — Chef de laboratoire : M. Joullié, interne.

Ces divers laboratoires ne sont pas publics ; mais un certain nombre d'élèves sont admis, sur leur demande, à y travailler sous la direction du chef de laboratoire.

Anatomie, dissections. — Les vastes pavillons, récemment installés pour les dissections, sont ouverts aux élèves depuis le 15 octobre. Des distributions y sont faites par M. le chef des travaux anatomiques, gratuitement aux élèves de l'école pratique, moyennant rétribution aux autres élèves. — Les dissections sont dirigées par le chef des travaux, le prosecteur et les deux aides anatomistes.

Médecine opératoire. — M. le chef des travaux anatomiques fait en été un cours complémentaire de médecine opératoire dans lequel il exerce les élèves à la pratique des opérations. — Des conférences pratiques sont également faites sur ce sujet par un agrégé, maître de conférences.

Histoire naturelle. — Des conférences pratiques, démonstrations au jardin et herborisations sont faites par un agrégé, maître de conférences et par l'aide botaniste.

Physique et chimie. — Toute l'année, les élèves de l'école pratique travaillent gratuitement dans un grand laboratoire spécial, sous la direction du chef des travaux chimiques.

Diagnostic médical, chirurgical et obstétrical. — Les élèves sont spécialement exercés aux divers moyens d'exploration clinique par MM. Carrieu, chef de clinique médicale, Chalot, chef de clinique chirurgicale, et Léon Dumas, chef de clinique obstétricale.

Prix et Concours de la Faculté.

Prix de fin d'année.

Prix Fontaine. — Un prix de 500 fr. dû à la libéralité de M. Fontaine, est accordé chaque année à l'auteur de la meilleure thèse.

Ecole pratique d'anatomie. — Un concours a lieu tous les ans vers le mois de mai.

Ecole pratique de chimie. — Un concours a lieu tous les ans vers la même époque.

Aides anatomistes. — Un concours a lieu tous les ans pour une place.

Internat. — Un concours a lieu tous les ans au mois de mars.

Internat des aliénés. — Concours spécial.

Préparateur de chimie, aide-naturaliste, préparateur de chimie, physique, etc. — Concours à des dates irrégulières.

Concours pour les places de *chef des travaux anatomiques, chef des travaux chimiques, prosecteur, chefs de clinique, etc.* Comme dans les autres Facultés.

Sociétés savantes.

Académie des sciences et lettres de Montpellier, dont une section de médecine (vingt membres).

Société de médecine et de chirurgie pratiques. — Président : M. Hamelin, agrégé. Secrétaire général : M. Grasset, agrégé.

Société d'agrégés, de professeurs, de médecins de la ville, d'internes, etc.

Société médicale d'émulation. — Président : M. le professeur Jaumes. Vice-présidents : MM. Hamelin et Grasset, agrégés. — Société d'élèves. Tous les élèves ayant huit inscriptions, peuvent y être admis, sur leur demande. Chaque élève, à tour de rôle, lit un mémoire clinique avec des observations. Ce mémoire est l'objet d'une argumentation régulière par trois autres membres désignés et puis d'une discussion générale. Les séances sont publiques. *L'Académie des sciences et lettres* publie des *mémoires* à part. Les deux autres Sociétés publient les comptes rendus de leurs séances dans le *Montpellier médical*.

Bibliothèque et collections.

La *bibliothèque* est ouverte aux élèves tous les jours, sauf le mercredi, de midi à quatre heures, et tous les jours pour les lectures du soir, de sept heures et demie à neuf heures et demie. On ne donne pour les lectures du soir que les ouvrages contenus dans la première grande salle; on peut, dans

© BIU Santé

la journée, faire chercher et faire mettre de côté pour le soir les ouvrages contenus dans les autres salles de la bibliothèque Le dernier numéro de tous les journaux reçus est sur la table à la disposition de tout le monde. On peut demander les journaux de l'année non encore reliés. *Bibliothécaire :* M R. Gordon. — *Sous-bibliothécaire*: M. U. Coste.

Conservatoire : musée anatomique. — Le conservatoire est ouvert tous les jours aux élèves, de midi à quatre heures. — Conservateur : M. Quissac.

Jardin botanique. — Le jardin botanique et le conservatoire botanique sont ouverts aux élèves, tous les jours de onze heures à quatre heures.

Directeur du Jardin des Plantes : M. le professeur Martins ; — aide botaniste : M. Faure ; — Conservateur : M. Barrandon.

Monsieur le rédacteur en chef,

Montpellier, 20 octobre 1878.

Je prends la liberté d'ajouter quelques observations particulières au tableau général ci-joint des travaux de la Faculté. Les laboratoires ont pris dans ces dernières années un développement considérable dans notre Ecole. A côté des laboratoires de chimie, de physique et de physiologie qui existent déjà depuis longtemps, ceux d'anatomie pathologique et d'histologie et de médecine légale se sont installés dans d'excellentes conditions. La Faculté pourra montrer toute cette installation aux savants qui viendront, j'espère, nombreux, assister à la prochaine réunion de l'*Association française* qui doit se tenir dans notre ville.

L'école pratique de chimie et de physique a été aussi complétement réorganisée dans ces derniers temps. Les élèves y sont exercés à des travaux de physique pendant l'hiver et à des travaux de chimie en été. En joignant à cela nos nouveaux pavillons d'anatomie, on voit que les élèves ont largement à leur disposition tout ce qu'il leur faut pour *voir* et *chercher* par eux-mêmes.

Les cliniques magistrales sont suffisamment fournies, comme malades et comme laboratoires. Nous regretterons seulement, en passant que l'administration municipale ne juge pas bon d'augmenter les crédits ouverts pour l'hôpital Saint-Eloi.

Mais à côté de cela, j'attirerai spécialement votre attention sur la question des *cliniques annexes*. La Faculté a décidé la création de trois cliniques annexes : vieillards, enfants, syphilitiques. Le ministre a approuvé et a demandé à la Faculté de lui faire des propositions pour pourvoir à ces enseignements complémentaires. La Faculté s'est réunie et après avoir examiné toutes les candidatures posées, elle a désigné trois agrégés nommés plus haut. Ces propositions, faites au mois de mai, n'ont pas encore été ratifiées par le ministère. De sorte que l'affiche a dû paraître avec des N. à côté de ces services et ces enseignements ne se trouvent pas organisés à la veille de la rentrée.

Ces services existent et sont entre les mains de suppléants. Les chefs de service sont régulièrement désignés depuis près de six mois. Et tout reste en souffrance parce que la consécration ministérielle n'arrive pas.

On vient de répondre dernièrement, à une lettre de rappel, que l'on attendait le rapport d'une *commission mixte*, qui doit régler les relations entre l'*Université* et l'*Assistance publique*. Il serait urgent que ce rapport ne se fît pas trop attendre, dans l'intérêt de tous. C'est là une question que je signale à toute la presse médicale par ce qu'elle me paraît intéresser l'enseignement tout entier.

J'attirerai encore l'attention sur le petit nombre de maîtres de conférences qui ont été assignés jusqu'à présent à la Faculté de Montpellier. Il y en a eu deux l'année dernière : un d'histoire naturelle et l'autre de médecine opératoire. Je pense qu'on va les maintenir cette année. Mais c'est notoirement insuffisant.

Les agrégés de Montpellier donnent constamment des preuves de leur bon vouloir et de leur activité scientifique. Il y a tous les ans plusieurs cours complémentaires qui en témoignent Pourquoi ne pas consacrer, stimuler et faciliter tous les efforts en créant un plus grand nombre de maîtres de conférences ? Surtout aujourd'hui que nos candidats font des sacrifices pour aller affronter le concours de Paris, il est urgent qu'il y ait beaucoup de positions rémunérées qui puissent être mises à la disposition de ceux qui ont réussi.

Par la création de ces conférences, on remédierait à l'absence regrettable de certaines chaires qu'on devra créer un jour ou l'autre, comme une seconde chaire de pathologie médicale, une seconde chaire de pathologie chirurgicale, etc., etc.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Cliniques, cours et exercices pratiques.

Cliniques. — Clinique obstétricale et gynécologique : M Stolz, doyen, professeur, à la Maison de Secours, 4e année d'études. — Clinique médicale : M. Victor Parisot, professeur, à l'hôpital Saint-Charles, 2e, 3e et 4e années d'études. — Clinique médicale : M. Bernheim, professeur, à l'hôpital Saint-Charles, 2e, 3e et 4e années d'études. — Clinique chirurgicale : M. Rigaud, professeur, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon), 2e, 3e et 4e années d'études. — Clinique chirurgicale : M. Simonin, professeur à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint Léon), 2e, 3e et 4e années d'études. — Clinique ophthalmologique : M. Gross, agrégé, à l'hôpital Saint-Charles, 3e et 4e années d'études. — Des maladies syphilitiques et cutanées : M. Béchet, adjoint (*hiver*), à la Maison de Secours, 3e et 4e années d'études. — Des maladies des vieillards : M. Demange, adjoint (*hiver*), à l'hôpital Saint-Julien, 3e et 4e années d'études.

Semestre d'hiver. — *Cours :* Physique médicale : M. N., à l'amphithéâtre de physique, 1re année d'études. — Médecine légale : M. Tourdes, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e année d'études. — Thérapeutique et matière médicale : M. Coze, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années d'études. — Anatomie générale descriptive et topographique : M. Morel, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 1re, 2e et 3e années d'études. — Pathologie externe : M. Bach, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e, 3e et 4e années d'études. — Accouchements : M. Herrgott, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 3e et 4e années d'études. — Pathologie interne : M. Hecht, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 2e, 3e et 4e années d'études. — Histoire naturelle médicale : M. Engel, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 1re année d'étude. — Anatomie et physiologie pathologiques : M Feltz, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années d'études. — Chimie médicale et toxicologie : M. Ritter, professeur, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année d'étude. — Préliminaires de la thérapeutique : M. Grandjean, adjoint, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années d'études. — Ostéologie, syndesmologie, myologie : M. Lallement, adjoint, à l'amphithéâtre d'anatomie, 1re année d'étude.

Exercices pratiques. — Matière médicale : M. Coze, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années d'études. — Exercices pharmacologiques : M. Engel, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 1re année d'étude. — Anatomie et histologie pathologiques : M. Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologique, 3e et 4e années d'études. — Chimie physiologique et pathologique : M. Ritter, professeur, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique. 1re année d'étude. — Dissections : M. Chrétien, agrégé chargé des travaux anatomiques, à la salle de dissection, 2e et 3e années d'études. — Histologie : M. Chrétien, agrégé, chargé du cours d'histologie, au laboratoire d'histologie normale, 3e et 4e années d'études. — Bandages et appareils : M Gros, agrégé, chef de clinique, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon), 2e et 3e années d'études. — Diagnostic médical : M. Spillmann, agrégé, chef de clinique, à l'hôpital des cliniques (Saint-Charles), 2e et 3e années d'études. — Diagnostic obstétrical : M. Marchal, chef de clinique, à la maison de secours, 4e année d'études.

Semestre d'été. — *Cours :* Médecine opératoire : M. Michel, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 3e et 4e années d'études. — Thérapeutique et matière médicale : M. Coze, professeur à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années d'études. — Botanique : M. Engel, professeur, au jardin botanique, 1re année d'étude — Physiologie : M. Beaunis, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 1re et 2e années d'études. — Chimie médicale et toxicologie : M. Ritter, professeur, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année d'études. — Maladies des femmes accouchées : M. Roussel, adjoint, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e année d'études. — Pathologie générale : M. Demange, adjoint, à l'amphithéâtre des cours, 2e, 3e et 4e années d'études. — Pathologie externe : M. Béchet, adjoint, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e, 3e et 4e années d'études — Hygiène : M. Poincaré, adjoint, à l'amphithéâtre de physique, 3e et 4e années d'études. — Maladies des enfants : M. Emile Parisot, adjoint, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années d'études. — Histologie : M. Chrétien, agrégé, chargé du cours, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années d'études.

Exercices pratiques. — Médecine légale : M. Tourdes, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 3e et 4e années d'études. — Matière médicale : M. Coze, professeur à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années d'études. — Herborisations : M. Engel, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 1re année d'étude. — Physiologie expérimentale : M. Beaunis, professeur, au laboratoire de physiologie expérimentale, 1re et 2e années d'études. — Histologie pathologique : M Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologique, 3e et 4e années d'études. — Chimie physiologique et pathologique : M. Ritter, professeur, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année d'études. — Exercices de physique expérimentale : M. Schlagdenhauffen, agrégé, à l'amphithéâtre de physique, 1re année d'études. — Histologie normale : M. Chrétien, agrégé, chargé

© BIU Santé

du cours d'histologie, au laboratoire d'histologie normale, 2e et 3e années d'études. — Médecine opératoire : M. Chrétien, directeur des travaux anatomiques, à l'amphithéâtre de dissection, 3e et 4e années d'études. — Bandages et appareils : M. Gross, agrégé, chef de clinique, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon), 2e et 3e années d'études. — Diagnostic médical : M. Spillmann, agrégé, chef de clinique, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Charles), 2e et 3e années d'études. — Diagnostic obstétrical : M. Marchal, chef de clinique, à la maison de secours, 4e année d'études.

Dispositions réglementaires.

Aspirants au doctorat. — Les étudiants qui désirent suivre les cours pour parvenir au grade de docteur en médecine ou en chirurgie, doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté du 21 octobre au 16 novembre. Ils sont tenus de produire : 1° leur acte de naissance ; 2° un certificat de bonne vie et mœurs ; 3° le consentement de leurs parents ou tuteurs, s'ils sont mineurs ; 4° le diplôme de bachelier ès-lettres avant de prendre la première inscription, et celui de bachelier ès-sciences restreint avant de prendre la troisième.

Ceux dont les parents ou tuteurs ne résident pas à Nancy doivent y avoir un correspondant, auquel seront adressés tous les avis et notifications qui les concerneront.

Les aspirants au doctorat doivent faire quatre années d'études, prendre 16 inscriptions et suivre, à partir de la 9e, le service de l'hôpital comme stagiaires.

Ils ont à subir *trois examens de fin d'année*, le premier après la quatrième inscription, le deuxième après la huitième, le troisième après la douzième, *cinq examens de fin d'étude ;* et à soutenir une *thèse*.

Les frais d'études ou d'inscriptions, d'examen et de thèse pour le diplôme de docteur, s'élèvent à 1,260 fr., non compris le droit de bibliothèque qui est de 10 fr. par année scolaire.

Aspirants au titre d'officier de santé. — Les étudiants qui n'aspirent qu'au titre d'officier de santé doivent produire, en se faisant inscrire : 1° un acte de naissance prouvant qu'ils ont 17 ans accomplis ; 2° un certificat de bonne vie et mœurs ; 3° une autorisation de leurs parents ou tuteurs de suivre leurs études médicales près la Faculté ; 4° un certificat d'examen de grammaire ou un certificat délivré par un proviseur de lycée, attestant qu'ils ont fait leur quatrième.

Pour obtenir le diplôme d'officier de santé, ils doivent faire trois années d'études, prendre 12 inscriptions, faire un stage de deux années près d'un hôpital, et subir deux examens de fin d'année et trois examens de fin d'études, dont le dernier ne peut être subi qu'à 21 ans révolus.

Les frais d'études ou d'inscriptions et d'examens pour le diplôme d'officier de santé, sont de 840 fr., non compris le droit de bibliothèque qui est de 10 fr. par année scolaire.

Les cours de la Faculté sont obligatoires pour les étudiants ; ils peuvent être suivis par des auditeurs bénévoles, qui sont tenus, en prenant leurs inscriptions sur un registre ouvert à cet effet, de produire un certificat de bonne vie et mœurs.

Un décret du 20 juin 1878, mais qui ne recevra son application qu'à partir du 1er novembre 1879, modifie la plupart des dispositions réglementaires ci-dessus énoncées.

Des prix afférents à chacune des quatre années d'études et proclamés à la séance solennelle de rentrée des Facultés, sont décernés à la suite de concours spéciaux ouverts à la fin de l'année scolaire. Un prix et des mentions sont également accordés aux auteurs des meilleures thèses. Un prix, dit prix d'internat, fondé par feu le Dr Bénit, est donné par concours aux élèves aides de cliniques et internes.

Les parents ou tuteurs recevront un bulletin annuel faisant connaître la situation scolaire de leurs fils ou pupilles.

Nancy, ce 20 octobre 1878.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je m'empresse de répondre au désir que vous m'exprimez et de vous donner quelques renseignements sur la situation de la Faculté de médecine de Nancy. Je commencerai, pour répondre à un certain nombre de critiques qui ont été faites, par vous parler du *programme de l'enseignement* de cette école. Si vous jetez un coup d'œil sur l'ordre des cours, cliniques et exercices pratiques des deux derniers semestres et en classant ces cours, cliniques et exercices pratiques par années d'études, vous trouverez ce qui suit :

Première année. — 1° Un cours de physique médicale, conférences de physique médicale, exercices pratiques de physique expérimentale (par un professeur titulaire et un agrégé) ; — 2° Un cours de chimie médicale et toxicologie, un cours de chimie organique, un cours de chimie biologique, conférences de chimie analytique, manipulations de chimie (par un professeur titulaire) ; — 3° Un cours d'histoire naturelle médicale et d'herborisation (par un professeur titulaire).

Deuxième année. — 1° Un cours d'anatomie générale descriptive et topographique ; un deuxième cours d'anatomie descriptive, les dissections, (par un professeur titulaire, un professeur adjoint et un chef des travaux anatomiques) ; — 2° Un cours de physiologie et d'exercices pratiques de physiologie expérimentale (par un professeur titulaire) ; — 3° Un cours et des exercices pratiques d'histologie normale (par un agrégé).

Troisième année. — 1° Un cours de pathologie générale (par un professeur adjoint) ; — 2° Un cours de pathologie interne (par un professeur titulaire) ; — 3° Un cours d'anatomie et de physiologie pathologiques, des exercices pratiques d'anatomie et de physiologie pathologiques, autopsies (par un professeur titulaire) ; — 4° Deux cours de pathologie externe (par un professeur titulaire et un professeur adjoint) ; — 5° Un cours de médecine opératoire, d'exercices pratiques de médecine opératoire, bandages et appareils (par un professeur titulaire et deux agrégés).

Quatrième année. — 1° Un cours de matière médicale et de thérapeutique générale, d'exercices pratiques de matière médicale (par un professeur titulaire et un professeur adjoint) ; — 2° Un cours de médecine légale et des exercices pratiques de médecine légale (par un professeur titulaire) ; — 3° Un cours d'hygiène (par un professeur adjoint).

Cinquième année. — 1° Deux cliniques médicales (par deux professeurs titulaires) ; — 2° Deux cliniques chirurgicales (par deux professeurs titulaires) ; — 3° Un cours d'accouchements, une clinique obstétricale et gynécologique, un cours sur les maladies des femmes en couches, un cours sur les maladies des enfants, des conférences de diagnostic obstétrical (par deux professeurs titulaires, deux professeurs adjoints et un chef de clinique) ; — 4° Un cours et une clinique d'ophthalmologie (par un agrégé) ; — 5° Une clinique des maladies syphilitiques et cutanées (par un adjoint) ; — 6° Une clinique des maladies des vieillards (par un professeur adjoint) ; — 7° Un cours de pathologie mentale (cours autorisé, par un des médecins en chef de l'asile des aliénés de Maréville).

Si je vous donne cette longue et fastidieuse énumération, c'est pour vous montrer que l'enseignement qui se donne à la Faculté de médecine de Nancy peut dignement figurer à côté des programmes officiels des autres Facultés de l'Etat. Non-seulement cet enseignement est aussi étendu qu'il doit l'être, mais vous reconnaîtrez aussi qu'une importance toute spéciale a été donnée aux exercices pratiques qui sont à la fois nombreux et variés.

Vous me demanderez sans doute, Monsieur le Rédacteur, si tout ce beau programme est fidèlement exécuté ; si tous ces nombreux cours théoriques ou pratiques ont lieu régulièrement ? Voici, les quelques observations qui sont à faire, sous ce rapport, pour l'année scolaire dernière.

Dans le cours du semestre d'été dernier, la Faculté de médecine de Nancy a eu la douleur de perdre son professeur de physique médicale, le regretté Rameau, il en est résulté que le cours de physique médicale et les exercices de physique expérimentale ont été confiés à un agrégé déjà chargé de conférences de physique et d'un autre enseignement encore. On nous a fait remarquer aussi que le professeur de chimie médicale et de toxicologie a été appelé à Paris comme membre du jury pour le concours d'agrégation des sciences dites accessoires ; or, comme la Faculté de Nancy ne possède pas d'agrégé de chimie pour le moment, l'enseignement des diverses branches de la chimie n'a pu être fait que par le chef des travaux chimiques. Les études de première année ont nécessairement dû se ressentir de ce concours de circonstances, assurément malheureuses, mais parfaitement accidentelles.

Pour ce qui concerne les études d'amphithéâtre et de laboratoires, n'ayant pu connaître le chiffre exact des cadavres laissés à la salle de dissection, nous nous sommes adressés aux élèves et de préférence à ceux qu'on nous a indiqués comme étant des travailleurs ; tous nous ont assuré que, grâce à la bonne direction du chef des travaux anatomiques, ils ont pu disséquer à peu près sans discontinuer pendant toute la durée du semestre d'hiver. Pour le cours et les exercices de

© BIU Santé

médecine opératoire, le nombre des cadavres a également été suffisant. Quant aux exercices pratiques d'histologie normale, de physiologie expérimentale, d'anatomie et de physiologie pathologiques, ils ont tous été régulièrement suivis par les élèves. Il y a à regretter, toutefois, que les dimensions de certains laboratoires ne permettent pas de recevoir les élèves autrement que par séries et empêchent ceux-ci de se livrer à des recherches suivies et à des travaux originaux.

On se demande, en outre, pourquoi le laboratoire des études microscopiques ne possède pas de professeur titulaire et pourquoi la Faculté de médecine de Nancy, dont on veut faire, comme le dit votre correspondant de l'année dernière, une faculté plus particulièrement scientifique, ne se trouve pas encore dotée d'une chaire d'histologie normale comme les autres Facultés de médecine de l'Etat.

Je ne dirai rien des cours théoriques de pathologie et autres, bien qu'on m'en ait signalé un qui n'aurait pas lieu ; comme il s'agit d'un cours secondaire, j'ai hâte d'arriver à une question bien autrement sérieuse, celle des *cliniques*.

Au point de vue de leur installation, les cliniques, il faut le reconnaître, laissent à désirer. Elles se trouvent toujours logées dans des locaux absolument insuffisants, éparpillés aux quatre coins de la ville et éloignés de la Faculté, en sorte que les élèves perdent chaque jour un temps considérable pour aller d'un endroit à l'autre. L'insuffisance des locaux et la mauvaise installation des services cliniques entravent sérieusement le mouvement des malades dont le chiffre s'accroît proportionnellement à celui de la population de Nancy qui gagne de jour en jour plus d'importance.

La ville s'occupe, dit-on, très-activement de la construction d'un hôpital des cliniques. Les plans, ajoute-on, en sont remarquables, approuvés par toutes les commissions administratives et autres, sous les yeux desquelles ils ont dû passer ; enfin, grâce à M. le Maire-Sénateur de Nancy, l'emprunt nécessaire pour la construction de cet hôpital a été autorisé. Malheureusement, rien n'est encore fait ni même commencé. Il m'est donc impossible de vous dire dans combien de temps les services cliniques pourront recevoir l'extension qui leur est absolument nécessaire et que la Faculté attend avec une impatience extrême.

Je dois vous parler d'un autre fait encore, très-regrettable également, s'il est exact. Nancy possède un hôpital départemental passablement vaste et où sont réunis la clinique obstétricale et gynécologique, la maternité et l'école des sages-femmes, les services des maladies cutanées et syphilitiques, les incurables, etc. Malheureusement, cet hôpital qui renferme à lui seul autant de malades que tous les hôpitaux municipaux réunis, n'est pas encore entre les mains de la Faculté de médecine. Bien plus, le conseil général de Meurthe-et-Moselle doit avoir refusé, dit-on, au doyen de la Faculté, les salles que celui-ci a demandées pour installer des cliniques complémentaires dans cet hôpital. S'il en est réellement ainsi, le conseil général n'a certainement pas compris l'importance considérable qu'il y a pour un département tout autant que pour une ville de posséder une Faculté de médecine, et M. le doyen n'aura sans doute pas tardé à rendre compte au Ministre de l'Instruction publique, de la regrettable décision du conseil départemental. Il est à espérer que celui-ci reviendra prochainement sur son vote et que la Faculté ne restera pas privée des nombreuses ressources accumulées dans la maison de secours et dont elle a un besoin urgent. De même que votre correspondant de l'année dernière, je conclurai donc que les difficultés qui arrêtent ou entravent le développement de la Faculté de médecine de Nancy ne sont pas insurmontables, et qu'on finira tôt ou tard par en triompher.

Il a été question, il y a quelques mois, d'une visite que M. l'inspecteur général aurait eu l'intention de faire à la Faculté de médecine de Nancy. Nous regrettons beaucoup que ce bruit ait été sans fondement, car M. Chauffard, avec la haute autorité attachée à ses fonctions, pourrait être, sans aucun doute, d'un très-grand secours pour aplanir les quelques difficultés qui empêchent la Faculté de médecine de Nancy de prendre le développement et l'importance qu'elle mérite d'avoir. — Recevez, Monsieur le rédacteur, etc.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

PROGRAMME DES COURS. — OUVERTURE LE 6 NOVEMBRE 1878.

Semestre d'hiver.

Anatomie. — M. FOLET, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 1 h.

Pathologie médicale. — M. HALLEZ, professeur, mardi, jeudi, samedi, à midi.

Physiologie. — M. MORAT, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à midi.

Clinique médicale. — MM. CAZENEUVE et WANNEBROUCQ, professeurs, mardi, jeudi et samedi, à 8 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique chirurgicale. — MM. PARISE et HOUZÉ DE L'AULNOIT, professeurs, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique obstétricale. — MM. PILAT, professeur, mardi, samedi, à 9 heures 1/2, à l'Hôtel-Dieu.

Médecine légale. — M. BAGGIO, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 11 heures.

Histoire naturelle médicale. — M. GIARD, professeur, mardi, vendredi, à midi.

Chimie médicale et toxicologie. — M. GARREAU, professeur, lundi, mercredi, samedi, à 11 heures.

Physique médicale. — M. TERQUEM, professeur, mardi, samedi, à 10 heures 45.

Pharmacie et pharmacologie. — M. LOTAR, professeur, mardi, vendredi, à 11 heures.

MM. PUEL, BOUTEILLE, CASTELAIN, DEMON, CASTIAUX, THIBAULT, délégués, agrégés.

COURS COMPLÉMENTAIRES.

M. PAQUET, professeur. — *Maladies des voies urinaires*, mercredi et samedi, à 10 heures, au dispensaire Saint-Sauveur.

M. CUIGNET. — *Ophthalmologie*, lundi et vendredi, à 10 heures, au dispensaire ophthalmologique.

M. CASTELAIN. — *Maladies cutanées et vénériennes*, le mercredi, à 10 h., au dispensaire.

M. CASTIAUX. — *Maladies des enfants*, le jeudi, à 9 heures 1/2.

M. DEMON, chef des travaux anatomiques. — *Conférences d'anatomie*, mardi, jeudi et samedi, à 4 heures.

TRAVAUX PRATIQUES. — LABORATOIRES.

M. N... — *Travaux pratiques d'histologie et d'anatomie pathologique.*

M. N... — *Travaux pratiques de physiologie.*

M. DEMON. — *Dissections*, de 1 heure à 4 heures.

M. THIBAUT, chef des travaux chimiques. — *Conférences et manipulations chimiques*, lundi, mardi, jeudi, vendredi, de 1 heure à 4 heures.

M. LOOTEN, chef de clinique médicale. MM. GOREZ et PATOIR, chefs de clinique chirurgicale.

Conférences et interrogations : MM. DEMON, CASTIAUX, LOOTEN, MORELLE, Paul HALLEZ, OZIL.

Cours du semestre d'été.

Histologie. — *Anatomie pathologique.* — M. N...
Pathologie chirurgicale. — M. MORISSON.
Pathologie et thérapeutique générales. — M. N...
Thérapeutique et matière médicale. — M. JOIRE.
Opérations et appareils. — M. PAQUET.
Clinique médicale. — MM. CAZENEUVE et WANNEBROUCQ.
Clinique chirurgicale. — MM. PARISE et HOUZÉ DE L'AULNOIT.
Clinique obstétricale. — M. PILAT.
Hygiène. — M. ARNOULD.
Accouchements. — MM. PILAT et CASTELAIN.
Histoire naturelle médicale. — M. GIARD.
Physique médicale. — M. TERQUEM.
Chimie médicale organique. — M. LESCŒUR.
Pharmacie et pharmacologie. — M. LOTAR.
Maladies nerveuses et mentales. — M. BOUTEILLE.
Ophthalmologie. — M. CUIGNET.
Maladies syphilitiques. — M. CASTELAIN.
Maladies des enfants. — M. CASTIAUX.
Conférences d'anatomie. — M. DEMON.
Conférences et manipulations chimiques. — M. THIBAUT.

Extrait des décrets, règlements et instructions ministérielles.

Les étudiants des Facultés de médecine, en vue du doctorat, doivent produire, avant la première inscription, le diplôme de bachelier ès-lettres, et, avant de prendre le troisième, le diplôme de bachelier ès-sciences restreint pour la partie mathématique. Les étudiants pour le diplôme de pharmacien de première classe, doivent produire le diplôme de bachelier ès-sciences avant la première inscription.

Les aspirants au titre d'officier de santé et de pharmacien de 2e classe, non bacheliers, pour prendre leur première inscription, devront justifier du certificat de grammaire délivré par un lycée, ou subir un examen devant

© BIU Santé

une commission spéciale. Tout élève, pour prendre sa première inscription, doit produire l'extrait de son acte de naissance.

En exécution de l'arrêté du 7 décembre 1846, les élèves qui prendront leurs inscriptions passeront un examen à la fin de la première, de la seconde et de la troisième année (dit *Examen de fin d'année*).

Les inscriptions dans les Facultés de médecine sont prises et acquittées dans la première quinzaine de chaque trimestre, du 1er au 15 novembre, du 2 au 15 janvier, du 1er au 10 avril et du 1er au 15 juillet, et elles ne seront valables qu'autant qu'elles auront été régularisées par la signature des élèves sur le registre des présences. Cette régularisation a lieu pendant la dernière quinzaine de chaque trimestre. *Le doyen de la Faculté,* V. Cazeneuve.

Lille, le 29 octobre.

Mon cher ami,

La Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille va entrer dans la 3e année de son fonctionnement. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour permettent de bien augurer de l'avenir. En effet, les élèves augmentent en nombre chaque année; au dernier semestre, on comptait en cours d'inscriptions et d'examens environ 300 élèves. Dans ce chiffre, déjà élevé, les candidats au doctorat et au grade de pharmacien de 1re classe sont bien plus nombreux que les candidats à l'officiat ou au grade de pharmacien de 2e classe; c'était le contraire, et de beaucoup, il y a quelques années à peine. Il y a là une démonstration rigoureuse de l'utilité des facultés de provinces: elles préparent incontestablement un relèvement de la profession médicale, et sans intervention législative, travaillent à la suppression de ces *demi-médecins* qui n'ont plus leur raison d'être, à une époque qui voit s'élever, à tous les degrés le niveau de l'instruction publique.

A cet avantage, vient s'ajouter cet autre incontesté: l'institution des facultés de province décharge Paris. Paris est et sera toujours le grand centre de perfectionnement où viendront se fortifier ceux qui se destinent à devenir des maîtres à leur tour. Mais il faut avouer que la masse des 5 à 6,000 étudiants y erre forcément un peu à l'aventure, sans direction, sans ce profit que l'élève retire du voisinage immédiat du professeur. Si cette masse se désagrège, si les futurs praticiens comprennent bien les avantages de cet enseignement direct, les facultés de province sont assurées de leur recrutement et le niveau professionnel s'élèvera sûrement. Mais cela, à la condition que chaque élève soit obligé, par l'organisation de l'enseignement provincial, à un travail personnel, soutenu, surveillé, dirigé; à la condition que chaque élève, connu des professeurs, soit guidé par eux suivant ses aptitudes et reçoive, à côté de l'enseignement général, des conseils, des répétitions par lesquelles on s'assure de ses progrès de chaque jour.

C'est ce qu'a compris la Faculté de Lille, c'est ce que depuis deux ans elle met en pratique. Un groupe de jeunes répétiteurs aide les professeurs dans leur tâche, reprend les cours, fait des interrogations, dirige des conférences où les élèves apprennent à parler et à écrire. — A ce groupe, un arrêté récent vient d'adjoindre deux maîtres de conférences, l'un pour les sciences naturelles, l'autre pour les sciences physiques et chimiques.

Si l'on ajoute à cela les mesures prises depuis deux ans pour s'assurer de l'assiduité des élèves et de leur présence aux cours, — mesures identiques à celles qu'a prises récemment la Faculté de Lyon et qui lui ont valu les félicitations du ministre, — on se figurera aisément quel est l'esprit qui préside à l'organisation de la Faculté de Lille.

Malheureusement, l'installation matérielle laisse encore à désirer: la Faculté fonctionne encore dans les anciens locaux de l'Ecole de médecine; les laboratoires sont dispersés en différents points de la ville dans des locaux provisoires; enfin les cliniques n'ont encore à leur disposition que le seul hôpital Saint-Sauveur. Heureusement l'on peut dès aujourd'hui prévoir le terme de cette grève et de cette pénurie. Au printemps vont commencer les constructions nouvelles qu'une question préalable — la question du choix d'un terrain, — avait fait retarder jusqu'à ce jour. Cette question a passionné au suprême degré dans ces derniers mois les personnes ayant qualité pour la juger, ce qui nous autorise à la résumer rapidement.

L'an dernier le Conseil municipal avait chargé une commission prise en partie dans son sein, en partie dans la Faculté de médecine et la Faculté des sciences, de rechercher en Allemagne le meilleur mode de fonctionnement et d'outillage pour l'enseignement scientifique supérieur. La commission revint enthousiaste de l'Allemagne, et bien décidée à préconiser les deux idées suivantes, nées de l'étude du système allemand: 1° enlèvement à la Faculté de médecine et transfert à la Faculté des sciences de toute la partie de l'enseignement concernant les sciences improprement dites accessoires; 2° la création non d'une Faculté de médecine dans le sens français du mot mais bien de quelques pavillons isolés, répartis dans divers quartiers, mais surtout dans un certain lot voisin de l'hôpital Saint-Sauveur, pavillons ou laboratoires désignés sous le nom d'instituts et établis sur le modèle allemand. Le bâtiment d'administration était ajourné.

La Faculté de médecine, ou du moins la grande majorité des professeurs, ne se montra pas favorable à ce projet; les conclusions de la commission municipale furent attaquées et discutées dans un rapport émanant de la Faculté, et adressé au maire. Dans ce rapport la Faculté réclamait un vaste terrain de 15,000 mètres, susceptible d'agrandissement central, suffisant pour y installer l'ensemble des services, laboratoires, amphithéâtres des cours, collections, bibliothèque, etc; elle réclamait en même temps la construction immédiate de tous les bâtiments nécessaires à son fonctionnement, rejetait le principe de l'indépendance des laboratoires et leur dissémination, et demandait que, tout en sauvegardant les conditions de bonne installation et d'isolement nécessaire, ces laboratoires fussent réunis sur ce terrain unique; enfin, elle protestait contre cette prétention de lui enlever l'enseignement des sciences dites accessoires.

La question, portée devant le Conseil municipal, vient d'être tranchée dans le sens indiqué par la Faculté de médecine; le Conseil, écartant du débat les questions générales sur lesquelles il est incompétent, a désigné pour les constructions à élever au printemps, le lot unique demandé par la Faculté et admis le principe de la réunion et de l'installation immédiate de l'ensemble des services. Donc, le printemps prochain verra s'élever les constructions nouvelles.

Dans peu de jours aussi, l'installation des cliniques sera complète. On sait que l'hôpital Saint-Sauveur dans sa totalité, est attribué à la Faculté de l'Etat, plus la moitié de l'hôpital Sainte-Eugénie. Dans ce dernier fonctionne depuis un an, la Faculté catholique à laquelle l'aile droite est attribuée. L'aile gauche est aujourd'hui meublée et prête pour l'enseignement de l'Etat. Ainsi, les services spéciaux, maladies des yeux, des enfants, des voies urinaires, etc., trouveront à Saint-Sauveur une plus large installation quand deux cliniques, l'une de chirurgie, l'autre de médecine, auront émigré à Sainte-Eugénie.

Telle est la situation actuelle de la Faculté de Lille. On voit qu'elle est des plus satisfaisantes au point de vue du nombre des élèves; l'organisation de son enseignement, les ressources cliniques mises à sa disposition, les dispositions exceptionnelles des laboratoires et des constructions qui, avant peu, lui seront attribuées, l'appui d'un Conseil municipal très-dévoué aux intérêts de l'Université de France, tout cela lui assure un heureux avenir, malgré la concurrence directe qu'elle doit soutenir contre une institution rivale dans laquelle les adversaires de l'enseignement de l'Etat ont concentré toutes leurs forces et leurs puissantes ressources....

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON.

ANNÉE SCOLAIRE 1878-1879. — *Semestre d'hiver.*

I. CLINIQUES.

Cliniques médicales. M. Teissier, professeur, à l'Hôtel-Dieu, mardi, samedi (clinique), jeudi (leçon), de 8 h. à 10 h. — M. Lépine, professeur, à l'Hôtel-Dieu, mardi, samedi (leçon), jeudi (clinique), 8 h. à 10 h. Médecine 2e année (2e semestre); 3e année; 4e année (1er semestre).

Cliniques chirurgicales. M. Ollier, professeur, à l'Hôtel-Dieu, lundi,

© BIU Santé

vendredi (clinique), mercredi (leçon), 8 h. à 10 h. — M. Desgranges, professeur, à l'Hôtel-Dieu, lundi, vendredi (leçon), mercredi (clinique), 8 h. à 10 h. Médecine 2e année (2e semestre); 3e année; 4e année (1er semestre).

Clinique obstétricale. M. Bouchacourt, professeur, à la Charité, mardi, samedi (leçon), jeudi (clinique), 11 h. 1/2 à 1 h. Médecine, 4e année.

Clinique ophthalmologique. M. Gayet, professeur, à l'Hôtel-Dieu, mardi (clinique), jeudi (cours théorique), samedi (clinique), 1 h. 1/2. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. M. Gailleton, professeur, grand amphit. de l'Ecole (provis.), mardi, samedi (leçon), 7 h. 1/2 à 8 h. 1/2. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies mentales. M. Arthaud, à l'asile de Bron, dimanche (clinique, leçon), 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies des femmes. M. Laroyenne, chargé d'une clinique complémentaire, à la Charité, lundi, jeudi (clinique, leçon), 10 h. à 11 h. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies des enfants. M. Perroud, chargé d'une clinique complémentaire, à la Charité, mardi (clinique), vendredi (leçon), 8 h. à 10 h. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies chirurgicales des enfants. M. Fochier, agrégé, chargé d'un cours complémentaire, à la Charité, mercredi (clinique), 8 h. à 10 h.; samedi (leçon), 9 h. à 10 h. Médecine, 4e année.

II. COURS.

CONFÉRENCES. — TRAVAUX PRATIQUES.

Histoire naturelle (zoologie médicale et anatomie comparée). M. Lortet, professeur, au grand amphithéâtre de l'école, mardi (leçon), jeudi (travaux pratiques), au laboratoire du cours à l'école et au muséum; samedi (leçon), au grand amphithéâtre de l'école, 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. — M. G. Duchamp, agrégé, chef des travaux, au laboratoire du cours de l'école, mardi, samedi (travaux pratiques); au grand amphithéâtre de l'école, jeudi (leçon), 10 h. à 11 h. Médecine, 1re année.

Physique médicale. M. Monoyer, professeur, au laboratoire du cours à l'école, mercredi (manipulations), 9 h. à 11 h. Médecine, 1re et 2e années.

Chimie médicale et pharmaceutique. M. Glénard, professeur, au petit amphithéâtre de l'école, lundi, mercredi, vendredi (leçon), 1 h. à 2 h. 1/2. Médecine, 1re annnée. Pharmacie, 1re et 2e années.

Anatomie. M. Paulet, professeur, à l'amphithéâtre de la Vitriolerie, lundi, mercredi, vendredi (leçon), 2 h. à 3 h. Médeciue, 2e et 3e années. — M. Charpy, agrégé, chef des travaux, à l'amphithéâtre de la Vitriolerie, mardi, jeudi, samedi (conférences), 12 h. à 1 h. — M. V. Duchamp, prosecteur, à l'amphithéâtre de la Vitriolerie, lundi, mercredi, vendredi (conférence). Médecine, 2e année.

Anatomie générale et histologie. M. Renaut, professeur, au petit amphithéâtre de l'école, mardi, samedi (leçon), 2 h. à 3 h.— M. Chandelux, chef des travaux, au laboratoire du cours à l'école, mardi, samedi (démonstrations pratiques), 3 h. à 3 h. 1/2. Médecine, 2e et 3e années.

Physiologie. M. Picard, chargé des cours, à l'amphithéâtre de la Vitriolerie, lundi, 12 h. à 1 h., jeudi, 1 h. à 2 h. (conférences préparatoires). — M. Rebatel, chef des travaux. Médecine, 2e et 3e années.

Pathologie interne. M. Bondet, professeur, au petit amphithéâtre de l'école, mardi, samedi (leçon), 5 h. à 6 h. — M. R. Tripier, agrégé, chargé d'un cours complémentaire, à l'Hôtel-Dieu, dimanche (conférence pratique), 9 h. à 10 h. Médecine, 2e et 3e années.

Pathologie externe. M. Létiévant, professeur-adjoint, au grand amphithéâtre de l'école, lundi, vendredi (leçon), 5 h. à 6 h.; à l'Hôtel-Dieu, mercredi (conférence pratique), 8 h. à 9 h. Médecine, 2e et 3e années.

Anatomie pathologique. M. Pierret, professeur, au laboratoire du cours à l'école, suivant l'occasion (autopsies), samedi (anatomie pathologique appliquée), 12 h. à 2 h. — M. Colrat, agrégé, chef des travaux, au laboratoire du cours à l'école, démonstrations pratiques. Médecine, 3e et 4e années.

Hygiène. M. Rollet, professeur, au petit amphithéâtre de l'école, lundi, vendredi (leçon). Médecine, 4e année.

Médecine expérimentale et comparée. M. Chauveau, professeur, à l'école vétérinaire, mardi, jeudi (travaux pratiques), 2 h. à 3 h. — M. Arloing, chef des travaux, à l'école vétérinaire, mardi, jeudi (conférence et travaux pratiques), 3 h. à 4 h. Médecine, 4e année.

Pathologie générale. M. Mayet, chargé de cours, au petit amphithéâtre de l'école, mercredi, vendredi (leçon), 4 h. à 5 h. — M. Clément, agrégé, au grand amphithéâtre de l'école, jeudi (leçon de séméiologie), 5 h. à 6 h. Médecine, 2e et 3e années.

Thérapeutique. M. Soulier, chargé de cours, au grand amphithéâtre de l'école, lundi, vendredi (leçon), 1 h. à 2 h. Médecine, 4e année.

Médecine légale et toxicologie. N....., au grand amphithéâtre de l'école, mardi, jeudi (leçon), jours indéterminés (conférences pratiques), à la Morgue, 3 h. à 4 h. — M. N....., agrégé, à la Morgue, jours indéterminés (conférences pratiques). Médecine, 4e année.

Accouchements (cours complémentaire). M. Delore, professeur-adjoint, chargé d'un cours complémentaire, au grand amphithéâtre de l'école, lundi, mercredi, vendredi (leçon), 12 h. à 1 h. Médecine, 4e année.

Matière médicale et botanique. M. Cauvet, professeur, au grand amphithéâtre de l'école, mercredi, samedi (leçon), 3 h. à 4 h.— M. Magnin, chef des travaux, au laboratoire de la Vitriolerie, lundi, mercredi, vendredi (conférences pratiques, 11 h. à 12 h. Médecine, 1re et 4e années. Pharmacie, 1re et 2e années.

Pharmacie. M. Guérin, chef des travaux, au laboratoire de la Vitriolerie, lundi, vendredi (conférences pratiques), 8 h. à 11 h. Pharmacie, 3e année.

Cours annexes. M. P. H. Meynet, agrégé, à la Charité, dimanche (conférence sur l'auscultation et la percussion chez les enfants), 8 h. à 10 h. — M. D. Mollière, agrégé, à l'Hôtel-Dieu, lundi, vendredi (conférence pratique de chirurgie), 8 h. à 10 h.

Semestre d'été.

I. — CLINIQUES.

Cliniques médicales. M. Teissier, professeur, à l'Hôtel-Dieu, mardi, samedi (clinique, leçon), jeudi (clinique), 8 h. à 10 h.— M. Lépine, professeur, à l'Hôtel-Dieu, mardi, samedi (clinique), jeudi (leçon), 8 h. à 10 h.— M. Rambaud, professeur-adjoint, à l'Hôtel-Dieu, lundi (clinique), mardi, vendredi (leçon), 8 h. à 10 h. Médecine, 2e année (2e semestre), 3e année, 4e année (1er semestre).

Cliniques chirurgicales. M. Ollier, professeur, à l'Hôtel-Dieu, lundi, vendredi (leçon), mercredi (clinique), 8 h. à 10 h. — M. Desgranges, professeur, à l'Hôtel-Dieu, lundi, vendredi (clinique), mercredi (leçon), 8 h. à 10 h. Médecine, 2e année (2e semestre), 3e année, 4e année (1er semestre).

Clinique obstétricale. M. Bouchacourt, professeur, à la Charité, mardi jeudi (clinique), samedi (leçon), 11 h. 1/2 à 1 h. Médecine, 4e année.

Clinique ophthalmologique. M. Gayet, professeur, à l'Hôtel-Dieu, mardi (clinique), jeudi (cours théorique), samedi (clinique), 12 h. 1/2 à 1 h. 1/2. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. M. Gailleton, professeur, à l'Antiquaille, mardi, jeudi, samedi (leçon) 11 h. à 12 h.—M. Dron, agrégé, chargé d'un cours complémentaire, à l'Antiquaille, lundi, samedi (clinique), mercredi (leçon), 11 h. à 12 h. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies mentales. M. Arthaud, professeur, à l'asile de Bron, dimanche (leçon), 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, mardi (clinique), 12 h. à 1 h. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies des femmes. M. Laroyenne, chargé d'une clinique complémentaire, à la Charité, lundi, jeudi (leçon), 9 h. à 11 h. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies des enfants. M. Perroud, chargé d'une clinique complémentaire, à la Charité, mardi (clinique), vendredi (leçon), 8 h. à 10 h. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies chirurgicales des enfants. M. Fochier, agrégé, chargé d'un cours complémentaire, à la Charité, mercredi (clinique), 8 h. à 10 h., samedi (leçon), 9 h. à 10 h. Médecine, 4e année.

II. — COURS.

CONFÉRENCES. — TRAVAUX PRATIQUES.

Histoire naturelle (Zoologie médicale et anatomie comparée). M. Lortet, professeur, au laboratoire du cours à l'école, au muséum et au grand amphithéâtre de l'école, jeudi (leçon), 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. — M. G. Duchamp, agrégé, chef des travaux, grand amphithéâtre de l'école, mardi (leçon), laboratoire au cours de l'école, jeudi (travaux pratiques); grand amphithéâtre de l'école, samedi (leçon), 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re et 2e années.

Physique médicale. M. Monoyer, professeur, amphithéâtre de l'école, lundi (leçon), 3 h. à 4 h.; laboratoire du cours à l'école, mercredi (manipulations), 1 h. à 3 h.; amphithéâtre de l'école, vendredi (leçon), 3 h. à 4 h. Médecine, 1re et 2e années.

Chimie médicale et pharmaceutique. M. Cazeneuve, maître de conférences, au laboratoire de la clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, chimie organique, lundi, 2 h. 1/2 à 3 h 1/2; vendredi, 2 h. à 3 h. Médecine, 1re année. Pharmacie, 2e et 3e années. — M. Chapuis, maître de conférences, au petit amphithéâtre de l'école, lundi, vendredi (chimie toxicologique), 1 h. à 2 h.; laboratoire de la Vitriolerie. Médecine, 4e année. Pharmacie, 2e et 3e année; mardi (manipulations), 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2. Pharmacie, 3e année.— M. Peter, maître de conférences, chef des travaux, au laboratoire de la Vitriolerie, mardi, samedi, mercredi, vendredi (conférences et manipulations de chimie analytique), 8 h. à 11 h. Pharmacie, 2e année, 1re année, 1re série, 2e série.

Anatomie. M. X..., prosecteur, au laboratoire de la Vitriolerie, lundi, mercredi, vendredi (conférence). Médecine, 1re année.

Anatomie générale et histologie. M. Renaut, professeur, petit amphithéâtre de l'école, mardi, samedi (leçon); laboratoire du cours à l'école, jeudi (technique histologique), 2 h. à 3 h.— M. Chandelux, chef des travaux, au laboratoire du cours à l'école, mardi, samedi (démonstrations pratiques), 3 h. à 3 h. 1/2. Médecine, 2e et 3e années.

Physiologie. M. Picard, chargé de cours, à l'amphithéâtre de la Vitriolerie, lundi, jeudi (leçon), 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. — M. Rebatel, chef des travaux. Médecine, 2e et 3e année.

Pathologie interne. M. Bondet, professeur, au petit amphithéâtre de l'école, mardi (leçon), 5 h. à 6 h.— M. R. Tripier, agrégé, chargé d'un cours complémentaire, au petit amphithéâtre de l'école, jeudi, samedi (leçon), 1 h. à 2 h. Médecine, 2e et 3e années.

Pathologie externe. M. Berne, professeur, au petit amphithéâtre de l'école, lundi, mercredi, vendredi (leçon), 5 h. à 6 h.. — M. Létiévant, professeur-adjoint, à l'Hôtel-Dieu, mercredi (conférence pratique), 8 h. à 9 h. Médecine. 2e et 3e années.

© BIU Santé

Anatomie pathologique. M. Pierret, professeur, au petit amphithéâtre de l'école, lundi, vendredi (leçon), 1 h. à 2 h.— M. Colrat, agrégé, chef des travaux, laboratoire du cours de l'école, mercredi (anatomie pathologique appliquée), 1 h. à 2 h. Médecine, 3e et 4e années.

Médecine opératoire. M. L. Tripier, professeur, à l'amphithéâtre de la Vitriolerie, mardi, vendredi (leçon), mercredi, samedi (exercices pratiques), 4 h. à 6 h. — MM. Marengos et Gangolphe, à l'amphithéâtre de la Vitriolerie, lundi, jeudi, 4 h. à 6 h. Médecine, 3e et 4e années.

Hygiène. M. Rollet, professeur, au grand amphithéâtre de l'école, vendredi (conférence pratique), heure indéterminée. (Visite d'établissements indiqués par affiche spéciale). — M. Meynet, agrégé, au petit amphithéâtre de l'école, jeudi (hygiène spéciale de l'enfance), 5 h. à 6 h. Médecine, 4e année.

Médecine expérimentale et comparée. M. Chauveau, professeur, à l'école vétérinaire, lundi, jeudi (leçon), 3 h. à 4 h.— M. Arloing, chef des travaux, à l'école vétérinaire, lundi, jeudi (travaux pratiques), 4 h. à 5 h. Médecine, 4e année.

Pathologie générale. M. Mayet, chargé des cours, au petit amphithéâtre de l'école, mercredi, vendredi (leçon), 4 h. à 5 h. — M. Clément, agrégé, au grand amphithéâtre de l'école, jeudi (leçon de séméiologie, 5 h. à 6 h.) Médecine, 2e et 3e années.

Thérapeutique. M. Soulier, chargé de cours, au grand amphithéâtre de l'école, mardi, samedi (leçon), 1 h. à 2 h. Médecine, 4e année.

Médecine légale et toxicologie. M. N....., professeur, au grand amphithéâtre de l'école, mardi, jeudi (leçon), 3 h. à 4 h.; à la Morgue, jours indéterminés (conférences pratiques). — M. N....., agrégé, à la Morgue, jours indéterminés (conférences pratiques). Médecine, 4e année.

Matière médicale et botanique. M. Cauvet, professeur, au grand amphithéâtre de l'école, mercredi, vendredi (leçon), 3 h. à 4 h. — M. Magnin, chef des travaux, au laboratoire de la Vitriolerie, jeudi (conférences pratiques), 7 h. à 9 h. matin. Médecine, 1re et 4e années. Pharmacie, 2e et 3e années.

Pharmacie. M. Crolas, chargé de cours, au petit amphithéâtre de l'école, mardi, jeudi, samedi (leçon), 4 h. à 5 h. Pharmacie, 2e et 3e années.— M. Guérin, chef des travaux, au laboratoire de la Vitriolerie, jeudi (conférences pratiques), 8 h. 11 h. Pharmacie, 3e année.

Cours annexes. M. Aubert, agrégé à l'Antiquaille, jeudi (conférence pratique sur les maladies scrofuleuses, 7 h. à 8 h., matin.— M. Carrier, agrégé, au grand amphithéâtre de l'école, mardi (conférence sur les maladies mentales et nerveuses), 2 h. à 3 h.— M. Marduel, agrégé, au petit amphithéâtre de la Charité, mercredi (conférences pratiques d'obstétrique), 12 h., 1 h. — M. P. Meynet, agrégé, à la Charité, dimanche (conférences sur l'auscultation et la percussion chez les enfants), 8 h. à 10. h.— M. D. Mollière, agrégé, à l'Hôtel-Dieu, lundi, vendredi (conférence pratique de chirurgie expérimentale), 7 h. à 8 h.

Les laboratoires d'anatomie, de physiologie, d'histoire naturelle, de physique, de chimie, d'anatomie pathologique, de médecine expérimentale et de pharmacie, sont ouverts tous les jours aux élèves pour les travaux particuliers.

La bibliothèque de la Faculté est ouverte aux élèves, tous les jours, le mercredi et le dimanche exceptés, de midi à 5 heures, et le soir de 7 h. 1/2 à 9 h. 1/2.

CONCOURS POUR DEUX PLACES D'AIDE D'ANATOMIE.

Les épreuves consisteront en :

1° Une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Trois heures seront accordées aux candidats pour la rédaction de leur composition. Le mémoire sera lu par les candidats en séance publique.

2° Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. Quatre heures seront accordées pour cette préparation.

3° Une épreuve orale d'anatomie descriptive. 4° Une épreuve orale de physiologie. 5° Deux opérations.

La durée de chaque épreuve orale est fixée à vingt minutes, après dix minutes de réflexion. Les concours commenceront le lundi 18 novembre 1878. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté au moins 15 jours avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours. Sont admis à concourir tous les étudiants en médecine. La durée des fonctions est de deux années. Le traitement qui y est attaché est de mille francs par an.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHEF DE CLINIQUE.

Une de clinique médicale, une de clinique chirurgicale.

Les épreuves consisteront en :

1° Une épreuve écrite d'anatomie et de physiologie normales ou pathologiques. Le mémoire sera lu par les candidats en séance publique.

2° Une série d'épreuves pratiques de laboratoire en rapport avec la nature de la chaire à laquelle les candidats doivent être attachés. (Analyse chimique, anatomique, histologique de pièces ou produits pathologiques, etc.).

3° Une épreuve clinique sur un ou plusieurs malades.

Les concours commenceront le 4 novembre 1878.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, au moins 15 jours avant la date fixée pour l'ouverture des concours, justifier qu'ils sont âgés de 24 ans au moins, de 34 ans au plus, agréés par l'Administration des hospices, et qu'ils possèdent le diplôme de docteur en médecine. Un avis spécial fera connaître aux candidats l'ordre dans lequel auront lieu les concours et la date précise de chacun d'eux. La durée des fonctions est de deux années. Le traitement qui y est attaché est de mille francs par an.

Les chefs de clinique assistent le professeur; ils dirigent les aides de clinique, les internes, externes et stagiaires ; en l'absence du professeur, ils sont responsables, vis-à-vis de l'administration des hospices, de l'ordre et de la régularité dans le service.

Les candidats non nommés, qui auront cependant subi avantageusement les épreuves du concours, pourront être appelés au besoin à remplir temporairement les fonctions de chef de clinique en l'absence des titulaires.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN DES HOPITAUX.

Le conseil général d'administration des hospices civils de Lyon, donne avis que, le lundi 25 novembre 1878, à huit heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'un médecin appelé à faire le service dans les établissements de l'administration des hospices civils de Lyon. Ce concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu, devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical. Il comprendra cinq séances.

Première séance. — Question d'anatomie et de physiologie, à traiter par écrit. — *Deuxième séance*. — Question de pathologie interne, à traiter par écrit. — *Troisième séance*. — Question d'hygiène et de thérapeutique, à traiter par écrit. — *Quatrième séance*. — Examen clinique d'un malade choisi par le jury ; consultation orale sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie présentée. — *Cinquième séance*. — Examen clinique d'un malade choisi par le jury ; consultation écrite sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie présentée. La question à traiter, dans chaque séance, sera la même pour tous les concurrents ; l'un d'entre eux, désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été déposées les questions adoptées par le jury, en séance secrète. A la fin des épreuves et après le vote du jury, le conseil d'administration nommera, s'il y a lieu, le médecin des hôpitaux.

Conditions d'admission au concours. — Les candidats devront :

1° Se faire inscrire à l'administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, n° 44 ; le registre d'inscription sera clos le mercredi, 20 novembre, à quatre heures.

2° Déposer leur acte de naissance, leur diplôme de docteur en médecine, obtenu dans une Faculté de France, ou s'ils sont étrangers, l'autorisation spéciale exigée par l'article 4 de la loi du 18 ventôse an XI, et s'ils ne demeurent pas à Lyon, un certificat de bonne vie et mœurs, récemment délivré par le maire de leur résidence.

3° Justifier de deux ans de pratique, comme docteur en médecine ; cette justification, toutefois, n'est pas exigée des candidats anciens internes des hôpitaux de Lyon, qui ont rempli leurs fonctions, pendant trois ans, à la satisfaction de l'administration. Les candidat pourront déposer, à l'administration centrale, leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés, concernant la médecine ; ces documents seront soumis au jury.

Service et traitement. — Le candidat nommé remplira, dès sa nomination, dans les établissements de l'administration, les fonctions de médecin suppléant, jusqu'à ce qu'il succède, par rang de nomination, à un médecin titulaire. Les médecins suppléants sont tenus de prendre le service auquel ils sont appelés, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à l'hôpital de la Croix-Rousse, soit à l'hospice de la Charité, soit à l'hospice de l'Antiquaille. Les fonctions de médecin titulaire ont une durée de quinze ans. Les médecins des hôpitaux visitent tous les jours et deux fois par jour les malades de leur service. Ils sont tenus de se conformer aux règlements de l'administration, faits ou à faire. Le traitement annuel des médecins des hôpitaux est fixé à deux mille francs : mille francs à titre d'honoraires fixes, et mille francs pour droit de présence ; cette dernière somme sera attribuée au médecin suppléant, pendant le temps où il fera le service d'un médecin titulaire, malade ou empêché.

Lyon, le 28 octobre 1878.

Mon cher rédacteur en chef,

La Faculté de Lyon va commencer sa deuxième année. La reprise des cours ne devant avoir lieu que vers le 15 novembre, et le registre d'inscriptions n'étant pas encore ouvert, il est difficile de vous indiquer dès aujourd'hui le nombre des élèves. Toutefois, à en juger par les résultats atteints l'an dernier, on est en droit de concevoir de légitimes espérances. Chaque trimestre, il a été pris environ entre 400 à 500 inscriptions ; ce chiffre porte, il est vrai, sur les élèves en médecine et en pharmacie réunis ; mais il faut y joindre les internes des hôpitaux (environ 50 élèves) qui, bien que n'étant plus, pour la plupart, en cours d'inscriptions, n'ont pas négligé pourtant d'assister à plusieurs cours, ou de prendre part aux exercices pratiques.

L'école a fait passer 116 examens de doctorat, qui se répartissent de la manière suivante : Premier de doctorat, 54 ; second, 27; troisième, 15; quatrième, 11; cinquième, 9. Sans faire acte de sévérité exagérée, la Faculté s'est attachée à mainte-

© BIU Santé

nir les études à un niveau élevé ; pour cela, elle n'a pas craint de prononcer l'ajournement, chaque fois que la préparation lui a paru insuffisante.

Deux thèses seulement ont été soutenues, mais on ne pouvait guère espérer plus, les jeunes gens dont les études étaient plus avancées ayant naturellement préféré les terminer dans la Faculté où ils avaient passé leurs premiers examens. Ces deux thèses, du reste, représentent deux monographies très-consciencieuses : l'une est due à M. Chavanis, l'autre, présentée par M. Biot, concerne le type respiratoire dit de Cheyne-Stokes

L'enseignement a été organisé de telle façon qu'il serait fort difficile de le rendre plus profitable à l'élève. Celui-ci est toujours directement en rapport avec le maître, auprès duquel il trouve constamment des conseils. Dans les laboratoires qui sont annexés aux principales chaires, il se familiarise avec les exercices pratiques ; dans les conférences dont la direction a été confiée aux différents chefs de travaux, l'élève est interrogé, et l'on s'assure qu'il se tient au courant des leçons du professeur. Inutile de vous dire que tout le monde y met du sien, et que tout est disposé pour tirer le meilleur parti possible des nombreux éléments d'instruction dont on dispose.

Je vous signalerai tout spécialement l'organisation de l'enseignement pour l'anatomie pathologique et la médecine opératoire.

Les professeurs de clinique envoient généralement leurs autopsies au laboratoire d'anatomie pathologique qui se trouve du reste à proximité de leurs salles de cours ; là l'autopsie est faite sous les yeux du professeur, soit par le chef des travaux, soit par les aides du laboratoire ; les pièces sont soigneusement examinées, et le résultat de l'autopsie est annexé à l'observation. Les observations sont ensuite méthodiquement classées suivant les services d'où elles proviennent. Chaque semaine, il est fait une leçon dans laquelle on présente aux élèves le résumé des autopsies les plus intéressantes. De cette façon, rien n'est perdu, même pour ceux qui ne peuvent assister aux cliniques.

La médecine opératoire si négligée jusqu'ici, et pour cause, a pris à Lyon une grande importance : l'organisation actuelle fait le plus grand honneur au titulaire de la chaire et à la Faculté. Trois fois par semaine, les élèves sont conviés à des exercices pratiques, où l'appel se fait régulièrement ; ils sont divisés par série de dix : chaque série est dirigée soit par le professeur lui-même, soit par son chef des travaux, les prosecteurs, ou les aides d'anatomie. Le chef de la série pratique une opération, en indique les règles et les procédés divers, puis les élèves la répètent après lui.

On aurait pu espérer peut-être qu'une organisation aussi large et aussi complète aurait décidé un plus grand nombre de candidats à prendre part aux différents concours qui ont eu lieu soit à l'école, soit dans les hôpitaux. Le fait n'a rien qui doive nous étonner outre mesure, si l'on considère la quantité d'emplois nouveaux qui se sont trouvés tout-à-coup disponibles, emplois qui nécessitaient pour la plupart des connaissances spéciales auxquelles on n'était pas encore préparé. Il est juste de reconnaître cependant que les élus ont tous été à la hauteur de leur tâche, et qu'ils ont rempli très-honorablement leurs fonctions.

On ne peut guère juger encore de l'influence exercée par la Faculté sur les concours de l'Assistance publique. Les concurrents qui ont pris part au dernier concours de l'internat ont été assez restreints comme nombre ; mais il est à remarquer que les premiers du concours ont fait preuve d'une grande érudition. Le chiffre relativement peu élevé des candidats, reconnaît comme cause les mesures adoptées dernièrement par l'administration : 1° l'externat obligatoire ; 2° la nécessité d'avoir satisfait à la loi militaire pour être autorisé à concourir,

Les dispositions relatives à l'enseignement pour le prochain semestre ne sont point encore réglées ; il est plus que probable que rien ne sera changé à l'organisation précédente. L'Ecole n'est pas même en possession de son installation définitive et les vastes locaux du *quai de la Vitriolerie* dont vous avez pu admirer les plans à l'Exposition universelle ne sont point encore disponibles. Les carrés de l'anatomie et de la physiologie sont pourtant fort avancés ; et il semble que l'année prochaine il sera possible d'y établir ces différents services. Du reste, les laboratoires provisoires qui ont été agencés dans l'ancienne école, suffisent largement aux besoins actuels.

J'ai à vous signaler cependant une innovation importante : la Faculté a décidé qu'il était bon de prendre quelques mesures pour assurer l'assiduité des élèves aux cours et aux exercices que les règlements leur imposent. Les chefs de clinique et les chefs de travaux sont chargés de cette surveillance ; ils devront contrôler par des appels fréquents la présence des élèves inscrits ; ils devront en outre vérifier s'ils prennent des notes, et s'ils tiennent au courant les cahiers qui leur auront été distribués.

Il sera tenu compte aux examens de l'assiduité aux cours, et de la bonne tenue des cahiers de notes. Il est à souhaiter que les élèves comprennent que c'est dans leur intérêt, et non dans le but d'enchaîner leur liberté, que ces mesures viennent d'être prises.

Enfin, la Faculté va être, pour la première fois, appelée à se recruter elle-même. La mort du professeur Gromier laisse libre la chaire de médecine légale. Un arrêté ministériel déclare la vacance et invite les candidats à présenter leurs titres ; il est probable que d'ici à quelques jours je serai à même de vous indiquer les candidatures qui auront le plus de chance de réunir les suffrages de l'Ecole....

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

Physique : M. Merget. — Physique générale, électricité, acoustique. Lundi, mercredi, vendredi, 10 heures.

Chimie : M. Micé. — Chimie organique, produits classés. Mardi, jeudi, samedi, 10 heures.

Pharmacie : M. Métadier. — Pharmacie galénique. Lundi, mercredi, vendredi, 8 h. 1/2.

Anatomie : M. Bouchard. — Splanchnologie. Lundi, mercredi, vendredi, 1 heure.

Pathologie chirurgicale : M. Azam. — Maladies chirurgicales des tissus et systèmes. Lundi, mercredi, vendredi, 4 heures.

Pathologie et thérapeutique générales : M. Picot. — Grands processus morbides. Mardi, jeudi, samedi, 2 heures.

Pathologie médicale : M. Dupuy. — Des pyrexies. Lundi, mercredi, vendredi, 2 heures.

Thérapeutique : M. de Fleury. — Médications hypersthénisante et substitutive. Mardi, jeudi, samedi, 4 heures.

Clinique médicale : MM. Gintrac, Mabit. — *Clinique chirurgicale* : MM. Denucé, Lannelongue. — *Clinique obstétricale* : M. Moussous, à l'hôpital Saint-André. Tous les jours, de 8 heures à 11 heures du matin.

Cours du semestre d'été.

Histoire naturelle : M. Guillaud.
Matière médicale : M. Perrens.
Hygiène : M. Layet.
Médecine légale : M. Morache.
Anatomie pathologique : M. Coyne.
Médecine opératoire : M. Masse.
Physiologie : M. Oré.
Histologie : M. Pitres.
Médecine expérimentale : M. Jolyet.

Agrégés.

Médecine : MM. Vergely, Lande, Negrié, Rousseau Saint-Philippe, Solles, Armaingaud.

Chirurgie : MM. Dudon, Demons, Baudrimont, Gervais-Koysiewicz, Poinsot.

Anatomie, physiologie, sciences naturelles : MM. Testut, Périer.

Sciences physiques et chimiques : MM. Carles, Figuier.

Cours cliniques complémentaires.

Maladies des enfants : M. Bitot.
Ophthalmologie : M. N...
Maladies syphilitiques : M. N...
Maladies mentales : M. N...

Semestre d'hiver. — Divison des études. — Etudiants en médecine.

1re *année*. Chimie, physique, anatomie.
2e *année*. Anatomie, Dissections.
3e *année*. Anatomie, dissections, pathologie externe, pathologie interne, clinique médicale et chirurgicale.

© BIU Santé

4e *année*. Pathologie externe, pathologie interne, pathologie générale cliniques médicale et chirurgicale.

Etudiants en pharmacie.

Physique, chimie, pharmacie, travaux pratiques.

MM. les étudiants en médecine et en pharmacie sont prévenus que le registre destiné à recevoir l'inscription du 1er trimestre de l'année scolaire 1878-1879 sera ouvert au secrétariat provisoire de la Faculté, rue Lalande, 44, du 20 octobre au 14 novembre, *dernier délai*, les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 1 heure à 4 heures.

Les élèves qui commenceront leurs études à la Faculté ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et en déposant au secrétariat : 1° Leur acte de naissance dûment légalisé; 2° Un certificat de bonne vie et mœurs; 3° Le diplôme de bachelier ès-lettres et le diplôme de bachelier ès-sciences *complet* ou *restreint*, pour les candidats au doctorat en médecine (toutefois, le diplôme de bachelier ès-sciences restreint peut n'être produit que lors de la prise de la 3e inscription); le diplôme de bachelier ès-sciences complet, pour les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe.

Les aspirants au titre d'*officier de santé* et à celui de *pharmacien de 2e classe* ne sont tenus de justifier que du certificat de grammaire obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854;

4° S'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. Ceux d'entr'eux dont les parents ou tuteurs ne résident pas à Bordeaux devront être présentés par une personne domiciliée dans la ville, qui leur servira de correspondant.

MM. les étudiants en médecine et en pharmacie sont invités à se présenter au secrétariat, munis des pièces justificatives ci-dessus mentionnées, de 9 h. à 11 h. du matin, pendant la période du 20 octobre au 14 novembre, afin de faire constituer leur dossier de scolarité.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES. — Les épreuves consisteront en :

1° Une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Cinq heures seront accordées aux candidats pour la rédaction de leur composition. Le mémoire sera lu par les candidats en séance publique ;

2° Deux préparations extemporanées sur un sujet d'anatomie descriptive et d'anatomie chirurgicale dont le choix sera déterminé par le sort et pour lesquelles cinq heures seront accordées. Les candidats auront une demi-heure pour exposer ces préparations ;

3° Une leçon d'une heure sur un sujet d'histologie, après vingt-quatre heures de préparation. Les candidats devront reconnaître un ou plusieurs éléments anatomiques qui leur seront soumis par le jury ;

4° Deux opérations chirurgicales, sans dissertation, dont l'objet sera déterminé par le sort. Vingt minutes seront accordées pour cette épreuve.

Vu la brièveté du temps, la préparation des pièces sèches est supprimée pour ce concours seulement.

Le concours commencera le 4 novembre 1878.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté au moins quinze jours avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours, et justifier qu'ils possèdent le diplôme de docteur en médecine.

La durée des fonctions est de six années.

Le traitement qui y est attaché est de 2,500 francs par an.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE. — Les épreuves consisteront en :

1° Une leçon clinique d'un quart d'heure de durée après dix minutes d'examen et dix minutes de réflexion ;

2° Une dissertation orale de vingt minutes de durée sur un cas de dystocie avec ou sans manœuvres ;

3° Une leçon clinique de vingt minutes de durée sur deux femmes après dix minutes d'examen pour chacune et dix minutes de réflexion, avec la faculté de se borner pour l'une d'elles à l'énonciation des principales circonstances à relever au point de vue de la pratique obstétricale.

Les concours commenceront le 14 novembre 1878.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté au moins quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture des concours, justifier qu'ils possèdent le diplôme de docteur en médecine.

La durée des fonctions est de deux années.

Le traitement qui y est attaché est de mille francs par an.

Les chefs de clinique assistent le professeur; en l'absence du professeur, ils sont responsables vis-à-vis de l'Administration des Hospices de l'ordre et de la régularité dans le service.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE CHEF DES TRAVAUX CHIMIQUES ET PHARMACEUTIQUES. — Le lundi 4 novembre, il sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux un concours pour l'emploi de chef des travaux chimiques et pharmaceutiques au traitement de 2,500 fr.

Seront admis à concourir les docteurs en médecine et les pharmaciens de 1re classe non agrégés.

Les épreuves du concours consisteront en :

1° Une leçon faite, après quatre heures de préparation, sur un sujet d'analyse. Cette leçon, dont la durée sera d'une demi-heure, devra être accompagnée d'expériences pour lesquelles toute latitude sera laissée aux concurrents ;

2° Une préparation chimique exigeant l'emploi d'un appareil ;

3° Une épreuve pratique d'analyse qualificative et quantitative ;

4° Une préparation de pharmacie galénique.

Un jour sera accordé aux candidats pour chacune des épreuves 2, 3 et 4.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au 25 octobre.

Les candidats devront déposer leur acte de naissance, dûment légalisé, avec leur diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHEFS DE CLINIQUE CHIRURGICALE. — Les épreuves consisteront en :

1° Une opération chirurgicale pour laquelle il sera accordé un quart d'heure ;

2° Une dissertation orale d'un quart d'heure de durée sur un sujet d'anatomie pathologique chirurgicale après examen anatomique, microscopique et chimique de trois heures ;

3° Une leçon clinique de vingt minutes de durée sur deux malades après dix minutes d'examen pour chacun et vingt minutes de réflexion.

Les concours commenceront le 19 novembre 1878.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté au moins quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture des concours et justifier qu'ils possèdent le diplôme de docteur en médecine.

La durée des fonctions est de deux années.

Le traitement qui y est attaché est de mille francs par an.

Les chefs de clinique assistent le professeur ; en l'absence du professeur, ils sont responsables vis-à-vis de l'Administration des Hospices de l'ordre et de la régularité dans le service.

CONCOURS POUR LES PLACES DE PRÉPARATEUR DE CHIMIE, PHARMACIE, HISTOIRE NATURELLE ET PHYSIQUE.

Des concours seront ouverts à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, à l'effet de décider quels seront les préparateurs dont les nominations seront proposées à M. le Ministre de l'instruction publique.

Un traitement de 600 fr. est alloué à chaque préparateur.

Le 1er de ces concours (chimie) aura lieu les 11 et 12 novembre 1878.

Le 2e de ces concours (pharmacie), aura lieu les 13 et 14 novembre 1878.

Le 3e de ces concours (histoire naturelle), aura lieu les 15 et 16 novembre 1878.

Le 4e de ces concours (physique), aura lieu les 18 et 19 novembre 1878.

Seront admis à concourir pour les places de préparateur de chimie, histoire naturelle, physique, les étudiants en médecine ou en pharmacie ayant au moins une inscription à la Faculté de Bordeaux.

Les étudiants en pharmacie seuls, remplissant les mêmes conditions, pourront prendre part au concours de préparateur de pharmacie.

Les épreuves de chaque concours consisteront :

1° En une composition écrite sur un sujet conforme à la spécialité du candidat et pour laquelle 4 heures seront accordées ;

2° En une reconnaissance de produits, de plantes ou d'instruments, selon le cas ;

3° En épreuves pratiques élémentaires appropriées à la nature du concours.

Les candidats devront être inscrits au secrétariat de la Faculté le 6 novembre au plus tard et produiront leur acte de naissance dûment légalisé et leur feuille d'inscription.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHEFS DE CLINIQUE MÉDICALE.

Les épreuves consisteront en :

1° Une leçon clinique d'un quart d'heure de durée, faite sur un malade, après dix minutes d'examen et dix minutes de réflexion ;

2° Une dissertation orale d'un quart d'heure de durée sur un sujet d'anatomie pathologique, après examen anatomique, microscopique et chimique de trois heures ;

3° Une leçon clinique de vingt minutes de durée sur deux malades, après dix minutes d'examen et vingt minutes de réflexion.

Les concours commenceront le 5 novembre 1878.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté au moins quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture des concours, justifier qu'ils possèdent le diplôme de docteur en médecine.

La durée des fonctions est de deux années.

Le traitement qui y est attaché est de mille francs par an.

Les chefs de clinique assistent le professeur ; en l'absence du professeur, ils sont responsables vis-à-vis de l'administration des hospices de l'ordre et de la régularité dans le service.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE PROSECTEUR.

Les épreuves consisteront en :

1° Une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Quatre heures seront accordées aux candidats pour la rédaction de leur composition. Le mémoire sera lu par les candidats en séance publique ;

2° Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. Quatre heures seront accordées pour cette préparation ;

3° Une épreuve orale d'anatomie, d'une demi-heure de durée, après dix minutes de réflexion ;

4° Une épreuve orale de physiologie, d'une demi-heure de durée, après dix minutes de réflexion.

Le concours commencera le 6 novembre 1878.

© BIU Santé

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté au moins quinze jours avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine et les étudiants ayant au moins douze inscriptions.

Les fonctions de prosecteur sont incompatibles avec celles d'agrégé.

La durée des fonctions est de trois années.

Le traitement qui y est attaché est de 1,200 fr. par an.

CONCOURS POUR DEUX PLACES D'AIDE D'ANATOMIE.

Les épreuves consisteront en :

1° Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. Quatre heures seront accordées pour cette préparation ;

2° Une préparation extemporanée d'anatomie chirurgicale. Quatre heures seront accordées pour cette préparation ;

3° Une épreuve orale d'anatomie et de physiologie. La durée de cette épreuve sera de quarante minutes après dix minutes de réflexion.

Le concours commencera le 14 novembre 1878.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté au moins quinze jours avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours.

Sont admis à concourir tous les étudiants en médecine.

La durée des fonctions est de deux années.

Le traitement qui y est attaché est de 600 fr. par an.

Bordeaux, le 29 octobre.

Mon cher Rédacteur,

Le moment approche où la Faculté de création nouvelle va ouvrir à Bordeaux, les cours mixtes de médecine et de pharmacie. Nous sommes heureux de constater que le nouvel être abandonne de jour en jour les caractères de l'embryon, (nous voudrions pouvoir dire est arrivé à l'âge adulte en franchissant du premier pas la période de l'enfance et de la jeunesse). Le personnel est complet. Nous sommes cependant obligés d'avouer que si le cadre est largement tracé, il est encore incomplétement rempli. Mais nous ne doutons pas que les chaires de clinique complémentaires, qui sont le corollaire indispensable d'une organisation complète, ne soient promptement occupées.

On nous pardonnera de nous taire sur la constitution du personnel professoral. Chacun sait ce qu'il y a de pénible, de long, d'accidenté, parfois de singulier dans de pareils enfantements. Il serait du reste injuste de méconnaître que l'on semble s'être appliqué à créer un tout original en faisant appel à des distinctions de toute nuance. Et si le sentiment bordelais a pu être froissé de voir éliminer des noms auxquels on ne pouvait reprocher que d'être des illustrations locales, nous nous plaisons à convenir que les étudiants de Bordeaux se trouveront en présence d'un corps professoral digne d'eux et de la réputation justement méritée de l'ancienne Ecole. Aussi, s'en faut-il de beaucoup que l'organisation matérielle ait devancé l'institution du personnel. Là plus encore que dans le corps des professeurs, la transformation était difficile. Se contenter de l'ancienne Ecole, il n'y fallait pas songer. Attendre l'édification de la Faculté nouvelle, c'eût été mal connaître les processus et les procédés provinciaux en matière de construction.

Le problème ne pouvait être résolu que par une tangente. C'est le Ministre de la Guerre qui veut bien la fournir à son collègue de l'instruction publique. Quiconque a visité notre magnifique hôpital Saint-André sait, en effet, qu'il est adossé par son chevet à la vaste caserne dite de Saint-Raphaël.

La surface totale des terrains de cette ancienne caserne n'est pas moins de 6,932 mètres divisés en 5 parties principales : 1° Un grand bâtiment transversal avec longeur moyenne de 62 mètres et une largeur de 9 mètres ; 2° Un bâtiment longitudinal Sud ayant 64 mètres de long, sur 9 mètres de large ; 3° Un bâtiment longitudinal Nord ayant 64 mètres de long, sur 9 mètres de large ; 4° Un bâtiment élevé seulement d'un rez-de-chaussée et donnant une surface de 129 mètres ; 5° Un ensemble de cours et de bâtiments longeant la rue Henri IV, avec une surface de 357 mètres.

D'après les plans déjà en voie d'exécution, car soixante ouvriers y travaillent nuit et jour, « la Faculté de médecine occuperait provisoirement au rez-de-chaussée le grand bâtiment transversal, la plus grande partie des deux bâtiments longitudinaux et tout l'ensemble des bâtiments rue Henri IV ; au premier étage la plus grande partie du bâtiment longitudinal Sud et le bâtiment rue Henri IV. Enfin, au deuxième étage, le bâtiment de la rue Henri IV seulement. » Ainsi la surface des bâtiments occupés par la Faculté de médecine serait :

Au rez-de-chaussée.....	1.640	mètres.
Au premier étage.....	574	—
Au deuxième étage.....	168	—

Nous devons dire que cette installation provisoire n'est affectée qu'à une partie seulement de l'enseignement de la Faculté nouvelle. En effet, il a été décidé que le local de l'ancienne école continuerait d'être consacré aux salles de dissection, de médecine opératoire, au droguier, qu'il renfermerait la bibliothèque, le grand amphithéâtre pour les cours et la salle des Actes.

Ce sera donc la physiologie, la pharmacie, l'histoire naturelle, l'histologie et l'anatomie pathologique, qui trouveront à la caserne Saint-Raphaël leurs laboratoires et leurs amphithéâtres. L'amphithéâtre de la construction nouvelle aura 212 mètres.

Le service de la physiologie sera complet et installé au rez-de-chaussée : laboratoire pour les élèves ; cour pour les animaux ; cabinet du préparateur ; laboratoire du professeur. L'histologie sera établie à l'étage au-dessus et disposera de deux pièces suffisamment confortables. — La chimie, placée au fond de la cour Sud, aura un cabinet pour le professeur, un autre pour le préparateur et un spacieux laboratoire.

La partie du grand bâtiment transversal du fond est réservée à la pharmacie, qui contiendra : le cabinet du professeur et son laboratoire ; le cabinet du préparateur ; un laboratoire pour les élèves de 1re et de 2e année. — Du côté du Nord reproduction des mêmes pièces avec cabinet pour le préparateur, laboratoire et cabinet pour le chef des travaux chimiques et ses aides.

Disons, pour ne pas fatiguer le lecteur par des détails dont l'intérêt est exclusivement local, que l'anatomie pathologique, la physique et l'histoire naturelle sont convenablement établies dans les bâtiments du 1er étage. Un mot, pour terminer, des cliniques et des services hospitaliers.

La clinique obstétricale est isolée au 1er et 2e étage du pavillon transversal : salle d'attente, logement de la sage-femme, cabinet du professeur, amphithéâtre, tout a été prévu. La salle des femmes en couches est au 2e. Il existe, en outre, des chambres destinées aux femmes atteintes de péritonite puerpérale et une salle d'accouchements. L'orientation des bâtiments est bonne.

Une salle de douze lits d'hommes et de dix lits de femmes avec chambre obscure pour les examens ophthalmoscopiques a été réservée à côté d'un cabinet de consultation et d'un cabinet du professeur. Ajoutons qu'on a trouvé encore dans la caserne Saint-Raphaël une place pour l'intéressant service des enfants malades. La clinique y sera installée dans le pavillon longitudinal Nord. On y trouvera au 1er étage un service chirurgical de 15 à 20 lits avec amphithéâtre ; au 2e étage un service de médecine de même importance avec chambres d'isolement pour les maladies contagieuses, le tout à proximité d'une large cour, laquelle plantée d'arbres, permettra aux enfants de se livrer aux exercices de leur âge.

Terminons par quelques mots sur les cliniques proprement dites. Les deux services de clinique médicale comprendront les salles 15, 16, 6, 7 Ceux de clinique chirurgicale les salles 3, 4, 17, 18. Ces deux dernières communiqueront librement avec l'amphithéâtre actuel, qui sera modifié *ad hoc* au double point de vue de l'aménagement et de l'éclairage. La salle des Petits-Payants, qui longe cet amphithéâtre, sera convertie en deux vastes laboratoires et un amphithéâtre pour le professeur de clinique interne.

Pour compléter cet exposé, nous dirons que des cliniques spéciales de maladies de la peau, de maladies mentales, de syphilis, seront instituées à l'hôpital Saint-Jean et à l'asile des aliénés situés cours Saint-Jean à proximité de la Faculté. L'ancienne école servira aux cours du semestre d'hiver, les réparations ne paraissant pas devoir être terminées avant quelques mois.

On voit par les quelques détails dans lesquels nous sommes entrés, que si l'aménagement matériel de la Faculté est une

© BIU Santé

œuvre lentement progressive, on peut déjà prévoir que les talents distingués et nombreux que l'on reconnaît à la plupart de ses maîtres, pourront prendre leur essor en toute liberté.

Recevez, mon cher Rédacteur, l'assurance de mes sentiments dévoués, B.

P. S. — M. le Ministre de l'Instruction publique vient d'accorder à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, une somme de 100,000 fr., pour l'ameublement scientifique des divers services.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

A cette école, de même que dans les Facultés de médecine ou dans les écoles supérieures de pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année. La circonscription de l'école comprend les départements de la Loire-Inférieure, de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Charente-Inférieure.

ANNÉE SCOLAIRE 1878-1879.

Les cours commenceront le lundi 4 novembre 1878.

Semestre d'hiver.

Anatomie, tous les jours, à midi, M. JOUON, professeur, M. RAINGEARD, suppléant.

Chimie, lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure, M. ANDOUARD, professeur.

Physique, mardi, jeudi, samedi, à 1 heure, M. PELLERIN, professeur.

Matière médicale, mardi, jeudi, à 4 heures, M. MÉNIER, professeur.

Pathologie médicale, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, M. VIAUD-GRAND-MARAIS, professeur.

Hygiène, lundi, jeudi, à 5 heures, M. LAPEYRE, suppléant.

Gynécologie, mardi, vendredi, à 5 heures, M. GUILLEMET, suppléant.

Les dissections sont obligatoires pour tous les élèves et sont dirigées par M. L. BUREAU, chef des travaux anatomiques.

Semestre d'été.

Histoire naturelle médicale, lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure, M. DELAMARE, professeur.

Anatomie pathologique et histologie élémentaire, lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures, tous les jours, exercices pratiques, de 2 à 4 heures, M. A. MALHERBE fils, professeur.

Physiologie, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures; mardi, jeudi, samedi, expériences physiologiques, de 4 à 6 heures, M. JOUSSET DE BELLESME, professeur.

Pathologie chirurgicale, mardi, jeudi, samedi, à 1 heure, M. MONTFORT, professeur.

Médecine opératoire. — Bandages et appareils, mardi, samedi, à 4 heures, M. POISSON, suppléant.

Pharmacie et toxicologie, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures, M. PIHAN-DUFEILLAY, suppléé par M. HERBELIN.

Thérapeutique, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures, M. CHARTIER, professeur.

Médecine légale, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, M. LAENNEC, professeur.

Accouchements et clinique d'accouchements, mardi, jeudi, samedi, à 3 heures, M. VIGNARD, professeur.

Pathologie générale, mercredi, samedi, à 3 heures, M. KIRCHBERG, suppléant.

Chimie biologique, mardi, vendredi, à 3 heures, M. BERTIN, suppléant.

Manipulations de physique, mardi, de 8 à 11 heures, M. PELLERIN, professeur.

Exercices pratiques de toxicologie, mercredi et samedi, de 8 à 11 heures, M. HERBELIN, suppléant.

Micrographie végétale, jeudi de chaque semaine, de 8 à 11 heures, M. MÉNIER, professeur.

Clinique médicale, lundi, mercredi, vendredi; les élèves de 2e, 3e et 4e années doivent suivre cette clinique, MM. MALHERBE père, et TRASTOUR, professeurs.

Clinique chirurgicale, mardi, jeudi, samedi; tous les étudiants en médecine doivent suivre cette clinique, MM. HEURTAUX et CHENANTAIS, professeurs.

Ophthalmologie. — Tous les jours, consultations gratuites au dispensaire de l'école; leçons théoriques et pratiques à 1 heure pendant le semestre d'hiver, à midi pendant le semestre d'été. M. DIANOUX, suppléant, M. POISSON, professeur suppléant des chaires de chirurgie, fera, pendant les mois de novembre et décembre, un cours de petite chirurgie et pansements pour les étudiants de première année.

Les travaux pratiques de chimie pendant l'hiver, de pharmacie pendant l'été, obligatoires pour les étudiants en pharmacie et les élèves en médecine de 1re année, sont dirigés par M. HERBELIN, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques. Pendant le semestre d'été, des herborisations, dirigées par M. le professeur MÉNIER, auront lieu tous les dimanches.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 8 à 10 heures du matin, de 2 à 5 heures, et de 7 à 9 heures du soir.

Cours obligatoires suivant les années d'études.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Première année. — HIVER : Anatomie, Chimie, Physique, Matière médicale. — ETÉ : Histoire naturelle, Physiologie, Pharmacie, Pathologie chirurgicale, Histologie élémentaire, Chimie biologique, Pathologie générale.

Deuxième année. — HIVER : Anatomie, Pathologie médicale, Hygiène, Gynécologie. — ETÉ : Physiologie, Histologie élémentaire, Pathologie chirurgicale, Chimie biologique, Thérapeutique, Accouchements, Pathologie générale.

Troisième année. — HIVER : Anatomie, Pathologie médicale, Gynécologie, Hygiène. — ETÉ : Physiologie, Anatomie pathologique, Pathologie chirurgicale, Thérapeutique, Médecine légale, Accouchements, Médecine opératoire.

Quatrième année. — HIVER : Anatomie, Hygiène, Pathologie médicale. — ETÉ : Anatomie pathologique, Thérapeutique, Médecine légale, Accouchements, Médecine opératoire, Pathologie générale.

Les cours de Chimie, Physique, Matière médicale, Pharmacie et Toxicologie, Histoire naturelle, sont obligatoires pour tous les étudiants en pharmacie. Nul ne peut être admis à suivre les cours s'il n'est inscrit sur les registres de l'école. Chaque inscription devra être prise dans les quinze premiers jours de novembre, janvier, avril et juillet. Il ne sera délivré de certificats d'inscription que pour les trimestres où les élèves auront obtenu des attestations d'assiduité à tous les cours obligatoires, et, pour les élèves ayant plus de quatre inscriptions, des certificats d'exactitude aux services hospitaliers.

STAGE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Conformément au décret du 18 juillet 1862, les étudiants, après la quatrième inscription, sont astreints au service de l'un des hôpitaux placés près de l'École où ils prennent leurs inscriptions.

N. B. — Le règlement des hospices civils de Nantes, du 23 décembre 1848, impose à tous les étudiants l'obligation de participer à un service hospitalier dès leur première inscription. Les élèves qui remplissent cette obligation sont seuls admis à concourir pour l'externat.

Nantes, le 27 octobre 1878.

Mon cher Directeur,

L'organisation de l'École de médecine de Nantes est à peu près complète aujourd'hui; le laboratoire de physiologie étant terminé, muni des principaux instruments nécessaires et prêt à fonctionner sous la direction du savant professeur qui a présidé à son installation.

Le nombre des élèves a un peu augmenté depuis un an et le niveau des études est assez satisfaisant. Chaque année nous avons quelques-uns de nos anciens élèves reçus à l'internat des hôpitaux de Paris. Ce qui nous manque, c'est (j'ai déjà eu occasion de le dire précédemment dans le *Progrès médical*) une sanction à notre enseignement, c'est-à-dire la collation d'un grade que nous puissions conférer. Ce vice dans l'organisation des Écoles de plein exercice se fait déjà sentir avec l'organisation actuelle des examens de doctorat, mais il deviendra beaucoup plus grave quand fonctionnera le système établi par le décret de juin dernier. Je ne veux point discuter ici ce système qui, dans les facultés de médecine, peut avoir des avantages; mais son application aux écoles secondaires et de plein exercice ne peut qu'être défavorable à ces établissements, puisqu'il supprime les examens de fin d'année et les remplace par des examens de doctorat qui ne peuvent être subis que devant les Facultés. Il reste donc, aux écoles secondaires, l'instruction des officiers de santé, des pharmaciens de seconde classe et des sages-femmes. La clientèle des étudiants qui se contentent de ces grades peut être suffisante pour certaines écoles secondaires; mais il y a des parties de la France où le nombre des officiers de santé est très-minime, où, par conséquent, les écoles de médecine auront fort peu d'étudiants, puisque ceux qui se destinent au doctorat seront attirés vers les facultés et surtout vers Paris dès la fin de leur première année, pour y subir leur premier examen. On retombera donc dans le système de centralisation excessive qu'on a voulu éviter par la création des facultés provinciales et des écoles de plein exercice. Cette centralisation est-elle une bonne chose? Je ne le pense pas. Sans doute les moyens d'instruction, le corps enseignant sont plus nombreux à Paris et supérieurs à tout ce qu'on peut trouver dans le reste de la France. Cela n'est pas contestable. Mais les hôpitaux de Paris, si vastes et si bien fournis qu'ils soient, ne peuvent offrir des places d'internes et d'externes qu'à un nombre très-limité d'étudiants à

© BIU Santé

un millier environ sur plus de six mille étudiants en médecine inscrits chaque année à la Faculté.

Les hôpitaux des grandes villes de province offrent des ressources qui ne sont pas à dédaigner et leurs malades n'ont pas moins que ceux de Paris le droit d'être soignés convenablement. Il y a donc un intérêt d'humanité à ce que toutes les grandes villes possèdent un groupe d'étudiants en médecine capables de fournir de bons internes et externes pour leurs hôpitaux. Mais laissons ces questions générales, et voyons quelle peut être sur l'avenir des écoles de plein exercice l'influence du décret de juin dernier.

Lorsque des écoles de plein exercice furent fondées, le gouvernement promit aux villes qui voudraient faire les sacrifices suffisants pour élever le degré de leur école, une série d'avantages dont l'un des principaux était la faculté pour les écoles de plein exercice de faire passer définitivement le troisième examen de fin d'année. Les étudiants pouvaient donc séjourner dans ces écoles jusqu'à la veille de leur premier examen de doctorat.

La nouvelle organisation obligera nos aspirants au doctorat de se rendre à Paris après leur première année d'études. Combien nous reviendront ? C'est ce que nous ne pouvons prévoir. Le seul avantage qui nous soit laissé actuellement, c'est le droit de délivrer toutes les inscriptions de doctorat.

Eh bien, est-il juste que les municipalités de Nantes et de Marseille, qui ont fait chacune un sacrifice de deux à trois cent mille francs pour avoir une école de plein exercice, voient cette école dépouillée de ses priviléges au moment même où elle achève de s'installer ?

Est-il bon qu'au moment où des rivaux de l'État organisent de tous côtés des établissements d'enseignement supérieur, les écoles de l'État perdent le fruit des sacrifices déjà faits ?

Nous avons le ferme espoir que M. le ministre de l'Instruction publique modifiera la situation qui nous est faite, soit en obtenant le vote d'une loi qui permette aux écoles de Nantes et de Marseille d'accorder les deux premiers examens de doctorat, soit en favorisant leur transformation en Faculté.

A. M.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Semestre d'hiver 1878-1879.

Les cours auront lieu, à partir du 15 novembre, dans l'ordre suivant :
Professeur honoraire : M. Bartoli.

Cours annuels.

Cliniques médicales. MM. Girard et Fabre, professeurs, tous les jours l'Hôtel-Dieu, à 8 heures du matin. Etudiants en médecine de 2e, 3e et 4e années.

Cliniques chirurgicales. MM. Chapplain et Combalat, professeurs, tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 8 heures du matin. Etudiants en médecine de 2e, 3e et 4e années.

Clinique obstétricale. M. Magail, professeur, hôpital de la Conception, à 11 heures du matin. Etudiants en médecine de 4e année et étudiants de 3e année qui se destinent à l'officiat de santé.

MM. les chefs de clinique feront, en outre des conférences dans le but d'exercer les élèves au diagnostic.

Anatomie. M. Rampal, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 1 h. 3/4. Etudiants en médecine de 1re et 2e années.

Pathologie générale. M. Bertulus, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures du soir. Etudiants en médecine de 2e et 3e années.

Anatomie pathologique. M. Villard, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 5 heures 1/2 du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e années.

Hygiène. M. Seux fils, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures 1/2 du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e années.

Histologie et physiologie expérimentale. M. Livon, professeur suppléant, mardi, samedi, à 3 heures de l'après-midi, (conférence pratique) jeudi, à 11 heures du matin. Etudiants en médecine de 2e et 3e années.

Médecine légale. M. Laget, professeur suppléant, lundi, vendredi, à 5 heures 1/4. Etudiants de 3e et 4e année.

Chimie minérale. M. Favre, professeur, (M. Caillol de Poncy, professeur suppléant, chargé du cours), mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Ophthalmologie. M. Marcorelles, professeur suppléant, (consultation) lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures de l'après-midi; (leçon), lundi, vendredi, à 2 heures 3/4. Etudiants en médecine de 4e année et ceux de 3e année qui se destinent à l'officiat de santé.

M. Gamel, chef des travaux anatomiques, fera les lundi, mercredi et vendredi, à 1 heure 3/4, une leçon sur les sujets qui lui auront été indiqués par M. le professeur d'anatomie. Les pavillons d'anatomie seront ouverts pendant tout le semestre d'hiver, de 10 heures à midi et de 1 heure à 4 heures. Les dissections sont obligatoires pour les étudiants en médecine.

M. Robert, chef des travaux chimiques, dirigera les travaux pratiques de chimie et de pharmacie, qui auront lieu les lundi, mercredi et vendredi, de 9 heures à midi. Il fera de plus une conférence par semaine sur les manipulations. Les travaux pratiques sont obligatoires pour les étudiants en pharmacie.

La clinique des maladies mentales aura lieu, comme l'an dernier, tous les dimanches, à l'asile Saint-Pierre où seront admis, sur la présentation de leurs cartes, MM. les étudiants en médecine de 3e et 4e années.

L'heure de la leçon sera indiquée par un avis ultérieur.

Cours qui seront faits pendant le semestre d'été, outre les cliniques.

Physiologie. M. Roberty, professeur.
Pathologie externe. M. Pirondi, professeur.
Accouchements. M. Villeneuve, professeur.
Thérapeutique. M. Seux père, professeur.
Matière médicale. M. Rousset, professeur.
Histoire naturelle. M. Bouisson, professeur.
Pharmacie. M. Roustan, professeur.
Pathologie interne. M. Nicolas-Duranty, professeur suppléant.
Médecine opératoire. M. Villeneuve, fils, professeur suppléant.
Gynécologie. M, Queirel, professeur suppléant.
Chimie organique et physique. M. Caillol de Poncy, professeur suppléant.
Chimie biologique. M. Pauchon, professeur suppléant.

Hospices civils de Marseille.

Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hopitaux. — Le lundi 2 décembre 1878, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour six places d'élèves internes. Le lundi 16 du même mois, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour quatre places d'élèves internes.

Nota. — Bien que le concours pour l'externat soit annoncé pour quatre places seulement, ce nombre pourra être plus élevé, si la Commission le croit nécessaire.

Ces deux concours auront lieu devant la Commission administrative, assistée d'un jury médical. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions. Ceux qui sont élèves externes, nommés par le concours et en activité de service, seront dispensés de ces formalités. Ils se borneront à se faire inscrire. Les élèves stagiaires, occupant provisoirement des places vacantes d'élèves, pourront être admis à jouir de la même faveur, sur l'autorisation de la Commission administrative, qui consultera le temps de leurs services et les rapports concernant leur conduite dans l'hôpital. Cette autorisation devra être demandée huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Epreuves du premier concours: 1° Préparation anatomique ; 2° Question d'anatomie et de physiologie (épreuve orale); 3° Pathologie médicale et chirurgicale (épreuve écrite : deux questions); 4° Rédaction de deux observations, l'une de médecine, l'autre de chirurgie ; 5° Trois questions dites de garde à traiter de vive voix : chirurgie, médecine, pathologie spéciale (accouchements et syphilis.)

Epreuves du deuxième concours : 1° Anatomie (ostéologie, myologie) — (épreuve orale); 2° Pathologie chirurgicale élémentaire (épreuve écrite); 3° Bandages et petite chirurgie.

Après le rapport du jury d'examen, la Commission administrative nommera les élèves. Les élèves nommés entreront en exercice au 1er janvier 1879. La fin de leur exercice est fixée au 31 décembre 1881. Les élèves internes qui, pendant leur internat, se seront fait remarquer par leur zèle à remplir leur devoir, pourront être autorisés par l'Administration à occuper les mêmes fonctions pendant une quatrième année; dans ce cas, ils continueront à recevoir le traitement des élèves internes de troisième année. Le traitement des élèves est fixé : Pour les internes de 1re année, à 800 fr. par an. Pour les internes de 2e année, à 900 fr. par an. Pour les internes de 3e année, à 1,000 fr. par an. Pour les externes, à 300 fr. par an. Les jours où ils sont de garde, les élèves sont nourris dans l'établissement. Les candidats prendront connaissance, au Secrétariat de la Commission administrative, du règlement sur le service de santé ; ils seront tenus, en cas de nomination, de se conformer à toutes ces dispositions, en ce qui les concerne, et aux modifications qui pourraient y être apportées. Tout élève, interne ou externe, qui se pourvoira pendant la durée de ses fonctions d'un diplôme universitaire, qui lui donnerait le droit d'exercer la médecine (docteur ou officier de santé), sera par ce seul fait démissionnaire de sa qualité d'élève.

L'article 56 est modifié comme suit : En cas d'absence ou d'empêchement, le premier chef-interne est remplacé par le deuxième chef-interne. — Celui-ci par un élève interne. — Les élèves internes sont remplacés par les élèves

© BIU Santé

externes — et ces derniers par les élèves stagiaires. En cas de vacance d'emploi, et en attendant la nomination d'un nouveau titulaire, le remplaçant jouit des avantages attachés à l'emploi. Les élèves remplaçants sont désignés par rang d'inscription. Le rang d'inscription est déterminé comme suit, sauf le cas de punition : 1° Elèves internes, qui, ayant concouru pour le chef-internat et n'ayant pas obtenu la place, ont été classés par le Jury d'examen, comme capables d'en remplir les fonctions; 2° Elèves internes classés dans l'ordre de leur nomination ; 3° Elèves externes, qui, ayant concouru pour l'internat et n'ayant pas obtenu la place, ont été classés par le Jury d'examen, comme capables d'en remplir les fonctions ; 4° Elèves externes classés dans l'ordre de leur nomination; 5° Elèves stagiaires, qui, ayant concouru pour l'externat, et n'ayant pas obtenu la place, ont été classés par le Jury d'examen, comme capables d'en remplir les fonctions; 6° Elèves stagiaires classés dans l'ordre de leur inscription.

Marseille, le 29 octobre.

Mon cher Rédacteur en chef,

L'an dernier, je vous faisais connaître la situation de notre école de plein exercice, les ressources considérables dont elle disposait et les nombreuses améliorations qui avaient été réalisées, grâce au zèle de ses professeurs et à la bonne volonté de l'édilité marseillaise. J'ai à vous signaler, cette année, l'ouverture de deux nouvelles cliniques :

1° *La Clinique obstétricale*, dont la direction a été confiée à l'un des plus distingués et des plus sympathiques accoucheurs de notre ville. Elle occupe un bâtiment nouvellement construit en dehors de la ville et aménagé d'après les meilleures données de la science obstétricale moderne ;

2° *La Clinique des maladies mentales*, installée à l'asile Saint-Pierre, vaste établissement pour les aliénés des deux sexes. Les élèves de 3e et de 4e année y sont admis sur la présentation de leur carte.

Voilà donc toutes les difficultés de l'installation surmontées! Notre école, désormais, peut offrir à ses élèves un enseignement des plus complets et voir sortir de son sein, sinon des savants, tout au moins des praticiens instruits. Marseille s'impose chaque jour de nouveaux sacrifices pour devenir un centre médical important. Aussi a-t-elle déjà récolté les fruits de tous ces efforts. C'est ce que démontrent d'une manière péremptoire les chiffres représentant les inscriptions prises de 1874 à 1878 :

En 1874-75 : 618
1875-76 : 673
1876-77 : 732 (1re année de l'école de plein exercice.)
1877-78 : 824

Fière de ce résultat et fermement résolue à ne pas rester en arrière, l'Ecole de notre ville considérait l'avenir avec confiance, lorsque le décret du 20 juin 1878, édictant les conditions à remplir pour obtenir le diplôme de docteur, est venu lui susciter les plus vives alarmes. Ce décret exige, en effet, que les élèves des écoles de plein exercice aillent passer les deux premiers examens du doctorat devant une faculté avant la 13e inscription. Dès lors, n'est-il pas fortement à craindre, ainsi que l'ont fait si justement ressortir M. le professeur Seux, directeur de l'école et M. le professeur Chapelain, dans leur remarquable rapport, adressé, au nom de tous les professeurs, à M. le Ministre de l'Instruction publique, que les élèves momentanément appelés devant une Faculté ne reviennent plus à Marseille.

Les bornes de cette lettre ne nous permettent pas d'entrer dans tous les détails de la fâcheuse situation que la mise en vigueur de ce décret créerait à notre école. Vos lecteurs la trouveront parfaitement exposée dans le rapport ci-dessus mentionné (*Marseille médical*, 20 août 1878). Mais nous espérons que M. le Ministre qui a déjà donné tant de preuves de sa haute sagesse et tant de témoignages de sa sollicitude pour le développement de notre instruction publique à tous les degrés, voudra bien prendre en sérieuse considération les justes observations qui lui ont été soumises et assurer, par des dispositions nouvelles, la conservation et la propriété de l'Ecole de Marseille.

Bien à vous de cœur,

J. Fioupe.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Concours : 1° Pour un emploi de chef de clinique médicale ;

2° Pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et d'accouchement ;

3° Pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, de pharmacie, de matière médicale et d'histoire naturelle ;

4° Pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale. — Les professeurs suppléants sont nommés pour neuf ans. Le chef de clinique médicale est nommé pour six ans.

Par arrêté du 31 mai 1878, ces concours seront ouverts :

Le 4 novembre 1878, pour l'emploi de chef de clinique médicale. Le 18 novembre 1878, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et d'accouchement. Le 25 novembre 1878, pour l'emploi de suppléant des chaires de chimie, de pharmacie, matière médicale et d'histoire naturelle. Le 2 décembre 1878, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale.

Conditions des concours.

Nul ne peut être admis à concourir, s'il n'est Français ou naturalisé Français, âgé de vingt-cinq ans, et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine pris dans une Faculté française.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole, un mois avant l'ouverture des concours, et déposer entre les mains du secrétaire leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication de leurs titres universitaires, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils seraient les auteurs.

Épreuves des concours.

Chef de clinique médicale. 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie interne. Quatre heures sont accordées pour cette composition.

2° Une dissertation orale, de vingt minutes de durée, sur un sujet d'anatomie pathologique après examen anatomique, microscopique ou chimique, une heure de préparation est accordée.

3° Une leçon de clinique de vingt minutes de durée sur deux malades, après dix minutes d'examen pour chacun, avec la faculté pour l'un des deux à l'énonciation sommaire du diagnostic et du traitement.

4° Appréciation des titres scientifiques des candidats.

Chaire de pathologie externe, de clinique chirurgicale et d'accouchement. 1° Composition écrite sur un sujet d'anatomie chirurgicale ou topographique et de pathologie externe. Cinq heures sont accordées pour la composition, qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit.

2° Leçon orale de trois quarts d'heure sur une question de pathologie externe, après trois heures de préparation. Le candidat ne pourra s'aider d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit.

3° Epreuve pratique de médecine opératoire. Chaque candidat aura à pratiquer deux opérations sur le cadavre : l'une de ces opérations consistera en une ligature d'artères.

4° Examen clinique de deux malades qui ne seront pas connus des candidats. Dix minutes sont accordées pour l'examen de chaque malade ; un quart d'heure de réflexion. Leçon orale d'une demi-heure de durée pour exposer les résultats de l'examen clinique et le traitement à prescrire.

5° Appréciation des titres scientifiques des candidats.

Chaire de chimie, de pharmacie, de matière médicale et d'histoire naturelle. 1° Composition écrite sur une question de chimie. Cinq heures sont accordées pour la composition. Le candidat ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question de chimie organique, après trois heures de préparation. Le candidat ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

3° Déterminer la nature des éléments chimiques d'un mélange donné. Trois heures sont accordées pour cette analyse qualitative dans un laboratoire de l'Ecole, et sous la surveillance d'un membre du jury. Un quart d'heure est accordé pour la démonstration publique des résultats obtenus.

4° Reconnaissance de produits chimiques et pharmaceutiques. Vingt minutes sont accordées pour l'examen de ces produits et pour la démonstration publique de leurs caractères et de leurs modes de préparation.

5° Appréciation des titres scientifiques des candidats.

Chaire de pathologie interne et de clinique médicale. 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale, de séméiologie ou de thérapeutique générale. Cinq heures sont accordées pour la composition, qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question de pathologie interne, après trois heures de préparation dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury, sans s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

3° Préparation et examen histologique de pièces anatomo-pathologiques fraîches : examen et analyse de liquides ou sécrétions morbides. Ces préparations et analyses se feront dans un laboratoire approprié, où les candidats seront réunis sous la surveillance d'un membre du jury. Deux heures seront accordées pour ces préparations. Chaque candidat exposera ensuite

© BIU Santé

dans une leçon d'un quart d'heure de durée les résultats de son examen et de ses préparations.

4° Examen clinique de deux malades qui ne seront pas connus des candidats. Dix minutes sont accordées pour l'examen de chaque malade. Le candidat aura ensuite un quart d'heure de réflexion dans un cabinet surveillé, pour préparer sa leçon. Il exposera ensuite, dans une leçon orale d'une demi-heure de durée, les résultats de son examen clinique et le traitement à prescrire; — 5° Appréciation des titres scientifiques des candidats.

Toulouse, le 24 octobre 1878.

Monsieur le directeur du *Progrès médical*,

Malgré certaines promesses dont je me suis fait l'écho dans mes correspondances, adressées à votre estimable journal, l'Ecole de médecine de Toulouse va rouvrir ses portes, mais toujours sous la rubrique d'*école secondaire* de médecine. Semblable au héron du bon Lafontaine, après avoir fait fi de sa transformation d'école secondaire en école de plein exercice, elle aspire quand même et toujours après sa Faculté, qui hélas! je le crains ne sera jamais décrétée. Aussi, pendant cet interrègne d'un nouveau genre, les étudiants oublient le chemin de la cité Palladéenne, et vont accroître le nombre des élèves des Facultés de Bordeaux ou de Montpellier. L'année dernière, en effet, notre école a compté seulement de 135 à 140 étudiants, et sur ce nombre, il faut déduire une trentaine d'élèves en pharmacie. Est-il à croire que la rentrée de cette année sera meilleure? Je ne le pense pas, car le dernier décret relatif aux conditions à remplir pour obtenir le diplôme de docteur en médecine est loin d'être favorable aux écoles secondaires. Ce décret, qui a passé inaperçu est, à mon avis, un coup mortel porté aux écoles secondaires. Ce qu'il donne d'une main, il le retire de l'autre, car si d'une part les étudiants en médecine peuvent faire trois années d'études au lieu de deux dans une école secondaire, ils ne peuvent y subir aucun examen, attendu que les examens de fin d'année sont abolis.

Restent à la vérité les examens du doctorat, dont le premier peut être subi après la quatrième inscription et le second après la troisième année d'études; mais ces examens ne peuvent être soutenus que dans une Faculté. Or il est inadmissible que les parents envoient leurs enfants faire leurs études dans une école secondaire alors qu'ils ne pourront y subir aucun examen. En second lieu, en supprimant les examens de fin d'année, les professeurs d'école secondaire perdront la plus grande partie de leur prestige aux yeux des élèves, et les parents n'ont aucune garantie de travail de leurs enfants. Aussi ce décret qui doit recevoir son exécution à partir du 1er novembre 1879 est-il la suppression déguisée des écoles secondaires.

Quant à la question de la Faculté, malgré les promesses les plus formelles faites par M. le Ministre de l'Instruction publique et par M. Savary au représentant de notre municipalité ma conviction, à ce sujet, est loin d'être formée.

Dans la pensée de M. le Ministre, on donnerait à Toulouse une Faculté de médecine, et Montpellier obtiendrait une Faculté de droit; comme vous le voyez, c'est toujours le sytème des compensations qui serait adopté. Ces promesses sont-elles réalisables, je ne le pense pas.

D'abord M. le Ministre ne peut pas de son autorité décréter une Faculté. Mais, au cas où il serait tenu de se conformer à l'avis que pourrait donner, sur cette création de Faculté, le Conseil supérieur de l'Instruction publique, je crois pouvoir affirmer, sans crainte d'être mauvais prophète, que cet avis serait défavorable à Toulouse. D'un autre côté, quand M. le Ministre soumettra à l'approbation de la Chambre des Députés ce projet de création d'une Faculté de médecine dans notre ville, il y a bien des chances pour le rejet dudit projet; aujourd'hui, en effet, l'établissement d'une Faculté catholique de médecine n'est plus à redouter, car le zèle des souscripteurs s'est bien ralenti et nos seigneurs les évêques et archevêques n'en font plus mention, soit dans leurs mandements, soit dans leurs circulaires. Enfin, en admettant que le décret, si longtemps attendu, voie le jour, sa réalisation rencontrera plus d'un obstacle. On ne crée pas du soir au lendemain une Faculté de médecine, et il ne suffit pas qu'une ville possède des ressources en hôpitaux et en bâtiments, mais il lui faut encore le nerf de la guerre, l'argent. Or, sous ce dernier rapport, Toulouse est très-loin d'être riche, et très-certainement de toutes les villes de France, elle est celle qui a le budget le plus obéré. Là est la grosse difficulté, et tant que cette difficulté ne sera pas résolue, la Faculté ne sera jamais possible.

Il est vrai qu'on a parlé d'un emprunt, mais encore faut-il que cet emprunt repose sur quelque chose, et si ce projet, qui date bientôt de trois ans, avait offert toutes les garanties nécessaires, il eût été autorisé depuis longtemps.

Maintenant, mon cher Directeur, permettez-moi de vous donner quelques explications. Bien certainement, vous n'êtes pas sans avoir remarqué la contradiction qui existe entre ma correspondance de ce jour et celles que vous avez bien voulu insérer dans le *Progrès Médical*. Pourquoi cette contradiction? La raison en est bien simple. J'ai soutenu le projet de création d'une Faculte de médecine de Toulouse, tant qu'il n'y a eu dans le Midi qu'une Faculté, celle de Montpellier. Aujourd'hui les temps sont changés, Bordeaux a obtenu gain de cause, sa Faculté de médecine est installée. Les professeurs sont nommés, et ma foi, il faut le reconnaître, cette jeune Faculté compte déjà plus de trois cents élèves. Dans ces conditions, une Faculté à Toulouse devient impossible, et vouloir en faire l'essai, serait de la folie. Avant que cette Faculté ne fût organisée, il s'écoulerait au minimum une période de dix-huit mois à deux ans, période plus que suffisante pour permettre à la jeune Faculté de Bordeaux de montrer toute sa vitalité, et c'est tout au plus si, dans de semblables conditions, Toulouse pourrait compter deux cents élèves. Aussi, je le répète, il n'y a plus d'illusion à avoir, Toulouse Faculté de médecine n'est plus possible, et si cette Faculté est créée, elle sera mort-née.

Veuillez agréer, etc. L. C.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Il serait très-intéressant et parfois très-profitable pour les étudiants français de connaître le fonctionnement des Universités étrangères; ils trouveraient certainement dans cette étude matière à d'utiles réflexions et à des comparaisons qui, bien que très-généralement favorables à nos Facultés, révèleraient néanmoins quelques lacunes et quelques imperfections de notre enseignement, susceptibles d'être comblées ou corrigées par l'initiative individuelle. Cette étude est trop longue pour que nous puissions la faire ici d'une façon complète, et nous devons nous borner, comme l'année dernière, à fournir aux étudiants quelques renseignements indispensables sur les Universités des différents pays.

A. Angleterre.

Chaque étudiant doit être inscrit dans les bureaux du conseil général de médecine, après avoir fait preuve d'une éducation générale suffisante, soit par l'obtention d'un des diplômes d'une des grandes Universités du royaume, soit en ayant passé un examen préliminaire roulant sur un programme publié par le conseil de médecine. L'étudiant peut alors commencer à s'occuper de médecine de plusieurs façons : 1° Il peut, pendant un an, suivre les cours et les cliniques d'un hôpital de province; 2° il peut être, pendant un an, l'élève particulier d'un chirurgien, à la condition que ce maître ait une position officielle reconnue par le conseil médical; 3° il peut entrer de suite dans une école de médecine légalement reconnue.

Le minimum du temps que l'on doit consacrer aux études médicales est de quarante-cinq mois; ce temps court à partir du jour où l'étudiant a été inscrit près le conseil médical, et deux ans et demi au moins ont dû être passés dans une école de médecine. On n'obtient le premier degré ou *licence*, qu'après avoir subi deux examens au moins; le premier porte sur les connaissances théoriques, et le second, sur la pratique des sciences médicales. Pour ce qui est des études mêmes, nous en empruntons l'ordre au programme du Guy's Hospital :

Pendant la première session d'hiver, l'étudiant s'occupera surtout d'anatomie, de physiologie, de chimie; pourra visiter quelques-uns des malades externes et se familiarisera ainsi avec les maladies et les blessures les plus communes. Dans la première session d'été, l'étudiant s'occupera surtout de chimie pratique, de matière médicale, de botanique, d'anatomie comparée. Les cours de la seconde année porteront à peu près sur les mêmes matières, qui forment le programme du premier examen près le Collége des chirur-

© BIU Santé

giens. Pendant ce temps, l'élève pourra obtenir quelques-uns des bas grades dans l'hôpital.

Aussitôt après avoir passé le premier examen, l'élève entrera à l'hôpital même où il recevra l'instruction clinique et s'occupera des autopsies. C'est alors que l'étudiant devra passer par tous les grades médicaux et chirurgicaux, sans lesquels l'école ne lui délivrera pas de diplôme.

Il doit avoir été panseur, aide-chirurgien, aide de médecine. Pendant la troisième année, l'élève peut être successivement aide de chirurgie et de médecine pour le dehors, aide d'autopsie, aide d'accouchements et panseur pour les dents. Pour que l'éducation médicale fût complète, il serait à désirer qu'il eût obtenu un ou tous les grades plus élevés, d'assistant de médecine ou de chirurgie, et d'accoucheur résident.

Nous pourrions citer d'autres programmes variant un peu les uns des autres; dans tous, on trouve cette tendance à faire passer l'étudiant en médecine par toutes les cliniques de l'hôpital successivement. Il y a là une différence sensible entre l'enseignement donné en Angleterre et celui de Paris, où le stage peut se faire dans le même service pendant un temps indéfini; l'organisation des cliniques anglaises se rapproche de celle de l'école du Val-de-Grâce, dont les élèves changent de service tous les trois mois.

Les principales écoles de Londres, sont: Saint-Bartholomew's, Charing Cross, Saint George's, Guy's London, Saint-Mary's, Middlesex, Saint-Thomas's, Wesminster's Hospitals et les Facultés de King's et University Colleges. Il existe aussi une école de médecine pour les femmes. En Ecosse et en Irlande, on compte beaucoup d'écoles secondaires attachées aux principaux hôpitaux, il nous sufffra de citer celles d'Aberdeen, de Glascow, d'Edimbourg, de Dublin (Trinity College).

Le nombre des édudiants, moins considérable qu'en France, est réparti entre beaucoup d'écoles, mais aucune de celles-ci n'est gratuite, le prix des cours est même assez élevé et peut aller dans quelques écoles jusqu'à 2,000 fr., par an; par contre, de nombreuses bourses sont données au concours, et les élèves *assistants* sont payés à un prix relativement élevé, c'est ainsi qu'au *Guy's Hospital*, à *Saint-Mary's* il y a des positions de 2,500 fr. et que les house-surgeons (analogues aux internes de Paris), touchent 1,800 fr. par an.

Toutes ces fonctions ne sont valables que pour six mois ou un an, ce qui permet à tous les élèves un peu laborieux d'avoir, au cours de leurs années d'étude, au moins pendant six mois, les avantages de l'internat.

Les hôpitaux spéciaux ne manquent pas en Angleterre; mais il n'est pas nécessaire de les fréquenter pour acquérir, dans chaque branche particulière de notre art, les notions indispensables au praticien; parmi les hôpitaux généraux de Londres et même de la province, il n'en est guère où l'étudiant ne puisse trouver à cet égard tous les éléments d'instruction nécessaires : quel que soit l'hôpital auquel il est attaché, il y trouvera presque toujours sur place des professeurs spéciaux pour lui enseigner les maladies des yeux, des oreilles, de la gorge, de la peau, aussi bien que la chirurgie orthopédique, les maladies mentales et l'hygiène publique. C'est là une disposition qu'on ne saurait trop louer, et que l'on ferait sagement d'imiter en France où, — il faut bien le reconnaître, — l'étudiant néglige souvent les connaissances spéciales qu'il est réduit à aller chercher, au détriment de ses études ordinaires de médecine et de chirurgie, dans des hôpitaux différents et éloignés.

Enfin la tâche de l'étudiant anglais est encore facilitée par la présence dans la plupart des hôpitaux, sinon dans tous, d'un ou de plusieurs répétiteurs (*tutors*) dont la mission consiste à aider les jeunes gens dans leur travail, et particulièrement dans la préparation de leurs examens.

Le grade de licencié en médecine permet d'exercer, après validation par le conseil de santé, et ce n'est que dans un but scientifique que l'on acquiert le titre de docteur. Quelques écoles donnent encore le double diplôme de médecin et de chirurgien, ou un de ces diplômes isolé, c'était aussi une des vieilles pratiques de l'Ecole de Paris, aujourd'hui inusitée parmi nous, le diplôme de docteur en médecine autorisant l'exercice de la chirurgie.

B. Allemagne.

L'empire allemand possède vingt Universités qui confèrent les grades en médecine, ce sont celles de Berlin, Bonn, Breslau, Erlangen, Fribourg en Brisgau, Giessen, Göttingen, Greifswald, Halle, Heidelberg, Iéna, Kiel, Königsberg, Leipzig, Marburg, Munich, Rostock, Strasbourg, Tübingen et Würtzbourg.

L'exercice de la médecine est absolument libre en Allemagne et l'on peut y soigner des malades sans avoir jamais passé d'examen ni obtenu de diplôme; mais on le fait alors à ses risques et périls, et l'on encourt non-seulement la responsabilité civile, mais encore une responsabilité pénale allant jusqu'à l'emprisonnement (de six mois à dix ans).

Il y a deux diplômes, l'un délivré par l'Université, est d'ordre purement scientifique; le second est délivré au nom du gouvernement à la suite d'un examen spécial, nommé *Examen d'Etat;* c'est seulement lorsque le médecin a obtenu ce dernier diplôme qu'il peut exercer en toute liberté et en toute sécurité; l'Etat est devenu sa caution, et il n'encourt plus, en cas d'insuccès ou d'accident, la lourde responsabilité dont nous venons de parler. Aussi tous les étudiants recherchent-ils les deux diplômes.

Les professeurs se divisent en trois catégories: professeurs ordinaires, professeurs assistants ou extraordinaires et *Privat-docent;* la situation de ces derniers est analogue à celle de nos professeurs libres, avec cette différence qu'ils sont reconnus par l'Etat sans être rémunérés par lui.

Les professeurs sont nommés à vie et reçoivent leurs appointements de l'Etat et de l'Université; ces appointements ne sont pas toujours fixes; ils peuvent être augmentés suivant le succès et la réputation du professeur.

Les professeurs extraordinaires ou assistants sont généralement pris parmi les privat-docent; ils reçoivent quelquefois un traitement fixe, qui est faible; leur véritable rémunération provient des sommes payées par les étudiants.

La situation des privat-docent est accessible à tous les docteurs en médecine : leur nombre n'est pas limité; ils n'ont d'autres émoluments que la rémunération qu'ils reçoivent des élèves, ce qui ne les empêche pas de se créer parfois une position pécuniairement bien supérieure à celle des professeurs titulaires.

L'enseignement de la médecine n'est pas libre en Allemagne, et si, comme on vient de le voir, tout docteur en médecine peut devenir privat-docent, nul, quels que soient ses grades universitaires, n'a le droit d'ouvrir une Ecole de médecine et de faire concurrence aux Facultés de l'Etat.

— Les vingt Universités de l'Empire d'Allemagne sont bien loin d'être également importantes et également fréquentées; on en jugera par les chiffres suivants, qui représentent le nombre moyen des étudiants qui ont suivi les cours de ces Universités pendant l'année scolaire 1877-78 et pendant l'été de 1878 : Berlin 260; — Bonn 140; — Breslau 170; Erlangen 100; — Freiburg 147; — Göttingen 115; — Greifswald 225; — Halle 110; — Heidelberg 70; — Kiel 80; — Königsberg 135; — Leipzig 365; — Marburg 105; — Munich 341; — Rostock 36; — Strasbourg 150; — Tübingen 220; — Würzburg 434.

— Signalons en terminant la richesse des bibliothèques de quelques-unes de ces Universités : à Freiburg, il n'y a pas moins de 250,000 volumes; à Giessen, 140,000; à Halle, 100,000, etc.

C. Autriche-Hongrie.

Il y a dans l'empire austro-hongrois, neuf Universités qui possèdent des Facultés de médecine et délivrent des diplômes; ce sont celles d'Agram (Croatie), de Gratz (Styrie), d'Inspruck (Tyrol), de Cracovie, de Lemberg (Galicie), de Pesth (Hongrie), de Prague (Bohême), de Salzburg et de Vienne.

Les aspirants au titre de docteur en médecine doivent subir, en Autriche, trois examens. Avant le premier examen, le candidat doit prouver : *a*) qu'il a une instruction générale suffisante; *b*) qu'il a disséqué pendant deux sessions et qu'il a suivi les cours de la Faculté pendant quatre sessions; *c*) qu'il a subi, devant une Université, un examen de botanique, zoologie, minéralogie. Avant le deuxième examen, il faut : avoir étudié cinq ans la médecine, suivi pendant quatre sessions les cliniques de médecine et de chirurgie, et pendant une session au moins, celles d'ophthalmologie et d'accouchements.

Les trois examens comprennent chacun une partie théorique et une partie pratique; ils ont lieu en présence d'un commissaire du Gouvernement, et pour le troisième un examinateur également désigné par le Gouvernement est adjoint au jury. Les frais d'examen s'élèvent à environ 600 fr.

L'Université de Vienne compte 56 professeurs et 70 professeurs libres pour environ 750 élèves; les autres Facultés comptent un peu moins d'étudiants.

D. Suisse.

Il y a quatre Universités en Suisse, celles de Bâle, Berne, Genève et Zurich; l'organisation récente de celle de Genève est déjà connue de nos lecteurs (*Progrès médical*, 1876, p. 259, 304, etc.); nous rappellerons que la durée des études médicales y est de six ans, et qu'on obtient successivement les grades de bachelier et de docteur en médecine après des examens plus étendus, mais comparables à ceux du doctorat à Paris. A Zurich, la thèse est le prétexte d'une cérémonie; elle est, comme à Paris, laissée au choix du candidat.

L'organisation du corps professoral suisse ressemble à celle des Universités allemandes, mais le genre des études et celui des examens les rapprochent des Facultés françaises. Les examens s'y passent en français ou en allemand.

Pendant l'année scolaire 1877-78, le nombre des étudiants a été de 74 à Bâle, de 133 à Berne, de 72 à Genève.

E. Danemark.

L'enseignement de la médecine est absolument gratuit en Danemark; le diplôme est délivré à la suite d'un examen qui est divisé en deux parties. Le siége de la Faculté est à Copenhague.

F. Suède.

Il y a trois écoles de médecine en Suède; deux relèvent des Universités d'Upsal et de Lund, et la troisième de l'Institut médico-chirurgical de Stockholm.

Les professeurs sont peu nombreux dans ces trois écoles, et la plupart d'entre eux cumulent deux ou plusieurs chaires.

G. Belgique.

Les grades universitaires dans l'ordre de la médecine peuvent être obtenus à Bruxelles, à Liége et à Louvain.

D'après les statuts de l'Université de Bruxelles, les médecins étrangers

© BIU Santé

peuvent obtenir le grade de docteur en médecine en Belgique. On n'exige pas de ces praticiens l'assiduité au cours, mais ils doivent venir en personne se faire inscrire et passent ensuite trois examens portant sur l'ensemble des connaissances médicales et plusieurs épreuves cliniques. Les examens se passent en français, peuvent se succéder dans le cours de la même semaine et reviennent à 540 fr. tous frais compris; il n'y a pas de thèse imprimée. Le titre de docteur ainsi acquis ne confère pas le droit d'exercer en Belgique.

L'Université de Liége confère le titre de docteur après trois examens dont les frais s'élèvent à 360 fr. — L'Université de Louvain est renommée pour la parfaite orthodoxie de son catholicisme.

H. Italie.

Plusieurs Universités d'Italie différaient dans leurs statuts, le nombre des examens variait beaucoup pour acquérir les mêmes droits ; récemment, un décret a réglé des conditions uniformes pour toute l'Italie. La durée des études est de six ans au moins ; après ce temps, on a la licence complète, qui permet d'exercer sur toute l'étendue du territoire. Le programme des cours obligatoires comprend, en outre de ceux de la Faculté de Paris, des manipulations physiques, chimiques, pharmaceutiques, des épreuves pratiques d'ophthalmologie, de dermatologie, et l'examen d'un aliéné si c'est possible.

On tient à ce que chaque élève fasse preuve d'au moins 18 heures de cours par semaine. L'examen qui donne le droit de *laureate* et la licence plénière, comprend jusqu'à une autopsie à propos de laquelle le professeur de médecine légale fait passer un examen complet. Nous regrettons de ne pouvoir donner *in extenso* le programme auquel est astreint l'étudiant en médecine, on y trouverait un grand nombre de rapprochements intéressants entre l'organisation de ces Universités et celle de nos Facultés des sciences ou des lettres : même obligation de passer par trois stages avant d'arriver au doctorat, cours obligatoires, exercices pratiques entrant pour une large part dans l'obtention du diplôme ; il n'y a pas de thèse imprimée à soutenir.

Les Universités qui confèrent des grades sont celles de Bologne, de Catane, de Padoue, de Palerme, de Pavie, de Pise, de Rome, de Sienne et de Turin. — Il y a, en outre, une école préparatoire de médecine à Ferrare.

I. Etats-Unis.

L'enseignement de la médecine aux Etats-Unis ne relève pas de l'Etat et n'est aucunement contrôlé par lui. Il n'y aurait pas grand mal à cela si, dans les établissements à qui appartient la dispensation des grades et des diplômes on exigeait des candidats, tant au point de vue de l'instruction préalable qu'au point de vue de l'éducation médicale des actes probatoires sérieux.

Malheureusement, il est loin d'en être ainsi dans les *soixante-cinq* écoles de médecine que possèdent aujourd'hui les Etats-Unis, sans compter les écoles homœopathiques, éclectiques et autres. Pendant l'hiver de 1876-77, ces écoles renfermaient 7,141 étudiants, dont 2,313 ont obtenu le grade de docteur dans le cours du printemps de 1877.

Dans cinq de ces écoles, la durée des études est de trois ans, et dans deux on exige que l'étudiant subisse, avant d'être admis, un examen qui, à la vérité, est assez insignifiant.

Ces choses et ces chiffres paraissent bizarres, et l'on serait tenté de les taxer d'exagération, si on ne les trouvait sous la plume d'un médecin américain, le professeur Pepper, et dans un journal des Etats-Unis, l'*American Journal of the medical sciences*.

En somme, et toujours suivant le Dr Pepper, sur ces 65 écoles de médecine, il y en a environ 15 qui fonctionnent utilement; les 50 autres sont non-seulement inutiles, mais inaccessibles à toute amélioration et dignes seulement d'être supprimées.

En moyenne, on exige moitié moins d'instruction générale et moitié moins de temps dans les écoles de médecine américaines qu'on n'en demande en Europe dans les écoles de médecine vétérinaire. Telle est la conclusion que formule, non sans amertume, le Dr Pepper.

Ce système défectueux entraine forcément deux conséquences inégalement désastreuses, mais toutes deux très-regrettables : l'augmentation excessive du nombre des médecins (aux Etats-Unis, on compte 1 médecin pour 600 habitants tandis qu'en France on en compte environ 1 pour 2000 habitants), et l'incroyable abaissement du niveau des études médicales.

Il y a là un état de choses grave, que les Américains doivent au plus tôt reconnaître et combattre, et contre lequel ne sauraient prévaloir les brillantes exceptions que nous montre le corps médical des Etats-Unis.

La place et parfois les documents nous manquaient pour rendre plus complète et plus instructive cette courte revue des Universités étrangères ; nous ne pouvons toutefois la terminer sans dire ici combien nous a été utile l'excellent article de notre confrère de Londres, le *London medical Record* ; c'était une bonne source, et nous y avons largement puisé.

R. de Musgrave Clay.

VARIA

Aux jeunes étudiants.

Nous pensons répondre à un besoin et combler une lacune des programmes d'études officiels, en donnant à nos jeunes confrères les quelques conseils pratiques qui suivent et que nous dictent notre propre expérience et celle de plusieurs de nos amis. Ces conseils ne s'adressent, du reste, qu'aux débutants, qu'à ceux qui viennent pour la première fois à Paris, qui changent tout à coup d'études et de mœurs, et abandonnent presque sans transition les habitudes réglées du collége, pour vivre, loin des leurs et des conseils de la famille, sous un régime de liberté absolue, trop absolue même, puisque rien ne les rattache directement à l'école de médecine, hors les cours auxquels leur présence n'est même pas exigée. Dans de telles conditions, il faut, outre beaucoup de bonne volonté, un certain savoir-faire, pour profiter de l'enseignement de l'école, de celui de l'hôpital et des travaux de laboratoire.

Beaucoup d'excellentes dispositions, beaucoup de travail, peuvent, faute de conseils, être perdus sans profit pour personne ; le succès ne couronne pas ces efforts stériles et mal dirigés, on se lasse de travailler, d'autant que les passions de la jeunesse s'en mêlent et que tout contrôle de la part des parents et des amis est impossible à distance : c'est ainsi que s'expliquent ces prolongations d'études, ces examens manqués ou préparés hâtivement, et cette déconvenue des parents qui voient leurs enfants, si laborieux avant leur arrivée à Paris, en rapporter des habitudes mauvaises et peu ou pas d'inscriptions. D'autres étudiants, plus heureux, se trouvent par hasard faire quelque connaissance utile, celle d'un chef de service, d'un interne quelquefois ; ils sont alors guidés, dirigés, et sans travailler à l'excès, arrivent à des résultats absolument satisfaisants ; nous croyons que ces conseils individuels gagneraient à être étendus à tous.

Tout d'abord, à l'arrivée à Paris, l'étudiant en médecine devra se graver dans la tête qu'il n'a absolument à compter que sur lui seul, que personne ne viendra l'encourager, l'approuver ou le blâmer, qu'il doit donc avant tout prendre conseil de lui-même, savoir ce qu'il veut faire ; veut-il retourner exercer au pays, le temps d'études devra être employé autrement que si son ambition le pousse à risquer les concours ; sans but connu, *dès le début* des études, on ne sait pas arranger en sa faveur ces conditions de succès qu'on appelle, souvent à tort, la chance, sans réfléchir que cette chance n'est le plus souvent que le résultat d'un travail adroitement poursuivi sous l'empire d'une idée directrice.

Quelle que soit la voie embrassée, quels que soient ses désirs futurs, le jeune étudiant doit commencer par se loger, se choisir une pension, etc. Ici, quelques conseils vulgaires ne seront pas déplacés. On devra se défier beaucoup de l'hôtel garni, c'est selon nous une des conditions les plus favorables à la perte de temps, et nous ajouterons à la perte d'argent : une chambre coûte 40 fr. par mois, au bas mot, ce qui fait 450 fr. par an ; en cinq à six ans, cela fait 2,300 fr. en moyenne ; une chambre non meublée revient à 200 fr. à peu près par an, en cinq ans cela fait 1000 fr.; ajoutez 250 fr. d'achat de mobilier et vous arrivez à 1500 fr. au plus, sans compter que le mobilier vous reste ; mais, ce que vous ne comptez pas, c'est que vous avez économisé au moins 10 fr. par mois de bougie, de charbon, etc., c'est que vous avez été chez vous, libre de travailler sans entendre de bruit, sans être exposé à ces nuées d'amis d'un jour, qui viennent vous ennuyer et vous faire perdre du temps dans votre chambre meublée où la clef est toujours sur la porte ou à traîner dans le bureau de l'hôtel.

Il y a un autre avantage à avoir ses meubles à soi, c'est que toute question de propreté à part, on peut avoir une lampe qui éclaire, une pendule qui marque l'heure et une table d'aplomb, ce que vous n'auriez pas pour 200 fr. par mois, n'importe dans quel hôtel, ces petites nécessités y étant absolument inconnues. Une fois installé chez soi, bien muni de planches ou de rayons pour mettre ses livres, il faut s'occuper du manger; le mieux est de prendre une pension complète et de la payer d'avance.

Quand on a quelques connaissances à Paris, il est bon de s'entendre dans sa pension pour faire démarquer les repas quand on dîne en ville. Puis il faut se procurer une trousse composée de très-peu d'instruments, aller à l'Assistance publique et y prendre une carte de *bénévole* pour un des services, mais c'est ici que l'on devra demander conseil à un interne expérimenté au courant des concours et de la vogue du moment.

Les avis sont, du reste, partagés, les uns conseillent à l'étudiant de première année de ne pas aller à l'hôpital, et d'autres d'y aller ; le conseil des premiers serait bon si l'étudiant

© BIU Santé

négligeait ses études en allant à l'hôpital, mais il n'en est rien; il n'y a pas un étudiant qui, pendant toute sa première année, se soit mis, de 8 heures à 10 heures du matin, à travailler sa chimie par exemple, alors qu'il la travaillait encore l'après-midi et le soir; cette heure matinale est perdue pour la majorité de ceux qui ne l'emploient pas à voir des malades; même en ne sachant rien encore, le fait d'aller tous les jours à l'hôpital donne une habitude du malade, latente il est vrai, mais qu'on retrouve bien vite et dans les épreuves des concurrents et dans les examens des élèves. On fera donc bien de débuter par la chirurgie, et d'aller chez les chefs les plus en renom, d'abord à cause de leur enseignement, surtout parce que l'on ne pourrait peut être plus, à une époque ultérieure, retourner chez eux comme élève désigné, alors qu'en bénévole on va et vient où l'on veut: c'est l'état le plus agréable dans les hôpitaux, car on n'a jamais que des rapports de politesse, on est visiteur volontaire. Nous conseillons de débuter par la chirurgie, parce qu'il faut d'abord s'assurer que les opérations ne vous feront pas de mal à voir, et ensuite parce que l'on apprend peu à peu la petite chirurgie, à une époque où l'absence d'études préparatoires empêcherait de bien comprendre la pathologie.

Comment profiter de l'hôpital? voici le conseil que nous donnons de comme l'ayant suivi et fait suivre à d'autres avec bons résultats. Vous êtes attaché au lit n° X de la salle Z, il se trouve qu'il est occupé par une fracture de jambe, pour prendre un exemple, vous examinez bien le malade, vous écoutez ce que l'on dit autour de vous, et le *jour même*, c'est là tout le secret, *le jour même*, vous lisez dans un traité de chirurgie la fracture de jambe; vous revenez le lendemain à l'hôpital et vous prenez l'observation du malade, en connaissance de cause; vous avez ainsi amassé un document qui peut servir, et appris un chapitre de pathologie. Il en est nécessairement de même en médecine: si vous voulez bien réfléchir qu'il y a 300 jours de travail par an, cela vous fait, à *un seul* malade par jour, 300 chapitres d'appris et 300 observations de prises; c'est plus qu'il n'y a de maladies principales.

Mais quand le service est peu renouvelé? Eh bien on va à côté choisir son malade chez les autres, on le regarde et on lit son cas; il est bien évident alors, que l'observation n'est pas prise par vous, ce serait empiéter sur les droits d'un camarade.

Une fois sorti de l'hôpital, et après avoir fait son petit tour à la salle d'autopsie, et regardé les lésions des cadavres de son service, où les cas intéressants de ceux d'à côté, il faut revenir déjeuner et prendre l'habitude de se remettre toujours à la même heure au travail et de ne pas perdre des demi-heures; il vaut mieux ne rien faire pendant une journée entière, si on a affaire, que de perdre tous les jours deux heures à traîner de ci de là, avec des amis ou des connaissances de café.

Dès la première année, on se mettra aussi à apprendre l'anatomie: on achètera, de rencontre, c'est facile, un demi-squelette, on étudiera d'abord l'ostéologie, os en main; puis on récitera son ostéologie à celui de ses camarades de même époque, avec lequel on travaille; mais, qu'on nous permette encore un conseil, à propos de cet ami, il ne faut pas le voir trop souvent, sans cela la petite conférence tombe dans l'eau, il suffit d'un rendez-vous à deux heures, chaque samedi, par exemple; on s'interrogera mutuellement, et on s'exercera déjà à *faire* la question en cinq minutes; de la sorte, on est sûr de passer le premier concours, celui de l'externat.

Certains élèves vont au musée, d'autres apprennent en entendant répondre les autres, ou en assistant aux cours nombreux que la Faculté fait à leur usage: nous n'avons pas de conseil à donner à ce propos, et cela parce que toutes les intelligences n'apprennent pas par les mêmes procédés: aux uns, le travail solitaire vaut mieux que l'enseignement oral, et il en est d'autres chez lesquels toute étude serait stérile, si elle ne s'appuyait sur la parole entendue au cours; c'est à chacun d'essayer, mais quelle que soit la détermination prise, il faut s'habituer à ne pas rédiger ses cours après coup, ce qui prend un temps énorme; il faut, de suite, sur un registre, un cahier, etc., prendre ses notes, bien espacées avec des marges très-grandes; ce serait faire encore œuvre de collégien que de faire de ces beaux cahiers de *corrigés*, qui demandent 3 heures de copie pour un cours d'une heure; il serait du reste impossible à l'étudiant de rédiger ses cours en faisant de la calligraphie, parce qu'après tout il finirait par n'avoir appris que la matière de ses cours, quand le professeur l'interrogera à la fin de l'année, sur autre chose que ce qu'il a enseigné dans son propre cours.

On disséquera le plus tôt possible, et on apprendra déjà par cœur les branches artérielles et nerveuses, de façon à pouvoir comprendre les éléments de physiologie que l'on devra étudier à ce moment.

On comprend du reste, quelle variété de conseils il faudrait donner. Ceux qui se destinent aux recherches scientifiques devront fréquenter les laboratoires et s'y exercer, alors que la masse des étudiants a plutôt à insister sur la clinique: tel autre suivra la carrière des concours, il lui faudra forcer l'externat, tandis que son voisin, moins ambitieux et allant en province, fera bien d'insister sur la chirurgie, sur la fabrication des appareils, etc., toutes choses qu'il doit connaître dans son poste futur. Comme nous le disions au début de cet article, la grosse question c'est de savoir ce que l'on désire faire, et de le vouloir, sans changer d'idées, quelle que soit la hauteur apparente du but qu'on veut atteindre.

On doit ne jamais manquer l'hôpital, et considérer comme un besoin d'y aller: d'ailleurs, après quelques années de ce régime, on finit par ne plus y penser. On doit prendre des vacances, avoir bien soin d'entretenir les quelques relations qu'on a en province ou à Paris; ne pas s'imaginer que tout est fini et qu'on est arrivé parce que l'on est étudiant en médecine; il ne faut pas se décourager, mais on doit se pénétrer de la difficulté qu'il y a à embrasser une science aussi étendue. Nous donnerons encore, comme conseil de pratique, celui d'avoir des fiches sur lesquelles on marque en quelques lignes les indications qui frappent l'esprit, les ouvrages, les thèses dont on a fait la lecture; ce petit travail journalier n'est rien, il coûte peu de résumer en vingt phrases un long chapitre, qu'on possède alors; et plus tard, à la période terminale; quand les examens se pressent, que la thèse est sur le métier, on paierait bien cher certains de ces petits chiffons de papier qui nous apportent le renseignement ou l'indication bibliographique demandés; on aura de même des chemises de fort papier, ou des dos mobiles, pour serrer les notes ensemble, et on prendra comme habitude de ne jamais prêter une observation, ou une note, sans la considérer comme absolument perdue; c'est du reste un conseil qui peut s'appliquer aux livres: toutes les fois qu'un livre sort de vos mains, faites-en votre deuil. A propos de livres, on devra prendre l'habitude de travailler chez soi, soit avec des livres à soi, soit avec ceux qu'on loue, sous caution, aux cabinets de lecture: la bibliothèque doit être considérée comme un endroit où l'on va lire un ouvrage trop rare ou trop volumineux pour être lu chez soi; on y lira aussi les journaux de médecine, toujours avec le petit système de fiches: on apprend beaucoup plus qu'on ne croit, rien qu'en lisant son journal, et puis on se trouve au courant des affaires médicales, des sociétés, etc., c'est ce qui fait bien vite reconnaître l'homme laborieux et le différencie du paresseux qui ne sait plus au bout de quelque temps de combien il se trouve en retard, car il a vécu en dehors du mouvement de son époque.

Ces conseils généraux sembleraient faire croire que nous conseillons aux étudiants une vie d'une austérité incompatible avec les besoins de la jeunesse; ce n'est pas cela que nous voulons dire, nous conseillons au contraire à ceux qui ont des relations, d'aller dans le monde, aux autres d'aller se distraire au théâtre, aux concerts, etc.; ce que nous leur demandons, ce n'est pas de ne jamais s'amuser, de ne jamais perdre un moment, ils n'en feraient rien; mais ce que nous conseillons, c'est de s'habituer à savoir perdre le temps nécessaire à ses plaisirs en sachant ce qu'on fait, et ce temps est bien vite retrouvé quand la régularité de la vie de chaque jour empêche de flâner sans plaisir et sans profit; il vaut mieux consacrer une soirée au théâtre que d'avoir perdu un temps précieux après chaque repas. On devra, en fait d'amitiés, rechercher celles des étudiants avancés comme concours, celle des internes est si facile à obtenir, et pas un d'entre eux ne vous refusera les conseils nécessaires: il ppurra vous arriver d'être un peu ennuyé, on vous fera recopier quelques observations, faire autopsie sur autopsie, pansement sur pansement. C'est une exploitation dont vous ne sauriez vous plaindre, car elle vous apprend quelque chose, et parce qu'elle est utile aux malades; vous en serez récompensés par la protection des chefs de service, souvent professeurs ou agrégés à la Faculté.

Il est à peine besoin de rappeler, en terminant, pour ceux qui mettent pour la première fois les pieds dans un hôpital, qu'il faut un respect absolu des malades, une discrétion éprouvée; n'avoir des yeux que pour le diagnostic et pas pour la pancarte, et se sentir lié par le secret médical et par le sentiment élevé des convenances qui vous fera absolument oublier le sexe de vos malades et leur âge; il faut aller à l'hôpital après des soins de toilette aussi grands que pour aller dans un salon; les mains sales, les chemises graisseuses ne distinguent aujourd'hui que les déclassés, et peuvent empêcher la

© BIU Santé

réussite des pansements en chirurgie ; on doit se sentir engagé d'honneur à bien soigner ses malades, on doit considérer le travail d'hôpital comme une fonction humanitaire et non comme un devoir d'écolier.

La première année d'études pour l'étudiant en médecine, c'est la pierre de touche, qui doit montrer si d'un collégien d'hier, on peut aujourd'hui faire un homme, s'il est capable de vouloir travailler sans règlement étroit, ou si ses défauts et sa paresse doivent l'empêcher de prétendre à une profession pour laquelle le temps, le dévouement et le travail sont les éléments nécessaires. HENRY DE BOYER.

Faculté de médecine.

Cours de physique générale — M. le professeur GAVARRET commencera ses leçons de physique générale le vendredi 8 novembre, à midi (grand amphithéâtre), et les continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure. — Cours de physique biologique le lundi 11 novembre à 5 h. (petit amphithéâtre).

Cours d'histologie. — Professeur M. ROBIN. — M. DUVAL, agrégé, suppléant commencera son cours d'histologie le jeudi 7 novembre à 5 h. (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Conférences de médecine légale pratique. — M. BROUARDEL, agrégé, chargé de conférences à la Faculté, commencera les conférences de médecine légale pratique le mercredi 6 novembre 1878. Ces conférences auront lieu deux fois par semaine, les mercredis et vendredis à 3 h. — MM. les docteurs en médecine et MM. les étudiants qui ont subi le troisième examen de doctorat et qui désirent prendre part à ces conférences, devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté où il leur sera délivré une carte d'admission,

HÔTEL-DIEU. — *Clinique chirurgicale.* — M. le professeur RICHET reprendra son cours de clinique chirurgicale le mardi 5 novembre 1878. Les leçons et les opérations auront lieu les mardis et samedis à 9 h. Le jeudi, consultation publique et démonstrations ophthalmologiques. — Visite des malades tous les jours à 8 h.

Hôpital des cliniques de la Faculté. — M. le professeur DEPAUL commencera son cours de clinique d'accouchements le mardi 5 novembre à 8 h, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Hôpital de la Charité. — Clinique chirurgicale. — M. le professeur GOSSELIN reprendra son cours de clinique chirurgicale le lundi 4 novembre à 8 h. et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Hôpital de la Pitié. — Clinique chirurgicale. — M. le professeur VERNEUIL a repris son cours de clinique chirurgicale le lundi 28 octobre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

AVIS AUX ÉTUDIANTS. — Le doyen informe MM. les étudiants que nul ne sera mis en série pour la soutenance de sa thèse qu'à partir du jour où les exemplaires auront été déposés au secrétariat de la Faculté. Les consignations pour les examens de fin d'année ne seront reçues que jusqu'au samedi 9 novembre inclusivement.

NOUVELLES

CONCOURS. — Externat. *Tronc cœliaque et ses branches. — Veines du membre inférieur. — Articulation coxo-fémorale.*

VACANCES MÉDICALES. — A céder, poste médical occupé depuis 21 ans dans une ville de 5,000 âmes, chef-lieu de canton, desservant 25 communes. A 1 h. 1/4 de Paris, station de chemin de fer. Affaires 19,000 fr, Fixe 2,000 francs. S'adresser à M. Eug. Ponand, 4, rue du Bac, de 9 h. à midi. — Demande de médecin pour la commune de Ferrières-Gâtinais (Loiret). S'adresser à M. Danjean, maire de la commune de Ferrières-Gâtinais. — Par suite de décès, une bonne résidence est vacante dans la commune de Pamproux (Deux-Sèvres), chef-lieu de commune importante du canton de la Mothe-Sainte-Héraye. Clientèle assurée aussitôt installation, pas d'autres médecins ni pharmaciens dans la commune. Population 1,400 hab. A 1 h. de Poitiers et de Niort. Rayon de 8 à 10 kilom. à desservir. — Demande de médecin pour la commune de Saint-Michel (Aisne). Population 4,000 hab. Revenu 3,000 fr. S'adresser au maire de Saint-Michel. — A céder, à des conditions avantageuses, bonne clientèle de campagne, département de la Somme, 5 h. de Paris. Indemnité de logement de la commune 300 fr. Bureau de bienfaisance 600 fr. Hospice 600 fr. En tout 1,500 fr. de fixe. Clientèle facile, communes importantes très-rapprochées formant une population de 6,000 âmes dans un rayon de 3 kilom. Pas de docteur aux environs. On peut se faire 10,000 fr. la première année et 16,000 fr. les suivantes. S'adresser à M. Chantelle, notaire à Hangest-en-Santerre, canton de Mont-Didier (Somme). — Demande de médecin pour la commune de Saint-Maurice-sur-Aveyron (Loiret), 1,700 hab. S'adresser au maire de la commune. — Demande de médecin pour la commune de Ducey (Manche), chef-lieu de canton, 10,000 hab. Il ne reste qu'un seul médecin, autrefois il y en a eu quatre.

En vente au PROGRÈS MÉDICAL, 6, rue des Écoles.

THAON (L.), Clinique climatologique des maladies chroniques. — 1er fascicule ; phthisie pulmonaire. Un volume grand in-8 de 164 pages, avec 2 planches de tracés de température. Paris, 1877. Prix : 4 fr.; pour les abonnés, 2 fr. 75.

ADOLPHE DELAHAYS
LIBRAIRE
RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 6, A PARIS

BAYLE. — Biographie médicale, 2 volumes in-8. 4 fr.
BOUILLAUD. — Traité de nosographie médicale, 5 vol. in-8. 10 fr.
— Clinique médicale, 3 vol. in-8. 6 fr.
— Traité des fièvres prétendues essentielles, 1 vol. in-8. 2 fr.
— Essai sur la philosophie médicale, 1 vol. in-8. 2 fr.
BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, 7 vol. in-18 14 fr.
BURGRAEVE. — Anatomie de texture, 1 vol. gr. in-8. 3 fr.
— Précis de l'histoire de l'anatomie, 1 vol. gr. in-8. 2 fr.
— Le génie de la chirurgie, 1 vol. in-8. 2 fr.
BRACHET. — Physiologie élémentaire de l'homme, 2 vol. in-8. 4 fr.
BROUSSAIS. — Cours de phrénologie, 1 vol. in-8. 2 fr.
CHOMEL. — Des dyspepsies, 1 vol. in-8. 2 fr.
— Congrès médical de France. Deuxième session tenue à Lyon, 1 vol. in-8. 2 fr.
DELAFOND et BOURGUIGNON. — Pathologie et entomologie comparées de la psore des animaux domestiques et de l'homme, 1 vol. in-4 de 700 pages avec 7 planches. 4 fr.
DELASIAUVE. — Traité de l'épilepsie, 1 vol. in-8. 2 fr.
DEVAY. — Du danger des mariages entre consanguins sous le rapport sanitaire, 1 vol. in-18. 1 fr. 25
DONNÉ. — Cours de microscopie complémentaire des études médicales, 1 vol. in-8. 2 fr.
DUTROCHET. — Histoire des végétaux et des animaux, 2 vol. in-8 avec atlas. 6 fr.
FABRE. — Guide du médecin praticien, 1 vol. in-8. 2 fr.
FERMOND. — Monographie des sangsues médicinales, 1 vol. in-8. 2 fr.
FOSSATI. — Manuel pratique de phrénologie, 1 vol. gr. in-18. 2 fr.
FOY. — Manuel d'hygiène, 1 vol, in-8 1 fr. 25
FRANCK. — Traité de pathologie interne, 6 vol. in-8. 10 fr.
FREMAUX. — Recherches sur les causes et les désastres du choléra-morbus, 2 vol. in-8. 4 fr.
FURNARI. — Traité pratique des maladies des yeux, 1 vol. in-8. 2 fr.
GERDY. — Chirurgie complète pratique, 3 vol. in-8. 6 fr.
GIRAUDEAU. — Maladies de la peau, 1 vol. in-8, pl. col. 2 fr.
HERPIN. — Du raisin et de ses applications thérapeutiques, 1 vol. in-18. 1 fr. 25
LEBERT. — Traité pratique des maladies cancéreuses, 1 vol. in-8. 2 fr. 50
MARC. — De la folie, 2 vol. in-8. 4 fr.
MASSE. — Traité pratique d'anatomie descriptive, 1 vol. gr. in-18, 2 fr. 50
MUNDE. — Hydrothérapeutique, 1 vol. in-18. 1 fr. 25
REMAK. — Galvanothérapie, 1 vol. in-8. 2 fr.
RICHARD. — Physiologie et hygiène du magnétiseur, 1 vol. gr. in-8. 1 fr. 25
ROUSSEL. — Traité de la pellagre, 1 vol. in-8. 2 fr. 50
SAPPEY. — Recherches sur l'appareil respiratoire des oiseaux, 1 vol. in-4, avec 12 fig. 2 fr.
SCANZONI. — De la métrite chronique, 1 vol. in-8. 2 fr.
SERINGE. — Flore du pharmacien, du droguiste et de l'herboriste ou description des plantes médicinales cultivées en France, 1 fort vol. in-12. 2 fr.
VELPEAU. — Eléments de médecine opératoire, 4 vol. in-8, avec atlas, in-4. 12 fr.
— Traité complet d'anatomie chirurgicale, 2 vol. in-8 avec atlas in-4 8 fr.

© BIU Santé

LIBRAIRIE P. ASSELIN

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

Barth et Roger. Traité pratique d'auscultation et de percussion. 9e éd. 1 vol. in-8, cart. 7 fr.

Béclard. Traité élémentaire de physiologie. 17 éd. 1 très-fort vol. gr. in-8, *sous presse, pour paraître en 1879.*

Becquérel. Traité élémentaire d'hygiène privée et publique. 6e éd. 1 très-fort vol. gr. in-18, cart. à l'anglaise 10 fr.

Béhier et Hardy. Traité élémentaire de pathologie interne, 5 vol. in-8. Les tomes I, II et III ont paru. Prix de chacun, 12 fr.

Le tome IV est sous-presse.

Chevalier et Baudrimont. Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales, 5e éd., 1 vol. gr. in-8 de plus de 1300 pages avec 260 figures dans le texte. Cartonné à l'anglaise. — Prix : 25 fr.

Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes. 3e édition. 1 vol. gr. in-8, avec fig. intercal. dans le texte. *Paraîtra en janvier 1879.*

Cruveilhier et Marc Sée. Traité d'anatomie descriptive, 5e éd. 3 vol. gr. in-8 avec près de 1,300 fig. tirées en noir et en couleur, et intercalées dans le texte. 45 fr. br. et 48 fr. cart. à l'anglaise.

L'ouvrage a été publié en 7 parties qui se vendent chacune séparément.

Dorvault. L'officine ou répertoire général de pharmacie pratique. 9e éd. 1 très-fort vol. gr. in-8 de 1601 pag. à 2 col. 18 fr. br., 20 fr. cart. et 21 fr relié.

Fleury. Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie, 4e éd. 1 très-fort vol. gr. in-8 avec fig. dans le texte, 17 fr.

Méhu. Traité de chimie médicale appliquée aux recherches cliniques. 2e éd. 1 vol. in-18 de 600 pages avec 80 figures dans le texte. — Prix : 7 fr.

Peter. Leçons de clinique médicale. Tome I, 2e éd. 1 fort vol. in-8, cartonné, 15 fr.

Le tome II est sous presse.

Rodet et Baillet. Botanique agricole et médicale 2e éd. 1 très-fort vol. in-8 avec de nombreuses fig., cart. 17 fr.

Rodet et Mussat. Cours de botanique élémentaire suivi d'un vocabulaire des mots techniques les plus généralement usités dans la description des plantes. 3e éd. 1 vol. gr. in-18 avec fig., cart. 7 fr. 50.

Tillaux. Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, 2e édition, 1 très-fort vol. gr. in-8 de plus de 1200 pages, avec 260 fig. tirées en noir et en couleur et intercalées dans le texte, cart. à l'anglaise. 25 fr.

Trousseau et Pidoux. Traité de thérapeutique et de matière médicale. 9e éd. considérablement augmentée avec la collaboration de M. Constantin Paul, agrégé de la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux, 2 très-forts vol. in-8 de chacun 1150 pag. 28 fr.

Verrier. Guide du médecin praticien pour le diagnostic et le traitement des maladies utérines, suivi d'un appendice sur la stérilité. 1 fort vol. in-18 avec 133 fig. intercalées dans le texte, cart. 7 fr.

LIBRAIRIE F. SAVY

77, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 77

Desplats et Gariel. — Physique médicale, 1870, in-8, 700 p., 500 fig., 9 fr.
Dragendorff. — Toxicologie, 1873, in-8, 700 p., 500 fig., 1 pl. 7 fr. 50.
Dubrueil. — Médecine opératoire, 1875, in-8, 900 p., 465 fig., 11 fr.
Frey. — Histologie, 2e éd. 1877, grand in-8, 800 p. 690 fig., 1 pl. 2e éd. 16 fr.
Frey. — Précis d'histologie, 1878, in-18, 300 p. 208 fig. 5 fr.
Gautier. — Chimie physiologique, 1874, 2 vol. in-8, 1,200 p., 80 fig., 18 fr.
Joulin. — Accouchements, 1867, gr. in-8, 1,200 p., 150 fig., 16 fr.
Masse. — Anatomie, 1879, in-8 relié, 113 pl. color., 36 fr.; pl. noires, 20 fr.
Niemeyer. — Percussion et auscultation, 1874, in-18, 130 p. 17 fig., 2 fr. 50.
Planchon. — Drogues simples, 1875, 2 vol. in-8, 1,300 p., 306 fig., 20 fr.
Ranvier. — Traité technique d'histologie, 1875-1876, gr. in-8, 640 p., avec fig., 30 fr.
Ranvier. — Histologie du système nerveux, 1878, 2 vol. gr. in-8, 730 p. avec 12 pl. chromo et fig. dans le texte.
Richard, Martins et de Seynes. — Botanique, 11e éd., 1876, in-8, 650 p., 380 fig., 7 fr.
Ritter. — Chimie médicale, 1874, in-18, 450 p., 123 fig., 6 fr.
Verrier. — Accouchements, 2e éd. 1874, in-18, 600 p., 88 fig. 6 fr.
Wundt. — Physiologie, 1872, gr. in-18, 630 p., 143 fig. 14 fr.

AVIS AUX ÉTUDIANTS. — *Pour MM. les Etudiants, l'abonnement au* **Progrès médical** *est de* **douze francs** *par an.*

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain, à Paris

BIBLIOTHÈQUE DE L'ÉLEVE EN MÉDECINE

COLLECTION D'OUVRAGES POUR LA PRÉPARATION AUX EXAMENS DU GRADE DE DOCTEUR ET D'OFFICIER DE SANTÉ AUX CONCOURS DE L'EXTERNAT ET DE L'INTERNAT

Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent. 14e *édition*, par E. Littré et Ch. Robin, 1 beau vol. gr. in-8 de 1800 pages à 2 colonnes, avec 550 fig. 20 fr.

Premier examen

Anger. Anatomie chirurgicale. 1 vol. in-8 et atlas 40 fr.
Beaunis. Physiologie. In-8 cart. 14 fr.
Beaunis et Bouchard. Anatomie descriptive et ambryologie. 1 vol. in-8 18 fr. — Anatomie et dissection, 1 vol. in-18, 4 fr. 50.
Fau. Anatomie artistique. In-8, fig. noires, 4 fr., fig. col. 10 fr.
Kuss et Duval. Physiologie. In-18. 7 fr.
Malgaine. Anatomie. 2 vol. in-18, 18 fr.
Masse. Anatomie descriptive. In-18. 7 fr.
Muller. Physiologie. 2 vol. in-8. 20 fr.
Robin. Histologie. 1 vol. in-8. 6 fr.
— Anatomie et physiologie cellulaires. 1 vol. in-8, cart. 16 fr.
— Microscope, 2e édition. 1 vol. in-8 carré, 20 fr.

Deuxième et cinquième examens.

Bernard et Huette. Médecine opératoire. In-18, fig. noires, 24 fr., col. 48 fr.
Bouchut. Pathologie générale, 1 vol. in-8 18 fr.
Chauvel. Opérations de chirurgie, 1 vol. in-18 jésus. 6 fr.
Corlieu. Aide-mémoire de médecine et de chirurgie, 1 vol. in-18, cart. 6 fr.
Corne. Chirurgie d'urgence, in-18. 2 fr.
Cruveilhier. Anatomie pathologique. 3 vol. in-8. 35 fr.
Daremberg. Histoire des sciences médicales. 2 vol. in-8. 20 fr.
Després. Chirurgie journalière. 1 vol. in-8. 10 fr.
Gallard. Clinique médicale, 1 vol. in-8. 10 fr.
Gillette. Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8, cart. 12 fr.
— Clinique chirurgicale. 1 vol. in-8. 5 fr.
Goffres. Bandages. In-18, fig. noires, 18 fr., fig. col., cart. 36 fr.
Gosselin. Clinique chirurgicale, 1 vol. in-8. 2 fr.
Guyon. Chirurgie clinique. In-8. 12 fr.
Jousset. Médecine pratique, 2 volumes in-8. 15 fr.
Racle, Fernet et Strauss. Diagnostic médical. 1 vol. in-18, 7 fr.
Rinfleisch. Histologie pathologique, 1 vol. in-8. 14 fr.
Trousseau. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 3 vol. in-8. 32 fr.
Valleix et Lorain. Guide du médecin praticien, 5 vol. in-8. 50 fr.
Vidal. Pathologie externe. 5 volumes in-18. 40 fr.
Woillez. Diagnostic. 1 vol. in-8. 16 fr.

Troisième examen.

Andouard. Pharmacie, 1 vol. in-8 14 fr.
Buignet. Manipulations de physique. 1 vol. in-8, cart. 16 fr.
Cauvet. Histoire naturelle médicale, 2 volumes in-18. 12 fr.
Codex. Medicamentarius. 1 vol. in-8 9 fr. 50.
Ferrand. Aide-mémoire de pharmacie. 1 vol. in-18, cart. 6 fr.
Guibourt et Planchon. Drogues. 4 vol. in-8. 36 fr.
Héraud. Plantes médicinales. 1 vol. in-18 cartonné. 6 fr.
Moquin-Tandon. Botanique médicale, 1 vol. in-18. 6 fr.
Soubeiran. Falsifications. In-8 cart. 14 fr.
Wundt. Physique médicale. In-8. 12 fr.

Quatrième examen.

Briand et Chaudé. Médecine légale. 1 vol. in-8. 24 fr.
Ferrand. Thérapeutique. In-18. 8 fr.
Fonssagrives. Thérapeutique. In-8. 7 fr.
Gallois. 1200 formules. In-18, cart. 3 fr.
Giacomini. Matière médicale. In-8. 5 fr.
Gloner. Thérapeutique. In-18 jésus. 7 fr.
Gubler. Commentaires thérapeutiques du Codex. 1 vol. in-8, cart. 15 fr.
Jeannel. Formulaire officinal et magistral. 1 vol. in-18, cart. 6 fr.
Lévy (Michel). Hygiène. 2 vol. in-8. 20 fr.

Cinquième examen.

Chailly. Accouchements. 1 vol. in-8. 10 fr.
Churchill. Maladies des femmes, 1 vol. in-8. 18 fr.
Nægelé. Accouchements, 1 vol. in-8. 12 fr.
Pénard. Guide de l'accoucheur. 1 vol. in-18. 5 fr.

© BIU Santé

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, libraires-éditeurs, place de l'École-de-Médecine

Allingham (W.). — Maladies du rectum, diagnostic et traitement, 1 vol. in-8, 1877. 5 fr.

Armaignac. — Traité élémentaire d'ophthalmoscopie, d'optométrie et de réfraction oculaire, rédigé conformément au système métrique et avec l'équivalence en pouces de Paris, 1 vol. in-18 avec 116 figures dans le texte, 1878. 6 fr.

Bourneville et P. Regnard, Iconographie photographique de la Salpêtrière (service de M. le professeur Charcot). T. Ier: hystéro-épilepsie. Attaques. 1 vol. in-4, avec 40 photographies. Broché 30 fr.

Relié en demi-chagrin rouge, doré en tête non rogné avec coins. 36 fr.

Tome II : épilepsie partielle; — hystéro-épilepsie; succubes.

Avis. — Chaque livraison comprend une feuille de texte et 4 photographies. Les huit premières livraisons ont paru. Le prix de chaque livraison est de 3 fr.

Brinton (W.). — Traité des maladies de l'estomac. Ouvrage traduit par le docteur A. Riant, précédé d'une introduction par M. le professeur Ch. Lasègue, 1 vol. in-8 de 520 pages, avec fig. dans le texte, 1870. Prix : broché, 6 fr.; cart. en toile. 7 fr.

Bucquoy. — Leçons cliniques sur les maladies du cœur, professées à l'Hôtel-Dieu de Paris, 4e édition, 1 vol. in-8, 1879. 4 fr.

Cantani. — Le diabète sucré et son traitement diététique, 1 vol. in-8, 1876. 8 fr.

Charcot (J.-M.). — Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins, 1 fort vol. in-8. 1877. 10 fr.

Charcot (J.-M.). — Leçons sur les maladies du système nerveux 2e édition, 2 forts vol. in-8, 1877. 26 fr.

Charcot (J.-M.). — Leçons sur les localisations cérébrales, 1 vol. in-8, 1876. 5 fr.

Charcot (J.-M.). — Leçons sur les maladies des vieillards, 2e édition, 1 fort vol. in-8, 1874. 8 fr.

Demarquay. — Maladies chirurgicales du pénis. Ouvrage publié par les docteurs G. Vœlker et Cyr, 1 vol. in-8, 1877. Broché, 11 fr. Cartonné. 12 fr.

Demarquay et Saint-Vel. — Traité clinique des maladies de l'utérus, 1 vol. in-8, avec figures intercalées dans le texte, 1876. 10 fr.

Depaul. — Leçons de clinique obstétricale, 1 vol. in-8 avec fig. dans le texte, 1876, cart. 17 fr.

Duret. — Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux. Tome I. 1 vol. in-8 avec 38 figures dans le texte, et 19 pl. dont 8 en chromo-lithographie, 1878. 15 fr.

Le second volume, qui terminera l'ouvrage, est sous presse et paraîtra fin décembre.

Fournier (Alfred). — Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme, 1 vol. in-8, 1873. Br. 15 fr. Cart. 16 fr.

Fourné (E.). — Application des sciences à la médecine, 1 vol. in-8, avec 103 figures dans le texte, 1878. 10 fr.

Fonssagrives. — Traité de thérapeutique appliquée basé sur les indications suivi d'un précis de thérapeutique et de pathologie infantiles et de notions de pharmacologie usuelle sur les médicaments signalés dans le cours de l'ouvrage, 2 forts volumes in-8, 1878. 24 fr.

Friedreich. — Traité pratique des maladies du cœur, 1 vol, in-8, 1873, 9 fr.

Fano. — Traité élémentaire de chirurgie, 2 vol. in-8, avec 307 fig. dans le texte, 1869-72. 28 fr.

Fauvel. — Traité pratique des maladies du larynx, 1 vol. in-8, avec 144 fig. dans le texte et 20 pl. 1876. 20 fr.

Fort — Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandage et d'embaumement, 2 vol. in-8 avec 542 fig. 25 fr.

Fort. — Résumé de pathologie et de clinique chirurgicales, livre à l'usage des examens et des concours, 1 vol. de 520 pages avec 107 fig. 5 fr.

Fort. — Anatomie descriptive et dissection contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus, 3e éd. entièrement refondue, 3 vol. in-12, avec 1,226 fig. dans le texte. 30 fr.

Fort. — Manuel d'anatomie, 2e édition du résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, 1 vol. in-18, avec 151 fig. 7 fr. 50.

Fort. — Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques, des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents, publiés en France et à l'étranger; 2e édit. entièrement refondue, 1 vol. in-8 avec 523 fig. intercalées dans le texte. 14 fr.

Fort. — Guide de l'étudiant, nouvelle édit. 1 vol. 2 fr.

Foucher et Desprès. — Traité du diagnostic des maladies chirurgicales, 1 vol. in-8 de 1,162 pag. et 57 fig. dans le texte, 1866-69, cart. 18 fr.

Garrod. — La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux, ouvrage traduit par A. Ollivier, annoté par J.-M. Charcot, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 1867, 1 vol. in-8 de 710 pages. Broché. 12 fr. Cartonné. 13 fr.

Giraldès. — Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants recueillies et publiées par MM. Bourneville, Bourgeois et Bouteillier, revues par le professeur, 1 vol. in-8 cart. en toile, 1869. 14 fr.

Griesinger. — Des maladies mentales et de leur traitement, 1 vol. in-8, Paris, 1868. 9 fr.

Gubler. — Leçons de thérapeutique faites à la Faculté de médecine de Paris, recueillies et publiées par le docteur Leblanc, 1 vol. in-8, 1877. 10 fr.

Guéneau de Mussy. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 2 vol. in-8, 1874-1875. 24 fr.

Guttman. — Traité du diagnostic des maladies des organes thoraciques et abdominaux, 1 vol. in-18, 1877. 7 fr.

Gailleton. — Traité élémentaire des maladies de la peau. 1 vol. in-8 de 304 pages, 1874. 6 fr.

Grasset. — Maladies du système nerveux, 1 vol. in-8 avec 26 figures dans le texte, 1878. 10 fr.

Guérin (Alphonse). — Clinique des maladies des organes génitaux internes de la femme, 1 vol. in-8 avec figures dans le texte et 2 planches en chromolithographie, 1878, 10 fr. cart. 11 fr.

Harley. — De l'urine et de ses altérations pathologiques, étudiées au point de vue de la chimie physiologique et de ses applications au diagnostic et au traitement des maladies générales et locales, 1 vol. in-18. 6 fr.

Hervieux. — Traité clinique et pratique des maladies puerpérales et des suites de couches, 1 vol in-8, 1870. 15 fr.

Huxley (Th. H.). — Eléments d'anatomie comparée des animaux invertébrés, 1 vol. in-18, 1877. 6 fr.

Hennequin. — Des fractures du fémur et de leur traitement par l'extension continue, 1 vol. in-8 avec 11 figures intercalées dans le texte. 1877. 13 fr.

Jaccoud. — Traité de pathologie interne, 2 vol. in-8 avec 37 planches en chromo-lithographie, 5e édition, revue et augmentée, 1877. 32 fr.

Jaccoud. — Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Charité 1 fort in-8 de 378 pages, avec 29 figures et 11 planches en chromo-lithographie, 3e édit., cart. 16 fr.

Jaccoud. — Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Lariboisière, 2e édition, 1 vol. in-8 accompagné de 10 planches en chromo-lithographie, 1874, cart. 16 fr.

Labbé. — Leçons de clinique chirurgicale, 1 vol. in-8, 1876. 12 fr.

Lancereaux. — Traité d'anatomie pathologique, tome Ier, anatomie pathologique générale, 1 vol. in-8 avec fig. dans le texte, 1875-76. 20 fr.

Legrand du Saulle. — Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale, 1 fort vol. in-8 de 1228 pages, 1874, cart. 19 fr.

Landolt. — Leçons sur le diagnostic des maladies des yeux, faites à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, recueillies par le docteur Charpentier, 1 vol. in-8 avec 27 figures dans le texte, 1877. 6 fr.

Murchison (C.). — Leçons cliniques sur les maladies du foie, suivies des leçons sur les troubles fonctionnels du foie. Traduites sur la seconde édition, et annotées par le docteur Jules Cyr, 1 vol. in-8 avec 46 figures intercalées dans le texte, 1878. 12 fr.

Nonat. — Traité pratique des maladies de l'utérus, de ses annexes et des organes génito-externes, 2e édition, 1 vol. in-8, 1870-74, 17 fr. Cartonné. 18 fr.

Rosenstein. — Traité pratique des maladies des reins, 1 vol. in-8, 1874, 10 fr. Cartonné. 11 fr.

Riant (A.). — Leçons d'hygiène, contenant les matières du programme officiel adopté par le ministre de l'Instruction publique pour les lycées et les écoles normales, 2e édit. 1 vol. in-12, 1875. 6 fr.

Rabuteau (A.). — Traité élémentaire de chimie médicale, 1re part. Chimie minérale, 1 vol. in-8 avec 168 figures intercalées dans le texte, 1878. 11 fr.

Reliquet. — Traité des opérations des voies urinaires, 1 vol. in-8 de 820 pages, avec figures dans le texte, 1871, Broché, 10 fr. Cartonné en toile. 11 fr.

Sappey. — Atlas d'anatomie descriptive, 1re partie. Ostéologie. — Arthrologie, 38 pl. Gr. in-8 jésus avec texte explicatif en regard, 1877, Pl. noires. 12 fr. 50. — Le même ouvrage colorié. 30 fr.

Sappey. — Traité d'anatomie descriptive, 3e édit. 4 vol. in-8, avec fig. dans le texte, 1876-79. 60 fr.

Spring (A), Vanlair et Masius. — Symptomatologie ou traité des accidents morbides, 2 forts vol. in-8 1868-75. 25 fr.

Troeltsch (de). — Traité pratique des maladies de l'oreille, 1 vol. in-8. Broché, 7 fr. 50. Cart. 8 fr. 50

Thomas (Louis). — Traité des opérations d'urgence, précédé d'une introduction et revu par le professeur Verneuil, 1 vol. in-18, 1875. 7 fr. 50.

Toynbee (J.) — Maladies de l'oreille, nature, diagnostic et traitement, avec un supplément par James Hinton, traduit et annoté par le docteur G. Darin, 1 vol. in-8 1874, broc. 8 fr. 50. Cart. 9 fr. 50.

Wecker et Jæger. — Traité des maladies du fond de l'œil, 1 vol. grand in-8 accompagné d'un atlas de 29 planches en chromo-lithographie, 1870. 35 fr.

Wecker et Landolt. — Traité complet d'ophthalmologie, tome Ier, 1 vol. in-8 avec 146 figures dans le texte et 2 pl. 16 fr.

Cet ouvrage remplace la troisième édition du traité de Wecker (Prix Chateauvillard).

© BIU Santé

DICTIONNAIRES ENCYCLOPÉDIQUES

PUBLIÉS PAR

La Librairie HACHETTE & Cie

79, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 79

PARIS

DICTIONNAIRE DE BOTANIQUE

Par H. Baillon, professeur de botanique à la Faculté de médecine de Paris. Il paraît un fascicule tous les deux mois. Les 10 premiers fascicules formant un vol. in-4 de 80 pages avec une planche en chromo-lithographie sont en vente; prix de l'un, 5 fr.

DICTIONNAIRE DE CHIMIE PURE ET APPLIQUÉE

Par Ad. Wurtz, membre de l'Institut, ancien doyen de la Faculté de médecine, professeur de chimie à la même Faculté. 5 vol. grand in-8. Broché, 91 fr.; la reliure en 1/2 veau, 3 fr. 50 par volume.

DICTIONNAIRE DE LA LANGUE FRANÇAISE

Par E. Littré, de l'Académie française, 5 vol. in-4. Prix, brochés, 112 fr.; reliés en demi-chagr., plats toile, 136 fr.; reliés en demi-chag., plats papier, avec coins, 142 fr.

DICTIONNAIRE DE LA LANGUE FRANÇAISE

Abrégé du précédent, par A. Beaujan, professeur au lycée Louis-le-Grand, 1 vol. in-8 : broché, 12 fr.; cartonné, 13 fr. 50; relié, 16 fr.

DICTIONNAIRE DES ANTIQUITÉS GRECQUES ET ROMAINES

Publié sous la direction de Ch. Daremberg et Saglio. Environ 20 fascicules à 5 fr. Les quatre premiers fascicules sont en vente.

DICTIONNAIRE DES SCIENCES PHILOSOPHIQUES

Par Ad. France, membre de l'Institut, 1 vol. grand in-8 à deux colonnes : broché, 35 fr.; relié, 39 fr.

DICTIONNAIRE UNIVERSEL DES CONTEMPORAINS

Par G. Vapereau, ancien élève de l'Ecole normale, ancien professeur de philosophie, 4e édition, entièrement revue et considérablement augmentée. 1 vol. grand in-8 de 1888 pages, avec un supplément de 181 pages (1872). Broché, 27 fr.; cartonné, 29 fr. 75; relié, 31 fr. 50.

DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA FRANCE

Par Ludovic Lalanne, 1 vol. grand in-8, broché, 21 fr.; cartonné, 23 fr.; relié, 25 fr. 50.

DICTIONNAIRE UNIVERSEL DE LA VIE PRATIQUE A LA VILLE ET A LA CAMPAGNE

Par G. Beleze, ancien élève de l'Ecole normale supérieure. 4e édition, revue, corrigée et augmentée d'un supplément. 1 vol. grand in-8 de plus de 1900 pages : broché, 21 fr.; cartonné, 23 fr. 75; relié, 25 fr. 50.

DICTIONNAIRE GÉOGRAPHIQUE DE LA FRANCE, DE L'ALGÉRIE ET DES COLONIES

Par Adolphe Joanne, 1 vol. grand in-8 de 243 pages : broché, 25 fr.; cartonné, 28 fr. 25; relié, 30 fr.

DICTIONNAIRE DES MATHÉMATIQUES APPLIQUÉES

Par H. Sonnet, docteur ès-sciences, ancien inspecteur de l'Académie de Paris, ancien professeur de l'Ecole centrale des arts et manufactures. 2e édition. 1 vol. grand in-8 d'environ 1600 pages : broché, 30 fr.; cartonné, 32 fr. 75; relié, 34 fr. 50.

DICTIONNAIRE DES SYNONYMES DE LA LANGUE FRANÇAISE

Par Lafaye. 3e édition, suivie d'un supplément. 1 vol. grand in-8 de 1500 pages : broché, 23 fr.; cartonné, 25 fr. 75; relié, 27 fr. 50.

DICTIONNAIRE UNIVERSEL DES LETTRES, DES SCIENCES ET DES ARTS

Par N. Bouillet, 11e édition, entièrement refondue. 1 beau vol. grand in-8 de 1825 pages : broché, 21 fr.; cartonné, 23 fr. 75; relié, 25 fr. 50.

DICTIONNAIRE UNIVERSEL D'HISTOIRE ET DE GÉOGRAPHIE

Par M. N. Bouillet. Ouvrage revu et continué par M. Chassang, inspecteur général de l'Université. Nouvelle édition. 1 vol. de plus de 2000 pages grand in-8 : broché, 21 fr.; cartonné, 23 fr. 75; relié, 25 fr. 50.

ATLAS UNIVERSEL D'HISTOIRE ET DE GÉOGRAPHIE

Par M. N. Bouillet. Ouvrage formant le complément du *Dictionnaire universel d'histoire et de géographie*. 1 vol. grand in-8 : broché, 30 fr.; cartonné, 33 fr. 25; relié, 35 fr.

LE MÊME OUVRAGE

Sans les 12 planches du *Traité élémentaire de l'art héraldique*. Broché, 21 fr.; cartonné, 23 fr. 75; relié, 25 fr. 50.

© BIU Santé

LIBRAIRIE MÉDICALE LOUIS LECLERC

COMMISSION
—
MÉDECINE, DROIT, LITTÉRATURE, SCIENCES, ARTS, INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

O. BERTHIER

SUCCESSEUR

104, Boulevard Saint-Germain, 104

Ci-devant 14, rue de l'Ecole-de-Médecine

EXPORTATION
—
BRÉSIL, PLATA, ANTILLES ESPAGNE, PORTUGAL ET AUTRES PAYS

Livres de Médecine neufs ou d'occasion, Thèses, Brochures, Journaux, etc.

AUX CONDITIONS LES PLUS AVANTAGEUSES

RELIURES EN TOUS GENRES, BIEN SOIGNÉES, LIVRÉES EN HUIT JOURS

MAISON VASSEUR

TRAMOND, successeur

préparateur et fournisseur des Facultés de Médecine et des Sciences, Universités étrangères, etc., etc.

9, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

OSTÉOLOGIE HUMAINE, ANATOMIE NORMALE, DESCRIPTIVE ET COMPARÉE, PATHOLOGIE INTERNE
MALADIES DE LA PEAU; REPRODUCTIONS DE TOUTE SORTE

S. FAVRE

Fabricant d'instruments de chirurgie de toutes espèces

1, rue de l'École-de-Médecine

RÉCOMPENSES OBTENUES POUR LA BONNE QUALITÉ ET LE BON MARCHÉ DES INSTRUMENTS

Médaille d'argent, exposition de Paris, 1867
Médaille d'argent, exposition du Havre, 1868
Médaille de mérite de la Société de secours aux blessés.
Concours de 1873

PHARMACIE DES ARÈNES

30, rue Monge, 30

M. GALLEPIE *rappelle à Messieurs les étudiants qu'il leur fera, comme par le passé, une remise exceptionnelle sur tous les médicaments en général.*

LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

D'ALEXANDRE COCCOZ

11, rue de l'Ancienne-Comédie

Assez connue pour la dispenser d'une longue page de publicité toujours ennuyeuse à lire, se recommande d'elle-même par les conditions avantageuses qu'elle offre à MM. les Etudiants et Docteurs en Médecine.

On y trouve, en outre, la plus grande collection des thèses de Paris, Nancy et Montpellier, ainsi que tous les renseignements bibliographiques qui s'y rattachent.

H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-EDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

CAZEAUX. Traité des accouchements. 9e édit. 1 vol. in-8, 16 fr.
RICHET. Traité d'anatomie médico-chirurgicale. 5e éd., 1 vol. in-8, 19 fr.
RABUTEAU. Eléments de thérapeutique. 3e éd. 1 vol. petit in-8, 14 fr.
GUÉRIN (A.). Chirurgie opératoire, 5e éd. 1 vol. in-18, 7 fr. 50.
MOYNAC. Manuel de pathologie interne. 2e éd. 1 vol. in-18, 7 fr. 50.
MOYNAC. Manuel de pathologie externe, 2e éd. 2 vol. in-18, 16 fr.
MOYNAC. Manuel de pathologie générale. 1 vol. in-18, 8 fr.
LUTAUD. Manuel de médecine légale, 1 vol. in-18, 8 fr. 50.
DECAISNE et GORECKI. Dictionnaire élémentaire de médecine, liv 1 vol. in-8 de 960 pages à deux colonnes avec 560 figures, 15 fr.
LEBLOND. Traité élémentaire de chirurgie gynécologique. 1 vol. in-8 avec 281 figures, 10 fr.
PINARD. Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes, 1 vol. in-8 avec 29 figures, 6 fr.
HARDY et de MONTMÉJA. Atlas photographique des maladies de la peau (clinique phot. de l'hôpital Saint-Louis), 2e éd. avec 60 planches, prix, 70 fr., relié 1/2 chagrin, 78 fr.
WITKOWSKI. Anatomie iconoclastique :
1° Le corps humain. 3e éd. 7 fr.
2° L'encéphale. 3e éd. 7 fr.
3° Organes gén. et périnée de la femme, 2e éd. 6 fr.
4° Organes gén. et périnée de l'homme, 7 fr.
5° L'œil. 8 fr.
6° Le larynx et la langue. 2e éd. 7 fr.
7° L'oreille. 2e éd. et la dent, 5 fr.
MOYNAC. Manuel d'anatomie descriptive. 2 vol. in-18 en préparation.

VERRERIES, PORCELAINES, CRISTAUX ET TERRES RÉFRACTAIRES

A. HABERT

4, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 4

Près le boulevard Saint-Michel

PARIS

PULVÉRISATEURS RICHARDSON, INHALATEUR HABERT PERFECTIONNÉ

Thermomètres pour médecins, modèle des hôpitaux, du Dr Jaccoud et autres, divisés sur tige ordinaire et maxima, avec étui carton ou nickelé pour trousse, densimètres pour urines et appareils divers pour le dosage de l'urée, burettes, éprouvettes, pipettes, thermomètres et tubes divisés pour laboratoires de chimie. Appareil en verre pour réactifs de M. Ranvier, les mêmes en noyer ou trousses pour essais microscopiques, lamelles et verres minces carrés ou ronds pour préparations. — Compte-gouttes de tous modèles.

HENRI REY

LIBRAIRIE SPÉCIALE DE MÉDECINE

14, rue Monsieur-le-Prince, 14

ASSORTIMENT COMPLET DE TOUTES LES THÈSES DE MÉDECINE DOCTORAT ET AGRÉGATION, ACHAT DE BIBLIOTHÈQUES COMPLÈTES AU COMPTANT

TRÈS-FORTE REMISE sur tous les Ouvrages de médecine, sciences, art vétérinaire, etc.

La Maison se charge de toute espèce de reliure en 10 jours, à des prix très-modérés

OUVRAGES NEUFS ET D'OCCASION

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 45. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES 6. 9 NOVEMBRE 1878.

Le Progrès Médical

ANATOMIE NORMALE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. FOLET.

Leçons sur l'encéphale et l'appareil auditif (1).

Faites pendant le semestre d'hiver 1877-1878.

Conformation intérieure du cerveau.

Pour faire comprendre cette conformation compliquée, et en tracer un plan d'ensemble clair et facilement saisissable, nous devons tout d'abord revenir aux pédoncules cérébraux, ces deux prolongements qui pénètrent, en s'écartant l'un de l'autre, dans chacun des hémisphères cérébraux, et voir ce que deviennent ces pédoncules après leur entrée dans le cerveau.

Ils y pénètrent, nous l'avons vu, vers l'extrémité antérieure du bord interne du lobe sphénoïdal, en arrière de l'extrémité interne de la scissure de Sylvius. Au niveau de cette pénétration, le bord interne du lobe sphénoïdal en dehors et le pédoncule cérébral en dedans forment, par leur rapport de contiguïté, la partie dite latérale de la grande fente de Bichat.

L'écartement angulaire, qui éloigne l'un de l'autre les deux portions intra-cérébrales des pédoncules, est beaucoup moindre que l'écartement de leurs portions libres. Les deux pédoncules, une fois qu'ils ont disparu aux regards pour entrer dans le cerveau, affectent entr'eux un parallélisme légèrement divergent. Ils s'enfoncent très-obliquement dans la masse des lobes, et la moitié postérieure de leurs faces internes (ce que nous appellerons bientôt la face interne des couches optiques) n'est pas enveloppée de parenchyme cérébral. Dans cette moitié postérieure, les deux faces internes pédonculaires se regardent donc, unies l'une à l'autre par une lamelle grise. Si cette disposition n'est pas apparente par la face inférieure du cerveau, c'est que l'espace inter-pédonculaire est voilé par la lamelle inter-pédonculaire et plus en avant par le tuber cinereum. Puis, à mesure qu'ils avancent, les pédoncules entrent pour ainsi dire plus franchement dans les lobes, et alors leurs faces inférieures et externes vont se fusionner intimement avec le parenchyme cérébral ambiant. Quant à la face supérieure de toute la portion intra-cérébrale des pédoncules, elle reste libre.

Au-dessus et à une certaine distance de cette face s'étale, en s'incurvant d'avant en arrière, une voûte formée par une épaisse lame de tissu nerveux que nous connaissons déjà de nom et de vue, c'est le *corps calleux*. Entre la face supérieure des pédoncules et la face inférieure du corps calleux existe donc un espace vide.

La face supérieure de la portion intra-cérébrale du pédoncule cérébral offre, si on la suit d'arrière en avant et de dedans en dehors, deux renflements, deux saillies, dont la figure schématique que voici vous donnera l'idée (2), et que nous allons étudier en détail. (*Fig. 68.*)

La saillie la plus postérieure et la plus interne s'appelle la *couche optique;* la saillie la plus antérieure et la plus externe se nomme le *corps strié.*

Les *couches optiques* sont des renflements volumineux irrégulièrement cuboïdes formés par un gros noyau gris qui se montre à nu à la face interne et par une couche enveloppante blanche. On considère aux couches optiques : une face supérieure blanche convexe ; une face interne grise unie à sa congénère par une lamelle ou commissure grise qui va se continuer en bas avec la substance grise du tuber cinereum ; une face inférieure qui se confond avec la masse du pédoncule et présente en arrière deux petites saillies, dites *corps genouillés* interne et externe, d'où naissent les racines des nerfs optiques ; une face externe en rapport avec la face interne du corps strié ; une extrémité antérieure ; une extrémité postérieure surmontée d'un petit tubercule.

J'omets à dessein et je remets à tout à l'heure les rapports qu'affecte la couche optique avec une partie qui nous est encore inconnue, et que l'on appelle le trigone cérébral.

Les *corps striés* sont deux saillies piriformes, situées en avant et en dehors des couches optiques auxquelles ils répondent par leur face interne. Par leur partie la plus externe et la plus antérieure, par cette partie qui est désignée dans la *Fig. 68* par la lettre I, ils se continuent avec la masse de substance cérébrale qui constitue, au fond de l'extrémité externe de la scissure de Sylvius, les petites circonvolutions en éventail que nous avons appelées l'insula.

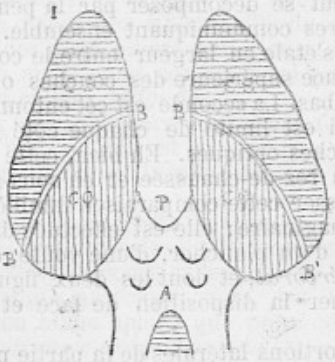


Fig. 68. — La portion A représente la face supérieure de l'isthme, les deux pédoncules cérébelleux supérieurs reliés par la valvule de Vieussens, les tubercules quadrijumeaux, l'origine des pédoncules. Les portions marquées CO, CS, représentent la face supérieure de la portion intra-cérébrale des pédoncules. La portion CO rayée verticalement est la couche optique ; la portion rayée transversalement CS est le corps strié. Les lignes B B' figurent la lame cornée et la bandelette demi-circulaire.

Les corps striés sont constitués de haut en bas par trois couches : 1° un noyau supérieur gris, épais en avant, arrondi en arrière, dont la face supérieure est libre, dont la face inférieure adhérente repose sur la couche moyenne; 2° une lame blanche moyenne, ou *double centre demi-circulaire*, située entre le noyau précédent et le noyau inférieur ; cette lame blanche est le prolongement des faisceaux blancs pédonculaires qui vont s'étaler en avant dans le parenchyme cérébral, sous forme de fibres divergentes, à l'ensemble desquelles on donne le nom de *couronne rayonnante de Reil* ; 3° un noyau gris inférieur situé au-dessous de la lame blanche précédente, segment d'ovoïde dont la grosse extrémité se dirige en avant dans le lobe frontal, dont la petite extrémité se porte en arrière vers le corps genouillé externe.

Dans le sillon qui sépare la couche optique du corps strié, se voient deux bandelettes ou rubans parallèles, que nous avons représentées dans la *Fig. 68* par les deux lignes B B'. L'une de ces bandelettes est la *lame cornée*, ruban grisâtre, mince, étroit, long de 2 à 3 cent.; c'est un repli de la membrane séreuse ventriculaire. Son extrémité antérieure, comme son extrémité postérieure, se perdent sur les extrémités correspondantes du sillon qui sépare la couche optique du corps strié. L'autre bandelette est la *bandelette demi-circulaire* (1) formée, celle-ci, de substance médullaire blanche. Ses deux extrémités se perdent

(1) Voir les n°s 26, 27, 32 et 33.

(2) Pour voir nettement sur une pièce anatomique les détails que nous décrivons ici, il faut se servir d'une coupe que nous n'apprendrons à pratiquer que beaucoup plus loin, la coupe montrant la face supérieure du trigone cérébral, et sur laquelle on sacrifiera ce trigone qui sera enlevé en totalité, ainsi que la toile choroïdienne située au-dessous. Cette unique interversion dans l'ordre des préparations anatomiques est le seul inconvénient de la méthode très-claire que nous suivons.

(1) Ou tœnia demi-circulaire ou semi-circulaire.

© BIU Santé

dans des parties que nous ne connaissons pas encore : l'antérieure s'unit au pilier antérieur du trigone ; la postérieure s'épanouit dans le grand pied d'hippocampe. Entre la lame cornée et la bandelette demi-circulaire, chemine une veine, dite veine du corps strié, qui se rend aux veines de Galien, dont nous parlerons plus loin.

Si maintenant vous voulez bien regarder la *Fig. 68* et vous imaginer que l'espace intermédiaire aux deux faces internes des couches optiques est fermé en bas et en avant par des parties que nous avons déjà nommées (lame interpédonculaire, tuber cinereum, racine grise des nerfs optiques) ; si vous vous rappelez de plus qu'au dessus et à une certaine distance de la face supérieure des couches optiques et des corps striés, s'étale une voûte incurvée antéro-postérieurement, vous concevrez sans peine qu'il existe là une vaste cavité qui, fermée en haut et en bas, fermée aussi (nous verrons plus tard comment) en avant et sur les deux côtés, présente en arrière seulement une ouverture en forme de fente elliptique étroite : c'est la grande fente cérébrale de Bichat déjà décrite. Rappelons qu'à la partie moyenne de cette fente, la lèvre supérieure est constituée par l'extrémité postérieure ou bourrelet du corps calleux, la lèvre inférieure par la surface qui porte les tubercules quadrijumeaux ; qu'aux parties latérales de la fente, la lèvre externe est formée par le bord interne ou hile du lobe sphénoïdal, la lèvre interne par le pédoncule cérébral.

La grande cavité intra-cérébrale, dont nous venons d'esquisser la constitution, peut se décomposer par la pensée en deux cavités secondaires communiquant ensemble. La première est l'espace qui s'étale en largeur entre le corps calleux, en haut, et la face supérieure des couches optiques et le corps strié, en bas. La seconde est cet entonnoir aplati bi-latéralement qui est limité de chaque côté par les faces internes des couches optiques. Eh bien, cette division en deux étages, en rez-de-chaussée et en sous-sol, si vous voulez bien me passer cette comparaison familière, cette division n'est pas imaginaire ; elle est effectuée dans la réalité par la présence d'un plancher, d'une voûte, que l'on nomme le *trigone cérébral*, et dont les deux figures suivantes vont vous donner la disposition de face et de profil. (*Fig. 69* et *70*).

Figurez-vous que des portions latérales de la partie postérieure de la face inférieure du corps calleux, partent deux bandelettes qui marchent l'une vers l'autre de dehors en dedans, pour se réunir bientôt sur la ligne médiane. L'étroit pont, ainsi constitué, marche d'arrière en avant entre les deux faces internes des couches optiques, auxquelles ses deux bords latéraux sont contigus, au niveau de la ligne où se rejoignent la face interne et la face supérieure des susdites couches optiques. A l'extrémité antérieure des couches optiques, le rapport de contiguïté entre la couche optique et le bord latéral du trigone cesse, et entre le bord et cette couche optique existe un petit espace, un trou que l'on nomme le *trou de Monro*. Puis, les deux bandelettes constitutives du trigone s'écartent en avant pour aller se terminer de la façon que nous indiquerons plus loin.

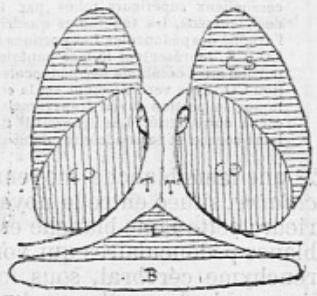


Fig. 69. — Trigone cérébral vu par sa face supérieure ; le corps calleux est enlevé, sauf le bourrelet B. — Les parties CO, CO (rayées verticalement), représentent les couches optiques. Les parties CS, CS (rayées transversalement), sont les corps striés. Les parties TT sont les deux bandelettes constitutives du trigone ; les lignes transversales L figurent les fibres de la lyre ; enfin, les espaces elliptiques M'M' sont les trous de Monro.

Vous comprenez, n'est-il pas vrai, que la présence du trigone subdivise bien réellement la grande cavité intra-cérébrale en deux étages : l'un inférieur, le sous-sol, qui sera situé au-dessous du trigone, c'est le *ventricule moyen*, ou *troisième ventricule* ; l'autre, beaucoup plus vaste, le rez-de-chaussée, qui communique avec le sous-sol par les deux trous de Monro.

Cet étage supérieur, ce vaste rez-de-chaussée, est-il uniloculaire ? Non, il est subdivisé en deux chambres latérales par une cloison verticale et médiane, d'une minceur extrême, que l'on nomme le *septum lucidum* ou *cloison transparente*. Le septum est représenté dans la *Figure 70* par l'aire du triangle ABC qui s'étend entre le corps calleux à la partie supéro-antérieure, et le trigone à la partie inféro-postérieure. Le septum est encastré par son angle antérieur dans l'angle rentrant, à sinus postérieur, du genou du corps calleux, et par son angle postérieur dans l'angle rentrant à sinus antérieur, que forment par leur divergence le trigone et le corps calleux. Le bord inférieur du septum répond à la face antéro-supérieure du trigone. Nous reviendrons d'ailleurs dans un instant sur tous ces points.

Les deux chambres latérales de l'étage supérieur situées à droite et à gauche du septum lucidum, sont appelées *ventricules latéraux* (1). Ces ventricules ne communiquent point l'un avec l'autre, le septum étant imperforé, mais chacun d'eux communique par les trous de Monro respectifs avec le ventricule moyen.

Maintenant que vous avez compris, j'ose le croire, le plan général de l'édifice intra-cérébral, revenons sur certaines parties dont nous n'avons pu, dans ce tableau d'ensemble, donner qu'un aperçu très-sommaire, et examinons successivement en détail le *corps calleux*, le *trigone cérébral* et le *septum lucidum*.

Corps calleux.

Si l'on enlève la partie supérieure des hémisphères par une coupe horizontale rasant la face supérieure du corps calleux, l'on voit apparaître ce corps calleux comme une lame quadrilatère, un peu plus allongée antéro-postérieurement que bi-latéralement, un peu plus rapprochée de la partie antérieure que de la partie postérieure du cerveau (2). Sur cette même coupe, à droite et à gauche du corps calleux, vous apercevrez une surface blanche semi-elliptique, avec laquelle les bords latéraux du corps calleux se continuent, et qui forme le centre médullaire de chaque hémisphère. Ces deux surfaces, réunies par le corps calleux, constituent le centre ovale de Vieussens.

La longueur du corps calleux est de 7 à 8 cent., sa largeur de 5 à 6. Son épaisseur, visible sur une coupe verticale médiane du cerveau, est considérable à l'extrémité postérieure. Mince à la partie moyenne, le corps calleux s'épaissit de nouveau vers l'extrémité antérieure, puis, à partir de la réflexion antérieure du genou, il s'amincit de nouveau jusqu'à se réduire, dans sa partie terminale, à l'épaisseur d'une simple lamelle.

On considère au corps calleux deux faces, deux bords, deux extrémités et quatre angles.

La face supérieure, légèrement concave transversalement, convexe d'avant en arrière, répond en son milieu au bord inférieur de la faux du cerveau, de chaque côté à la circonvolution du corps calleux dont la sépare une anfractuosité en forme de sinus ou de gouttière. Sur cette face supérieure on trouve, en procédant de la ligne médiane vers les bords latéraux : un sillon médian antéro-postérieur plus large en avant qu'en arrière. Sur les côtés de ce sillon, deux saillies longitudinales un peu flexueuses, qui se prolongent en avant sur le genou ou partie réfléchie, jusqu'aux pédoncules du corps calleux. Les cordons ou tractus médullaires qui forment ces saillies peuvent, sur des cerveaux ayant longtemps macéré dans l'alcool, être détachés de la surface sous-jacente à laquelle ils n'adhèrent que cellulairement. En

(1) Ces deux ventricules latéraux sont considérés comme étant le *premier* et le *second* ; le ventricule moyen est le *troisième* ; le ventricule du cervelet, le *quatrième*. On voit donc que si l'on ne tient pas compte de cette petite cavité, rudimentaire et parfaitement négligeable, comprise entre les deux lames du septum et appelée parfois *cinquième* ventricule, la nomenclature par numérotation des cavités encéphaliques est établie de haut en bas. Comme nous suivons un ordre inverse de l'ordre classique, nous avons étudié d'abord le quatrième ventricule et nous étudierons successivement le troisième, puis les deux latéraux.

(2) Voy. Sappey, t. III, p. 74, fig. 470.

© BIU Santé

dehors de ces tractus longitudinaux se voient des tractus transversaux qui passent au-dessous des premiers en allant d'un bord à l'autre du corps calleux.

La face inférieure du corps calleux s'aperçoit obliquement, mais suffisamment sur une coupe verticale du cerveau. Cette face est très-étendue; sa partie médiane donne insertion en avant au bord supérieur du septum lucidum; en arrière, cette partie médiane se continue avec le trigone. Les parties latérales de la face inférieure forment la voûte des ventricules latéraux. La face inférieure du corps calleux est semée, sur toute sa surface, de stries saillantes transversales très-accentuées.

Les bords latéraux du corps calleux, assez épais, ont deux lèvres (lèvre supérieure et lèvre inférieure), et un interstice. La gouttière qui sépare la face supérieure du corps calleux de la circonvolution du corps calleux, se prolonge en profondeur jusqu'à la lèvre supérieure du bord latéral. La lèvre inférieure repose sur le corps strié. L'interstice se continue avec les fibres médullaires blanches, nées, comme nous le verrons, de la profondeur de l'écorce grise du cerveau.

L'extrémité postérieure du corps calleux, épaisse, *bourrelet du corps calleux*, se continue en avant avec la base du trigone cérébral. Ce bourrelet forme la lèvre supérieure de la partie moyenne de la grande fente de Bichat.

L'extrémité antérieure se réfléchit de bas en haut en formant le *genou du corps calleux* pour se prolonger ensuite d'avant en arrière en s'amincissant. La portion terminale de la portion réfléchie, très-mince, est dite *bec du corps calleux*. Au niveau de ce bec, on voit les tractus longitudinaux de la face supérieure former deux rubans blancs (*pédoncules du corps calleux*), qui marchent parallèlement d'avant en arrière jusqu'à la racine grise des nerfs optiques, puis se séparent et se portent en dehors pour se perdre à l'extrémité interne de la scissure de Sylvius dans le quadrilatère perforé antérieur. Le genou du corps calleux encastre l'angle antérieur du septum lucidum, et, contournant la partie renflée des corps striés, ferme en avant les ventricules cérébraux (*Fig.* 70).

Les deux angles antérieurs du corps calleux se prolongent obliquement dans l'épaisseur des lobes frontaux en

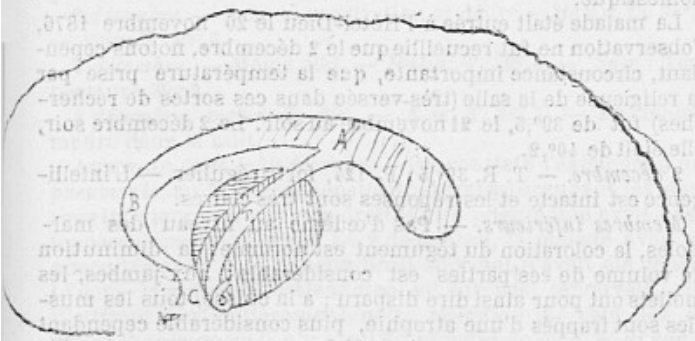


Fig. 70. — Coupe verticale du corps calleux et du trigone cérébral. La partie rayée verticalement est la face interne de la coupe optique; au-dessus et en arrière apparaît, vu en raccourci, le corps strié (rayé horizontalement).

décrivant une courbe qui leur a valu le nom de cornes frontales; ils embrassent la partie correspondante des corps striés.

Les deux angles postérieurs se voient mal, comme les deux angles antérieurs du reste, par la face supérieure du corps calleux. Pour les apercevoir nettement, il faut mettre à nu la face inférieure du corps calleux en enlevant sur la base d'un encéphale le cervelet, la protubérance, les pédoncules cérébraux, en conservant le tuber cinereum et le chiasma des nerfs optiques, en incisant enfin les deux prolongements (sphénoïdal et occipital) des ventricules latéraux (1); on voit alors les deux angles postérieurs du corps calleux se partager en deux cornes, l'une postérieure, occipitale, curviligne; l'autre inféro-latérale, sphénoïdale. Ces deux cornes forment la voûte des prolongements ou diverticules correspondants des ventricules latéraux, que nous étudierons sous peu.

(1) Voy. une belle figure de cette coupe, Sappey, t. III, p. 77, fig. 172.

Trigone cérébral (1).

Si, sur la coupe qui nous a montré la face supérieure du corps calleux, nous enlevons le corps calleux sauf la partie postérieure, le bourrelet, nous apercevrons le trigone cérébral formé, ainsi que nous l'avons vu plus haut, de deux bandelettes qui s'unissent, par leurs bords correspondants, à la partie moyenne, mais qui en avant et en arrière divergent pour se porter à droite et à gauche (*Fig. 69*).

Nous considérerons au trigone deux faces, deux angles formés par la divergence des bandelettes constitutives, deux bords latéraux et quatre piliers.

La face supérieure du trigone, unie, convexe, fait partie du plancher des ventricules latéraux. Sur sa moitié antérieure se voit un sillon superficiel antéro-postérieur et médian, qui donne attache à un bord du *septum lucidum*, et fait partie de ce que nous appellerons le ventricule de la cloison. En arrière du sillon, les deux bandelettes de formation se séparent à angle obtus pour se porter en arrière, sous le nom de piliers postérieurs. A ce niveau, la face supérieure du trigone adhère à la face inférieure du corps calleux, dont elle semble naître (*Fig. 70*). Les fibres du corps calleux, transversales, sont là comme tendues d'un côté à l'autre de l'angle de séparation des deux piliers postérieurs, et forment une figure que l'on nomme *la lyre*. Cette disposition a pour effet de combler l'angle de sépation des deux piliers postérieurs, et de donner, en quelque sorte, au trigone comme bord postérieur le bourrelet du corps calleux (*Fig. 69*).

La face inférieure du trigone forme la voûte du ventricule moyen; elle est en rapport avec une dépendance intra-ventriculaire de la pie-mère que l'on appelle la toile choroïdienne.

L'angle postérieur du trigone, obtus, est comblé par les fibres transversales de la lyre, et limité en arrière par le bourrelet du corps calleux.

L'angle antérieur, aigu, est limité en avant par un cordon blanc aplati, que nous décrirons sous le nom de *commissure antérieure du cerveau*. Au-dessus de cette commissure existe, entre les deux piliers antérieurs, une dépression ellipsoï de qui porte, en raison de sa forme, le nom assez singulier de *vulve*.

Les bords latéraux, minces, concaves, s'appliquent sur les couches optiques au niveau de la ligne qui sépare la face interne de la face supérieure de ces couches. Ces bords sont séparés des couches optiques par une lamelle de la pie-mère intra-ventriculaire, lamelle qui unit les bords latéraux de la toile choroïdienne avec ce que l'on appelle les plexus choroïdes des ventricules latéraux. Nous reviendrons là-dessus. Au niveau de l'extrémité antérieure des couches optiques, les bords latéraux du trigone sont quelque peu éloignés de la couche optique, et cet écartement donne naissance au trou de Monro, qui fait communiquer les ventricules latéraux avec le ventricule moyen. Les bords latéraux se continuent par leur extrémité antérieure avec les piliers antérieurs du trigone.

Les piliers postérieurs du trigone se dirigent en bas, en dehors et en arrière. Chacun d'eux, dès son origine, se subdivise en deux bandelettes: l'une, postérieure, se confond avec l'écorce blanche d'une saillie que nous verrons exister sur la paroi inférieure du prolongement sphénoïdal du ventricule latéral, et que l'on nomme le *grand pied d'hippocampe*, ou, par abréviation, l'*hippocampe*; l'autre, antérieure, descend sur le bord interne de cet hippocampe, et se termine en s'effilant dans la substance grise de cette saillie, c'est le *corps bordé* (2).

Les piliers antérieurs, longtemps inconnus (3), parce

(1) Voûte à trois piliers, voûte à quatre piliers, bandelette géminée.

(2) Qui serait mieux nommé *corps bordant*, car il borde l'hippocampe. On l'appelle encore *corps frangé*, *bandelettes ou tænia de l'hippocampe*.

(3) Cette méconnaissance des piliers antérieurs avait fait croire que le

© BIU Santé

qu'après un court trajet, ils s'enfoncent dans la face interne des couches optiques, ou plus exactement dans une masse grise que nous verrons continuer en bas cette face interne pour constituer la moitié inférieure de la paroi latérale du ventricule moyen; ces piliers restent, dis-je, dans leur trajet parenchymateux, très-rapprochés de la superficie de la paroi ventriculaire.

Voici quelle est la marche compliquée de ces piliers : ils s'écartent sous un angle aigu, plongent dans les couches optiques, se dirigent en bas et en arrière, et cheminent dans l'épaisseur de la couche grise qui continue en bas la face interne des couches optiques, vers les tubercules mamillaires dont ils entourent le noyau gris d'une couche blanche. Puis, subissant un mouvement de torsion en 8 de chiffre, ils se portent en haut et en dehors vers le tubercule antérieur de la couche optique. La portion remontante forme avec la descendante un angle à sinus supérieur. (*Fig. 70*).

Septum lucidum (1).

Lame triangulaire, verticale, située entre le corps calleux en haut et en avant, le trigone en bas et en arrière. Elle subdivise l'étage supérieur de la cavité intra-cérébrale en deux chambres latérales ou ventricules latéraux (*Fig. 70*). On voit très-facilement le septum sur une coupe verticale antéro-postérieure du cerveau. Cette coupe, n'étant jamais faite mathématiquement sur la ligne médiane, passe toujours à droite ou à gauche du septum. Nous décrirons au septum deux faces et trois bords.

Les faces, l'une droite, l'autre gauche, lisses, sont recouvertes par la séreuse qui tapisse les ventricules.

Le bord supérieur, long, convexe, s'insère sur la ligne médiane de la face inférieure du corps calleux.

Le bord inférieur, court, convexe, s'insère sur la ligne médiane de la face supérieure de la portion réfléchie du corps calleux.

Le bord postérieur, concave, s'insère sur le sillon médian de la face supérieure du trigone. De la fusion de ce bord avec le supérieur, résulte un angle aigu qui s'insinue entre le corps calleux et le trigone jusqu'à la réunion angulaire de ces deux parties.

Le septum lucidum est formé de deux lames entre lesquelles existe un petit espace dit *cinquième ventricule, ou ventricule de la cloison*. Quelques auteurs pensent que ce ventricule communique avec le ventricule moyen par un étroit orifice situé à la réunion des bords inférieur et postérieur du septum, et s'ouvrant au fond de la dépression que nous avons désignée sous le nom de *vulve*. M. Sappey a en vain cherché cet orifice, et il en nie l'existence.

Chaque lame constitutive du septum est, malgré sa minceur extrême, formée par quatre couches. La plus externe et la plus interne sont séreuses, et ne sont autres que le revêtement séreux des parois ventriculaires. Les deux couches intermédiaires sont : l'une, la blanche, une continuation de fibres venues du trigone ; l'autre, la grise, une continuation de la substance grise qui forme la face interne de la couche optique. (*A suivre.*)

Nouveau journal. — Nous venons de recevoir le premier numéro du *Journal des sciences médicales de Lille*, revue mensuelle publiée par un groupe de professeurs de la Faculté libre (catholique) de médecine et de pharmacie. Ce journal paraît par cahiers de 72 pages, 1 an : 16 fr. — Il existe déjà à Lille un recueil mensuel : Le *Bulletin médical du Nord*, qui nous paraît être l'organe de la Faculté de médecine de l'Etat. La lutte va se trouver engagée entre ces deux journaux : Les professeurs de la Faculté laïque ont, aujourd'hui, des devoirs plus grands à remplir.

Nécrologie. — L'*Année médicale de Caen* nous apprend la mort de M. le docteur Delmas, de la Havane. M. Delmas est mort de la fièvre jaune, contractée dans les soins dévoués qu'il donnait aux victimes de cette terrible épidémie. — M. le docteur Clément, médecin à Paris, vient de mourir.

---

trigone se terminait en pointe en avant, et fait donner à ce trigone le nom de *voûte à trois piliers*.

(1) Ou cloison transparente.

CLINIQUE MÉDICALE

Hotel Dieu. — **M. le professeur G. Sée.**

Note sur un cas d'atrophie musculaire protopathique;

Par **DEBOVE.**

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Sée, une malade atteinte d'une forme particulière d'atrophie musculaire, différant par ses caractères cliniques et anatomiques de toutes les formes d'atrophies musculaires décrites. Nous croyons devoir en publier l'observation, malgré les lacunes nombreuses qu'elle présente et que nous prendrons soin de faire remarquer au lecteur.

La nommée Delphine F..., âgée de 40 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 novembre. Son père est mort accidentellement, sa mère est morte d'une affection chronique dont elle ne peut préciser la nature. Elle eut la variole à dix-huit ans, plus tard elle eut deux couches, l'un de ses enfants mourut en naissant, l'autre mourut du croup à l'âge de dix-huit mois. Elle est domestique, servait en dernier lieu chez des maîtres où elle était bien logée, bien nourrie, et n'avait pas à fournir un travail excessif.

La menstruation est régulière et jusqu'à ces derniers temps, cette femme paraissait jouir d'une excellente santé.

Elle tomba malade trois mois avant son entrée à l'hôpital. Subitement elle fut prise de fièvre, de douleurs aux genoux, qui, les jours suivants, s'étendirent aux jambes, aux cuisses, aux pieds, puis aux mains ; elles étaient si vives qu'elles arrachaient à la malade des gémissements, jour et nuit et empêchaient la marche. La fièvre aurait été continue et c'est à elle vraisemblablement qu'il faudrait rapporter un peu de délire survenu la nuit. Dès le troisième jour de la maladie cette femme affirme avoir remarqué une dimunition de volume considérable des jambes et des cuisses. Tous ces renseignements ont été corroborés par un interrogatoire de ses maîtres, qui ont notamment affirmé l'acuité du début des accidents et l'excellente santé dont jouissait antérieurement leur domestique.

La malade était entrée à l'Hôtel-Dieu le 20 novembre 1876, l'observation ne fut recueillie que le 2 décembre, notons cependant, circonstance importante, que la température prise par la religieuse de la salle (très-versée dans ces sortes de recherches) fut de 39°,5, le 21 novembre au soir. Le 2 décembre soir, elle était de 40°,2.

2 décembre. — T. R. 39°,5 ; P. 124, fort, régulier. — L'intelligence est intacte et les réponses sont très-claires.

Membres inférieurs. — Pas d'œdème au niveau des malléoles, la coloration du tégument est normale ; la diminution de volume de ces parties est considérable ; aux jambes, les mollets ont pour ainsi dire disparu ; à la cuisse, tous les muscles sont frappés d'une atrophie, plus considérable cependant pour les muscles de la partie antérieure que pour ceux de la partie interne ; le fémur, à sa face antérieure, paraît en rapport avec le tissu cellulaire sous-cutané. — L'atrophie des muscles de la région fessière est moins prononcée mais cependant très-évidente. Les masses musculaires du tronc nous ont semblé légèrement atrophiées.

Membres supérieurs. — Les bras ont à peu près leur volume normal ; les avant-bras sont légèrement atrophiés ; cette atrophie ne porte pas spécialement sur certains groupes musculaires, elle est très-prononcée à la main où les éminences thénar et hypothénar ont presque disparu. Notons la symétrie des lésions aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs.

Les muscles de la *face*, de la langue, de la déglutition, n'ont point paru affectés, ou du moins leurs lésions ne s'accusaient point par des symptômes évidents.

La diminution des forces est proportionnelle à l'atrophie des masses musculaires, cette femme peut mouvoir les jambes dans le lit, mais avec difficulté ; elle n'a point la force de les soulever, si on essaie de la mettre debout, elle s'af-

© BIU Santé

faisse. La pression qu'elle peut exercer avec la main est très-faible, l'avant-bras étant fléchi on réussit facilement à l'étendre même en engageant la malade à résister énergiquement.

Il n'y a point trace de contracture. C'est en vain que l'on excite par des courants électriques les masses musculaires atrophiées ; le docteur Neumann, particulièrement compétent dans ce genre de recherches, a bien voulu sur notre demande explorer la contractilité électro-musculaire et nous a fourni les indications suivantes : aux membres inférieurs, la contractilité électro-musculaire est abolie. Les nerfs poplités, soumis à l'excitation électrique, provoquent encore quelques contractions très-faibles dans les muscles qu'ils animent, mais ceux-ci ne se contractent plus lorsqu'on les excite directement soit avec les courants faradiques, soit avec les courants galvaniques. Les muscles de la cuisse ne répondent pas aux excitations électriques. Aux membres supérieurs, on constate la perte de la contractilité électro-musculaire des muscles de l'éminence thénar, de l'éminence hypothénar; elle est diminuée dans les muscles du bras et surtout de l'avant-bras.

Les douleurs dans les membres inférieurs sont moins violentes qu'au début, elles reviennent par accès deux ou trois fois par heure, dureraient trois à cinq minutes. La pression, un peu énergique de ces parties, fait crier la malade. — Il n'y a point de douleurs dans les membres supérieurs ; elles n'ont existé qu'au début de la maladie, pendant un seul jour.

La *sensibilité* est intacte.— Aucun trouble des fonctions de la vessie, du rectum.

L'exploration des divers appareils a été faite ; nous en consignons rapidement les résultats.

La langue est sèche, fuligineuse, l'appétit est nul. — Rate et foie de volume normal. — La *respiration* est facile, l'auscultation du poumon ne révèle rien de particulier. — Pas de points douloureux le long de la colonne vertébrale.

2 *décembre, soir* : T. 38°,5.

3 *décembre, matin*: T. 38°,6. — *Soir*: T. 40°,1.

4 *décembre*, — La malade a eu un violent délire toute la nuit. *Matin*: T. 38°,8.— *Soir*: T. 37°,8.

5 *décembre*. — Il n'y a plus de délire. — On sonde la malade et on retire une petite quantité d'urine qui ne contient pas d'albumine.

6 *décembre*.— Grande prostration et délire.—*Matin*: T. 38°,6. — *Soir*: T. 40°,8.

7 *décembre*. — Même état. — *Matin*: T. 39°,4. — *Soir* : Température 39°,2.

8 *décembre, matin*: T. 39°. — *Soir*: T. 38°,7. — La malade meurt dans la nuit.

Autopsie *faite le 10 décembre*.—On constate l'existence d'une *pneumonie*, au 2e degré (hépatisation rouge) occupant les deux tiers inférieurs du poumon droit. Cette pneumonie avait passé inaperçue pendant la vie. Le 2 décembre, la malade avait été auscultée avec soin, aucun bruit anormal n'avait été constaté dans la poitrine; cet examen ne fut pas renouvelé, rien n'attirant particulièrement notre attention du côté des organes thoraciques; il n'y avait eu,ni point de côté, ni dyspnée, ni toux, ni expectoration, la fièvre existait à une époque bien antérieure à la pneumonie.

Le délire que n'expliquait pas suffisamment la fièvre aurait dû nous engager à ausculter la poitrine à diverses reprises, cet examen n'a pas été fait. En dehors de cette pneumonie, les viscères ne présentaient aucune lésion.

Le *pannicule adipeux sous-cutané* avait une épaisseur notable, surtout eu égard à la durée de la fièvre. Les *muscles* des membres inférieurs étaient très-atrophiés, ceux des membres supérieurs l'étaient d'autant plus qu'on examinait les points plus rapprochés de l'extrémité du membre. Les lésions étaient beaucoup moins prononcées sur les muscles du thorax et de l'abdomen. — Les muscles de la face, du pharynx, du larynx n'ont pas été examinés.

Les *lésions musculaires* étaient caractérisées *macroscopiquement* par une diminution considérable de volume, par un changement de coloration (teinte feuille morte) d'autant plus prononcée que l'atrophie était plus considérable. Cette dernière avait frappé en masse les muscles des membres, on ne voyait pas de parties saines à côté des parties plus malades.

L'*encéphale*, la *moelle* et les *nerfs* ne présentaient à l'œil nu aucune lésion.

Examen microscopique des *nerfs, de la moelle et des muscles*. Les *nerfs* durcis dans l'acide chromique, colorés par le carmin, éclarcis par la glycérine, nous ont paru absolument sains.

La *moelle* durcie dans l'acide chromique, des coupes ont été faites à diverses hauteurs notamment à la région lombaire et examinées par les procédés habituels (coloration par le carmin, puis alcool absolu, térébenthine, baume de Canada) elles n'ont révélé l'existence d'aucune lésion ni de la substance blanche, ni de la substance grise. Les cellules des cornes antérieures avaient leur volume normal et présentaient de nombreux prolongements.

Les *fibres musculaires* ont été examinées en divers points, mais notre examen a surtout porté sur les muscles de la partie antérieure de la cuisse ; ces fibres sont très-légèrement granuleuses, mais leur striation est très-évidente, elles sont réduites au tiers environ de leur volume (comparaison faite avec des fibres normales de la même région). Les noyaux paraissent plus nombreux, peut-être n'est-ce qu'une apparence due à la diminution de volume des parties. Comparant cette atrophie avec celle de l'atrophie musculaire progressive, une circonstance nous a paru très-importante à noter : dans cette dernière, les lésions varient beaucoup d'un muscle à l'autre, d'un faisceau musculaire au faisceau voisin, d'une fibre musculaire à une fibre voisine ; ici, rien de semblable, toutes les fibres d'une même coupe paraissaient avoir subi un même degré d'atrophie; cette apparence rappelait celle des muscles des sujets considérablement amaigris à la suite d'affections de longue durée.

Si incomplète que soit cette observation, elle nous a néanmoins paru intéressante à publier, parce qu'elle ne peut rentrer dans aucune des catégories, jusqu'ici décrites, *d'atrophie musculaire*.

Il ne s'agit point là d'une atrophie spinale, les caractères cliniques le faisaient prévoir et l'autopsie le démontre. Est-ce une atrophie musculaire primitive, nous sommes très-portés à le croire. Il est probable que nous nous trouvons en présence d'une maladie non décrite, caractérisée cliniquement par une marche aiguë, de la fièvre, des douleurs vives dans les membres, une diminution de volume rapide des muscles portant surtout sur les muscles des membres et les frappant en masse, la perte de la contractilité électro-musculaire des parties atteintes, avec intégrité de la sensibilité et des diverses fonctions organiques.

Les caractères anatomiques seraient les suivants : intégrité de la moelle et des nerfs, atrophie des muscles portant également sur toutes les fibres musculaires d'une région.

Nous avons publié cette observation, dans l'espoir de provoquer la publication d'autres observations semblables permettant de décider s'il s'agit réellement d'une entité pathologique nouvelle.

Concours de l'externat a Lyon. — Le concours de l'externat pour les hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de MM. Berthet (Constant), Laguaite, Francon, Bastard, Gaillard, Larroque, Delay, Josserand, Garabet, Pellerin, Charvet, Lemoine, Camescasse, Maltrait, Ben Tata, Dressy, Pomme, Basin, Gervais, Perronnet, Blanc, Moiroud, Duspaquier, Héron, Vitteaut, Perrussel, Eraud, Arnaud.

Les questions posées ont été les suivantes. — Premier jour : De l'aponévrose épicrânienne et des muscles qui s'y insèrent (Question sortie). — Articulation temporo-maxillaire. — Articulation des première et deuxième vertèbres cervicales avec la tête. — Muscles moteurs de la main sur l'avant-bras. — Deuxième jour : Cautérisation potentielle. — Appliquer le marteau de Mayor (Question sortie). — De la méthode endermique. — Préparer et appliquer de la pâte de Vienne. — Des rubéfiants et de leur mode d'application. — Fixer un pansement sur la région thyroïdienne. — Qu'entend-on par scarification, par ventouse sèche et ventouse scarifiée. — Pratiquer une scarification. Les épreuves du concours ont été généralement faibles, soit le premier, soit le second jour. — (*Lyon médical.*)

© BIU Santé

DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HILLAIRET.

De la sclérodermie (1);

Leçon recueillie par BÉRINGIER, interne.

Parmi les complications de la sclérodermie, il faut distinguer celles qui ont pour siége la peau et celles qui affectent d'autres organes. Au nombre des premières, je vous citerai la variole, l'érysipèle, le zona, l'acné. C'est un fait curieux et qui prouve que les divers éléments de la peau peuvent être malades malgré l'induration de celle-ci. Si on applique sur les surfaces malades un vésicatoire, l'épiderme se soulève et la sérosité se secrète comme sur une peau saine. Enfin, une femme atteinte de sclérème des parois abdominales peut devenir enceinte; la distension de ces dernières ne s'en opère pas moins normalement, la grossesse arrive à terme. En outre, il peut arriver qu'après l'accouchement la sclérodermie guérisse. J'ai observé ces particularités chez une malade qui est restée longtemps à la salle Henri IV.

On a voulu faire admettre à titre de complications les migraines, les névralgies persistantes, qu'il n'est pas rare de rencontrer dans le cours de l'affection que nous étudions : ce sont des affections intercurrentes qui n'ont probablement aucun rapport avec la maladie primitive. Il n'en est pas de même des épanchements pleurétiques, péricardiques, et même exceptionnellement des épanchements péritonéaux. Ce sont de véritables complications; en général, ils disparaissent rapidement. Lorsque la sclérodermie a envahi les parois thoraciques, on observe souvent des congestions pulmonaires accompagnées d'hémoptysies. Je vous signalerai aussi, en passant, la cirrhose du foie, l'albuminurie, susceptibles de se montrer vers la fin de la maladie. Mais il ne faut pas oublier que, de toutes les complications la plus fréquente assurément, c'est la phthisie pulmonaire; à elle seule elle entraîne la mort de plus de la moitié des malades.

Les causes de la sclérodermie sont encore mal connues. Elle est très-rare avant l'âge de 10 ans, car je ne range pas sous son nom le sclérème des nouveau-nés, dont je vous parlerai tout à l'heure. Son maximum de fréquence paraît être de 20 à 40 ans. Elle est plus commune chez la femme que chez l'homme dans le rapport de 3 à 1. Ses causes efficientes sont pour la plupart hypothétiques. On a accusé les affections rhumatismales, le froid, l'humidité. Le malade qui était au pavillon Gabrielle l'année dernière avait observé qu'avant qu'il ait pu constater aucune lésion des orteils la transpiration habituelle des pieds s'était supprimée. Peut être doit-on faire une plus large part dans l'étiologie du sclérème aux cachexies, et surtout aux lésions de la moelle et du système nerveux en général.

Jusqu'à présent, on avait considéré la scrofule et la syphilis comme incapables de déterminer la sclérodermie. En ce qui concerne la scrofule, je n'ai aucun fait qui me permette de lui attribuer ici un rôle, mais je crois pouvoir affirmer que la syphilis a été cause de la sclérodactylie chez la femme qui est dans notre salle. Ses réponses ne laissent subsister aucun doute sur l'existence de cette diathèse : plaques muqueuses, angine, syphilide papulo-squameuse : tels sont les accidents qu'elle avoue avoir eu. Elle entre à Saint-Louis au mois de janvier dernier; il y a déjà un mois qu'on soigne sa main sans obtenir aucun résultat satisfaisant; nous-mêmes nous essayons divers traitements : rien n'y fait. Enfin nous donnons l'iodure de potassium, et immédiatement les douleurs diminuent, puis cessent; la peau reprend son aspect normal et la malade guérit en quelques semaines. Ne sont-ce pas là des preuves suffisantes de l'origine syphilitique de la sclérodactylie, et ne pouvons-nous pas dès lors admettre que, dans certains cas, les lésions de la peau doivent être attribuées à la syphilis? Je crois être le premier à signaler cette cause, et c'est pour cela que j'ai tenu à insister sur ce point d'étiologie.

On a voulu assimiler la sclérodermie au sclérème des nouveau-nés. Cependant elle en diffère complétement. Ce fait ressortira j'espère de la comparaison que nous allons établir entre ces deux affections. Le sclérème des nouveau-nés s'accompagne presque toujours de symptômes fébriles; c'est une affection à marche rapide. La peau des enfants présente un notable abaissement de température, ses fonctions sont troublées et les sécrétions sébacée et sudorale supprimées; la peau est œdémateuse, la pression du doigt y laisse une empreinte profonde, il y a infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. Dans la sclérodermie, au contraire, les fonctions de la peau restent longtemps intactes, la température est normale, il n'y a pas œdème mais induration du derme. En outre, c'est une maladie, de longue durée, sans symptômes généraux. Ces caractères suffisent pour séparer complétement les deux affections.

On a cherché également à rapprocher le sclérème des adultes de la lèpre, mais c'est encore là une erreur. La lèpre est caractérisée par la formation de tubercules et d'ulcères blafards qui ne se retrouvent pas dans la sclérodermie.

L'asphyxie des extrémités et les altérations de la peau consécutives à des lésions nerveuses présentent avec la sclérodactylie plus d'un point de rapprochement. La première de ces affections est néanmoins facile à distinguer à une période avancée, lorsque surviennent les douleurs lancinantes atroces et l'induration de la peau. Quant aux altérations cutanées consécutives aux lésions nerveuses, je crois qu'il est encore fort difficile, dans un grand nombre de cas, de les séparer de la sclérodactylie.

Le sclérème des adultes est anatomiquement caractérisé par une induration plus ou moins considérable de la peau; elle paraît avoir diminué d'épaisseur; le tissu cellulaire sous-jacent est dépourvu de graisse, le tissu lamineux est dense et fait corps avec la face interne de la peau, il est poli et luisant. A une époque avancée de la maladie, on trouve les glandes sébacées et sudoripares complétement atrophiées.

Pour plus de clarté, j'établis deux périodes dans l'évolution de la maladie. Dans une première période, les capillaires de la peau sont dilatés; le long de leur trajet on rencontre de nombreuses cellules embryonnaires. Bientôt les fibres du tissu conjonctif comprimées par ces dernières s'atrophient, tandis que les fibres élastiques ne subissent aucun changement.

La sécrétion pigmentaire est souvent augmentée et les cellules pigmentaires pénètrent jusque dans les culs-de-sac glandulaires. — Dans la seconde période, outre l'atrophie du tissu cellulaire sous-cutané et les lésions glandulaires, on voit les tendons se couvrir de brides fibreuses, les surfaces articulaires être complétement immobilisées; le tissu osseux lui-même peut finir par se résorber.

Les auteurs sont loin de s'entendre au sujet de la nature de la sclérodermie. Pour Grisolle et Forget, ce serait une inflammation de la peau (chorionitis); Hugo Filder croit à une simple atrophie du tissu cellulaire; Auspitz, au contraire, en fait une hypertrophie de ce même tissu; mais cette dernière hypothèse semble condamnée par le simple examen de la peau. Dans sa thèse remarquable, M. Horteloup incline vers l'idée d'un spasme de la peau dû à l'altération de ses nerfs. M. Charcot range la sclérodermie parmi les trophonévrons. Avec Neumann, Grancher et Lagrange, je pense qu'il s'agit ici primitivement d'un processus inflammatoire ayant pour siége le derme et dont la nature et la cause nous sont inconnues.

Je termine cette conférence par quelques mots de traitement. Malheureusement il est souvent bien peu efficace. On a d'abord eu recours aux saignées générales et locales, qui sont aujourd'hui complétement abandonnées. On a employé avec plus de succès les sudorifiques, les bains de vapeur, les douches dans le but d'activer les fonctions de la peau. Gillette employait les bains de sulfate de fer. Follin enlevait les parties sclérosées, mais la peau voisine ne tardait pas à être malade, et de plus les plaies ne se cicatrisaient pas; il restait des ulcères atoniques. Ces ablations de parties molles, de même que les amputations des pha-

(1) Voir les nos 40, 41 et 43.

© BIU Santé

langes dans les cas de sclérodactylie, doivent être absolument proscrites.

Pour ma part, je m'applique à rétablir les fonctions de la peau par des douches, des bains de vapeur, le massage. Mais n'oubliez pas d'interroger les malades sur leurs antécédents, et si vous trouvez chez eux des manifestations syphilitiques antérieures, souvenez-vous que le mercure et l'iodure de potassium pourront quelquefois amener à eux seuls une guérison rapide.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Conférences de médecine légale pratique : Ouverture du cours de M. Brouardel.

Mercredi dernier, 6 novembre, M. P. Brouardel recommençait à la Morgue les conférences de médecine légale pratique qu'il a inaugurées avec tant de succès au mois de janvier de cette année.

L'empressement des auditeurs a montré quel puissant intérêt offraient ces leçons, et l'utilité qu'il y avait eue à combler cette lacune de notre enseignement médico-légal. Ces conférences offrent d'ailleurs un attrait d'autant plus grand que le charme de l'imprévu s'y ajoute; elles sont, en effet, subordonnées aux différents cas (suicides, crimes, accidents, etc.) qui se présentent à la Morgue, et l'on sait quelle diversité ils doivent offrir dans une ville aussi mouvementée que Paris.

L'enseignement de M. Brouardel est clair, précis et, avant tout, pratique. Ce professeur veut que ses auditeurs se rendent bien compte de ce qui leur est décrit, qu'ils *voient* par eux-mêmes, persuadé qu'il est avec raison, que c'est pour eux le seul moyen de bien retenir. Pendant le cours des autopsies, il dicte des notes qui sont destinées à servir de base aux élèves pour la rédaction de rapports avec conclusions, qu'ils auront à remettre à la prochaine conférence. Ces rapports sont lus, corrigés, commentés par le maître, qui cherche à bien faire comprendre la délicatesse de la mission du médecin chargé d'une expertise, combien est grave sa responsabilité, et combien il doit réfléchir avant de donner ses conclusions, car souvent elles seront le point de départ d'une enquête judiciaire.

Le secret, demandé avec juste raison à tous ceux qui assistent à ces conférences, nous met dans l'impossibilité de donner des détails sur cette première leçon. Disons cependant que les élèves ont eu sous les yeux les pièces du squelette d'un fœtus; il s'agissait de déterminer si le fœtus était né viable; ils ont, en outre, assisté à deux autopsies (infanticide, mort par accident de chemin de fer).

Nous ne saurions trop engager les *privilégiés* qui peuvent se procurer des cartes d'admission [car, ainsi que l'expliquait un de nos collaborateurs dans un excellent article (1) auquel nous renvoyons le lecteur pour les questions de détail, le nombre des étudiants qui peuvent suivre les conférences est forcément restreint], à le faire immédiatement, afin de profiter au plus vite de cet enseignement indispensable pour avoir une juste idée de la médecine légale.

En terminant, nous formulerons un vœu déjà exprimé par le *Progrès médical*, c'est l'agrandissement du local destiné aux cours et la prompte installation d'un laboratoire afin que les étudiants puissent s'y exercer aux recherches et aux analyses délicates que comportent les expertises médico-légales.

(1) Voir le n° 2.

Clinique chirurgicale de la Charité : M. le professeur Gosselin.

M. le professeur Gosselin a repris ses leçons cliniques dans l'amphithéâtre n° 1 de l'hôpital de la Charité. La première leçon a eu lieu mardi dernier sur un malade atteint d'une *fracture du maxillaire inférieur et de la cavité glénoïde*. Il s'agissait d'un épileptique, âgé de 34 ans qui, dans une crise, fit une chute, de telle sorte que son menton porta sur un plan résistant. Comme conséquences de cet accident, le malade présenta une plaie transversale du menton avec une fracture compliquée de la mâchoire inférieure, la muqueuse buccale était elle-même déchirée.

Il faut attacher une grande importance à la complication des plaies muqueuses et cutanées en communication avec le foyer d'une fracture ; en outre, le malade en question présentait en avant de l'oreille gauche, par laquelle s'écoulait une légère quantité de sang, un gonflement diffus et une douleur assez intense, ce qui rendait pénibles les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire. Une injection d'eau faite dans l'oreille permit de reconnaître que la membrane du tympan était intacte, malgré une surdité accusée par le malade. M. Gosselin rappelle que la fracture du maxillaire inférieur peut être accompagnée d'un écoulement de sang par l'oreille et se borne à faire quelques réserves sur l'interprétation donnée par Morvan à ce symptôme.

Passant ensuite en revue les phénomènes cliniques consécutifs qu'il a observés chez son malade, c'est-à-dire une inflammation légère, une salivation peu abondante, il insiste sur l'absence des phénomènes putrides, tout en songeant à la possibilité d'une nécrose, d'une non consolidation ou d'un cal vicieux.

En terminant, M. Gosselin se demande si la surdité persistera ou diminuera. Il pense que sa durée sera temporaire, en raison de l'intégrité du tympan. Quant à l'arthrite temporo-maxillaire, elle peut se terminer soit par ankylose, soit par suppuration.

Qu'il nous soit permis de rappeler, à propos de ce cas, un fait sur lequel M. Bourneville, entre autres, a appelé maintes fois l'attention, à savoir la guérison rapide, sans complication presque toujours, des plaies, même considérables, chez les épileptiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 octobre 1878. — Présidence de M. Houel.

Excitabilité de la rétine. — M. Ch. Richet présente un appareil qui lui a permis de mesurer le degré d'excitabilité de la rétine. L'appareil est disposé de telle façon qu'il indique à la fois l'intensité et la durée de la lumière employée. Il résulte des expériences faites par M. Richet que l'œil ne perçoit pas une lumière de très-faible intensité et de très-courte durée : ainsi un éclair de 1 deux-millième de seconde ne produit aucune excitation de la rétine. Mais si l'on augmente la durée ou l'intensité de la lumière, une sensation lumineuse est perçue. M. Richet a ainsi établi une courbe d'excitation de la rétine. Il existe dans la rétine une force d'inertie qui a besoin d'être vaincue par une excitation suffisante pour qu'il y ait perception de la lumière. Les expériences de M. Richet sont en contradiction avec l'opinion accréditée et soutenue par les physiciens que l'œil est impressionné par toute lumière aussi faible

© BIU Santé

qu'elle soit. M. Richet a constaté encore que les deux couleurs simples, le bleu et le rouge sont toujours nettement perçues par l'œil.

Troubles trophiques réflexes. — M. Hallopeau communique un fait curieux de troubles trophiques réflexes observés chez un homme de son service à l'Hôpital temporaire. Cet homme avait de la bronchite et de l'emphysème : on appliqua successivement sur le côté gauche de la poitrine deux vésicatoires en huit jours. Le dernier empiéta sur le mamelon gauche. Il n'y eut pas d'accidents inflammatoires au niveau du vésicatoire ; mais, huit jours après, une mammite se développait sur le sein du côté opposé ; il y eut autour du mamelon une série de boutons volumineux et suppurés. Dans l'intervalle des deux mamelons, la peau ne présentait aucune espèce d'irritation. Voici d'après M. Hallopeau, l'explication admissible de ce fait : Les nerfs cutanés du mamelon gauche ont transmis à la moelle une excitation centripète d'où est résultée ensuite, par voie centrifuge, la lésion du mamelon droit.

M. Moreau fait remarquer l'analogie du fait de M. Hallopeau, avec ce qui se passe chez les malades atteints d'ophthalmie sympathique. Pareille chose a été signalée aussi à la suite de lésions traumatiques des nerfs des membres. Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 octobre 1878. — Présidence de M. Baillarger.

M. Bouley présente, au nom de M. Krishaber, une note ayant pour titre : *De la trachéotomie sous-cricoïdienne sur le cheval.* L'auteur, après avoir rappelé le mode opératoire adopté pour la trachéotomie sur le cheval, passe en revue les inconvénients sérieux qui y sont inhérents ; parmi ces inconvénients, nous citerons la dépréciation de l'animal que dépare la présence d'une canule sur une partie visible de l'encolure, la périchondrite possible. La trachéotomie pourrait être très-aisément exécutée sur le cheval, en épargnant complétement les anneaux de la trachée, ce qui permettrait de remédier aux inconvénients dont il vient d'être question. Le procédé opératoire, auquel M. Krishaber propose de revenir, faciliterait, en outre, le rétablissement de la respiration par les voies naturelles. Le larynx du cheval, très-court et ramassé, se trouve logé dans le pli que forme l'encolure avec la tête, cette dernière dissimulant le larynx incomplétement : une membrane très-étendue dans tous les sens (trachéo-cricoïdienne) rattache au larynx la trachée qui est extrêmement longue. Cette membrane est plus que suffisante pour l'introduction d'une canule du plus gros calibre. L'ouverture externe de la canule se trouve ainsi cachée entre les mâchoires de l'animal et les anneaux de la trachée sont complétement épargnés. Ce mode opératoire, auquel convient le nom de trachéotomie sous-cricoïdienne, présente en outre un avantage important au point de vue du rétablissement de la respiration par les voies naturelles. Comme la canule trachéale employée est munie d'une branche ascendante, celle-ci, dans la trachéotomie sous-cricoïdienne, atteint et dépasse les cordes vocales, de sorte que la glotte est maintenue béante par la présence même de l'instrument. Le rétrécissement laryngé cessant ainsi de fait, la communication directe entre les naseaux et la trachée se trouve rétablie, et l'on peut impunément fermer l'ouverture externe de la canule, ce qui permet d'autant plus facilement d'en dissimuler la présence. Il est permis d'admettre que la dilatation persistante de la glotte, obtenue par la branche ascendante de la canule, ait pour conséquence à la longue, la guérison définitive du rétrécissement laryngé, et devienne le plus puissant moyen de combattre le cornage.

M. S. Duplay fait la lecture d'un travail intitulé : *Des indications et des contre-indications de l'ovariotomie dans le traitement des kystes de l'ovaire.* L'auteur termine son travail par les propositions suivantes qui résument d'une manière générale les indications et les contre-indications de l'ovariotomie appliquée au traitement des kystes de l'ovaire : 1° avant de poser la question des indications et des contre-indications de l'ovariotomie, le chirurgien doit avoir établi un diagnostic aussi rigoureux que possible et pratiqué une ponction exploratrice ; 2° relativement à l'époque où il convient de proposer l'ovariotomie, je repousse l'opération précoce, et je considère que l'ovariotomie est seulement indiquée lorsque le kyste est devenu par son volume un motif de gêne excessive pour les malades, ou lorsque, par les accidents locaux et généraux, il détermine une cause imminente de danger pour la vie ; 3° l'ovariotomie tardive, quoique ne devant pas être adoptée comme une règle générale, n'est cependant pas contre-indiquée par l'existence des complications locales et générales les plus graves, telles que : péritonite, inflammation, suppuration, gangrène du kyste, émaciation extrême ; 4° l'ovariotomie est formellement contre-indiquée dans les cas de kystes de l'ovaire compliqués de maladies générales ou locales, indépendantes de la présence du kyste, et susceptibles d'entraîner par leur évolution ultérieure, la mort des malades ; 5° les diverses conditions locales dépendant de l'état du kyste (parois et contenu), de ses connexions (adhérences), de l'état du péritoine (ascite), ne sont que de médiocre importance au point de vue des indications et des contre-indications de l'ovariotomie. Je fais cependant deux exceptions à cette proposition générale : la première est relative aux kystes uniloculaires, à contenu séreux, non albumineux, pour lesquels l'ovariotomie me paraît généralement contre-indiquée ; la seconde est relative aux adhérences étendues du côté du petit bassin et des organes qui y sont contenus (utérus, vessie, et qui, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'ascite abondante, indiquent le plus souvent une affection maligne ou du moins très-complexe. Dans ce cas, sans proscrire définitivement l'ovariotomie, je conseillerais de la retarder autant que possible ; 6° enfin l'ovariotomie est applicable aux kystes de l'ovaire compliqués de grossesse, lorsque la vie de la mère et de l'enfant est directement menacée par le développement de la tumeur et que la ponction reste sans effet.

M. Colin lit un mémoire qui repose sur des expériences qu'il vient d'entreprendre *sur la neutralisation des virus dans l'organisme.* Dans ce travail, M. Colin fait, en effet, connaître les expériences relatives à quelques agents réputés anti-fermentescibles ou anti-virulents, c'est-à-dire l'iode à hautes doses, l'iodure de potassium, l'acide phénique, l'acide sulfurique, l'hyposulfite de soude, le borate de soude, le sulfate de fer, le sulfate de quinine. Ces prétendus agents anti-virulents, inoculés, n'ont pas même affaibli sensiblement la faculté contagifère après un grand nombre de transmissions successives ou de générations virulentes.

M. H. Bouley, appréciant la valeur des expériences de M. Colin, ne peut s'empêcher de les opposer aux faits rapportés par M. Davaine, ni de montrer les déductions désespérantes qui en résulteraient pour la thérapeutique des maladies virulentes. A. Josias.

Séance du 5 novembre 1878. — Présidence de M. Baillarger.

M. Brondel (de Brest) donne lecture d'une note relative à une modification qu'il a apportée au sphygmographe de M. Marey. A cette discussion se trouve joint l'appareil perfectionné par M. Brondel. Grâce à cet appareil, l'auteur croit avoir remédié à plusieurs causes d'erreur qui existaient avec l'instrument primitif : le curseur, qui faisait varier la pression exercée sur l'artère, a été supprimé et remplacé par deux cylindres verticaux, animés d'un mouvement de rotation constant et déterminé, en vertu duquel la bande de papier peut se tendre et le tracé s'effectuer. L'instrument, ainsi modifié, déroule une bande de quarante-cinq centimètres de long, ce qui permet d'obtenir toutes les modifications apportées sur le pouls par divers médicaments, ou par l'exercice, ou par les douleurs de l'accouchement, etc... Enfin la plume se trouve remplacée par un tire-lignes, ce qui permet d'obtenir, avec une encre quelconque, les tracés les plus fins et les plus nets. En résumé, pression constante sur l'artère, longueur considérable de tracé, emploi de tous les papiers et de toutes les encres, telles sont les modifications, tels sont les avantages apportés au sphygmographe de M. Marey.

M. J. Lefort fait la lecture de plusieurs rapports officiels sur les eaux minérales.

M. Le Dentu lit une *observation d'ovariotomie pratiquée à*

© BIU Santé

l'hôpital Saint-Antoine et suivie de guérison. Cette observation est accompagnée de quelques réflexions *sur le péritonisme* envisagé comme indication opératoire. Le péritonisme, d'après M. Gubler, est l'ensemble des phénomènes graves et souvent mortels qui viennent compliquer la péritonite ou plutôt les lésions quelconques des organes tapissés par le péritoine. Ce mot de péritonisme, s'applique aux faits qui relèvent de la pseudo-péritonite; il désigne également les phénomènes généraux de la péritonite vraie, lorsqu'ils affectent une gravité spéciale. — Le travail de M. Le Dentu a été renvoyé à une commission composée de MM. Trélat et Verneuil.

M. Rochard fait la lecture d'un rapport relatif à un mémoire de M. le docteur *Spiridion Lavitzianos* ayant pour titre : *Note sur la peste de Bagdad.* Ce travail a été lu dans la séance du 20 novembre 1877. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

32. Néphrite parenchymateuse.— Petit rein jaune ; par L. Capitan, externe des hôpitaux.

Le nommé Ress... Jean, âgé de 23 ans, coiffeur, est entré dans le service de M. le professeur Sée, le 24 mai 1878. Il avait été ramassé sur la voie publique pendant une attaque épileptiforme. Au poste de police, il en eut une seconde. A son entrée dans le service, il était très-affaissé, presque dans un état comateux et ce n'est qu'avec peine qu'on apprend quelques détails sur sa maladie. Il était arrivé depuis deux jours seulement à Paris, venant de province. C'était seulement quinze jours auparavant qu'il avait commencé à sentir un peu de malaise, à avoir quelques troubles dyspeptiques et que ses jambes s'étaient mises à enfler. Il affirme que jusque-là il s'était très-bien porté et n'avait eu aucun accident, sauf deux ou trois fois un peu de contracture de la mâchoire inférieure et par moments des contractions brusques de la face. Il n'indique pas d'autres acccidents, ne se souvient pas d'avoir été exposé au froid: il ne semble pas avoir été alcoolique; pas de syphilis. Il a l'air absolument hébété, la figure est très-pâle, un peu bouffie, les paupières légèrement dilatées ; il respire avec une certaine difficulté. Œdème assez considérable uniquement aux membres inférieurs; un peu d'œdème des bourses également. La température est abaissée à 36°,7 ; le pouls lent bat 52 pulsations par minute. L'examen du thorax est absolument négatif; tout au plus trouve-t-on quelques râles sibilants dans la poitrine. Il lui est impossible d'uriner ; on est donc forcé de le sonder et on retire une très-petite quantité d'urine sanglante renfermant des flots d'albumine.

Dans le courant de la journée, il a plusieurs attaques convulsives durant environ un quart d'heure chacune. Pendant l'attaque, la température monte à 38°.

27 *mai.* — Il est toujours aussi affaissé, sans avoir complètement perdu connaissance. La sensibilité générale, les sensibilités spéciales sont conservées; il remue facilement les membres. La température est de 37° ; le pouls toujours fort lent. Dans le courant de la journée il tombe dans le coma. A partir de ce moment il n'a plus d'attaques convulsives.

28 *mai.* — Le coma est moins profond; on peut encore arriver à lui faire comprendre ce qu'on lui dit ; mais la respiration est plus embarrassée. Il y a de la dyspnée assez forte. L'examen de la poitrine est toujours négatif; à peine les râles sibilants ont-ils un peu augmenté. Température 37° ; pouls 48. Dans la journée la dyspnée augmente peu à peu.

29 *mai.* — Il est complètement dans le coma; la dyspnée est très-intense. Il meurt dans la matinée.

Autopsie. — Œdème cérébral assez considérable. Les poumons sont fortement congestionnés et œdémateux; le *cœur* est assez volumineux ; la circonférence de l'orifice mitral est de 115 millim; épaisseur de la paroi du ventricule gauche 1 cent. ; poids de l'organe 400 gr. — Le *foie* est un peu congestionné; il pèse 1870 gr. A la surface intérieure de l'*estomac*, on trouve un grand nombre de vaisseaux sinueux et très-dilatés.

La *rate* est volumineuse, très-congestionnée; son poids est de 270 gr. Le *rein* gauche est un peu plus gros qu'à l'état physiologique ; il pèse 150 gr. Le droit est très-petit; il mesure 68 millim. de haut sur 34 millim. de largeur. Son poids est de 55 gr. Les deux reins ont du reste le même aspect. La capsule s'enlève facilement et la surface du rein est bosselée ; elle apparaît avec une teinte rouge pâle ; elle est parsemée de granulations blanchâtres ; pas de kyste. A la coupe, la zone corticale est rouge pâle; par places, elle est même absolument jaunâtre. Les pyramides de Malpighi ont une teinte rouge un peu plus foncée ; la consistance n'est pas considérable; le tissu rénal se laisse facilement déchirer. Les deux reins sont semblables. Le droit est cependant un peu plus résistant que le gauche ; il semble être à une période plus avancée et correspondre à cet état du rein que Johnson a désigné sous le nom de petit rein jaune, tandis que le rein gauche est encore à la période de la néphrite parenchymateuse connue sous le nom de gros rein blanc.

L'examen histologique sera pratiqué ultérieurement dans le laboratoire de M. le professeur Charcot.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 octobre. — Présidence de M. F. Guyon.

M. Verneuil dépose sur le bureau deux travaux de M. le docteur Bigelow : un traité des fractures et luxations de la hanche et un mémoire sur les procédés rapides de lithothritie.

M. Th. Anger, à propos du procès-verbal, revient sur la communication de M. Verneuil relative à la section des tendons dans certains cas de résections tibio-tarsiennes. Le fait qui lui est propre a trait à une fracture comminutive des deux jambes. Nous ne parlerons pas de la gauche; à droite, une plaie communiquait avec le foyer de la fracture, les désordres locaux étaient extrêmes ; on crut qu'avec la fracture des deux os de la jambe il y avait une luxation de l'astragale. Mais aucune opération immédiate ne fut jugée possible, car le malade était dans la stupeur. Une suppuration intense survint, du sphacèle, et au bout de quelques jours on put extraire, par la plaie, neuf centimètres de tibia. La résection fut régularisée; le pied mis dans un appareil en plâtre; les accidents disparurent, la brèche se combla et quand la cicatrisation fut opérée, on put constater qu'une régénération de six centimètres de tibia avait dû se faire, car le raccourcissement total n'était pas de trois centimètres. Pendant toute la durée du traitement, M. Anger eut à lutter contre une tendance manifeste du pied à se mettre dans l'équinisme. Mais le résultat obtenu a été excellent : il y a une véritable ankylose au niveau de l'ancienne mortaise péronéo-tibiale. Le varus ou le valgus n'existent à aucun degré et sauf un peu d'équinisme, le résultat obtenu est excellent. Aussi M. Anger se demande-t-il si l'opération proposée par M. Verneuil est très-utile. On veut obtenir l'ankylose ! Qu'on maintienne les parties dans une bonne position jusqu'à ce que cette ankylose soit parfaite : on n'aura plus à craindre la déviation produite par les muscles antagonistes, et l'on évitera ainsi une section tendineuse qui peut favoriser des fusées purulentes. M. Verneuil ne redoute-t-il pas que cette section de tendons ne provoque l'atrophie des muscles correspondants ?

M. Verneuil. Le fait intéressant que relate mon collègue M. Anger ne présente aucun rapport avec ceux que j'ai eus en vue ; en tous cas, loin de s'opposer aux considérations opératoires que je formulais, il leur prête un appui. Que voyons-nous? Une résection de tibia sans déviation consécutive ? Rien que de très-naturel puisque les tendons des péroniers et des jambiers n'avaient pas été rompus. Les muscles antagonistes ne pouvaient donc exercer une traction vicieuse. Certainement il n'y avait pas, dans ce cas, de sections tendineuses à pratiquer et je ne m'étonne point que les bandes élastiques aient combattu efficacement la tendance à l'équinisme exagéré. Je n'ai proposé que la section tendineuse de certains groupes lorsque les antagonistes ont été déchirés. Cette condition, je l'ai posée d'une manière absolue. M. Anger redoute les fusées purulentes ; mais qu'est une section tendineuse de plus ou de

© BIU Santé

moins dans les vastes délabrements d'une résection articulaire ? J'ajouterai, pour finir, que la déviation peut être très-tardive et se continue même un an après que l'ankylose paraît être obtenue. Enfin, je ne sache pas que la section tendineuse détermine l'atrophie musculaire ; dans les pieds-bots on constate, après la section des tendons d'Achille, l'atrophie du triceps sural ; mais l'atrophie était antérieure à la section et non produite par elle.

M. DE SAINT-GERMAIN secrétaire, lit une observation de M. PAQUET (de Lille), membre correspondant de la Société ; il s'agit d'un sarcôme fasciculé développé aux dépens de l'*aponévrose palmaire* de la main droite ; cette tumeur a été enlevée avec succès. M. Paquet insiste surtout sur le siége anormal du sarcome ; il n'a point trouvé d'observation où l'on ait noté l'implantation d'un sarcome sur l'aponévrose palmaire.

M. PILATTE (d'Orléans) lit, à l'appui de sa candidature à la place de membre correspondant de la Société, une observation de taille vésico-vaginale, pratiquée pour extraire un calcul long de cinq centimètres, large de quatre et épais de deux. La suture immédiate a été faite après abrasion d'une certaine quantité de la muqueuse vaginale des deux côtés de l'incision : la guérison était complète au bout de douze jours.

M. HENRI LEMEY lit, dans le même but, une observation de hernie étranglée en avant de laquelle se trouvait un ganglion volumineux qui coiffait la tumeur. L'opération a été faite le cinquième jour ; le malade a guéri.

M. LE DENTU présente un rapport oral sur l'observation lue, deux séances auparavant, par M. Terrillon, et relative à une extraction de balle de revolver fichée dans le rocher. L'extraction, essayée avec l'emploi d'un ingénieux appareil de M. Trouvé, ne put d'abord être opérée et quelques couronnes de trépan furent placées. Tout l'intérêt de cette observation réside dans le fait en lui-même, ajoute M. Le Dentu, aussi il demande à la Société de vouloir bien l'insérer dans ses Bulletins.

M. DESPRÉS demande à ce propos ce que l'on doit penser d'une assertion qui se copie de livre en livre et qu'on peut considérer comme classique ; c'est que, bien qu'il n'y ait que le trou d'entrée sans trou de sortie, la balle ne se trouve pas dans la plaie, ressortie qu'elle serait par son orifice d'entrée. Quant à lui, il croit cette assertion fausse.

M. LE DENTU croit le fait rare ; mais il le suppose possible ; il cite une belle observation de résection de l'extrémité supérieure de l'humérus pratiquée à la suite d'une fracture par projectile. La balle ne fut trouvée ni au milieu de l'os, ni dans les parties molles environnantes.

M. TILLAUX à cette observation en ajoute deux autres. Dans le premier cas, la blessure n'était pas profonde : M. Tillaux la sonde avec un stylet, il est tout étonné de ne pas trouver le projectile. Mais il se fait apporter le pantalon du blessé et voit qu'il n'avait pas été troué. La balle l'avait invaginé et par un mécanisme très-simple avait été retirée lorsque le malade fut déshabillé ; le deuxième cas est très-analogue à celui de M. Le Dentu. Il s'agit d'une résection tardive de la tête de l'humérus ; avant de suturer l'incision par laquelle la résection avait été pratiquée, M. Tillaux fend la tête de l'os et ne trouve pas le projectile ; il le cherche alors dans les parties molles avoisinantes, mais toutes les explorations furent vaines. Depuis, M. Tillaux a souvent revu son opéré ; mais jamais il n'a constaté trace de balle.

M. DESPRÉS accepte bien la première observation de M. Tillaux, mais ne croit pas plus à la seconde qu'à celle de M. Le Dentu. La balle n'a pas été trouvée, mais elle est quelque part dans les tissus. On sait les voyages qu'une balle peut faire ; il en a trouvé une au niveau de l'appendice xiphoïde et qui avait traversé la peau dans la région cervicale en aval du sterno-cléïdo-mastoïdien. Sauf de rares exceptions dans lesquelles prendraient place des faits analogues à celui de M. Tillaux, l'assertion de nos classiques est erronée. Quand il n'y a qu'un orifice d'entrée la balle est dans les tissus. P. REGLUS.

Séance du 6 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. F. GUYON.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dépose sur le bureau son *Etude historique sur la trépanation et les localisations cérébrales* ; il cherche à établir, dans ce mémoire, que la trépanation pratiquée déjà au temps préhistorique, n'est pas une opération aussi grave qu'on voudrait le dire maintenant. Il essaie de déterminer l'appui que peuvent prêter au trépan les connaissances actuelles sur les localisations cérébrales.

M. DELENS fait un rapport sur une communication de M. S. Pozzi, relative aux injections de blanc de baleine dans les hygromas que l'on veut enlever, et faites pour en rendre l'extirpation plus facile. Dans le cas rapporté, M. Pozzi vida d'abord le kyste pour en extraire le liquide, puis fit une injection de blanc de baleine à 59 degrés. La solidification en fut hâtée par des applications de glace : la dissection put alors être pratiquée avec la facilité la plus grande. Les suites de l'opération furent simples. M. Delens pense que ce procédé n'aura qu'un emploi restreint, mais pourra, dans certains cas, rendre un réel service.

M. VERNEUIL ouvre une discussion qui paraît devoir durer plusieurs séances, sur les corps flottants des articulations, leur extraction par la taille articulaire, et l'application du pansement ouaté antiseptique.

Dans le cas particulier, il s'agit d'un homme de 31 ans, robuste et bien bâti, n'ayant, comme antécédents morbides, que quelques accidents rhumatismaux. En décembre 1877, il ressentit quelques douleurs dans le genou droit ; puis, les douleurs s'accentuèrent, et au mois de mai 1878, il trouvait sur les côtés de l'articulation un corps étranger qu'il savait fixer par certaines manœuvres. Il vint réclamer l'intervention chirurgicale, et M. Verneuil, tenant compte des souffrances très-vives manifestées par le malade, se décida à pratiquer l'extraction par la taille articulaire. Les corps étrangers étaient au nombre de deux ; un volumineux situé à la partie interne et supérieure de la rotule, très-peu mobile et qu'on pouvait facilement saisir ; un autre, externe, beaucoup plus fuyant et qui, parfois, disparaissait plusieurs jours, sans que les manœuvres du malade pussent le fixer. L'opération allait être faite ; le patient était endormi, mais le corps flottant échappa à M. Verneuil sur le point de commencer l'incision ; on remit à un autre jour, et cette fois le corps fut fixé par des aiguilles à acupuncture. La section des téguments et des tissus fut faite directement sur le corps étranger ; l'opérateur arriva sur un tissu dur, blanc, nacré, que l'on prit pour le corps étranger lui-même ; mais l'énucléation ne fut pas possible. M. Verneuil incisa légèrement les parties superficielles de ce tissu ; le corps étranger était sous-jacent ; il s'échappa facilement par la plaie. Même opération pour le corps étranger externe ; ici encore, on constate l'existence d'un épaississement de la synoviale ; au-dessous était le corps étranger qui est extrait comme le premier l'avait été. M. Verneuil ne réunit pas les lèvres de la plaie ; il interposa même entr'elles un peu de tarlatane imbibée d'acide phénique ; il appliqua le pansement ouaté. Pendant l'opération, on avait pulvérisé de l'acide phénique, et avant l'opération le membre avait été lavé dans toute son étendue avec une solution forte de ce liquide. Les suites de l'opération furent des plus simples ; il n'y eut pas de fièvre ; la température ne s'éleva jamais jusqu'à 38 degrés. Au bout de vingt jours, l'incision externe était complétement cicatrisée ; l'interne aux trois quarts.

Le pansement a été fait et appliqué pendant 20 jours encore et définitivement enlevé après cette époque. Au bout de peu de temps, le malade quitta l'hôpital complétement guéri ; ne conservant qu'un peu de roideur dans l'articulation ; mais on doit espérer le retour intégral des mouvements articulaires. M. Verneuil met ensuite sous les yeux de la Société les corps étrangers qui présentent une forme et une structure spéciales, ils ressemblent à un morceau de savon blanc dont les tailleurs se servent pour corriger, à l'essayage, les défauts que peuvent présenter les habits. Ils se composent du tissu cartilagineux ; l'examen microscopique en a été fait par M. Nepveu.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. La très-intéressante communication de M. Verneuil vient ajouter un fait de plus à ceux qu'on publie depuis quelques années et qui ont été étudiés sous le nom d'*arthrotomie antiseptique* ; je n'ai pas besoin de rappeler les nombreuses observations de Sartroph (de Copenhague), de Lister, de Bœckel, et les faits isolés publiés par nombre

© BIU Santé

d'auteurs. M. Verneuil a employé le pansement ouaté de M. Guérin et obtenu un remarquable succès ; cependant je me demande si les résultats donnés par la méthode de Lister ne seraient pas encore meilleurs. J'ai fait une extraction de corps étrangers ; il n'y en avait point dans l'articulation, comme dans le cas de M. Verneuil ; mais il était très-volumineux et tellement placé que pour en faire l'extraction que je dus l'aborder par la partie externe du creux poplité; l'articulation fut ouverte et drainée ; la plaie suturée. Au troisième pansement, au bout de 8 jours, la cicatrisation était parfaite et, à la fin de la troisième semaine, le malade quitta l'hôpital ; les mouvements étaient complétement revenus dans leur intégrité première. Peut-être la courbe fut-elle un peu moins bonne que celle du malade de M. Verneuil ; il y eut un peu de fièvre dûe à l'écoulement imparfait du liquide articulaire par les drains. Mais je n'ai pas besoin de revenir sur l'excellence du résultat définitif.

En dehors de cette plus grande rapidité dans la cicatrisation, ce qui est un précieux avantage, il faut noter l'inutilité d'une immobilisation absolue ; je me contente de mettre le membre opéré dans une gouttière peu serrée et tout vient à souhait. Je sais bien qu'on a cité des cas malheureux : celui queSartorph lui-même communiquait à la Société de chirurgie. Mais le malade, qui mourut d'infection purulente, avait défait son pansement ; dans le cas de Bœckel, le drainage ne fut pas fait avec assez de soin. D'ailleurs ne cite-t-on pas des cas mortels lorsque le pansement ouaté a été employé ; mais je n'insiste pas, car je sais que souvent le pansement de M. Guérin a été mal appliqué ; et les insuccès peuvent ne pas être à sa charge.

Les arthrotomies antiseptiques par le procédé de Lister ne paraissent, je dois le dire, vu les nombreuses statistiques publiées, vu les nombreux cas que j'ai observés moi-même, une opération relativement innocente. M. Tarnier est présent ; je puis citer un fait que je viens d'observer dans son service. Une femme a une arthrite puerpérale du genou : la fièvre est intense, les douleurs intolérables, et la malade pendant plusieurs nuits consécutives réveille ses voisins par les cris que la souffrance lui arrache. Je fais la taille articulaire ; je draine avec soin l'articulation latérale en suturant la plaie avec soin; la douleur cesse aussitôt, la fièvre tombe et la guérison a été obtenue avec conservation des mouvements articulaires. Je pourrais ajouter d'autres faits d'arthrotomie pour des hydarthroses chroniques, mais je crois pouvoir conclure des faits précédents que la méthode antiseptique de Lister, pour l'extraction des corps étrangers articulaires du genou, donne des résultats peut-être préférables encore à ceux que fournit le pansement ouaté.

M. Gillette est grand partisan du pansement ouaté et cite à l'appui un fait personnel : un homme de 28 ans entre à l'Hôpital Temporaire, pour un corps étranger du genou avec hydarthrose. M. Gillette fait fixer le corps étranger par de bons aides et fait très-rapidement une incision qui lui permet de l'extraire ; puis applique immédiatement le pansement ouaté; il avait pris toutes les précautions pour que l'air ne pût pénétrer dans l'article. La plaie avait été recouverte de baudruche collodionnée : — le résultat fut magnifique — et au bout de quarante jours, lorsque la ouate fut enlevée, la cicatrice était parfaite. M. Gillette attribue l'excellence de son résultat à ce que, grâce à de bons aides, il put pratiquer rapidement l'opération.

M. Després dit qu'au demeurant, les corps étrangers articulaires sans complication d'arthrite sèche sont chose rare et que les opérations nécessitées par leur existence doivent être exceptionnelles. Il a le plus souvent déconseillé toute opération à des malades qui se présentaient à lui avec des corps étrangers ; la méthode de Goyrand (d'Aix) n'est pas d'ailleurs aussi mauvaise qu'on veut bien le dire ; deux fois, il l'a vu pratiquer avec succès, et, s'il échoue, le chirurgien doit bien souvent ne s'en prendre qu'à sa maladresse. On vient proposer maintenant « l'arthrotomie » comme une méthode générale, et cela, parce que dans des cas exceptionnels et pour des faits qui ne se rencontrent guère, on a obtenu quelques succès ; j'ai lu plusieurs observations données sous la rubrique d'hydarthrose chronique et traitées par la taille articulaire, mais il ne s'agissait là que de tumeurs blanches. Eh bien, il est possible que l'ouverture d'une tumeur blanche soit quelquefois utile ; ne nous arrive-t-il pas à tous d'ouvrir des abcès articulaires. M. Després ajoute que, du reste, les ouvertures de l'articulation ne sont pas toutes mortelles ; il cite plusieurs observations où des plaies pénétrantes se terminèrent heureusement. Faut-il en conclure pour cela que « l'arthrotomie » n'est pas une opération fort grave ? Qu'on ne propose pas aussi hardiment une pareille intervention.

M. Trélat remarque que tous ces faits sont justiciables de la statistique. C'est elle qui prononcera en dernier ressort et lorsqu'on pourra présenter un ensemble de résultats, cent ou cinquante par exemple, il deviendra possible de décider si la taille articulaire est oui ou non aussi innocente qu'on le dit. Si la mortalité ne dépasse pas trois à quatre pour cent, l'arthrotomie aura gain de cause. Mais ce n'est pas ce point qui, pour le moment, préoccupe M. Trélat ; il trouve que la question anatomo-pathologique n'est pas aussi entièrement vidée qu'on semble le croire. Les corps étrangers extraits par M. Verneuil n'ont pas l'aspect ordinaire ; ils ressemblent à des cartilages, non à des tissus fibreux ; d'ailleurs, le microscope a démontré qu'il s'agissait là de cartilage. Eh bien ! quelle théorie actuelle sur le développement des corps étrangers articulaires explique la formation de ce cartilage ? C'est ce point qui n'a pas été traité et qui ne paraît pas résolu pour M. Trélat.

M. le Président. Plusieurs orateurs sont inscrits, M. Verneuil viendra répondre à leurs objections ; M. Trélat soulève un point nouveau qui demande à être éclairci ; or, comme l'heure est avancée remettons la discussion à la semaine prochaine.

Pendant le cours de la séance deux commissions ont eté nommées : l'une composée de MM. Marjolin, Delens, Lucas-Championnière, Sée et Gillette, aura à juger les thèses déposées pour le prix Duval. L'autre, constituée par MM. Verneuil, Giraud-Teulon, Tillaux, Farabeuf et Terrier devra décerner le prix Laborie.

P. Reclus.

Le *PROGRÈS MÉDICAL* à l'Exposition.

Instruments de chirurgie (*Suite*).

Maison H. Galante. — Un grand journal politique, à propos de l'Exposition universelle, faisait remarquer les progrès considérables accomplis en France, depuis quelques années, par l'industrie du caoutchouc. La seule usine d'Henri Menier, à



Fig. 71.

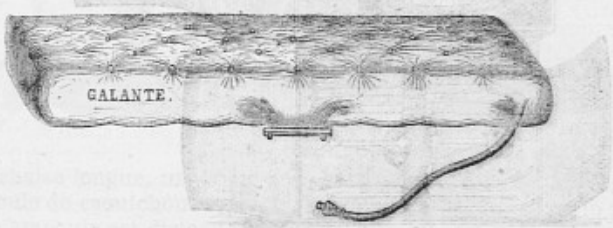


Fig. 72.

© BIU Santé

Grenelle, emploie chaque année pour la fabrication des objets en caoutchouc plus de 80,000 kilogrammes de matière brute. L'usage de cet agent mécanique se répand aussi de plus en plus

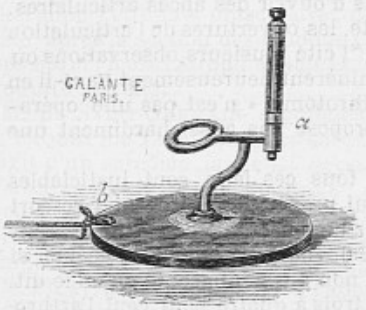


Fig. 73

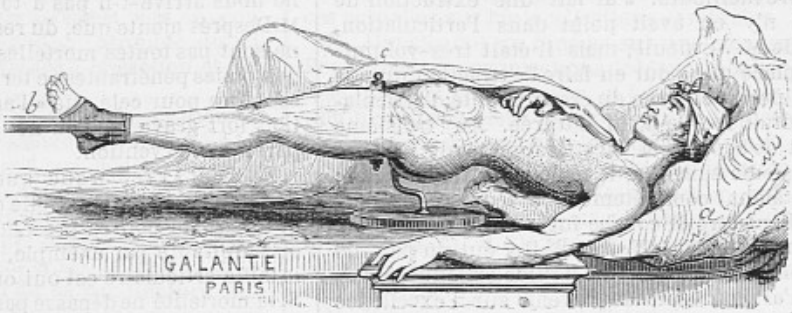


Fig. 74.

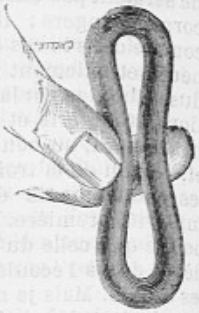


Fig. 75

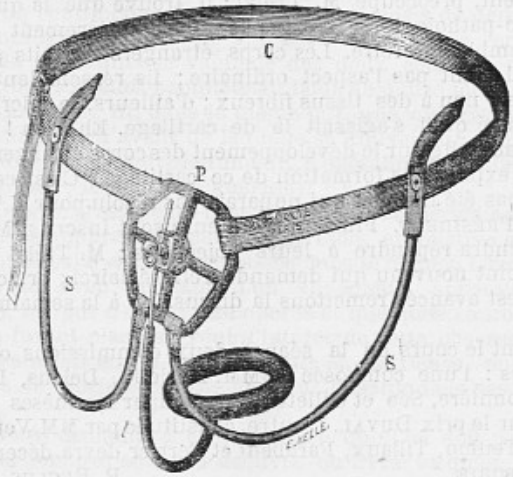
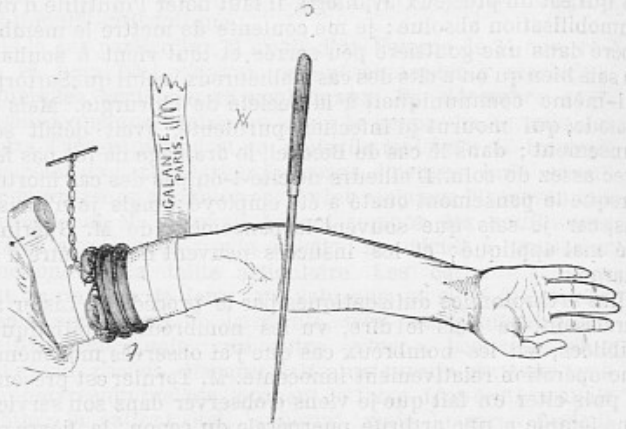


Fig. 76.



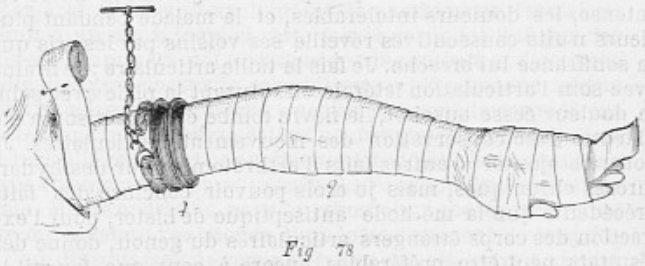


Fig 78

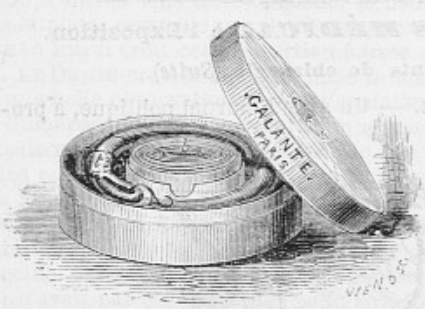




Fig. 77.

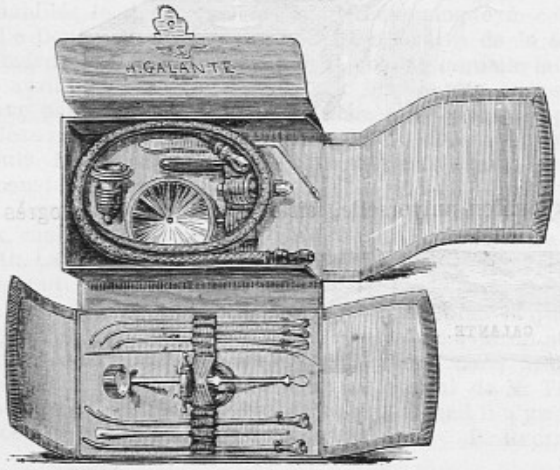


Fig. 79.

réussi à développer chacune de ses propriétés en trouvant une excellente pâte pour le caoutchouc rouge vulcanisé. Sa vitrine à l'Exposition universelle est, à cet égard, la plus complète et la plus remarquable.

La souplesse et l'élasticité du caoutchouc ont été employées pour la fabrication de *coussins à air*, tels que les coussins

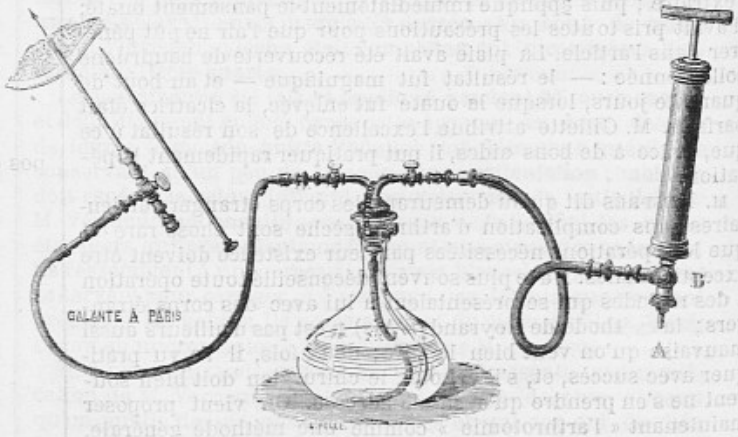


Fig. 80.

dans les instruments et appareils de chirurgie. Son élasticité, sa souplesse, son imperméabilité, sa résistance à l'action

pour fractures (Dr Gariel), destinés, soit à supporter le membre blessé, soit à transmettre doucement aux fragments

© BIU Santé

l'action des attelles ; les coussins pour préserver le sacrum des pressions qui amènent les escharres ; les coussins calcanéens, pour éviter la douleur du talon ; les coussins à compartiments pour supporter les membres atteints de brûlures, de plegmons diffus, etc. ; les coussins cervicaux, pour combattre l'attitude vicieuse du cou chez les enfants, dans le torticolis ; les *coussins à eau*, tels que le matelas à eau, si répandu dans nos hôpitaux (*Fig. 71*), et les appareils à irrigation continue. M. Galante a récemment imaginé un nouveau mode d'irrigation : l'eau froide circule dans un tube enroulé en cône formant bonnet pour la tête, ou disposé en spirale pour les membres atteints de fractures comminutives. Nous signalerons encore ses appareils à injection continue pour le vagin et le col de l'utérus : la femme étant étendue sur son lit ou sur une chaise longue, un premier tube amène l'eau dans une ampoule de caoutchouc introduite facilement dans le vagin ; cette ampoule est distendue par l'air qui lui est envoyé par un tube en communication avec une poire à air qu'on peut mouvoir facilement avec la main ; elle réagit sur l'eau, qui remplit le vagin, baigne le col de l'utérus et sort par un tube de décharge.

L'imperméabilité du caoutchouc a été utilisée dans les

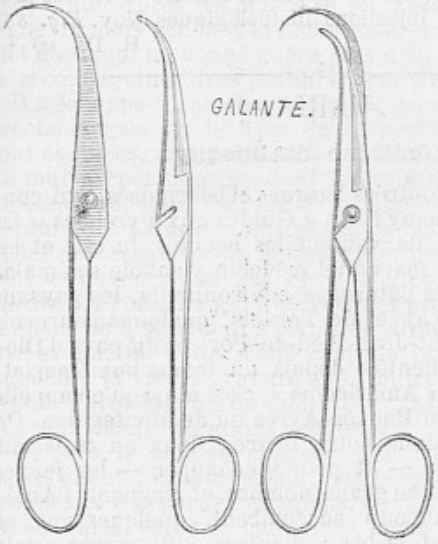


Fig. 81.

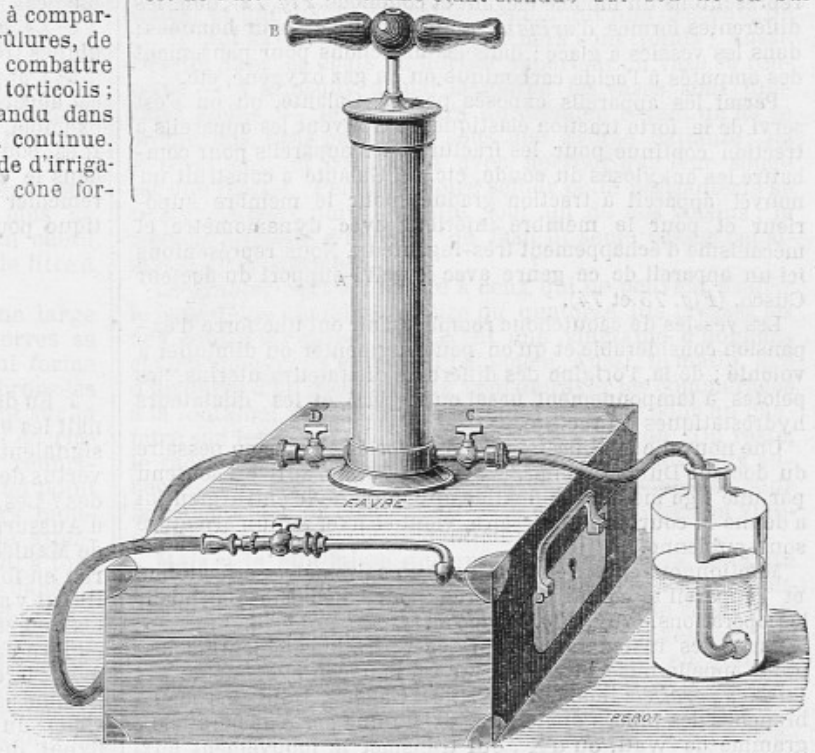


Fig. 82.



Fig. 83.

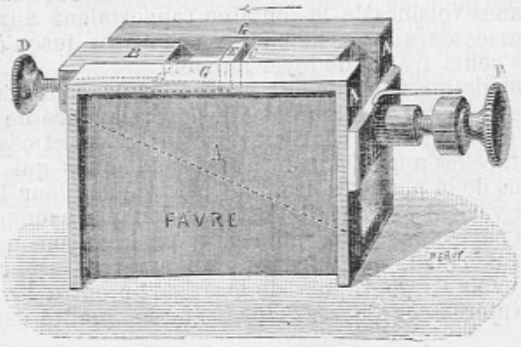


Fig. 84.

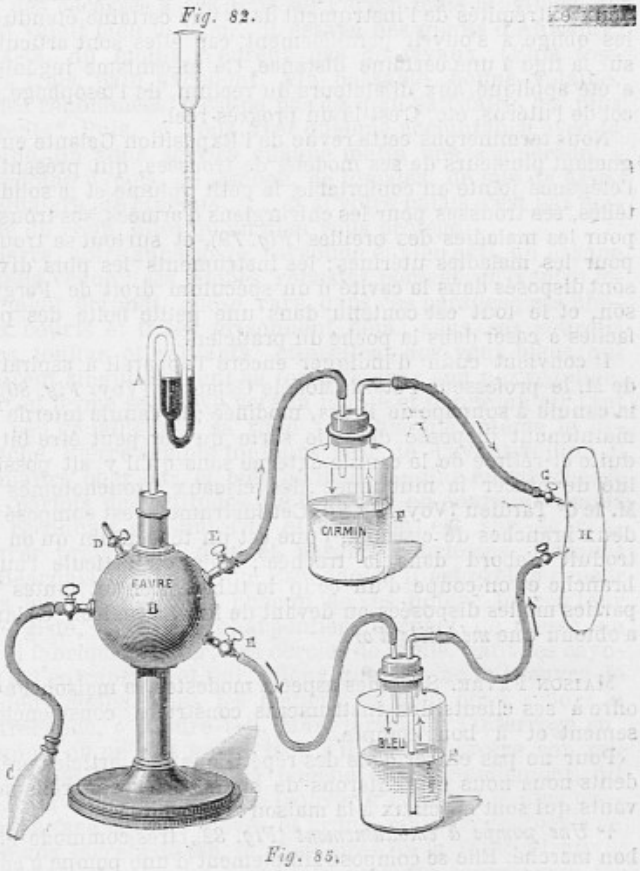


Fig. 85.

© BIU Santé

différents *tubes* (tubes à drainage, tube alimentaire dont nous représentons un modèle élégant et commode. *Fig. 72*) ; dans les différentes formes d'*urinaux* pour femmes et pour hommes ; dans les vessies à glace ; dans les manchons pour pansement des amputés à l'acide carbonique ou au gaz oxygène, etc.

Parmi les appareils exposés par M. Galante, où on s'est servi de la forte traction élastique, se trouvent les appareils à traction continue pour les fractures, les appareils pour combattre les ankyloses du coude, etc. M. Galante a construit un nouvel appareil à traction graduée pour le membre supérieur et pour le membre inférieur avec dynamomètre et mécanisme d'échappement très-ingénieux. Nous représentons ici un appareil de ce genre avec le pelvi-support du docteur Cüsco. (*Fig. 73* et *74*).

Les vessies de caoutchouc remplies d'air ont une force d'expansion considérable et qu'on peut augmenter ou diminuer à volonté ; de là, l'origine des différents dilatateurs uterins, les pelotes à tamponnement nasal ou vaginal, et les dilatateurs hydrostatiques du rectum.

Une nouvelle modification a été apportée à l'anneau pessaire du docteur Dumontpallier. (Voy. *Fig. 75* et *76*). Il est soutenu par une tige métallique flexible, qui, lorsque le chirurgien lui a donné la courbure nécessaire, vient se fixer sur un armature sous-pubienne.

Mentionnons encore en terminant un spiromètre perfectionné et l'appareil si connu d'Esmarch pour l'hémostase pendant les opérations. (Voy. *Fig. 77* et *78*).

Parmi les instruments pour les opérations chirurgicales, nous appellerons l'attention sur un nouveau système de *dilatation parallèle* imaginé par M. H. Galante. Entre les deux branches des pinces dilatatrices existe une sorte de parallélogramme de Watt, ou d'X., qui transmet le mouvement aux deux extrémités de l'instrument dans une certaine étendue et les oblige à s'ouvrir parallèlement, car elles sont articulées sur la tige à une certaine distance. Ce mécanisme ingénieux a été appliqué aux dilatateurs du rectum, de l'œsophage, du col de l'utérus, etc. C'est là un progrès réel.

Nous terminerons cette revue de l'Exposition Galante en signalant plusieurs de ses modèles de trousses, qui présentent l'élégance jointe au confortable, le petit volume et la solidité: telles, ses trousses pour les chirurgiens d'armées, ses trousses pour les maladies des oreilles (*Fig. 79*), et surtout sa trousse pour les maladies utérines: les instruments les plus divers sont disposés dans la cavité d'un spéculum droit de Fergusson, et le tout est contenu dans une petite boite des plus faciles à caser dans la poche du praticien.

Il convient enfin d'indiquer encore l'appareil à aspiration de M. le professeur Potain (Modèle Galante). (Voy. *Fig. 80*) et la canule à soupape de Broca, modifiée ; la canule interne est maintenant disposée de telle sorte qu'elle peut être introduite et retirée de la canule externe sans qu'il y ait possibilité de pincer la muqueuse ; les ciseaux bronchotomes de M. le dr Tardieu (Voy. *Fig. 81*). Cet instrument est composé de deux branches de ciseaux ; l'une est un ténaculum qu'on introduit d'abord dans la trachée ; puis on articule l'autre branche et on coupe d'un coup le tube aérien et toutes les parties molles disposées au devant de lui. La maison Galante a obtenu une *médaille d'or*.

Maison Favre. Sous des aspects modestes, la maison Favre offre à ses clients des instruments construits consciencieusement et à bon compte.

Pour ne pas entrer dans des répétitions des articles précédents nous nous contenterons de signaler les appareils suivants qui sont spéciaux à la maison :

1° *Une pompe à embaumement* (*Fig. 82*), très-commode et a bon marché. Elle se compose simplement d'une pompe à aspiration et à refoulement, qu'on visse dans une pièce taraudée sur le couvercle de la boite en chêne, qui la renferme avec ses accessoires.

2° *Un pulvérisateur* nouveau modèle dont nous donnons ici l'image, transformant en poussière le liquide médicament teux sans mélange de vapeurs aqueuses et autres liquides neutres (*Fig. 83*).

3° *La pince à torsion* de M. Tillaux, bien connue du public médical.

4° *Le microtome* de Lelong, permettant des coupes histologiques très-larges et très-fines (Voy. *Fig. 84*).

5° L'appareil à injection de M. Latteux. On peut à l'aide de cet appareil injecter à la fois plusieurs liquides colorés, par exemple, du bleu dans les veines et du rouge dans les artères. Il est pourvu d'un manomètre, et si quelque accident survint dans le corps de pompe ou dans les tubes, il est facile d'y remédier soi-même. C'est un appareil, à notre avis très-pratique pour les fines injections histoologiques (Voy. *Fig. 85*).

H. D.

VARIA

La fontaine d'Ahusquy.

I. En dehors des contrées basques et béarnaises, qui connaît les eaux d'Ahusquy ? Les « Guides aux Pyrénées » les signalent pourtant ; ils vantent les beautés du site et les vertus de la source, mais quel médecin y envoie ses malades ? Les bergers des pâturages environnants, les paysans d'Aussurrucq, d'Alçay et de Tardets, quelques bourgeois de Mauléon, de Saint-Jean-Pied-de-Port et du pays d'Oloron en forment la clientèle depuis un temps immémorial ; il faut y ajouter des « Américains », c'est ainsi qu'on appelle les anciens colons de Buenos-Ayres ou de Montevideo. On émigre facilement dans notre Béarn ; deux ou trois ans avant la conscription — et pour y échapper — les jeunes hommes s'expatrient en grand nombre et gagnent l'Amérique du sud ; beaucoup succombent, quelques-uns se fixent définitivement là-bas ; d'autres enfin, après avoir réalisé une petite fortune, retournent en France et, pour la plupart, s'établissent à Bordeaux. Mais l'amour de la montagne natale les tient toujours ; ils viennent chaque année y passer quelques mois, et Ahusquy est un des lieux qu'ils affectionnent.

Les registres des deux auberges qui sont à peu près tout le hameau, témoignent que, pendant l'été de 1877, quatre cent trente-une personnes se sont installées autour de la source, mais ce nombre doit à peine représenter la moitié des buveurs d'une saison ; beaucoup ne pourraient payer les frais d'hôtel, ils retournent tous les soirs chez eux, ou dorment la nuit dans les huttes de bergers, les « cayolars », comme on dit dans la Soule. Ces petites cabanes ont tout au plus quelques mètres carrés ; le mur d'enceinte, formé de gros moellons sans ciment, s'élève de deux à trois pieds au-dessus du sol ; il soutient un toit aigu fait de débris de schiste ou de planches façonnées comme des ardoises ; deux énormes galets constituent le foyer ; il n'y a pas de cheminée, la fumée s'échappe par les fissures de la bâtisse ; sur la terre nue, ou bien, dans les cayolars plus luxueux, sur une sorte de charpente horizontale, on jette quelques brassées de fougère ; le grand chaudron de cuivre rouge pour la fabrication des fromages et les vases de fer-blanc servant à la traite des brebis, complètent le mobilier. Avant la construction des auberges, les cabanes voisines de la fontaine rapportaient aux heureux possesseurs de ces hôtelleries primitives, jusqu'à deux ou trois cents francs de loyer annuel.

La population flottante est encore assez considérable ; de vastes pâturages entourent Ahusquy ; nombre de montagnes environnantes sont couvertes de gazon et ces prairies naturelles appartiennent à des communes qui louent aux gens de la plaine le droit de pâture pour leur bétail ; les prix varient suivant le district ; ici, par exemple, un mouton paye cinquante centimes durant la saison, une vache ou un cheval, deux francs. Un syndicat est chargé de percevoir l'argent, puis de le répartir entre les communes intéressées d'après l'étendue ou la qualité des herbages.

Mais chaque propriétaire de troupeau ne pourrait se permettre le luxe d'un berger ; il s'associe avec des voisins, et, au nombre de six ou sept, ils mêlent leurs brebis, mar-

© BIU Santé

quées, d'ailleurs, d'un signe distinctif, une large raie rouge ou bleue; cinq à six cents bêtes au moins, sont donc confiées à la garde d'un seul pasteur qui reste huit jours à la montagne; au bout de ce temps, il est remplacé par un autre, envoyé par le second propriétaire; la semaine suivante, un troisième viendra à son tour; c'est ainsi que se renouvelle sans cesse la nomade colonie qui vient, bêtes et gens, s'abreuver à la fontaine d'Ahusquy.

La source, d'un débit très-inconstant, est du reste peu abondante. Après les pluies, le jet s'élance avec plus de vigueur, mais pendant la sécheresse, ce n'est qu'un chétif filet d'eau qui ne donne guère plus d'un douzième de litre à la seconde, cinq litres par minute environ.

Il s'échappe d'une étroite fissure, au niveau d'une large brèche coupée sur le flanc de la montagne; les terres se sont éboulées, mettant à nu la roche schisteuse qui forme un mur perpendiculaire dont les teintes noires, bronzées ou blanches, selon les jeux de la lumière, tranchent sur la verdure des pâturages environnants. On ne saurait décrire l'effet pittoresque de la fontaine aux heures où se réunissent les buveurs : du bas de la montée, on n'entend point encore les rumeurs qui s'élèvent des groupes; leurs mouvements se distinguent à peine, on dirait une foule attentive et muette. Cette scène rappelle invinciblement à tout huguenot la vieille gravure que l'on trouve encore dans les familles protestantes du midi : Une *Assemblée au désert*, à l'époque des persécutions religieuses.

De près, le tableau change ; tout ce monde se remue, parle, chante, rit aux éclats; les bergers ont laissé leurs troupeaux à la garde des chiens. Coiffés du béret, chaussés de sandales, vêtus de leur veste bleue et du pantalon de velours que retient la ceinture rouge, ils s'échelonnent sur les gradins naturels qui s'étagent au-dessus de la source, ils dominent l'étroite terrasse où les buveurs se pressent; ils agitent leur « maquila », le redoutable bâton des basques, interpellent les jeunes filles et se gaussent volontiers de l'ignorant qui ne comprend pas leur langue. L'assistance est trop nombreuse pour que chacun puisse approcher de l'unique robinet, mais la complaisance est extrême; d'ailleurs, tous ici se connaissent dès le premier jour ; les plus voisins de la fontaine prennent le verre pour le remplir, on se le passe à la ronde et, parfois, on a la chance de recevoir le gobelet des mains de quelque rustique et charmante Rébecca.

De temps à autre, deux ou trois brebis altérées fendent les groupes sans façon ; elles se dressent pour atteindre le tuyau et appuyant leurs pieds de devant sur la margelle, ouvrent la bouche pour recevoir le filet d'eau, ou bien entourent le robinet de leurs lèvres et boivent de par une méthode que jusqu'ici je croyais toute humaine; elles prennent leur temps, mais il faut que leur station à la source soit bien longue pour lasser la patience de leurs bergers. Le gros bétail est plus discret; il forme, à quelque distance, un cercle autour des buveurs, attendant, pour s'approcher de la fontaine, que les abords en soient devenus libres. Parfois cependant, quelque vache plus émancipée essaie de traverser la foule ; un coup de « maquila » sur le mufle la met bien vite à la raison.

Ahusquy possède en tout quatre maisons dont l'aspect n'a rien d'enchanteur ; à la nuit tombante, lorsque le paysage n'a pas encore révélé tout ce qu'il a de charmes, l'arrivant se demande avec terreur de quelle vie il vivra pendant ses vingt et un jours réglementaires. Les deux auberges principales sont bâties sur le même modèle : la façade, badigeonnée de jaune rougeâtre, est percée de dix petites ouvertures munies de contrevents sang de bœuf; on entre par une porte basse; à droite, on voit une cuisine enfumée d'où s'échappe à flots une odeur pénétrante d'ail et de jambon ; à gauche, une salle à manger assez propre ; en face, un escalier sombre mène au premier étage divisé en deux par un corridor sur lequel s'ouvrent, de chaque côté, cinq chambres ou plutôt cinq cellules, dont le mobilier est des plus simples : un lit de bois, une table à peine rabotée, une mauvaise chaise... nous allions oublier une glace mal étamée et toute gauchie, grande comme les deux mains, et une loque de camelot simulant une descente de lit. Il faut savoir comme les planchers sont joints ! Aussi, lorsque dans les ébats du dortoir supérieur un vase se renverse — à Ahusquy de par la source les vases sont toujours pleins, — les dormeurs du premier rêvent qu'ils se promènent, sans parapluie, sous une averse battante; ils se réveillent, et constatent avec horreur que leur songe est une réalité. Pendant notre séjour cette plaisanterie se renouvela deux nuits de suite pour un de nos voisins ; la menace formelle d'un coup de fusil fit seule cesser cet aimable divertissement.

Le grenier sert de refuge à ceux qui ne peuvent s'offrir le luxe d'une chambre. Douze ou quatorze lits pressés les uns contre les autres, reçoivent une vingtaine d'hommes et de femmes qui s'entassent pêle-mêle. Aussi, le matin, que d'histoires d'un goût douteux vont défrayer les commérages à la fontaine! On pourrait largement y puiser pour un chapitre sur les mœurs patriarcales du pays basque. Du reste, le sacré n'est pas loin du profane ; dans l'une des deux auberges, une cloison distrait une partie de la soupente pour la transformer en chapelle; c'est là que les prêtres en villégiature disent leur messe quotidienne.

Mais si le gîte laisse quelque peu à désirer, la table, du moins, est parfaite : mouton bouilli, mouton en sauce, mouton braisé, mouton grillé, mouton rôti... chaque repas vous offre du mouton deux fois, trois, le plus souvent. Or, je vous le jure, on ne le trouve point monotone: en quittant Ahusquy, vous regrettez le mouton, et peut-être en emportez-vous pour le savourer encore à la première étape. Un noble seigneur de Mauléon racontait qu'il envoyait autrefois des bécasses à ses amis de Paris; mais le gibier du Nord valait bien le sien... il essaya des gigots d'Ahusquy. Ceux-là, du moins, n'eurent pas de rivaux. Œufs toujours frais, pain excellent, vin passable, bonne volaille, truites renommées, n'est-ce pas de quoi satisfaire les plus exigents? Puis, si vous avez quelque accointance avec la cuisine, on vous servira chaque matin une « pipérade, » macédoine d'œufs, de jambon, de tomates, de mie de pain, de vinaigre, de piments....., et si votre palais n'est pas emporté du coup, dites qu'un dieu vous protége.

Pierre, notre aubergiste, est solide et bien bâti, un basque de belle venue : ses jambes robustes portent un ventre légèrement arrondi, chose rare dans ces parages ; ses cheveux courts et frisés grisonnent déjà ; sous ses sourcils noirs, touffus et saillants, étincellent des yeux bleus qui éclairent singulièrement sa forte figure ; son nez régulier, droit et ferme se relève vers la pointe et donne un air tant soit peu gouailleur à sa rude physionomie. Même le dimanche, Pierre semble toujours rasé de l'avant-veille ; il est maître chez lui, et bien qu'il se dandine en marchant, il a parfois des attitudes de Neptune en courroux ; mais qui reconnaît son autorité et s'incline, est sûr de rencontrer protection, aide et paroles courtoises. Basques ou Béarnais, Français ou Espagnols, il est prêt à causer dans leur langue avec chacun de ses hôtes ; tour à tour aubergiste, boucher, charpentier, servant de messe en été, il fabrique, l'hiver, des cercles de tamis, bâtit des cayolars à l'entreprise, et nul, mieux que lui, ne fait œuvre de ses deux mains. Tous les métiers lui sont bons, « hors la contrebande, » assure-t-il. Mais lorsqu'on l'interroge sur ce point, on ne sait guère trop s'il faut en croire son œil qui semble dire oui, ou sa bouche qui, formellement, dit non. Son auberge a beau se trouver à l'endroit le plus propice, en face de cols élevés et ardus, mais accessibles à sa mule aux jarrets de fer, là, tout près de la forêt d'Iraty... « Non, Monsieur, non, jamais la moindre contrebande ! »

Et pour mieux vous convaincre, il vous raconte les tentations violentes qui assaillirent sa vertu lors de la guerre carliste : « Cent mille francs, Monsieur, qu'on m'offrait pour faire passer en Espagne vingt-deux mille fusils! » Les expéditeurs se chargeaient de les lui remettre au point qu'il indiquerait lui-même, vers Aussurrucq, Alçay ou Tardets ;

© BIU Santé

il n'avait plus qu'à franchir la Montagne-Noire et déposer les ballots d'armes dans les bois d'Iraty; Pierre fut héroïque ; mais ce n'est pas sans un soupir de regret qu'il ajoute : « Les fusils passèrent par Baïgorry ; un autre a eu les cent mille francs. » Les douaniers ne paraissent pas croire à l'innocence de notre ami ; un brigadier le catéchisait doucement devant nous: « Vous gagneriez plus en vous mettant de notre bord ; si vous vouliez nous aider, on vous donnerait cent francs par prise importante » Il se récrie avec indignation ; Pierre ne mange pas de ce pain là !

Sa maison, dont le terrain est loué pour une période de 99 ans, est assise à mi-montagne, à 904 mètres au-dessus du niveau de la mer ; elle regarde un des plus beaux horizons pyrénéens, et je ne sais qu'un endroit — Orion — où le pic d'Anie se dresse au loin avec plus de calme sérénité. Au pied de la terrasse naturelle où l'on a bâti l'auberge, la pente est si abrupte qu'elle retient à peine quelques lambeaux de gazon ; les brebis cependant y trouvent à paître et leur blanc troupeau se détache sur le gris-ardoisé de la roche et le feuillage luisant des houx.

(*A suivre*).

Simple problème.

Etant données, d'une part la négligence d'un serviteur qui oublie de fermer une porte, d'autre part, l'étourderie d'un directeur qui lance à la légère, une accusation de complicité dans ce qui serait un crime, et sachant d'ailleurs que le premier a subi une retenue d'une quinzaine de son traitement, soit de 11 francs 50 centimes, déterminer la peine disciplinaire encourue par le second ?

Ce problème a été posé par l'arrêté suivant, dont la date indique suffisamment qu'il a été pris spontanément par l'Administration, et que nos réflexions ne l'ont nullement provoqué.

ADMINISTRATION GENERALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

PERSONNEL

N° 899.

LE DIRECTEUR DE L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE,

Vu.....

Sur le rapport du Secrétaire général,

Arrête :

Une retenue de quinze jours de traitement (du 1er au 15 octobre) est infligée à titre de peine disciplinaire au sieur Desmaliers, garçon d'amphithéâtre à l'Hôtel-Dieu.

Extraits du présent arrêté seront transmis aux Divisions compétentes, à la Caisse et au Directeur de l'hôpital intéressé.

Fait à Paris, le 22 octobre 1878.

Signé : Michel MÖRING.

Pour extrait conforme :

Le Secrétaire général,

D'ECHÉRAC.

Depuis plus de quinze jours donc, car il importe de proportionner exactement les peines aux fautes, les algébristes de l'Assistance publique travaillent à établir l'équation d'où ressortira l'inconnue. La solution se faisant attendre, nous avons pensé que, peut-être, il se trouverait parmi nos lecteurs des mathématiciens qui aimeraient à s'exercer sur une question qui paraît ardue.

On a déjà un certain nombre de renseignements, que nous nous étions efforcé de préciser autant que possible, et en se reportant au *Progrès médical* du 26 octobre, il sera facile d'évaluer très-approximativement le poids de la bévue directoriale. Mais on devra se garder, pour ne point courir risque d'exagération, de faire entrer dans les calculs des éléments d'appréciation que l'on pourrait recueillir ailleurs.

Par exemple, il ne faudra tenir compte d'une opinion très-répandue, qui attribuait au directeur l'intention de soumettre à l'examen médico-légal le personnel féminin de l'établissement, sans nulle exception. On fera bien aussi de négliger absolument le sergent de ville secourable dont le glaive aurait, selon un honorable conseiller municipal, médecin des hôpitaux, tranché le cordon du fœtus sur la voie publique. Autant vaudrait faire intervenir l'épée d'Alexandre ou le sabre du prince d'Orange. Ces renseignements et autres semblables sont très-incertains, sinon erronés et doivent être rigoureusement écartés, pour s'en tenir aux données par nous fournies.

Ce premier terme de l'équation établi, il faudra déterminer, avec la même sollicitude et la même précision, le degré de culpabilité du pauvre diable de garçon d'amphithéâtre. On se souviendra que, s'il a eu le tort de laisser sa porte ouverte, il n'a pas du moins essayé de cacher sa première faute en en commettant une seconde. On se dira qu'il lui était facile de se taire, de faire disparaître ce malencontreux fœtus par un procédé quelconque, qu'alors personne n'aurait su si l'amphithéâtre était ouvert ou fermé, et qu'en somme, s'il est châtié, c'est bien un peu parce qu'en définitive, après une première infraction, il s'est conformé à son devoir. Toutefois, on évitera d'aller trop loin dans cette voie et de s'imaginer que le sieur Desmaliers a été frappé pour avoir maladroitement jeté son directeur dans une fâcheuse aventure. Cette hypothèse inadmissible rendrait le problème insoluble ou ne conduirait qu'à des solutions irrationnelles.

En suivant ces recommandations, on arrivera certainement et sans trop grandes difficultés, à la réponse demandée, Quand une fois on l'aura trouvée, il sera parfaitement inutile de nous la communiquer, car, à coup sûr on aura été prévenu par une décision administrative. En douter serait faire injure à l'impartialité bien connue de M. le Directeur général de l'Assistance publique.

E. T. (CL. FROLLO.)

Statistique des élèves de la Faculté de médecine de Paris.

Classification des élèves au 1er novembre 1878. — Le nombre des étudiants a été pendant l'année scolaire 1877-78 de..... 5.035

Sur ce nombre 627 ont quitté la Faculté après avoir reçu le titre de docteur, ou par suite de décès ou par suite de changement de Faculté..... 627

Il reste donc au commencement de l'année scolaire 1878-79, élèves. 4.408

Ce nombre se décompose ainsi :

1° Elèves de 1re année, c'est-à-dire qui ont de 1 à 4 inscriptions ; qui n'ont pas subi le 1er examen de fin d'année ou qui, ayant échoué à cet examen sont obligés de redoubler l'année..... 676

2° Elèves de 2e année, c'est-à-dire qui ont de 4 à 8 inscriptions ; qui n'ont pas subi le 2e examen de fin d'année ou qui ayant échoué à cet examen, sont obligés de redoubler l'année..... 538

3° Elèves de 3e année, c'est-à-dire qui ont de 8 à 12 inscriptions ; qui n'ont pas subi le 3e examen de fin d'année ou qui, ayant échoué à cet examen sont obligés de redoubler l'année..... 530

4° Elèves de 4e année c'est-à-dire qui ont de 12 à 16 inscriptions. 576

5° Elèves qui n'ont encore subi aucun examen de doctorat..... 595

6° Elèves ayant subi un ou plusieurs examens de doctorat..... 1.493

Total..... 4.408

Le nombre de 4,408 élèves va s'accroître du nombre des élèves qui s'inscrivent actuellement à partir du commencement de l'année scolaire et qui les années précédentes était de 730 en moyenne.

Le secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Faculté de médecine de Paris.

Cours de clinique médicale. — Hôpital de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. SÉE reprendra son cours de clinique médicale le lundi 11 novembre 1878, et continuera ses leçons les lundis et vendredis à 9 heures précises. Le mercredi, démonstrations histologiques et chimiques. Visite des malades tous les jours à 8 heures.

Cours de clinique médicale. — Hôpital de la Pitié. — M. le professeur LASÈGUE reprendra son cours de clinique médicale le jeudi 14 novembre 1878, à 8 heures du matin et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure. — Visite des malades à 8 h. 1/2 tous les jours. — Le lundi, consultation externe ; le mardi, conférence clinique ; le mercredi, conférence d'anatomie pathologique ; le jeudi, leçons à l'amphithéâtre ; le vendredi, conférence de chimie pathologique ; le samedi, leçons à l'amphithéâtre.

Cours d'anatomie. — M. le professeur SAPPEY commencera son cours d'anatomie le lundi 11 novembre 1878 à 4 heures et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivant à la même heure.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur

© BIU Santé

PARROT commencera son cours le mardi 12 novembre 1878, à 5 heures et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivant à la même heure.

Cours de pathologie médicale. — M. le professeur JACCOUD commencera son cours de pathologie médicale le mardi 12 novembre à 3 heures et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Cours d'opérations et d'appareils. — M. le professeur Léon LE FORT commencera son cours d'opérations et d'appareils le mardi 12 novembre à 4 heures et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Clinique médicale. — M. le professeur HARDY reprendra son Cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité le mardi 12 novembre 1878, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants.

Clinique médicale. — M. le professeur POTAIN reprendra son Cours de clinique médicale à l'hôpital Necker, le lundi 18 novembre 1878, et le continuera les vendredis et lundis suivants.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur TRÉLAT commencera son cours de pathologie chirurgicale le lundi 18 novembre 1878, à 4 heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours de physique biologique. — M. le professeur Gavarret commencera ses leçons de physique biologique le lundi 11 novembre, à 5 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Médecins militaires.

La nouvelle loi sur les pensions de retraite des officiers a dû faire modifier les tableaux de tarifs de solde. On lira avec intérêt la situation financière faite à nos confrères de l'armée.

Le médecin et le pharmacien aide-major de 2e classe ont une solde nette, par an, de 2,477 fr. 75, soit par mois 206 fr. 48, ou 6 fr. 86 par jour. — Le médecin et le pharmacien aide-major de 1re classe ont une solde nette, par an, de 2,547 fr. 55, soit par mois 212 fr. 30, ou 7 fr. 08 par jour.

Le médecin et le pharmacien-major de 2e classe ont une solde nette, par an, de 3,594 fr. 49, soit par mois 299 fr. 54, ou par jour 9 fr. 98. — Le médecin et le pharmacien de 1re classe ont une solde nette, par an, de 5,367 fr. 55, soit par mois 497 fr. 30, ou par jour 16 fr. 58. — Le médecin et le pharmacien principal de 2e classe ont une solde nette, par an, de 7,084 fr. 28, soit par mois 590 fr. 36, ou par jour 19 fr. 68.

Le médecin et le pharmacien principal de 1re classe ont une solde nette, par an, de 8,619 fr. 80, soit par mois 718 fr. 32, ou par jour, 23 fr. 94. — Enfin les médecins et les pharmaciens inspecteurs ont une solde nette de 12,563 fr. 27, soit par mois, 1,046 fr. 94, ou par jour 34 fr.. — (*Gazette des hôpitaux*).

27. De la cayaponine, son action purgative.

M. Gubler déclare tsnird'un confrère distingué du Brésil des péponides de cayapona globulosa (de la famille des cucurbitacées), dont il montre des échantillons. C'est un purgatif drastique très-énergique, usité dans la médecine vétérinaire du pays. On en a retiré un alcaloïde : la cayaponine. C'est cet alcaloïde dont il s'est servi en solution au centième. Un de ses externes ayant avalé quelques gouttes de cette solution, qu'il avait versées dans sa main, eut, moins d'une demi-heure après, une garde-robe très-abondante suivie de plusieurs autres, sans aucune colique. Un malade à qui M. Gubler en a administré 6 milligr. eut également au bout de fort peu de temps, des évacuations excessivement abondantes et sans coliques. L'auteur s'est alors demandé si, à l'instar de ce qu'on a fait pour l'émétique, on ne pourrait pas essayer d'employer un purgatif aussi énergique sous forme d'injection sous-cutanée. Une injection de 6 milligrammes fut pratiquée sous la peau du ventre d'un saturnin, et on ne remarqua rien d'anormal au moment de l'injection. Dans le courant de la journée, l'externe constata à l'endroit de la piqûre une tumeur énorme très douloureuse : le lendemain la même tumeur existe avec un empâtement œdémateux suivant la déclivité du flanc gauche, et autour de la piqûre existe une auréole ecchymotique très-éloignée du centre ; il n'y a pas d'inflammation ; c'est tout au plus si la peau présente une légère teinte rosée. M. Gubler signale, de plus, des espèces de nodosités ramifiées partant du centre de la tumeur, comme si le réseau lymphatique avait été intéressé. Cette tumeur persistait encore 17 jours après l'injection. Il faut ajouter qu'il n'y eut pas l'ombre d'effet purgatif. On peut se demander si, dans ce cas, il n'y a pas eu hyperémie des vacuoles du tissu cellulaire, tout comme dans son emploi par le tube digestif il y a hyperémie de la muqueuse intestinale. — (*Bulletin de thér.*).

Enseignement médical libre.

Hospice de la Salpêtrière. — M. CHARCOT recommencera ses conférences cliniques le dimanche 10 novembre à 9 heures 1/2.

Cours de pathologie interne. — M. le docteur SEVESTRE reprendra son cours le lundi 18 novembre, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis vendredis et samedis à la même heure. Il étudiera d'abord les *maladies des reins* puis les *maladies générales*.

Pathologie externe. — MM. DURET, HENRIET, et SCHWARTZ feront un cours complet de *Pathologie externe* à l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique tous les jours de 8 heures à 9 heures du soir. Le premier cours aura lieu le lundi 11 novembre.

Cours de pathologie externe. — MM. PEYROT et RECLUS commenceront leur cours le lundi et le mardi 11 et 12 novembre, à heures dans l'amphithéâtre n° 3 et le continueront tous les jours, à la même heure.

Pathologie interne. — M. le docteur QUINQUAUD, médecin des hôpitaux, commencera son cours de pathologie interne, à l'école pratique, le mardi 12, à sept heures du soir.

Ophthalmologie. — M. le docteur LANDOLT fera des démonstrations cliniques les mercredis et samedis de chaque semaine à 1 heure, à sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts.

Maladies des voies urinaires. — M. le docteur DELEFOSSE commencera son cours à l'Ecole pratique sur la chirurgie des voies urinaires, le mardi 12 novembre à 7 heures du soir, amphithéâtre n° 3, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Gynécologie. — M. le docteur de SINÉTY commencera son cours à l'Ecole pratique, le mercredi 20 novembre, à 5 heures, et le continuera les mercredi et samedi à la même heure.

NÉCROLOGIE

Mort du Dr Léon Maunoir.

Un de nos amis, collaborateur et ancien collègue, vient de mourir. Léon MAUNOIR, fils et petit-fils de médecins, dont Genève garde pieusement la mémoire, meurt à 30 ans! Quelle lamentable histoire que celle de notre ami : frappé d'hémoptysie le jour même de sa nomination à l'internat de Paris (décembre 1872), Maunoir n'en continue pas moins ses études avec l'entrain qu'il apportait à toutes choses, et, pendant quatre années, ne cesse de se faire aimer de ses chefs et rechercher de ses collègues pour la distinction de son caractère et la sûreté de ses relations. Esprit ouvert, cœur dévoué, intelligence vive, facilité de travail, Maunoir, qui aurait eu tout pour lui s'il avait possédé la santé, était sans conteste un des jeunes hommes les plus distingués de la phalange de brillants internes que nous a donnés la Suisse.

Successivement attaché à Saint-Louis, à Saint-Antoine, à Cochin et à l'Enfant-Jésus, Maunoir se fait partout apprécier par son ardeur au travail et par son dévouement pour les malades. C'est alors qu'il fait d'importantes communications à la Société anatomique, qu'il publie, dans le *Progrès*, des leçons de ses maîtres, MM. Duplay et Bucquoy; c'est alors enfin, que, ému de la mortalité des petits malades de l'hôpital de la rue de Sèvres qu'il voit mourir, trop souvent, de la *maladie qu'ils y contractent et non de celle pour laquelle ils y sont entrés*, il a le courage d'écrire sa thèse (*De la contagion à l'hôpital des Enfants*, 1876) qui est un chaud plaidoyer pour l'isolement hospitalier et la condamnation scientifique du système, encore en vigueur, qui consiste à mêler les diphthéritiques et les rubéoliques aux malades ordinaires.

Cependant, la santé de Maunoir faiblissait visiblement et donnait à ses amis les plus sérieuses inquiétudes : c'est alors qu'il résolut d'aller en Egypte exercer la chirurgie vers laquelle l'attiraient de réelles aptitudes autant que ses enseignements de famille. Maunoir revint du Caire souffrant et désillusionné : perdant, à partir de ce jour, tout espoir de guérison, il suivit, pas à pas, stoïquement, les progrès lents, mais incessants, de la maladie contre laquelle n'ont pu le défendre ni les soins ni le dévouement d'une famille qui jamais ne se lassèrent. C'est hier, à Southampton, au moment de s'embarquer pour Madère où il avait rêvé mourir, que Maunoir a succombé dans les bras de sa mère et de sa sœur auxquelles nous voudrions envoyer, comme soulagement dans leur extrême douleur, le souvenir de tous ceux qui ont connu l'esprit loyal et généreux qu'elles viennent de perdre et sur la longue agonie duquel elles ont veillé avec une énergie toute virile et une tendresse toute maternelle.

Dr LANDOUZY.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 7 novembre 1878, on a déclaré 870 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 20; rougeole, 4; scarlatine, 1; variole, 3; croup 13; angine couenneuse, 16; bronchite, 37; pneumonie 63; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 12; choléra nostras, » ; dysenterie, 2; affections puerpérales 4; érysipèle, » ; autres affections aiguës, 228 ;

© BIU Santé

affections chroniques, 395 dont 163 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales 47 ; causes accidentelles, 25. — Les 870 décès ci-dessus donnent une proportion de 22,8 par 1,000 habitants et pour l'année.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 31 octobre 1878, on a déclaré 779 décès, savoir: Fièvre typhoïde, 23 ; rougeole, 2 ; scarlatine, 1; variole, 2 ; croup, 21; angine couenneuse, 10; bronchite, 28; pneumonie, 44; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1 ; choléra nostras » ; dysenterie, 3; affections puerpérales, 2; érysipèle, 3; autres affections aiguës 165; affections chroniques, 398, dont 146 dues à la phthisie pulmonaire, affections chirurgicales, 37; causes accidentelles, 19. — Les 779 décès ci-dessus donnent une proportion de ",' par 1,000 habitants et pour l'année.

Concours. — *Externat. — Squelette de l'orbite. — Conformation extérieure et rapports du foie.*

Prix de l'internat. — La composition écrite a eu lieu lundi 4 novembre. Voici quels ont été les sujets traités par les candidats : 1re *division* (internes de 3e et 4e années): Glandes du gros intestin, anatomie et physiologie ; diagnostic et traitement du cancer de l'intestin. — 2e *division* (internes de 1re et 2e années) : Anatomie et physiologie du corps thyroïde; symptômes et diagnostic de la maladie de Basedow.

La Société et l'Ecole d'anthropologie sont actuellement installées dans les bâtiments de l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole de médecine, au second étage au-dessus du musée Dupuytren. — Les séances de la Société sont publiques et ont lieu le 1er et le 3e jeudis de chaque mois. Les cours de l'Ecole sont également publics. Ils ont lieu chaque jour à 4 heures (sauf le jeudi).

Cours publics d'anthropologie. — M. Broca : Anthropologie anatomique, vendredi, à 4 heures. — M. Topinard : Anthropologie biologique, mardi, à 4 heures. — M. Dally : Ethnologie, lundi, à 4 heures. — M. de Mortillet : Anthropologie préhistorique, lundi, à 3 heures. — M. Hovelacque : Anthropologie linguistique, mercredi, à 4 heures. — M. Bertillon : Démographie et géographie médicale, samedi, à 4 heures.

Programme des cours du semestre 1878-1879. — Cours d'anthropologie anatomique : Parallèle anatomique de l'homme et des animaux supérieurs. Anatomie comparée du cerveau et crâniologie. — Cours d'anthropologie biologique : De l'homme vivant, ses caractères physiques extérieurs et ses caractères physiologiques. Anthropométrie. — Cours d'ethnologie : Classification et description des races humaines, leur répartition, leur filiation, leur évolution. — Cours d'anthropologie préhistorique : Paléontologie humaine. Archéologie préhistorique. Détermination des débris humains au moyen de l'archéologie. — Cours d'anthropologie linguistique : Caractères généraux, classification et répartition des différentes langues. — Cours de démographie et de géographie médicale : Statistique des peuples et des races. Influence des climats et des altitudes. Géographie médicale.

Les cours seront ouverts dans l'ordre suivant : M. Broca, le vendredi 8 novembre, à 4 heures ; — M. Bertillon, le samedi 6 novembre, à 4 heures ; — M. de Mortillet, le lundi 11 novembre, à 3 heures ; — M. Dally, le même jour à 4 heures ; — M. Topinard, le mardi 12 novembre, à 4 heures ; — M. Hovelacque, le mercredi 13 novembre, à 4 heures.

La Société de médecine légale de France, *reconnue comme établissement d'utilité publique*, reprendra ses séances le lundi 11 novembre à trois heures précises, dans la salle d'audience de la 5e chambre du tribunal civil, au Palais-de-Justice. Elle rappelle que trois places de membres titulaires et six places de membres correspondants nationaux sont actuellement vacantes et invite les candidats qui n'auraient pas encore rempli cette formalité, à faire parvenir sans retard leur demande au secrétaire général.

La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 13 novembre, à 8 heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Constitution médicale du mois d'octobre : Policlinique. — 2° Présentation d'un nouveau divulseur rendant certaine l'introduction d'une sonde à demeure, par M. Moreau-Wolff. — 3° Les tribunaux et la policlinique, par M. Berrut. — 4° Note sur le traitement du hoquet, par M. Grellety.

La liste des étudiants de l'université d'Helsingfort pour le semestre d'automne est publiée par les journaux finlandais : on y relève que le nombre des étudiants est de 1,064.

Publications étrangères.

Hirschberg (J.). — Beiträge zur praktischen Augenheilkunde, volume in-8 de 59 pages. Berlin, 1876. — Herman Peters, à Berlin.

Hirschberg (J.). — Beiträge zur praktischen Augenheilkunde, volume in-8 de 107 pages. Leipzig, 1878. — Prix : 3 fr. — Verlag von Veit et comp. à Leipzig.

Hirschberg (J.). — Beiträge zur praktischen Augenheilkunde, volume in-8 de 65 pages. Leipzig, 1877. — Prix : 1 fr. 95. — Veit et Comp. à Leipzig.

Mac Cormac. — Saint-Thomas's Hospital Reports, grand volume in-8 relié de 702 pages, orné de 10 figures et 2 planches, London, 1878. — J. et A. Churchill, new Burlington street à Londres.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital des enfants malades. — Chirurgie des enfants, orthopédie. — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital reprendra ses leçons le jeudi 14 novembre à neuf heures. Il traitera spécialement cette année de l'anesthésie chez les enfants, du traitement des fractures, du torticolis, des déviations du rachis et du pied bot.

Hôpital de la Charité. — Chirurgie : Service de M. le professeur Gosselin. Leçon de clinique chirurgicale et opérations les lundis, mercredis et vendredis à 9 heures. Visite des malades à 8 h. Consultation : mardi, jeudi et samedi. Salle Sainte-Catherine (F.): 2, kyste de l'ovaire, mal de Bright ; 4, arthrite coxo-fémorale suppurée, post-puerpérale, thrombose des deux veines crurales ; 6, contusion du genou ; 7, fracture du col du fémur; 22, fracture de la clavicule; 23, coxalgie; 24, tumeur maligne de l'amygdale; 26, rétrécissement du rectum. — Salle Sainte-Vierge (H.) : 8, enchondrome du gros orteil; 4, brûlures aux 2e et 3e degré sur l'avant-bras; 12, kérato-conjonctivite double; 24, ostéo-périostite; 28, fracture du bassin; 29, fracture compliquée de jambe; 39, abcès urineux consécutif à un rétrécissement de l'urèthre.

Service de M. le professeur Trélat. Visite à 10 h. Consultation : lundi, mercredi, vendredi; spéculum le mardi; opérations le jeudi; ophthalmologie le samedi. Salle Sainte-Rose (F.): 3, Phlegmon de la paroi antérieure de l'abdomen, péritonite, parotidite double; 4, ulcère de la cornée; 7, luxation du genou en arrière; 8, épithélioma du col; 10, fracture du col chirurgical de l'humérus gauche; 15, ectropion de la paupière inférieure gauche; 17, luxation du pied en arrière. — Salle Saint-Jean (H): 6, kératite granuleuse; 11, polype naso-pharyngien; 14, fracture de la rotule; 16, cataracte double; 18, ophthalmie purulente blennorrhagique.

Médecine. Service de M. Empis. Visite à 8 h. Consultation le vendredi. Salle Saint-Michel (H): Péritonite tuberculeuse; 3, lithiase biliaire; 5, mal de Pott ; 6, cirrhose hypertrophique du foie; 9, cancer de l'estomac; 16, ataxie locomotrice progressive. — Salle Sainte-Marthe (F.): 1, cancer de l'estomac; 2, rhumatisme articulaire aigu, endo-péricardite; 3, insuffisance mitrale; 14, ramollissement cérébral, hémiplégie avec contracture, eschare précoce; 15, rhumatisme articulaire, insuffisance aortique, pleurésie double; 18, polype fibreux de l'utérus; 24, fièvre typhoïde.

Service de M. le professeur Vulpian. Visite à 9 h. Consultation le jeudi. Salle Saint-Jean-de-Dieu (H.): 1, rhumatisme articulaire aigu, endo-péricardite, pleurésie double, rhumatisme cérébral; 3, hémi-compression de la moelle; 5, tic douloureux; 6, pleurésie purulente; 7, pachyméningite cervicale hypertrophique; 9, insuffisance mitrale; 13, rhumatisme chronique, rétrécissement et insuffisance aortiques; 25, épilepsie; 27, fièvre typhoïde; 30, péritonite tuberculeuse. — Salle Sainte-Madeleine (F.): 2, asthme; 3, pleurésie purulente; 4, pelvi-péritonite aiguë; 5, rhumatisme subaigu, rétrécissement mitral; 14, tumeur cérébrale; 16, 17, ataxie; 19, ulcère de l'estomac.

Service de M. Laboulbène. Visite à 9 heures, consultation le samedi ; spéculum le jeudi. — Salle Saint-Félix (H.) : 1, érysipèle de la face ; 2, sciatique ; 4, fièvre typhoïde ; 5, alcoolisme ; 7, insuffisance aortique ; 9, hémiplégie ; 14, saturnisme, encéphalopathie saturnine, paralysie des extenseurs. — Salle Saint-Vincent (F.) : 2, albuminurie ; 5, reste de phlegmatia alba dolens; 10, asystolie ; 14, fièvre typhoïde ; 21, rhumatisme, intermittences du cœur.

Service de M. Bourdon. Visite à 9 heures. Consultation le mardi. Spéculum les lundi et vendredi. — Salle Saint-Bazile (F.) : 1, dilatation bronchique; 4, paralysie du radial ; 16, insuffisance mitrale; 17, fièvre typhoïde; 18, pleurésie ; 30, épilepsie. — Salle Saint-Louis (H.) : 1, rhumatisme aigu ; 5, arthrite blennorrhagique ; 15, insuffisance mitrale ; 16, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Marie : Accouchements. — Salle Sainte-Julie : Crèche, 1, chloro-anémie : 2, péritonite puerpérale ; 3, syphilis; 6, arthrite blennorrhagique ; 7, rhumatisme aigu ; 10, ophthalmie purulente.

Service de M. Bernutz. Visite à 9 heures. Consultation le lundi. — Salle Saint Ferdinand (H.) : 1, pleurésie tuberculeuse ; 2, hémiplégie ; 4, urémie ; 5, cancer de l'estomac ; 6, ataxie; 8, hypochondrie ; 10, affection cardiaque ; 15, pneumothorax ; 16, fièvre typhoïde; 25, empoisonnement par le laudanum; 26, atrophie musculaire ; 27, mal de Pott ; 28, phlegmon prévésical. — Salle Saint-Joseph (F.) : 1, fièvres intermittentes ; 2, coxalgie, anthrax ; 3, affection mitrale ; 5, pelvi-péritonite ; 6, polyurie ; 7, pelvi-péritonite et phlegmon du ligament large ; 8, pleurésie cancéreuse ; 10 corps fibreux et pelvi-péritonite ; 12, méthorrhagie ; 13, hystérie ; 14, phlegmon du ligament large ; 16, vomissements hystériques; 17, fièvre continue ; 20, urémie.

Service de M. le professeur Hardy. Clinique : les mardis et samedis à 10 heures. Visite à 9 heures. Spéculum le vendredi. Consultation le mercredi. — Salles Sainte-Anne (F.) et Saint-Charles (H.).

Hôpital Lariboisière. — Médecine : Service de M. Sturdy. Consultation le lundi. Consultation externe pour les maladies des femmes, le mercredi. — Accouchement, Salle Ste-Anne. — Visite à 8 heures. — Salle Ste-Geneviève (F.) : 1, 1 *bis*, 2, 4, 34, pelvipéritonite ; 7, asystolie, apoplexie pulmonaire ; 16, 19, corps fibreux du l'utérus ; 25, cirrhose syphilitique. — Ste-Marthe *bis* (Crèche) : 1, pelvipéritonite. — St-Augustin *bis* (H.) : 12 ; — paralysie faciale, gangrène pulmonaire ; 13, 15, 28, pneumonie ; 21, ictère chronique ; 21 *bis*, 22, néphrite parenchymateuse ; 22, rétrécissement mi-

© BIU Santé

tral ; 26, tremblement mercuriel ; 30, atrophie musculaire saturnine.

Service de M. Raynaud. — Consultation le mardi. Visite à 9 heures. — Salle St-Landry (H.) : 1 *bis*, insuffisance aortique ; 7, myélite transverse ; 8, fièvre typhoïde, pleurésie, phlegmatia ; 13, carcinome des voies biliaires ; 18, pleurésie tuberculeuse ; 26, cancer de l'estomac et du foie ; 33, pleurésie aiguë franche ; ictère catharral. — Ste-Mathilde (F.) : 1 *bis*, impétigo de la face ; 3, tumeur cérébrale ; 12, iritis syphilitique ; 17, hystéro-épilepsie ; 19, toux hystérique ; 28, cirrhose alcoolique.

Service de M. Proust. Consultation le jeudi. Visite à 8 heures 1/2. — Salle St-Charles (H.) : 1, tumeur cérébrale ; rétrécissement et insuffisance aortiques, asystolie ; 8, mal de Pott cervical, monoplégie brachiale, abcès par congestion ouvert dans le pharynx ; 12, intoxication saturnine chronique ; 13, intoxication par le sulfure de carbone ; 15, néphrite scarlatineuse ; 20, kyste hydatique du foie ; 23, rétrécissement de l'œsophage ; 33 *bis*, athétose. — Ste-Marie (F.) : 6, fièvre typhoïde ; 8, cirrhose hypertrophique ; 17, insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral ; 20, chorée ; 21, insuffisance aortique.

Service de M. Jaccoud. — Consultation le mercredi. Visite à 8 heures 1/2. — Salle St-Jérôme (H.) : 2, fièvre typhoïde, hypochondrie, dyspepsie ; 12, asthme ; 18, pleurésie droite ; 19 *bis*, atrophie musculaire progressive ; 28, sclérose latérale amyotrophique ; 34, fièvre muqueuse. — Sainte-Claire (F.) : 8, carcinome stomacal et épiploïque ; 14, périmétrite postérieure ; 18, rhumatisme mono-articulaire ; 29, tumeur abdominale sous-splénique ; 32, hémianesthésie hystérique ; 19, pachyméningite cervicale.

Service de M. Ollivier. Consultation le samedi. Visite à 9 heures. — Salle St-Henri (H.) : 1, atrophie musculaire progressive ; 3, myélite ; 15, paralysie glosso-labio-laryngée ; 13, mal de Bright, œdème du poumon ; 17, néphrite interstitielle, hémorrhagie cérébrale ; 19 *bis*, cirrhose hypertrophique ; 23 *bis*, ataxie locomotrice ; 30, névrômes multiples. — Ste-Elisabeth (F.) : 4, fièvre typhoïde ; 15 *bis*, mal de Bright ; 20, rhumatisme articulaire aigu, endocardite ; 32, hystérie, vaginisme ; 33 *bis*, cancer de l'estomac.

Service de M. Féréol. Consultation le vendredi. Visite à 8 heures 1/2. — Salle St-Vincent-de-Paul (H.) : 16, insuffisance mitrale ; 17, cirrhose hypertrophique ; 20, tumeur cérébrale ; 33 *bis*, sclérodermie, vitiligo ; 34, paralysie générale. — Ste-Joséphine (F.) 2, fibrome utérin ; 8, hystérie, rhumatisme chronique ; 16, pelvipéritonite ; 24, granulie ; 34, chorée saltatoire.

Chirurgie. Service de M. Panas : Consultation les lundi, mercredi et vendredi. — Opérations le samedi. — Consultations pour les maladies des yeux, le lundi. — Opérations le jeudi. — Visite à 9 heures. — Salle St-Ferdinand (H.) : 3, arthrite coxo-fémorale, redressement et extension continue ; 7, hydarthrose ; 11, luxation externe des deux rotules datant de sept ans, fracture du péroné ; 19, rétrécissement infranchissable de l'urèthre, uréthrotomie externe ; 18, fracture double du corps de la mâchoire inférieure ; 21, luxation ischiatique, de la hanche, compression du nerf sciatique, névrite ; 20, orchite blennorrhagique ; 30, hernie inguinale étranglée, kélotomie, pansement de Lister ; 34, ostéite épiphysaire ; nécrose consécutive. — Ste-Marthe (F.) : Lymphadénome de l'aisselle ; 1 *bis*, arthrite chronique du coude ; 12, 13, coxalgie ; 14, fracture du col du fémur ; 25, chute de l'utérus, cloisonnement du vagin ; 26, mal sous-occipital ; 30, fracture compliquée de jambe, résection du tibia.

Hôpital Cochin. — Médecine. — Service de M. Bucquoy. — Salle St-Jean (F.) 1, hystérie, hémi-anesthésie droite ; 6, dilatation aortique ; 7, cancer généralisé, pleurésie ; 8, lithiase biliaire ; 11, 19, fièvre typhoïde ; 13, anévrysme de l'aorte ascendante ; 14, pneumonie du sommet ; 15, mal de Bright : 17, insuffisance aortique avec rétrécissement ; 18, 26, insuffisance mitrale ; 23, rhumatisme articulaire ; 24, ulcère de l'estomac.

Salle St-Philippe (H.) 1, gastrite alcoolique ; 5, phthisie laryngée ; 7, lésion aortique ; 8, cirrhose ; 9, artérite dans la convalescence d'une fièvre typhoïde ; 11, pneumonie ; 12, cancer de l'estomac ; 13, pneumo-thorax ancien ; 15, rhumatisme blennorrhagique ; 16, mal de Bright ; 18, cirrhose hypertrophique ; 22, rétrécissement mitral.

Salle Ste-Marie (H.) : 1, sarcôme du sternum ; 2, cirrhose ; 3, rhumatisme aigu ; 6, insuffisance aortique, albuminurie.

Chirurgie. — Service de M. Després. — Salle Cochin (F.) : 1, épithélioma de la vulve ; 2, kyste du maxillaire ; 5, lympho-sarcôme du sein ; 7, rétrécissement syphilitique du rectum ; 14, fistule vésico-vaginale ; 15,

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans constipation et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, débilité, consomption, anémie, chlorose, diabète*, etc.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de migraine venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

Chaque cuillerée doit être délayée dans un verre d'eau sucrée ou vineuse et lui donne une saveur d'eau de goudron un peu forte à laquelle on s'habitue facilement. Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les **chaleurs.**

Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.



VIN TANNIQUE
DE BAGNOLS - SAINT - JEAN
NATUREL
Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies ; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinaire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



Grande médaille et diplôme très-élogieux à Philadelphie
MÉDAILLE D'ARGENT A BRUXELLES 1876

PAPIER RIGOLLOT
ou
MOUTARDE EN FEUILLES POUR SINAPISMES
Médailles et récompenses aux Expositions
DIPLOME D'HONNEUR A L'EXPOSITION DE 1875

Adopté par les hôpitaux de Paris, les Ambulances et les hôpitaux militaires, par la Marine française et par la Marine royale anglaise, etc.

Le seul dont l'entrée de l'Empire soit autorisée par le Conseil de santé de Russie

POUDRE RIGOLLOT
LE MEILLEUR SINAPISME
POUR LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE
APPROUVÉ PAR LES ÉCOLES VÉTÉRINAIRES DE FRANCE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE, ITALIE

Adoptée par le Ministre de la Guerre pour le service de la cavalerie française

Exiger la signature ci-contre sur les bandes qui ferment les boîtes.



KOUMYS-EDWARD
Marque déposée
EXTRAIT DE KOUMYS-EDWARD
Seul adopté dans les Hôpitaux de Paris. — Méd. d'Or, Paris 1875
Chaque flacon d'Extrait contient 3 ou 6 doses transformant trois ou six bouteilles de Lait en Koumys.
Dépôt Central : à l'Établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, Rue de Provence, Paris.

BIÈRE DE LAIT
Marque P.E.K déposée
Brevetée s. g. d. g.
Obtenue par la fermentation alcoolique du Lait et du Malt avec du Houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou entre les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

HYDROTHÉRAPIE
Eau de source 9 degrés
EDOUARD SOLEIROL
49, rue de la Chaussée-d'Antin, 49

© BIU Santé

phlegmon du ligament large. — Salle St-Jacques (H.) : 1, rétrécissement de l'œsophage ; 2, luxation ovalaire de la hanche datant de deux mois ; 6, fracture de jambe, luxation du pied ; 7, sarcôme ganglionnaire du cou ; 9, fracture de cuisse ; 16, fracture intra-capsulaire du col du fémur ; 17, chancre de la main ; 22, fracture compliquée de jambe. — Barraques (H.) : 7, kyste du cordon ; 10, hématome sous-cutané du genou.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DE DUCRO

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, Anémie, Convalescence.

Gros : Paris, 20, place des Vosges.—Détail : Toutes les Pharmacies.

Ancienne Maison BAUMÉ

Maladies de l'Estomac.

GOUTTES DE GIGON ou VÉRITABLES GOUTTES AMÈRES DE BAUME

Dyspepsies flatulentes, Gastralgies, Pyrosis, stimulant énergique de l'estomac.

4 à 6 gouttes, suivant prescription médicale, *avant* les deux principaux repas.

Prix : Le flacon, accompagné d'un compte-gouttes, 3 fr.

ELIXIR DE COLOMBO COMPOSÉ DE GIGON.

Au *Colombo, Quinquina, Écorces d'oranges amères* et acide *chlorhydrique* Q. S. pour rendre solubles les principes de ces substances.

Perte de l'appétit, Dyspepsies, Gastralgies, Dysenteries, etc. Un petit verre à liqueur *après* chaque repas. — Prix : le flacon, 5 fr.

Dépôt : Pharmacie ADRIAN, GIGON, successeur, 25, rue Coquillière. Paris.

Marque (**P. E. K.**) de Fabrique

BIÈRE DE GOUDRON

Brevetée S. G. D. G.

DÉPÔT CENTRAL à l'Etablissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, PARIS.

D'après l'opinion des Professeurs

BOUCHARDAT *Tr. Pharm.* page 300. **GUBLER** *Comment. du Codex*, page 813. **TROUSSEAU** *Thérapeutiq.*, page 214.

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT

est un névrosthenique et un puissant sédatif

DES **NÉVROSES**, DES **NÉVRALGIES**, DU **NERVOSISME**

Une cuillerée à café, matin et soir, dans un demi-verre d'eau sucrée.

THÉ SAINT-GERMAIN (Codex, p° 538) **DE PIERLOT** : Purgatif sûr et agréable.

ÉTABLISSEMENT MÉDICO-PNEUMATIQUE

DU Dr A. MAIGROT

à Saint-Dizier (Haute-Marne)

BAINS D'AIR COMPRIMÉ pour le traitement des maladies de poitrine, de l'anémie, des cachexies, etc. — Installation complète, Pensionnaires et externes. Prix modérés.

PILULES DELAUNAY au Phosphate de Fer et de Manganèse. — Assimilation complète ; pas de Constipation.

ÉLIXIR DELAUNAY au Quinquina. Une cuillerée à bouche, soit 20 g. de cet Elixir, représente 0,20 extr. de quinquina jaune calisaya.

Pour la vente en gros : A la Pharmacie, 3, rue de la Madeleine, à Troyes.

Dépôt à Paris : Société française, 11, rue de la Perle.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Élixir toni-radical au Colombo, de Blottière, pharm., 56, rue de Sèvres, Paris, contre les dyspepsies, gravides, chlorotiques, syncopales, flatulentes, cardialgiques, symptomatiques du cancer, diarrhées, dysenteries, fièvres pernicieuses, convalescences, 5 fr.

A céder bonne clientèle médicale, très-jolie petite ville, à 2 h. 1/2 de Paris (gare) ; conditions avantageuses. S'adresser chez M. Dubus, professeur, cité de la Mairie, 2, Montmartre-Paris.

Du Tubercule du Testicule et de l'Orchite tuberculeuse, par le Dr RECLUS. — In-8° de 208 pages, avec 5 planches. Prix : 5 fr. ; pour les abonnés du *Progrès*, 4 fr. (franco).

LAITS MÉDICAMENTEUX

du Docteur BOUYER

IODE, ARSENIC, MERCURE, ETC., ANIMALISÉS

Récompenses nationales

Approbation des Sociétés savantes.

Lait iodique. — Quinze années d'expériences ont démontré que cette préparation était la plus sûre pour administrer l'iode sans danger et avec succès contre maladies chroniques de la poitrine, Phthisie, Scrofule, Lymphatisme, Goître, Dyspepsies, Engorgements et Catarrhes des organes génito-urinaires, Albuminurie, Epuisement, Diathèses diverses et tous les états morbides où il faut relever ou modifier la nutrition abaissée ou pervertie.

Lait arséniaté contre : Fièvres, Névroses, Vésanies, Dartres, Rhumatisme, etc.

Dans les maladies du cœur, nul traitement n'est plus efficace, quand il est continué plusieurs mois, que le suivant : une cuillerée à café de lait administré le matin, et une granule de digitaline le soir.

Ces Laits s'administrent sous forme de Sirops, de Poudres et de Chocolats.

Dépôt : Pharmacie CHEVRIER, 21, rue du Faubourg-Montmartre, Paris.

PHARMACIE LEBEAULT

FIÉVET, SUCCESSEUR

54, RUE RÉAUMUR, PARIS

Sirop Lebeault et **Pâte Lebeault** aux fruits béchiques. — Rhumes, coqueluche et affections pulmonaires. Les seuls pectoraux exempts de narcotique.

Coca Fièvet, tonique, réparateur, fébrifuge et digestif.



THERMO-FILTRE

Pour rendre instantanément potable et fraîche l'eau de rivière.

INDISPENSABLE AUX CHASSEURS & AUX COLONS

On l'expédie franco *dans toute la France contre la remise préalable de 3 fr. en timb.-poste*

TOSELLI, 106, rue Lafayette, Paris.

COQUELUCHE

guérie sûrement et promptement par le

SIROP BENZOIQUE

AU BROMURE D'AMMONIUM de Ch. Serres

préparé selon la formule du Dr VIALLE

Gros : Phie SERRES, 19, rue Brochant, Paris.

Détail : *Dans toutes les bonnes pharmacies.*

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 46. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES 6. 16 NOVEMBRE 1878.

Le Progrès Médical

MALADIES DU PREMIER AGE

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — **M. PARROT.**

Syphilis héréditaire.—Anatomie pathologique (*suite*).

SEPTIÈME LEÇON (1)

Lésions du cœur, de l'estomac, de l'intestin.

Les lésions du système circulatoire, sont encore bien moins fréquentes, que celles des organes de la respiration ; aussi, ne ferai-je qu'enregistrer les notes recueillies isolément par quelques observateurs ; en attendant qu'une collection plus considérable de faits, permette de décrire méthodiquement ces altérations.

M. Rosen (1860) parle de gommes congénitales du cœur; M. Wagner, de myocardite observée sur un mort-né. M. Virchow s'étend assez longuement, d'après M. Kantzow, sur l'autopsie d'un fœtus de 8 mois, mort-né, atteint de myocardite interstitielle et d'hépatisation blanche. La mère, incontestablement en proie à la syphilis, bien qu'elle n'en présentât pas de marques actuelles avait avorté déjà quatre fois.

En 1875, M. Coupland a présenté à la Société pathologique de Londres, les viscères d'un enfant qui avait succombé à la syphilis à l'âge de 3 mois. Le cœur, plus altéré que les autres viscères, était hypertrophié, surtout à gauche, et de coloration jaunâtre. On y voyait des petites tumeurs gommeuses. L'examen microscopique, d'ailleurs fort incomplet, montra, entre les fibres musculaires et autour des vaisseaux artériels, beaucoup de cellules arrondies.

J'ai vu des lésions syphilitiques très-caractérisées, sur le cœur d'un enfant mort à la Maternité, dont le poumon, également altéré à un haut degré, m'a servi de type, lorsque je vous ai décrit la pneumopathie de M. Depaul. Les foyers de l'altération, disséminés à la surface ou dans la profondeur du viscère, présentaient une grande analogie avec ceux du poumon. — Autour d'une partie centrale de couleur sépia, le parenchyme avait une teinte jaunâtre. L'étude histologique a montré qu'au niveau de ces deux colorations il n'y avait qu'une seule altération, mais à des âges différents. Dans la zone périphérique jaune, les fibres musculaires n'étaient pas altérées; mais entre elles, des noyaux arrondis s'étaient développés en très-grand nombre. Au centre, ces éléments beaucoup plus abondants, au lieu de s'être colorés en rouge par le carmin, comme ceux de la périphérie, avaient pris une teinte jaune. De plus, le muscle était fragmenté et converti en une substance réfringente semblable à de la myéline. Ça et là, à la place de ces corps figurés, on ne trouvait plus que des amas granulo-graisseux. D'où il faut certainement conclure, que l'altération avait débuté par le centre des foyers.

M. O. Schuppel (1869) a rapporté deux cas de péripyléphlébite, observés sur des enfants syphilitiques, qui succombèrent très-peu de temps après la naissance. Il ne me paraît pas possible de séparer cette altération vasculaire de celle du foie, qui existait en même temps ; c'est donc en m'occupant de ce viscère, que je vous ferai connaître le travail de l'auteur allemand.

Je ne parlerai pas non plus ici, de la sténose de la veine ombilicale, décrite par M. G. Léopold (1875); les quelques renseignements que fournit là-dessus cet auteur, trouveront naturellement leur place, lorsque je m'occuperai du placenta.

Les lésions du tube digestif et de ses glandes annexes, sont très-nombreuses et variées. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit des ulcérations de la bouche, en vous faisant leur description clinique; j'ajouterai seulement, que l'on peut en trouver de semblables dans le pharynx et à la partie supérieure de l'œsophage.

La syphilis exerce-t-elle une action sur l'estomac? Cela est très-probable ; mais l'on ne sait encore rien de positif, sur les lésions qu'elle y peut faire naître. M. Oser (1872) y a vu de petites masses blanches, de petits nodules unis solidement à la tunique musculeuse. J'ai trouvé la muqueuse gastrique couverte sur une grande étendue, d'un exsudat diphthéroïde épais, chez une petite fille, dont la peau tout entière était atteinte d'une éruption syphilitique et dont le système osseux présentait de profondes altérations. Une autre fois, sur un enfant d'un an, qui portait des marques incontestables de syphilis, la surface gastrique, masquée par un mucus noirâtre, présentait de nombreuses ulcérations en cupule. Autour d'elles, la muqueuse n'avait subi aucun changement de coloration ou de consistance. — Ces ulcérations, non plus que la couche diphthéroïde, ne sauraient être attribuées à la syphilis; c'est l'athrepsie qui doit en être accusée. L'on ne peut hésiter là dessus, quand on songe que ces lésions sont très-communes chez les enfants non syphilitiques qui succombent athrepsiés ; tandis qu'elles ne se rencontrent pas chez les syphilitiques, qui meurent sans avoir subi les atteintes de l'athrepsie. — L'existence de cette maladie, ne peut être contestée chez le sujet de la première observation ; et celui de la seconde, qui est mort le lendemain de son entrée à l'infirmerie, avait de la diarrhée verte.

Les altérations de l'intestin sont généralement qualifiées par les auteurs, d'*entérite syphilitique*. Je ne crois pas qu'il soit bon de faire entrer les produits de la syphilis héréditaire, dans le domaine de l'inflammation; et l'on doit réserver ces déterminations, qui n'ayant que l'apparence de la précision, exposent à de graves erreurs.

La littérature allemande seule, nous fournit quelques renseignements sur ce point d'anatomie pathologique, encore ne présentent-ils pas un bien grand degré de certitude.

M. Forster (1863), est disposé à considérer comme spécifiques, certaines altérations intestinales, trouvées sur un enfant de 6 jours, qui mourut athrepsié, comme le prouve la thrombose des veines émulgentes et l'infarctus uratique des reins, que révéla l'autopsie. Il y avait de la pneumonie lobulaire, de la bronchite purulente et de la laryngite diphthéritique. Les plaques de Peyer un peu tuméfiées, à bords très-nets, dépourvues de villosités, d'un gris rougeâtre, couvertes, à leur centre, d'une mince croûte jaunâtre, étaient fermes, brillantes et grises sur la coupe. Dans cette lésion, la muqueuse seule était intéressée. Les glandes avaient disparu; à leur place, on ne trouvait qu'un tissu conjonctif réticulaire dense. A la surface il y avait un assez grand nombre de cellules et de noyaux ; et au centre, un détritus granulo-graisseux. — M. Eberth (1867) rapporte l'observation d'un enfant de 8 mois environ, probablement syphilitique, dit-il, atteint de pemphigus. Le thymus était parsemé d'abcès et de noyaux caséeux, et les poumons de masses diffuses, d'un gris rougeâtre, dues à une abondante prolifération de jeunes cellules dans les parois des alvéoles et dans les interstices des lobules ; on y voyait, en outre, des noyaux jaunâtres, secs et fermes à la périphérie, ramollis au centre, au niveau desquels, les alvéoles étaient remplis d'épithélium et de jeunes cellules en dégénération graisseuse. A leur centre, cette nécrobiose avait produit

(1) Voir les n°s 44 et 47 de 1877 et les n°s 1, 4, 18, 20, 22, 25, 27, 32 et 34 de 1878.

© BIU Santé

des cavités pleines de ce détritus. Les parois de l'intestin étaient épaissies par des dépôts annulaires caséeux, de trois quarts de centimètre de large, ayant l'apparence de gommes, dues à une infiltration du tissu interstitiel de toutes les tuniques, par de jeunes cellules. Sur ces points, la muqueuse était décollée et même ulcérée.

M. Oser (1872) a vu deux nouveau-nés, dont la muqueuse intestinale était couverte de petites ulcérations, au niveau des plaques de Peyer et des follicules isolés. Chez l'un de ces enfants, dont je vous ai déjà parlé, on voyait un grand nombre de nodules blanchâtres, intimement unis à la tunique musculeuse, sur l'estomac et l'intestin grêle. L'autre, avait du pemphigus, et son poumon était parsemé de gommes.

Deux enfants de mon infirmerie, morts quelques jours après la naissance, et sur lesquels se développa rapidement une syphilide bulleuse, présentaient une lésion intestinale, ayant le même siége, le même aspect et la même constitution histologique. Je n'hésite pas à la considérer comme due à la syphilis, à cause de son analogie, je puis dire de son identité, avec les altérations d'autres viscères, constatées sur ces malades ou sur d'autres sujets, et d'une origine incontestablement syphilitique. Vous allez voir, que par quelques caractères, elle se rapproche de celles observées en Allemagne, et qu'elle s'en éloigne par d'autres. Les différences me semblent devoir être attribuées, à l'âge plus avancé des sujets qu'ont observés MM. Forster, Eberth et Oser.

La lésion, plus apparente du côté du péritoine qu'à la face interne de l'intestin, occupe au niveau des plaques de Peyer, des surfaces, qui dépassent la limite de ces plaques, en s'avançant vers le bord mésentérique. Les parties malades sont plus épaisses, plus opaques et plus injectées que celles du voisinage. Elles sont couvertes de petites taches blanches, assez régulièrement disposées, suivant des lignes parallèles à l'axe intestinal et semblables à un semis de grains de farine ou de semoule. Du côté de la muqueuse, il y a un léger gonflement. La dissection et l'examen histologique de préparations fraîches, montrent que la tunique musculeuse est particulièrement altérée, et que les grains blancs sont constitués par des corpuscules embryonnaires groupés en amas fusiformes ou sphéroïdaux, souvent entourés de graisse et d'autant plus volumineux, qu'ils sont plus rapprochés du centre de la région malade. Très-probablement ils sont dus à l'irritation et à la multiplication consécutive des noyaux musculaires. Ce n'est pas seulement autour des amas nucléaires, que l'on trouve de la graisse; il y en a aussi dans d'autres points où les noyaux n'ont pas proliféré. Les granulations graisseuses affectent dans ce dernier siége, une disposition fusiforme, comme le protoplasma périnucléaire. Cela est surtout très-apparent à la limite des parties altérées.

Ainsi que je vous le disais en commençant cette description, les petits grains d'un blanc crayeux, qui rappellent ceux de la semoule ou de la farine, et qui sont constitués par une accumulation de cellules embryonnaires, sont caractéristiques de la syphilis héréditaire. Je vous les ai déjà signalés dans l'estomac ; nous les retrouverons dans le foie et dans les capsules surrénales. (*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOTEL-DIEU DE LYON. — **M. LETIÉVANT.**

Fistule branchiale complète, injections iodées, guérison.

Par H. OLTRAMARE, interne des hôpitaux de Lyon.

Le *Progrès médical* a publié l'an dernier (p. 321) une leçon très-intéressante de M. S. Duplay sur un cas de *Fistule congénitale du cou, consécutive à l'ouverture d'un kyste branchial.* L'observation qu'on va lire mérite d'être rapprochée de la leçon que nous venons de rappeler.

Claude C, âgé de 16 ans, commis, entre le 10 avril 1878, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, pour un écoulement séro-purulent se produisant depuis de nombreuses années par un orifice situé à la région sus-claviculaire droite. Ce petit pertuis, remarqué par sa mère au moment de sa naissance, ne donna lieu à aucun suintement jusqu'à l'âge de 3 ans, et c'est la rougeole qui semble l'avoir déterminé. Depuis cette époque, les choses sont restées dans le même état, et la fistule n'a jamais donné lieu à aucune douleur, mais seulement à quelques accès de toux. — Actuellement on trouve le long du bord interne du sterno-cléïdo-mastoïdien droit une tumeur allongée, en forme de cordon, à base inférieure arrondie, à sommet atténué, ne se délimitant pas, et paraissant se perdre dans la profondeur de la région ; ce cordon s'étend sous la peau, de l'extrémité interne de la clavicule droite au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, limite au-delà de laquelle on le perd. Il est assez mou, mobile sous la peau, remonte avec le larynx lors des mouvements de déglutition; ses rapports avec le paquet vasculo-nerveux semblent très-intimes. La peau, absolument saine, ne présente qu'à la partie inférieure un petit pertuis rouge, ressemblant à une grosse piqûre d'épingle ; pendant la déglutition, cet orifice s'invagine dans la peau par le fait de son élévation. — Par la pression, on fait couler en plus ou moins grande abondance du pus, soit crémeux, soit séreux ou sanguinolent ; on voit alors disparaître la petite tumeur arrondie que forme en bas le cul de sac inférieur. Ce pus examiné au microscope présente outre de nombreux leucocytes et des globules rouges, des cellules d'épithélium cylindrique. Avec un stylet, on pénètre facilement, en remontant dans la direction indiquée, sur une longueur de 8 ou 9 centimètres ; en bas, on constate la présence d'une petite poche arrondie située inférieurement par rapport à l'orifice. Avec une bougie fine, on remonte assez haut, en déterminant à un certain moment des efforts de toux, mais il est impossible de trouver un orifice supérieur. — En poussant une injection laiteuse, le liquide ne tarde pas à ressortir par la bouche, ce qui implique nécessairement une communication avec cette cavité. — L'examen laryngoscopique fut appliqué sans succès à la recherche de l'orifice interne, et c'est en combinant avec lui l'injection qu'on vit le liquide être projeté dans la bouche au travers d'un petit pertuis situé au-dessus de l'amygdale droite. L'examen direct de l'arrière bouche nous permet alors de constater les faits suivants; le voile du palais est normalement conformé, mais il présente à droite une absence de son pilier postérieur qui est remplacé par une petite masse mamelonnée se composant de deux petits tubercules juxtaposés dont le supérieur et postérieur est percé d'un petit pertuis, visible seulement lorsqu'on injecte du liquide par la fistule ; le reste de la bouche, les lèvres, la face et le cou ne présentent aucune malformation, il n'y a ni surdité, ni diminution de l'ouïe du côté affecté, mais le malade nous fait savoir à ce propos qu'il y a dans sa famille un assez grand nombre de surdités congénitales; son grand-père maternel, un de ses oncles maternels et un cousin de la même lignée présentent, soit de la dureté d'oreille, soit une surdité complète. Rien de semblable, ni chez son père, ni chez ses frères. — En injectant des liquides sapides dans le trajet, on ne détermine aucune sensation gustative, avant d'avoir dépassé l'orifice interne ; par contre, les accès de toux sont constants. — D'après tous les signes que nous venons d'énumérer, il n'y avait pas à hésiter sur le diagnostic : fistule congénitale complète, siégeant exactement sur la ligne indiquée dans l'excellente thèse du Dr Cusset (*Etude sur l'appareil branchial des vertébrés*) pour la 4e fente branchiale. — Restait la question d'intervention chirurgicale que le malade réclamait instamment. M. le professeur Letiévant, en raison des rapports qu'affectait le trajet avec les gros vaisseaux du cou et le pneumogastrique, en raison de la difficulté qu'on rencontrerait à poursuivre jusqu'en haut la dissection, décida d'appliquer ici l'injection iodée qui, à côté de son innocuité, présentait l'avantage d'amener l'oblitération, soit de la totalité de la fistule, soit au moins de l'orifice interne, ce qui aurait beaucoup simplifié dans la suite une opération sanglante. — Du 6 mai au 3 juin, on fait 16 injections avec de la teinture d'iode étendue de son volume d'eau ; la douleur est en général médiocre ; le 3 juin, il n'y a

© BIU Santé

plus de suppuration, le cordon est seul un peu douloureux à la pression.

15 *juin.* — Le malade paraît guéri ; l'orifice externe est oblitéré, le trajet fistuleux se sent sous la peau comme une cordelette, mais il ne présente plus de renflement inférieur ; par la pression, on n'amène pas de pus à l'orifice interne qui semble également fermé. Il n'y a ni douleur ni gêne ; le malade s'en va.

Si on compare le fait qui précède à celui qu'a publié M. Duplay, on trouvera entre les deux un certain nombre d'analogies et de différences. Nous nous bornerons à rappeler que, dans les deux cas, la lésion était congénitale; que chez le malade de M Duplay la fistule était borgne interne, tandis que chez celui de M. Letiévant la fistule était complète.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Hospice de la Salpêtrière : M. Charcot.

Dimanche dernier, M. Charcot a repris à la Salpêtrière les conférences cliniques qu'il a inaugurées en 1866. Il a commencé par remercier le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, M. Michel Möring et le directeur de l'hospice, M. Le Bas, de la bonne volonté et de l'activité qu'il ont mises à pourvoir son service d'un Laboratoire très-convenable, avec ses annexes (cabinet de chimie, atelier de photographie) et d'un Musée pour lequel un certain nombre de pièces ont déjà été rassemblées. M. Charcot a ensuite annoncé que des projets, concernant l'organisation d'une consultation pour les maladies chroniques, étaient également à l'étude et qu'il espérait voir prochainement la Salpêtrière dotée de tout ce qui est nécessaire pour qu'on puisse mettre en valeur les nombreux éléments d'instruction qu'elle renferme et qu'on ne rencontre que difficilement ailleurs.

D'autres améliorations doivent encore être rappelées à la vigilante attention du directeur général. Le service des bains, à la Salpêtrière, est très-défectueux ; une bonne installation hydrothérapique fait défaut, lacune incompréhensible dans un établissement qui renferme des centaines de femmes atteintes de maladies du système nerveux et 700 aliénées.

Nous rappellerons aussi que la Salpêtrière ne possède pas d'amphithéâtre ; que les leçons de M. Charcot ont lieu dans un réfectoire et que, pendant les deux mois de son cours, on est obligé de faire manger les malades dans l'atelier ; que, pour les leçons de M. Luys, qui ont lieu en été, on est obligé de supprimer un dortoir, etc. Il est donc indispensable que la nouvelle administration ne s'arrête pas en chemin et qu'elle complète son œuvre.

Après avoir remercié encore tous ceux qui lui donnent leur concours dans ses recherches et les nombreux auditeurs qui l'encouragent par leur présence en montrant l'utilité de ses leçosn, M. Charcot est entré immédiatement en matière.

On sait qu'il s'agit là surtout de démonstrations cliniques en tout comparables à ce que l'on connait bien aujourd'hui sous le nom de « leçons de choses. » M. Charcot a mis en évidence, chez quelques malades hystériques, un phénoméne connu de nos lecteurs, le *phénomène du transfert.* Deux exemples suffiront pour rappeler en quoi il consiste.

Si, sur l'avant-bras gauche d'une hystérique, ayant une hémianesthésie gauche, on applique soit des plaques métalliques, soit des courants faibles, soit l'aimant, on voit, au bout d'un temps qui varie avec chaque malade, la sensibilité reparaître ou sur toute la moitié gauche du corps (Alph. B...),ou sur l'avant-bras gauche seulement (M. S..); on constate, de plus, que l'*insensibilité a passé sur le côté qui était sain avant l'expérience.* L'application a-t-elle lieu sur la tempe gauche, on voit l'achromatopsie disparaître à gauche et passer à droite.

Le fait sur lequel M. Charcot a le plus insisté est celui de la religieuse Pauline J..., consigné tout au long dans le *Progrès médical* (1). Cette malade, on s'en souvient, était affectée d'une *contracture permanente de la main gauche.* Se fondant sur les phénomènes de transfert, M. Charcot a pensé qu'il ne fallait pas agir sur le côté contracturé, mais plutôt sur le côté sain. En conséquence, le pôle actif d'un aimant en fer à cheval fut appliqué sur le tiers inférieur de la face dorsale de l'avant-bras droit. Environ une heure et demie après, le poignet droit était contracturé et on observait une diminution de la contracture à gauche.

Des projections, à l'aide de la lumière électrique, des photographies de la malade, faites par M. Regnard, ont permis aux auditeurs de se rendre compte de l'état de la contracture avant le traitement (*contracture de la main gauche*) et sous l'influence de l'aimant (*contracture des deux mains*) (2).

L'aimant a été appliqué un certain nombre de fois à droite; chaque fois, on a produit, par une sorte de révulsion, une *contracture artificielle.* Cette contracture artificielle était moins tenace que la contracture spontanée. En effet, tandis que celle-ci résistait à la faradisation, la contracture artificielle cessait par l'emploi de cet agent. Enfin, la contracture de la main gauche a disparu, ainsi que chacun a pu s'en assurer par l'examen de la malade, qui ne conserve plus qu'une parésie légère en voie d'amendement, mais suffisante pour témoigner qu'elle est encore sous l'influence de la diathèse hystérique. L'expérience est faite, séance tenante, l'aimant est appliqué sur l'avant-bras droit et, au bout de 5 ou 6 minutes, la main droite était contracturée : il existait une *contracture artificielle...*

Ouverture du cours d'anatomie : M. Sappey.

Lundi dernier, 11 novembre, à 4 heures, a eu lieu l'ouverture du cours de M. le professeur Sappey. Le professeur, accueilli par les applaudissements répétés d'une assistance assez nombreuse, a remercié brièvement ses auditeurs, puis est entré en matière par un aperçu général sur l'anatomie qu'il divise en trois branches : *Anatomie générale* ; *anatomie descriptive* ; *anatomie des régions.*

« Peut-être serez-vous surpris, Messieurs, a dit M. Sappey, de ne point m'entendre citer parmi ces branches l'*histologie* : c'est que l'histologie n'est point une branche de la science : *anatomie.* L'étude de la texture intime de nos tissus fait partie de l'anatomie générale et de l'anatomie descriptive ; l'histologie vit d'emprunts faits à ces deux branches. Les histologistes, auxquels je ne fais point le procès, ont cependant une excuse : c'est que nous manquons d'une anatomie générale au courant des découvertes

(1) N°s 35, 36 et 39.— (2) Voir dans les numéros cités, les *Fig. 41* et *44.*

© BIU Santé

modernes. Mais si quelque jour, un anatomiste, fortement constitué, mettait à exécution cette œuvre considérable, l'histologie n'aurait plus de raison d'être comme branche spéciale de l'anatomie. »

M. Sappey décrira, pendant le semestre d'hiver, les *appareils de la vie de relation* (locomotion, circulation, innervation), et, chemin faisant, les systèmes de ces appareils. — Le cours a lieu les lundis, mercredis, vendredis, à 4 heures.

Ouverture du cours d'histologie de la Faculté.

Jeudi 6 novembre, M. Mathias Duval, suppléant M. le professeur Robin, a commencé son cours d'histologie dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Après avoir rapidement développé l'influence des recherches microscopiques sur l'avancement des études médicales et thérapeutiques M. Mathias Duval a fait l'historique de l'anatomie générale et de l'histologie et montré comment cette dernière science n'était que l'application du microscope aux études plus générales de Bichat; plusieurs exemples, heureusement choisis, sont venus démontrer les rapports intimes de ces deux sciences et l'importance qu'elles occupent à juste titre dans le programme des cours de la Faculté. Après avoir défini les principales branches de l'anatomie générale, M. Mathias Duval a annoncé que son cours de cette année serait consacré à la première partie du programme du professeur Robin, c'est-à-dire à l'étude des éléments et des humeurs. — Les leçons ont lieu à cinq heures, trois fois par semaine, les mardi, jeudi et samedi.

Ouverture du cours d'opérations et d'appareils : M. L. Le Fort.

M. le professeur L. Le Fort a ouvert son cours mardi dernier, à 4 heures, devant une assistance nombreuse, dont les applaudissements ont dit au professeur l'intérêt que l'on attache à son enseignement, dont on se plait à louer la clarté. — M. Le Fort traitera de la thérapeutique des affections du système circulatoire, en commençant par les affections des artères. — Le cours a lieu les mardis, jeudis, samedis, à 4 heures.

Ouverture du cours de clinique médicale à la Pitié : M. le professeur Lasègue.

Le cours de clinique médicale, professé à la Pitié par M. Lasègue a été ouvert jeudi dernier, 14 novembre, à 9 heures. Une soixantaine d'auditeurs assistaient à cette première leçon. Avant d'aborder le sujet qu'il a l'intention de traiter cette année, le professeur a donné le programme de son enseignement; il est ainsi réparti : Lundi, consultation. — Mardi, à 8 h. 1/2, clinique au lit du malade. — Mercredi, leçon sur l'anatomie pathologique par M. Tapret, chef de clinique; cette leçon est faite dans le laboratoire d'anatomie pathologique. — Jeudi, leçon du professeur, à 9 heures, amphithéâtre des cliniques. — Vendredi, au laboratoire des travaux chimiques, leçon du chef des travaux sur les essais et analyses des divers liquides de l'économie. — Samedi, leçon clinique sur un des malades du service.

M. Lasègue traitera, cette année, des *angines* et de leurs diverses formes, c'est un sujet sur lequel il a déjà publié un traité en 1868. Ce professeur possède une très-grande facilité d'élocution aidée d'une mémoire excellente. On pourrait peut-être lui reprocher d'avoir en même temps, les défauts de ses qualités et d'être entraîné à des digressions en dehors du sujet qu'il traite, laissant ainsi ses auditeurs sous le charme d'anecdotes merveilleusement racontées et non l'esprit meublé des notions cliniques qu'ils étaient venus chercher (1).

Ouverture du cours de clinique médicale de la Charité : M. le professeur Hardy.

Mardi dernier, devant un très-nombreux et très-sympathique auditoire, M. Hardy a repris ses leçons à l'amphithéâtre et a consacré son premier cours à exposer le programme de son enseignement auquel il entend donner un caractère essentiellement utilitaire, c'est-à-dire clinique. Le professeur veut faire surtout œuvre d'enseignement professionnel afin de faciliter aux élèves la rude tâche de devenir des praticiens, dans le sens le plus large et le meilleur du mot, c'est-à-dire des hommes pleins d'expérience et de ressources, capables de faire, en toutes circonstances, face aux difficultés de la médecine, capables de se rendre partout utiles et secourables.

Les moyens d'atteindre ce but sont une fréquentation assidue de l'hôpital, le contact incessant du malade, l'éducation journalière des sens, la mise en œuvre des moyens et méthodes d'examen, la recherche et l'analyse des lésions, l'étude des indications thérapeutiques.

Nombreux sont les moyens d'instruction que le professeur met à la disposition des élèves : 1° *la visite quotidienne* (8 h. 1/2) qui, à elle seule, dispense largement l'éducation si l'on songe que toutes les indications diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques sont posées, commentées et discutées devant les élèves; 2° *les leçons à l'amphithéâtre* (mardis et samedis à 9 h. 3/4) qui auront toujours pour objet un des malades du service; 3° *les autopsies* faites sous les yeux des élèves pour qu'ils puissent contrôler le diagnostic, en vérifier l'exactitude ou, dans le cas d'erreur, en connaître les causes afin que celle-ci puisse encore servir à leur instruction; 4° *l'interrogatoire des malades* (jeudis 8 h. 1/2) *par les élèves*; 5° *des conférences de séméiologie et d'anatomie pathologique* macroscopique et histologique, faites (lundis et vendredis 9 h. 3/4) par le chef de clinique et les chefs de laboratoire. — Nos lecteurs, en comparant cet enseignement à celui de M. Lasègue, y trouveront de notables différences : Le professeur de la Pitié, oubliant qu'il est professeur de *clinique médicale* trouve commode de ne faire qu'*une* seule leçon clinique, remplaçant la seconde par une leçon de pathologie interne.

Cours de M. Broca à l'École d'anthropologie.

M. le professeur Broca a commencé le 7 novembre son cours d'*Anthropologie anatomique*, à l'Ecole d'anthropologie (bâtiment du musée Dupuytren), devant un nombreux auditoire d'élèves et d'anciens disciples : Il inaugurait ainsi

(1) Pendant la visite de la salle St-Charles (femmes), une fille de service, *épileptique*, a été prise d'un accès. Un tel spectacle impressionne toujours vivement les malades, surtout les femmes. — Il serait à désirer que de pareils faits ne se produisent plus, et que cette infirmière (au sort de laquelle on ne peut que s'intéresser), soit placée dans un autre poste, où sa maladie ne soit plus un objet de frayeur.

© BIU Santé

la nouvelle série de cours que nous avons annoncée dans le dernier numéro du *Progrès médical*.

Cette première leçon était destinée à faire le parallèle de l'homme et des animaux supérieurs, à bien établir la place de l'homme dans la nature. M. Broca a successivement passé en revue toutes les classifications anciennes, montré comment l'homme avait tour à tour été considéré comme un règne, un genre, un ordre, une classe, une famille, et cela tantôt par ignorance de ses caractères anatomiques, tantôt par suite d'une connaissance imparfaite des caractères morphologiques des espèces voisines. L'auteur de l'*Étude sur les Primates* était plus compétent que personne pour faire une telle leçon et pour poser l'homme, dès le début du cours, dans la position réelle qu'il occupe dans l'échelle zoologique. M. Broca doit consacrer ses leçons suivantes à l'étude du cerveau et du crâne chez l'homme. Ses leçons ont lieu à quatre heures, les lundi, mercredi et vendredi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

Au début de la séance M. le Président annonce que la commission du prix Godard se compose de MM. Houel, Laborde, Pouchet, Landouzy et Moreau. Le prix à accorder cette année est de 1,000 francs.

Des circulations locales dans leurs rapports avec la circulation générale. M. FRANCK communique à la Société les résultats de recherches qu'il a entreprises sur les circulations périphériques de l'artère carotide, de la vertébrale et de la fémorale. Cl. Bernard a le premier signalé l'indépendance de certaines circulations locales sous l'influence de l'innervation vaso-motrice. Dans ses expériences, M. FRANCK, après avoir lié l'artère dont il voulait étudier la circulation, appliquait au bout périphérique un manomètre enregistreur. En opérant ainsi, il a pu constater des variations de pression dans le bout périphérique. Ces variations se maintiennent même après la section des nerfs vasculaires de la région, c'est-à-dire du ganglion supérieur du grand sympathique pour l'artère carotide. M. Franck en conclut que les circulations locales, qui existent indépendantes pour la plupart des organes, sont réglées par des appareils nerveux périphériques. D'après M. Franck, il y a indépendance complète entre la vertébrale et la carotide.

Courants dérivés. M. BOCHEFONTAINE appelle de nouveau l'attention de ses collègues sur les courants dérivés qui se produisent dans tout le corps d'un animal, lorsqu'on excite un point quelconque à l'aide d'un courant faradique interrompu. — Les courants journellement employés par les expérimentateurs sont à tort considérés comme faibles; ils produisent, en effet, chez l'homme la contraction des muscles à travers la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Parfois la main ne peut les supporter. Ces courants ne sont donc pas faibles, mais forts.

Du liquide céphalo-rachidien. M. BOCHEFONTAINE a fait de nouvelles recherches sur le liquide céphalo-rachidien. Dans un certain nombre de vivisections, il a trouvé que ce liquide existait parfois chez le chien, en quantité presque inappréciable, et cela sans chloralisation préalable de l'animal. La chloralisation n'est donc pas nécessaire pour faire disparaître le liquide céphalo-rachidien, comme M. Bochefontaine l'avait cru autrefois, bien à tort.

Mode de terminaison des nerfs sensitifs dans les corpuscules du tact. M. RENAUT fait connaître la structure intime des corpuscules du tact, telle qu'il a pu l'étudier en fixant les éléments dans leur forme par l'acide osmique. M. Renaut a décrit dans les corpuscules de Meissner une multitude de loges circonscrites par une charpente conjonctive. Dans la plupart des loges, on trouve des éléments cellulaires; la terminaison nerveuse se fait dans une des loges centrales. Cette disposition, dit M. Renaut, rappelle celle de la corde dorsale dans le feuillet externe de l'embryon.

De la carie dentaire. M. MAUREL, médecin de marine, a fait une étude comparée de la carie dentaire chez les peuples de races différentes. Pour l'auteur, la carie dentaire provient toujours de l'acidité. Des observations nombreuses prises par M. Maurel, il résulte que les nègres n'ont, en bon état, que les dents de devant; leurs molaires sont presque toujours cariées.

Les coolies, au contraire, ont les dents remarquablement belles. M. Maurel admet pour la beauté des mâchoires une influence ethnique : il y aurait, d'après lui, chez les nègres, 1 dent cariée sur 4; chez les européens, 1 sur 9, et chez les coolies 1 sur 52. Chez les Indiens peaux-rouges de la Guyane, qui appartiennent à une race croisée, M. Maurel a trouvé des chiffres intermédiaires.

Influence de la lumière sur la vie végétale. M. PAUL BERT répète une communication qu'il a déjà faite devant l'Académie des sciences, par une série d'expériences très-délicates faites sur la sensitive. M. Paul Bert est arrivé à établir qu'une portion du spectre solaire est indispensable à la vie des plantes: c'est la partie comprise entre les raies B et C, en d'autres termes la lumière rouge et la lumière orangée.

Contractilité électro-musculaire dans la paralysie atrophique de l'enfance. M. ONIMUS a constaté dans la paralysie atrophique de l'enfance des phénomènes qui s'observent dans certaines paralysies à frigore. Tandis que les courants induits très-puissants ne déterminent aucune contraction dans les muscles d'un membre paralysé, ces muscles peuvent se contracter avec des courants continus relativement faibles. — Cette différence de contractilité dans les muscles atteints ne se manifeste qu'à la première période de la maladie. Sur un membre paralysé depuis plusieurs années, la contractilité est à peu près abolie pour les deux espèces de courants électriques. Ces réactions électro-musculaires font penser à M. Onimus que les extrémités terminales des nerfs sont atteintes dans la paralysie atrophique de l'enfance.

Greffe dentaire. M. DAVID lit un travail relatif aux modifications que subit la pulpe dans les opérations de réimplantation et de transplantation des dents. De l'analyse d'un certain nombre d'observations personnelles, M. David croit pouvoir tirer les conclusions suivantes : 1° Chez l'adulte, la greffe dentaire a lieu par le périoste alvéolo-dentaire exclusivement; — 2° Chez l'enfan, telle a lieu à la fois par le périoste et par la pulpe; — 3° La pulpe, quand elle existe, se modifie dans le premier cas, et reprend vie dans le second.

Ch. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 novembre 1878. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. TARNIER présente, de la part de MM. Mathieu fils, deux pessaires, qu'ils ont fabriqué sur le modèle de ceux qui ont été imaginés par le Dr Fowler (de l'Ohio). Ces instruments sont accompagnés d'une note dans laquelle se trouvent relatés les avantages qu'ils présentent.

M. RICHET présente, au nom de M. Colin, un instrument, sorte de crochet mobile articulé, destiné à l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. On sait que les chirurgiens disposent d'une assez nombreuse collection de ces instruments; mais, le plus célèbre est sans contredit le crochet mobile de de Graefe, lequel est effectivement très-utile, surtout pour l'extraction des corps sans aspérités comme les pièces de monnaie. Si le corps est susceptible de s'accrocher, de se fixer dans les parois de l'œsophage, alors cet instrument non-seulement n'est plus utile, mais il peut même devenir dangereux, parce que, lorsqu'il a dépassé le corps étranger, arête de poisson, os, aiguille, etc., on ne peut plus le dégager, et, si on insiste, on peut occasionner des accidents de déchirure des parois œsophagiennes, des hémorrhagies et même la mort. — Le nouvel instrument de M. Colin a tous les avantages du crochet mobile de de Graefe et il n'en a pas les incon-

© BIU Santé

vénients; en effet, c'est une sorte de doigt articulé qui passe ouvert, sur les côtés du corps étranger, qui se recourbe, lorsqu'il l'a dépassé et qui l'accroche solidement; s'il est mobile, il le ramène sans effort; s'il est implanté dans les parois il peut s'ouvrir et le lâcher pour le reprendre de nouveau et l'ébranler dans tous les sens. C'est donc un grand perfectionnement apporté à ces sortes d'appareils articulés (*Fig.* 86).

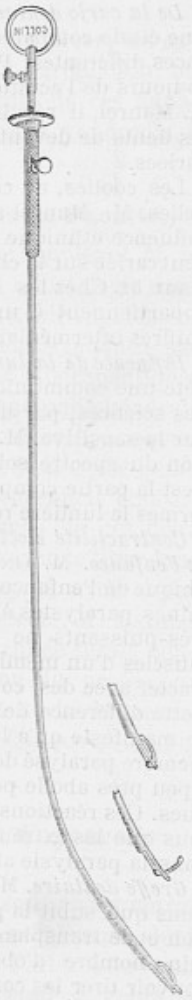


Fig. 86.

M. Laborde fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Sur quelques points de physiologie chez l'embryon et en particulier sur la physiologie du cœur au moment de sa formation.* Ce travail se trouve résumé dans les conclusions suivantes : 1° Le cœur de l'embryon se met en mouvement et entre en fonction, à peine formé, et alors qu'il n'est encore constitué que par un simple tube renflé; dès la 26e heure d'incubation (et peut-être plus tôt), on peut saisir la pulsation du tube cardiaque; seul parmi les organes en formation, le cœur fonctionne en même temps qu'il se développe; à cette période, les éléments protoplasmiques, constitutifs du cœur, sont absolument indistincts, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas encore revêtu les caractères d'éléments musculaires, ni d'éléments nerveux; cependant la propriété *contractile* de ces éléments formateurs se révèle par la mise en jeu et la manifestation, dès ce moment, de cette propriété physiologique, ce qui est une preuve nouvelle et topique, de l'*autonomie fonctionnelle* de la propriété de contractibilité; 2° la pulsation cardiaque, dès son début, commence par la *portion veineuse* du cœur; c'est en conséquence par la partie qui sera plus tard l'oreillette que commence la pulsation cardiaque; c'est également celle qui cesse de battre la dernière dans la mort du cœur (Bichat) : *l'ultimum moriens* est donc en même temps le *primum se movens;* 3° dans les trois formations morphologiques successives, de même que dans son fonctionnement intrinsèque, le cœur de l'embryon, futur animal à sang chaud, représente le cœur d'un animal à sang froid, — cœur de poisson d'abord, cœur de batracien ensuite. — La pulsation, comme dans le cœur de ces animaux, s'y fait de la portion veineuse à la portion ventriculaire et artérielle, par une succession rhythmique invariable, représentée par une mesure à 3 temps; 4° L'observation de ce qui se passe, au point de vue fonctionnel, chez le cœur embryonnaire, à cette période transitoire, fournit une démonstration nouvelle de ce fait physiologique : que la succession des mouvements, qui constitue une révolution cardiaque, commence par la portion veineuse et auriculaire, pour se continuer et finir à la portion ventriculaire et artérielle.

M. Colin (d'Alfort) lit un travail sur *la diversité des effets produits par les matières septiques suivant leur degré d'altération.* Des expériences de M. Colin, il résulterait que la septicémie est une maladie qu'il est aisé de produire chez le lapin et le cochon d'Inde. Le cheval, l'âne et le mouton sont réfractaires aux inoculations septiques, à tel point que le lieu même de la piqûre est indemne de toute inflammation. Quant à la septicémie humaine, admise par tous les chirurgiens, elle n'est rien moins que démontrée; en tous cas, rien ne prouverait, toujours d'après M. Colin, qu'elle soit analogue à celle observée chez le lapin. — Ces idées sont vivement combattues par M. H. Bouley.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 31 mai. — Présidence de M. Charcot.

27. Cancer primitif du foie.—Alcoolisme chronique.— Atrophie partielle du cerveau. — Hémiplégie droite infantile. — Hémiparésie persistante; par Maurice Letulle.

Le 9 mai 1878, entrait à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Constantin Paul, le nommé P. Etienne, 49 ans, cocher. D'après lui, il ne serait malade que depuis trois mois. A cette époque, il a commencé à s'affaiblir beaucoup, à perdre l'appétit et à rendre assez fréquemment ses aliments. Cependant, à force de questions, on parvient à réveiller ses souvenirs. Il se rappelle que, depuis quatre ans environ, les digestions ne sont plus bonnes, que souvent il rendait, le matin à jeun, des glaires pituiteuses, qu'il explique d'ailleurs très-simplement par les excès de boisson qui lui sont habituels depuis longues années. Ne mangeant pas régulièrement et se nourrissant mal, il était obligé de soutenir ses forces par le vin et l'eau-de-vie.

Depuis un mois de nouveaux phénomènes se sont montrés : l'abdomen est devenu volumineux, et, il y a une quinzaine de jours, les membres inférieurs ont augmenté de volume; bientôt ils ont été distendus par un œdème considérable. En même temps, douleurs sourdes épigastriques, inappétence, nausées; quelques rares vomissements; jamais d'hémathémèse. Aucun antécédent héréditaire. Aucune maladie depuis son enfance, sauf une *hémiplégie droite à l'âge de* 13 *ans.* Cette hémiplégie, dont il ne reste plus trace aujourd'hui, a débuté subitement; le malade est resté paralysé de tout le côté droit, sans aphasie. Il n'a pu commencer à marcher qu'au bout de longs mois, et il n'y a, en réalité, qu'une vingtaine d'années qu'il a recouvré à peu près une force égale du côté paralysé. Il dit cependant qu'il marchait naguère encore en boitant légèrement.

Etat actuel. — Œdème considérable des deux membres inférieurs; la peau des mollets distendue, excoriée, laisse suinter une quantité notable de sérosité qui traverse les draps du lit. Etat cachectique, face terreuse, maigreur squelettique de la partie sus-diaphragmatique du corps. Tuméfaction énorme de la région épigastrique où les veines sous-cutanées apparaissent dilatées, tortueuses jusque autour de l'ombilic.

En palpant l'abdomen avec soin, on trouve dans l'hypochondre droit et à l'épigastre, une tumeur hépatique volumineuse, mesurant 0,20 c. de hauteur à la percussion, suivant une ligne verticale passant par le bord droit du sternum. Le bord inférieur de cette masse se dirige de deux centimètres au-dessus de l'ombilic, vers le rebord des côtes gauches où il se perd à 12 centimètres environ de l'appendice xiphoïde.

La tumeur est extrêmement dure, irrégulière, mamelonnée dans la région épigastrique spécialement. La pression éveille une douleur sourde à ce niveau. Les bosselures surtout sont douloureuses; elles paraissent accolées à la paroi abdominale.

Le reste de l'abdomen est moyennement distendu par une ascite légère. La rate est difficilement appréciable; elle paraît peu volumineuse. Les poumons respirent bien; seul le sommet gauche en arrière est le siége d'un retentissement considérable des bruits respiratoires. Rien aux bases. Les ganglions des différentes régions examinés avec soin ne sont pas tuméfiés. L'inappétence est complète. Le malade éprouve même un certain dégoût pour la viande et pour les légumes. Il supporte assez bien une petite quantité de lait. Les urines peu abondantes sont chargées, rouge orange, non albumineuses, non ictériques; mais l'acide nitrique donne lieu à une teinte acajou sombre (Hémaphéine?).

Dès le 15 on note un affaiblissement considérable, le malade mangeant à peine. Il a rendu pour la première fois quelques mucosités glaireuses à la suite d'efforts assez violents de vomissement.

Urine 800 grammes, *densité* 1,028 — *urée,* 5 gr. 12.

Le 17, *urine* 800 gr. — *densité* 1,026 — *urée,* 2 gr. 69.

Le malade est somnolent, très-faible, il maigrit chaque jour (Le dosage de l'urée a été fait avec l'appareil Regnard).

Le 18, *urine* 250 gr. *D.* 1,022 — *urée* 1 gr. 15. Les téguments

© BIU Santé

paraissent un peu jaunâtres. L'acide nitrique décèle d'ailleurs la présence d'une petite quantité de matières colorantes biliaires.

Le 20, le malade ne mange plus. Il est mourant, teinte subictérique très-marquée des téguments. Cyanose, algidité des extrémités. — Mort le 21.

L'AUTOPSIE permet de constater deux ordres de lésions : 1° *Un cancer du foie*, cause de la mort ; 2° une *atrophie partielle de l'hémisphère cérébral gauche* dont l'importance est considérable au point de vue de la théorie des localisations cérébrales.

I. Les téguments de la partie sus-diaphragmatique du corps qui avait été respectée par l'œdème, sont très-ictériques. Le *foie* est énorme, il occupe la plus grande partie des régions sus-ombilicales de l'abdomen. Son poids est considérable : 5,850 gr. La vésicule biliaire et les gros canaux biliaires sont intacts. Le foie, dans toute son épaisseur, est envahi par des masses cancéreuses, encéphaloïdes, disséminées dans la profondeur du parenchyme aussi bien qu'à sa surface. Ces noyaux cancéreux sont remarquables par leur forme sphérique régulière. Ils mesurent en moyenne 5 centimètres de diamètre. La plupart de ces îlots sont caséeux, jaunâtres à leur centre. Les plus avancés dans la dégénérescence caséeuse offrent quelques taches hémorrhagiques disséminées dans leur épaisseur. Plusieurs noyaux sont extrêmement ramollis. Le parenchyme hépatique non envahi par le cancer est très-friable, et semble gras. Sur un fond jaunâtre tranche un piqueté rouge-brun.

Sur un grand nombre de points on trouve les veines sus-hépathiques en contact intime avec les noyaux cancéreux, dont elles ne paraissent séparées en bon nombre d'endroits que par une mince membrane à travers laquelle on aperçoit la teinte jaunâtre du noyau cancéreux. On voit même parfois la membrane interne de la veine dépolie, irrégulière, envahie, pour ainsi dire, par un travail ulcératif lent. Toutefois, fait remarquable, sur aucun des rameaux sus-hépatiques que nous avons suivi nous n'avons rencontré de communication d'un foyer cancéreux avec la cavité de la veine. Toutes les fois au contraire que le cancer avait envahi manifestement la paroi d'une *veine hépatique* les lésions s'offraient sous l'un des deux aspects suivants : tantôt on trouve au contact d'un noyau cancéreux la veine envahie par une ou plusieurs petites végétations cancéreuses, blanc jaunâtre, parfois ecchymotiques, dont les dimensions varient depuis un petit point à peine visible à l'œil nu jusqu'à un gros grain de millet. Ces végétations ont une large base d'implantation sur la veine, à laquelle elles adhèrent intimement. Tantôt au contraire on aperçoit dans la cavité de la veine, faisant saillie en un point isolé où le cancer n'apparaît pas ou presque pas par transparence, un îlot cancéreux, véritable végétation solitaire, étroitement pédiculée, de dimensions assez considérables le plus souvent (grain de chènevis) ; chacune de ces végétations paraît alors provenir d'une veinule afférente, dans la cavité de laquelle elle se serait développée au préalable.

Il n'y a pas de caillots dans les veines sus-hépatiques. Les végétations néoplasiques ne peuvent être confondues avec un caillot. D'ailleurs l'examen histologique de plusieurs d'entre elles, fait sur le champ, montre qu'elles sont formées par une quantité considérable de cellules volumineuses, irrégulières, de formes variées, pourvues d'un gros noyau, et remplies pour la plupart d'un certain nombre de granulations graisseuses. Quelques caillots peu adhérents dans les branches principales de la *veine porte* qui n'est sur aucun point envahie par le cancer. On peut évaluer aux 4/5 du volume du foie la totalité des noyaux cancéreux. Sur aucune des coupes on ne trouve une grosse masse encéphaloïde pouvant représenter le point de départ du cancer et de ces nombreux noyaux à peu près tous du même âge.

En aucun autre point du corps on ne rencontre de cancer. *Tous les viscères*, la plupart des *os* ont été minutieusement examinés. La veine cave inférieure à son origine est remplie par un caillot déjà ancien, adhérent à la face postérieure du vaisseau et se prolongeant dans les veines iliaques gauches.

Poumons. Quelques ecchymoses sous-pleurales. Congestion hypostatique. Rate petite et dure. L'*estomac* est le siége d'une gastrite chronique caractérisée par un épaississement notable de la muqueuse qui est rouge ardoisé. Deux petites taches ecchymotiques sous-muqueuses au voisinage de la grande courbure. Le gros intestin et principalement le rectum est rouge et la muqueuse paraît notablement épaissie. *Les reins* sont un peu congestionnés. Deux calculs de la grosseur d'un pois dans l'intérieur d'un calice dilaté. Les organes génitaux sont sains. — Rachis, sternum, côtes, bassin, crâne et la plupart des os longs examinés, normaux.

L'examen histologique du foie, fait au laboratoire de Clamart, nous a fourni quelques détails intéressants : sur les coupes les plus fines pratiquées après durcissement dans l'alcool, gomme, alcool, colorées au picro-carmin, on reconnaît que les noyaux néoplasiques les moins gros sont constitués par une accumulation considérable de cellules volumineuses, de forme variable, munies d'un noyau fortement coloré par le carmin et graisseuses pour la plupart. Ces cellules notablement plus grosses que les cellules hépatiques normales en diffèrent encore par leur forme : un grand nombre d'entre elles sont voïdes, quelques-unes fusiformes.

Elles sont agglomérées et, quoique serrées, très-lâchement accolées les unes aux autres. A un fort grossissement, on peut constater la présence d'une trame conjonctive très-déliée, très-mince autour de laquelle les cellules cancéreuses paraissent comme accrochées. Mais cette gangue conjonctive fibrillaire qui les réunit n'offre, en aucun point, une tendance alvéolaire bien marquée. Sur les confins des gros noyaux cancéreux on aperçoit cependant une bande épaisse de tissu conjonctif fortement coloré en rouge et qui paraît séparer le tissu néoplasique du parenchyme encore sain. Mais les tractus qui se détachent de cette enveloppe fibreuse et qui vont se répandre dans le néoplasme sont frêles et délicats, et se perdent rapidement au milieu des cellules carcinomateuses.

Un détail important qui paraît résulter de l'examen attentif d'un grand nombre de coupes fines, c'est que l'on peut suivre pas à pas, pour ainsi dire, le développement du néoplasme : Au voisinage des noyaux cancéreux les plus petits et les moins avancés, on aperçoit facilement quelques *lobules hépatiques* reconnaissables à leur veine centrale avec leurs rayons de cellules et leurs espaces périlobulaires. Or, à un faible grossissement déjà quelques-uns de ces lobules sont remarquables par la coloration très-vive des noyaux de leurs cellules et par le volume anormal de ces cellules mêmes. A un fort grossissement, ces cellules ressemblent absolument aux cellules cancéreuses du voisinage auxquelles elles confinent. Sur une coupe fine, nous avons pu constater que quelques-uns de ces *lobules cancéreux* envoyaient dans l'épaisseur des parois d'une grosse veine hépatique des cellules embryonnaires à noyau très-coloré qui se continuaient avec une végétation cancéreuse intra-veineuse, en tout semblable à celles que nous avons décrites plus haut. Sans vouloir prétendre avoir saisi sur le fait le point de départ de ce carcinome hépatique, nous croyons pouvoir insister sur l'aspect remarquable et *lobulaire* des cellules cancéreuses aux confins d'un grand nombre de noyaux plus ou moins volumineux.

Un second point intéressant résulte de l'examen histologique de ce foie cancéreux : Un grand nombre de lobules hépatiques étaient aisément reconnaissables, grâce à un certain degré de *cirrhose périlobulaire* qui avait élargi notablement les espaces périlobulaires et permis au carmin de colorer fortement en rouge le tissu conjonctif hyperplasié autour des veinules portes et des radicules biliaires. On retrouve jusqu'au voisinage des noyaux cancéreux cette cirrhose légère ; mais elle ne paraît pas plus accentuée dans le voisinage du néoplasme qu'au milieu du parenchyme sain. Il suffit de rappeler ici que le malade était manifestement alcoolique.

Les végétations cancéreuses des veines hépatiques sont constituées par un bourgeon charnu cancéreux où les cellules sont toutes très granulo-graisseuses.

II. Les *lésions cérébrales* consistent essentiellement en une atrophie partielle du cerveau. Dès que la dure-mère est enlevée, on est frappé de la différence d'aspect des deux hémisphères cérébraux.

© BIU Santé

A gauche, les circonvolutions cérébrales paraissent plus affaissées qu'à droite. La substance cérébrale est molle et fluctuante du côté gauche. Lorsqu'on veut arracher la faulx du cerveau, on remarque qu'elle est solidement adhérente à la face interhémisphérique du lobe frontal gauche. En séparant les deux hémisphères, une quantité considérable de liquide clair s'échappe de la cavité du ventricule latéral gauche, et la pulpe cérébrale s'affaisse aussitôt. Il existe une différence considérable dans le poids des deux hémisphères :

Hémisphère { Droit = 540 gr. / Gauche = 435 gr.

Une partie notable des circonvolutions frontales internes a disparu à la face interne de l'hémisphère cérébral gauche. La cavité ventriculaire n'est fermée que par une membrane fibreuse cicatricielle grisâtre dont la surface est irrégulière, sillonnée de tractus fibreux.

La première circonvolution frontale interne (qui représente normalement la face interne de la 1re frontale) a disparu dans une étendue de 6 cent. environ ; de même pour la plus grande partie de la 2e frontale interne (circonv. du corps calleux) ; mais, fait remarquable, le *lobe paracentral* est intact ou du moins il a conservé sa forme, toutefois il paraît plus petit que celui du côté droit. En arrière du lobe paracentral, le pied du lobe carré est le siége d'une atrophie peu considérable, en sorte que le lobe paracentral est comme isolé au milieu d'une plaque d'atrophie corticale. L'épaisseur du cerveau au niveau de la plaque d'atrophie est environ de 6 millimètres. On comprend, en face de ces lésions qui respectaient en somme les régions motrices, comment le malade n'avait eu qu'une très-légère hémiplégie.

La cavité du ventricule latéral gauche est considérablement agrandie ; les vaisseaux sous-épendymaires très-volumineux. Voyez le dessin de la pièce in album de la Société.) Aucune lésion apparente dans le reste des centres encéphalo-médullaires. Les artères encéphaliques sont normales. Le crâne est normal.

Réflexions. — Quelques faits importants sont à signaler dans cette observation : 1° Le développement d'un carcinome primitif du foie chez un alcoolique dont le parenchyme hépatique commençait à se ressentir de l'intoxication ;

2° La multiplicité des noyaux cancéreux disséminés dans le foie, sans qu'il ait été possible de distinguer le point de départ du néoplasme hépatique.

3° Les végétations cancéreuses développées dans les veines hépatiques, fait rare au dire de Cruveilhier, de Frerichs, tandis que la thrombose cancéreuse des rameaux portes est assez fréquente.

4° L'atrophie de l'hémisphère cérébral gauche ayant déterminé une hydrocéphalie ventriculaire gauche, et se rattachant à une lésion ancienne de l'enfance qui respectait le lobe paracentral.

28. Cloisonnement de la cavité pelvienne ; utérus et vagin doubles ; infundibulum cutané de la région sacro-coccygienne ; par Ch. Féré.

Ces pièces proviennent d'une petite fille de 5 ans, morte dans le service de M. Parrot, à l'hospice des Enfants-Assistés; les deux principaux vices de conformation n'avaient point pu être soupçonnés pendant la vie, c'est en examinant l'état des orifices herniaires que je les ai découverts à l'autopsie.

La paroi abdominale antérieure étant enlevée, on constate les dispositions suivantes : le rectum est situé exactement sur la ligne médiane et immédiatement contre le sacrum ; les deux lames droite et gauche du péritoine pariétal, après avoir tapissé chacune la moitié correspondante de cet intestin s'adossent l'une à l'autre pour former une cloison antéro-postérieure qui, divisant en deux la partie postérieure de la cavité pelvienne dans toute sa hauteur, a pour limite supérieure une ligne oblique de haut en bas et d'arrière en avant et va du promontoire au fond de l'utérus. Au moment où ils arrivent sur cette limite, les deux feuillets de la cloison s'écartent de nouveau pour former les lames postérieures de deux replis latéraux qui représentent les ligaments larges, mais qui remontent bien au-dessus des annexes de l'utérus et se terminent latéralement au niveau des cordons des artères ombilicales et à 1 centimètre au-dessus de l'arcade de Fallope.

Si on examine la pièce par la face antérieure, on voit une cloison ayant la forme d'un triangle isocèle, dont la base est mesurée par l'écartement des artères ombilicales, et dont le sommet correspond à la face antérieure du rectum au niveau de l'articulation sacro-vertébrale ; cette cloison transversale présente la même obliquité que le bord supérieur de la cloison antéro-postérieure, puisqu'elle est formée en arrière par l'écartement des deux feuillets de cette dernière ; sa lame antérieure est formée par le feuillet péritonéal qui remonte du cul-de-sac vésico-utérin et va se continuer en haut et latéralement avec les feuillets précédents. Cette cloison transversale n'est pas plane, elle forme un angle dièdre obtus ouvert en avant et dans lequel est comprise la vessie. (Voir dans l'album le croquis que je dois à l'obligeance de M. le docteur Martin.)

En résumé, la cavité pelvienne est cloisonnée par trois replis péritonéaux : un antéro-postérieur et deux autres obliquement dirigés d'arrière en avant et de dedans en dehors ; l'ensemble de ces replis représente assez bien la disposition de la tente du cervelet et de la partie postérieure de la faulx du cerveau, la faulx correspond à la cloison antéro-postérieure, la tente à l'ensemble des deux cloisons obliques. Ces trois replis limitent trois loges ; une antérieure qui contient la vessie et deux postéro-latérales dans lesquelles pouvait descendre l'intestin et où on voit dans un repli secondaire, situé à la partie postérieure du grand repli latéral, la trompe et l'ovaire. Le ligament rond fait à peine saillie sous le feuillet postérieur du repli principal, sauf tout à fait en dehors où il se soulève fortement avant de pénétrer dans le canal de Nuck complétement fermé.

Les replis utéro-sacrés ont leur disposition habituelle, de sorte qu'il existe de chaque côté de la grande cloison médiane un cul-de-sac rétro-utérin de près d'un centimètre de profondeur et qui laisse à peine pénétrer une sonde ordinaire.

Les artères ombilicales ont leur disposition normale depuis leur origine jusqu'à leur terminaison.

Derrière la vessie, juste sur la ligne médiane, au point de réunion des trois replis péritonéaux, on sent à travers les feuillets séreux un corps résistant qui semble être l'utérus, mais cet organe présente une forme anormale comme le reste des organes génitaux.

Vulve : Les grandes et les petites lèvres présentent, ainsi que le clitoris, leur disposition habituelle ; mais l'orifice vulvaire est divisé par une cloison verticale ou antéro-postérieure d'un millimètre d'épaisseur qui se continue en bas avec deux replis semi-lunaires formant un hymen de chaque côté.

Vagin : La cloison vulvaire se continue en haut sur toute la longueur du vagin ; elle présente partout la même épaisseur. Les deux conduits sont très-intimement accolés et sur la face externe on ne voit aucune trace de sillon longitudinal indiquant la bifidité. Les culs-de-sac utéro-vaginaux postérieurs sont très-prononcés, c'est là que s'engageait la sonde qu'on ne pouvait introduire directement dans l'utérus ; les culs-de-sac antérieurs sont à peine marqués.

Utérus : Il est aussi double; les deux cols font suite à la direction des conduits vaginaux, ils sont aussi intimement accolés et on ne distingue point non plus de sillon médian sur les faces antérieure et postérieure. Dès leur origine, les deux corps prennent une direction divergente de sorte qu'ils figurent avec les deux cols adossés un Y dont les branches supérieures sont écartées à angle très-obtus ; ils ont 12 mm. de longueur, présentent une forme cylindrique et se terminent par une extrémité conique qui donne insertion à la trompe: leur diamètre est d'un peu plus de 3 mm.; leur cavité laisse pénétrer une sonde cannelée de petit volume.

Il ne manque pas d'exemples de bifidité des organes génitaux de la femme; mais dans aucun cas on ne trouve notée comme coïncidence le cloisonnement de la cavité pelvienne.

Ce sujet offre en outre une autre particularité : c'est une dépression circulaire infundibuliforme de 3 à 4 mm. de pro-

© BIU Santé

fondeur située au niveau de la partie inférieure du sacrum ; les bords en sont mousses et lisses, le fond paraît adhérent au squelette : la peau qui la forme présente les mêmes caractères que dans les régions voisines. Cette disposition est loin d'être rare chez les jeunes enfants ; mais elle est intéressante parce qu'elle semble pouvoir donner naissance à des tumeurs particulières, comme M. Terrillon en a récemment observé plusieurs cas. La dépression qui paraît être la trace de la fermeture du canal rachidien peut se présenter sous des formes assez différentes: tantôt il existe un simple méplat avec adhérences de la peau dont la coloration n'est pas modifiée ; tantôt on voit une ligne verticale blanchâtre aussi avec adhérences ; tantôt enfin c'est un infundibulum dont l'axe peut être directement antéro-postérieur comme sur cette pièce et dont la profondeur varie avec l'épaisseur de la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée : quelquefois l'axe de l'infundibulum est oblique d'arrière en avant et de haut en bas et son orifice aplati figure un V ouvert en haut. Il est probable que c'est surtout lorsque l'infundibulum présente cette dernière disposition que la matière sébacée peut s'y accumuler et former des tumeurs très-analogues à celles que l'on rencontre quelquefois à l'ombilic.

Dans un cas j'ai trouvé, en même temps que cet infundibulum, une déformation singulière du sacrum et du coccyx dont la face postérieure présentait une direction verticale, le coccyx était même plutôt un peu dévié en arrière, de sorte que l'infundibulum semblait porté sur une éminence. (Voir dans l'album le dessin d'après nature de mon ami M. Duffaud).

Sur trois pièces de ce genre que j'ai disséquées, j'ai trouvé la peau du fond de l'entonnoir adhérente à la partie inférieure du sacrum et à la base du coccyx par des brides fibreuses, épaisses, courtes et résistantes. Une seule a été examinée au microscope; la peau déprimée présentait les mêmes caractères que sur les régions voisines, sauf que les papilles paraissent plus effilées et plus minces et que la couche épidermique a une épaisseur notablement plus considérable.

31. Tubercules du cerveau, de la protubérance et du bulbe. — Paralysie du nerf moteur oculaire externe ; par QUÉNU, interne des hôpitaux.

Marie B..., âgée de 43 ans, relieuse, entre pour la seconde fois dans le service de M. DESNOS le 15 avril 1878. Elle a été soignée il y a deux ans, dans cette même salle Sainte-Geneviève, pour une phthisie pulmonaire. Sa maladie a débuté il y a 5 ans par une hémoptysie survenue dans le cours d'un léger rhume ; depuis, elle a craché le sang à plusieurs reprises, néanmoins on peut dire que cette tuberculose a évolué lentement, ce qui tient à ce que la fièvre ne s'est montrée que tard, il y a 6 semaines environ ; jusque-là, l'appétit était conservé, pas de diarrhée, pas de vomissements, l'amaigrissement et la perte des forces datent d'un an. Jusqu'à il y a un mois, Marie B... avait continué son travail quand de nouveaux accidents sont venus l'obliger à interrompre toute occupation. Dans la rue, chez elle, elle a été prise plusieurs fois d'étourdissements qui eussent occasionné une chute, si elle ne se fût retenue à quelque objet. Pas de perte de connaissance, pas de bourdonnements d'oreille. De plus, elle ressent depuis la même époque, une douleur continuelle à l'occiput, et vomit de la bile, en dehors des efforts de toux ; enfin peu après, elle a remarqué que son œil droit se *tournait en dedans* et qu'elle voyait les objets en double. Les étourdissements et le vertige ont précédé l'apparition de cette diplopie. Antécédents héréditaires : père mort d'une maladie du foie ; mère bien portante ; 3 frères et sœur morts jeunes.

Antécédents personnels : scarlatine à forme typhoïde dans son enfance — 4 enfants et une fausse couche — 2 enfants vivent encore. Pas d'hystérie. Actuellement, cette malade accuse encore du mal de tête, (les étourdissements ont diminué), elle a la tête comme engourdie et tout le temps envie de dormir ; elle voit toujours double, et éprouve à l'angle interne de l'œil droit une sensation de tiraillement. Elle a souvent mal au cœur, et tous les 2 ou 3 jours vomit de la bile. Elle tousse peu.

Pas de faiblesse dans les membres d'aucun côté, pas de déviation de la face. Sensibilité intacte. Strabisme interne de l'œil droit, le globe oculaire ne peut suivre le doigt promené de dedans en dehors, au delà d'un plan vertical antéro-postérieur passant par le milieu de l'orbite. Les autres mouvements sont conservés, les pupilles sont égales, la vision bonne des 2 côtés, pas de nystagmus.

La diplopie n'existe que dans le champ visuel droit, l'expérience des verres colorés nous montre bien que les images sont homonymes.

A l'auscultation des poumons, on trouve tous les signes physiques de tubercules parvenus à la période de ramollissement, il y a même quelques petites cavernes à droite.

Cette malade n'avait aucune déviation de l'œil il y a un mois, et cette paralysie complète du nerf oculaire moteur externe s'est accompagnée de troubles gastriques, de céphalalgie et de vertige. Nous éliminons la méningite tuberculeuse, à cause de la marche, de l'état des facultés intellectuelles, de l'absence des signes tirés du pouls, etc., et nous rattachons à l'idée d'un tubercule comprimant le nerf oculaire moteur externe soit à son origine, soit dans son trajet intra-bulbaire.

Le 24 avril la malade succombe à l'asphyxie et à la cachexie. La céphalalgie et les symptômes oculaires ont persisté jusqu'à la fin. Dans les trois dernières semaines, les vomissements bilieux se faisaient presque sans effort et comme par régurgitation.

AUTOPSIE. — *Poumons* infiltrés de tubercules à diverses périodes ; plusieurs excavations des deux côtés.

Encéphale. — Nous recherchons minutieusement s'il existe des granulations tuberculeuses dans les méninges, le long des artères. Aucune trace de tubercules, ni de méningite.

Rien d'anormal dans l'orbite du côté droit ; le nerf moteur oculaire externe a été disséqué dans tout son trajet; il n'est comprimé par aucune tumeur.

Le plancher du quatrième ventricule étant mis à découvert par la section des pédoncules cérébelleux, on aperçoit juste au-dessus des barbes du calamus une petite tumeur, plus grosse qu'un pois, soulevant le plancher du ventricule, un peu en dehors de la ligne médiane et du côté droit. Nous croyons donc au premier abord que ce noyau, en comprimant l'eminentiateres, a été la cause de la paralysie, mais il eût dû produire la paralysie du facial supérieur. (Voy. Pl. II, A). Une coupe verticale au niveau de l'union du bulbe et de la protubérance, nous fait voir que ce noyau tuberculeux est en dehors de l'eminentiateres, et de plus, qu'un autre noyau du même volume se trouve juste sur une ligne unissant le point d'émergence du nerf moteur oculaire externe droit à son noyau d'origine ; ce dernier tubercule, en intéressant la portion intra-bulbaire du nerf, a donc seul causé sa paralysie. (Voy. Pl. II, B).

Une coupe verticale passant un peu plus haut, nous montre les mêmes noyaux. (Pl. II, A).

Sur une coupe (B, Pl. II) passant au niveau de l'émergence du nerf oculaire moteur commun, on découvre un autre tubercule en pleine pyramide et bien en dehors du trajet du nerf de la troisième paire, une coupe du bulbe à sa partie inférieure, au niveau de la limite supérieure de l'entrecroisement des pyramides, nous fait voir un quatrième tubercule qui, comme le montre la fig. C (Pl. II), a dû intéresser le noyau de l'hypoglosse gauche. Malheureusement l'attention n'a pas été attirée de ce côté, pendant la vie.

Il existe encore d'autres tubercules dans l'encéphale de cette femme : Un dans le lobe droit du cervelet : un dans le faisceau frontal inférieur de l'hémisphère cérébral droit ; deux autres tubercules siégent dans la région préfrontale gauche, l'un à 5 centimètres, l'autre à 7 centimètres du sillon de Rolando, dans l'épaisseur de la substance blanche sous-jacente, à la deuxième circonvolution frontale ; enfin un neuvième tubercule, un peu plus petit que les autres, occupe la partie externe du noyau caudé. Tous ces tubercules semblaient contemporains, le centre de chacun présentant le même ramollissement dans la même étendue.

© BIU Santé

33. Coxalgie scrofuleuse suppurée.—Luxation spontanée; par J-B. Gauché, interne des hôpitaux.

C .., 2 ans et demi, commémoratifs très-restreints sur le début de la maladie datant de deux ans. Le membre inférieur gauche était déjà raccourci, mais encore aussi gros que le droit (Repos au berceau). Au commencement de 1877, M. Molland prend le service des chroniques. — Quelque temps après, l'enfant est placé dans une gouttière Bonnet qu'on est obligé d'enlever au bout de quinze jours, à cause des abcès et des fistules qui se déclarent. Depuis lors, suppuration continuelle amenant l'épuisement progressif du petit malade.

Le 16 mai nous le trouvons réduit à un état de maigreur squelettique. Fièvre continuelle avec vomissements.— Quant aux phénomènes locaux, il existe trois fistules à la région trochantérienne qui présente une plus grande étendue que du côté sain. On constate en outre tous les symptômes d'une déviation de la cuisse caractéristique de la luxation iliaque, et en particulier : flexion, adduction, rotation en dedans et raccourcissement du membre.

8 *juin*. — M. 37°,5.— S. 38°,2.— Abattement général. (Julep à l'eau de vie).

20 *juin*. — 37°,8. Les vomissements empêchent toute observation. (Potion de Rivière).

21 *juin*. — M. 36°,2 ; S. 36°,8. — L'enfant ne répond plus. — Début de l'agonie.

22 *juin*. — T. 36° — Affaiblissement et refroidissement progressif.

23 *juin*.— M. 36° ; S. 36°,4.

25 *juin*.— autopsie. – Encéphale sain ; sauf à la surface un peu œdématiée à gauche, congestionnée à droite. Cœur pâle. — Les poumons offrent quelques noyaux durs disséminés. Induration des ganglions bronchiques. *Foie* développé et gras à la coupe et au râclage.— Bile couleur sépia, consistance semi-solide, ne s'écoule pas à l'incision de la vésicule. Rate très-consistante. Reins très-durs à la coupe, pâles, décolorés, sans adhérence de la capsule. Estomac contient un liquide grumeleux.

Hanche gauche. Peau et couche sous-cutanée sont le siége de trois orifices de trajet fistuleux aboutissant au clapier de pus sous-jacent au niveau du grand trochanter. Aponévrose et muscles fessiers et pelvi-trochantériens à leur insertion inférieure. Les fibres paraissent comme macérées dans le pus qui les infiltre et leur a donné sa coloration jaune verdâtre. Un foyer purulent se circonscrit davantage entre la tête fémorale déplacée plus haut et le rebord cotyloïdien.

Articulation coxo-fémorale. — Capsule et synoviale ; tandis que celle-ci est méconnaissable, la capsule au contraire est épaisse et plus étendue que normalement par ses insertions coxales. Son bord inférieur s'attache un peu plus en dehors du sourcil cotyloïdien ; mais son bord supérieur parait s'implanter au-delà de la gouttière sus-cotyloïdienne de sorte qu'elle s'étend de la limite inférieure de l'ancienne surface articulaire à la limite supérieure de ce qui représenterait la nouvelle, d'après le reste de la description.— *Squelette*. Incisant cette capsule en bas et en avant, on constate, non-seulement qu'il ne reste aucune trace du ligament rond, mais encore que la *tête fémorale* s'est placée en haut et en arrière, au-dessus de la gouttière sus-cotyloïdienne, luxation iliaque complète ; la face externe du grand trochanter regarde en avant, la ligne âpre un peu en dehors. La distinction n'est plus possible entre le col et la tête fémorale ; la moitié de celle-ci a disparu : la surface qui reste est aplatie, érodée.— La dyaphyse semble atrophiée.

L'os coxal présente le plus de lésions. La cavité cotyloïde offre une perforation totale plus étendue que l'arrière fond, esquilles irrégulières. — Le bord postéro-supérieur du sourcil cotyloïdien est le siége d'une usure complète. — Une vaste gouttière convertie en trou par un pont osseux au niveau de l'acetabulum fait communiquer celui-ci avec la portion verticale du bord antérieur de l'os comprise entre la coulisse du psoas iliaque et l'épine inférieure entièrement détruite. Le liquide purulent, d'abord épanché dans la cavité articulaire, a donc pu pénétrer dans la cavité du petit bassin par deux voies anormales : paroi cotyloïdienne perforée, gouttière sus-péritonéale de nouvelle formation.

Réflexion. C'est un exemple des lésions terminales les plus avancées de la coxalgie. Mais si l'ancien article a sensiblement disparu dans ses parties constituantes, cartilage, synoviale, ligament rond et liens actifs, on ne saurait affirmer malgré l'épaississement et l'extension de la capsule et en l'absence de toute excavation nouvellement formée, qu'il y ait de pseudarthrose, consécutive à la luxation pathologique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 novembre. — Présidence de M. F. Guyon.

M. Verneuil dépose sur le bureau une observation envoyée par M. le Dr Vauthier et qui a trait à un cas de mort provoquée par l'ablation d'une petite tumeur sous-cutanée chez un individu atteint d'un cancer du pylore.

Une discussion, provoquée par une lettre de M. Hergott, s'engage ensuite sur les mérites respectifs de la *gouttière* plâtrée et l'attelle plâtrée. MM. Després, Panas, Tillaux et de Saint-Germain prennent successivement la parole, puis on reprend l'ordre du jour : la *taille articulaire et le pansement antiseptique ouaté dans les cas de corps étrangers du genou*.

M. de Saint-Germain, secrétaire, lit une lettre de M. Paquet, membre correspondant à Lille, sur deux observations de corps étranger du genou. L'opération fut pratiquée chez un jeune homme âgé de 13 ans. Ces accidents dataient de six ans ; une incision fut faite directement sur le corps étranger du volume d'une amande, très-mobile et développé dans un genou où il n'y avait pas trace d'arthrite sèche. La plaie, lavée à l'acide thymique, fut recouverte par des bandes de ouate que l'on retira le 15e jour. L'incision était presque cicatrisée ; mais malheureusement un phegmon diffus, qui n'avait pas la plaie pour point de départ, apparut sur le membre inférieur et emporta le malade. Dans le deuxième cas, les corps étrangers, car il y en avait deux, furent enlevés de la même manière et le même pansement fut appliqué ; le résultat fut magnifique et le 35e jour l'opéré pouvait reprendre ses travaux. M. Paquet ajoute quelques considérations sur l'acide thymique qu'il a préconisé le premier (1); cet acide n'a pas l'odeur désagréable de l'acide phénique et jouit des mêmes propriétés antiseptiques.

M. Tillaux ne parlera point de l'arthrotomie en général, mais seulement de la taille articulaire pour les corps étrangers du genou. Il commence par exposer les cas dans lesquels l'intervention du chirurgien est nécessaire : il faut que le corps étranger soit mobile, douloureux et que le patient lui-même en réclame l'extirpation. En second lieu, M. Tillaux pense qu'avant d'avoir recours à la taille articulaire, il faut tenter du procédé de Goyrand, procédé fort difficile à mener à bien, mais plus innocent que l'incision. Ce n'est que lorsqu'on n'aura pas réussi par la première méthode qu'on recourra à la seconde. M. Tillaux a pratiqué l'une et l'autre de ces opérations : chez le premier de ses malades, il ne put déloger le corps articulaire ; aussi incisa-t-il le cul-de-sac synovial interne pour l'extraire ; l'appareil ouaté fut appliqué avec un résultat excellent. La seconde fois, où il y avait cependant deux corps étrangers, leur déplacement fut très-facile ; ils pénétrèrent dans le tissu péri-articulaire et plus tard une simple incision en débarrassa le malade. J'ai donc obtenu un succès par chacune des deux méthodes ; mais je pense qu'il ne faut avoir recours à la seconde que lorsque la première a échoué.

M. Després demande que, dans les observations qu'ils produiront à l'avenir, les chirurgiens indiquent nettement l'état de l'articulation ; l'articulation affectée de corps étranger est-elle, oui ou non, malade ; y a-t-il ou n'y a-t-il pas de l'arthrite sèche ? Et ceci est d'importance capitale. Car on sait qu'une opération pratiquée sur une articulation malade est bien

(1) Nous rappellerons, à ce propos, la leçon faite par M. Giraldès, en 1867, sur le traitement des plaies et où il est fait mention de l'*acide thymique*.

© BIU Santé

moins grave que si elle porte sur une articulation saine.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. M. Després, dans les précédentes séances, semblait mettre en cause l'habileté des chirurgiens qui ont échoué par la méthode de Goyrand (d'Aix).— Je pourrais lui en citer des plus éminents, et sans parler de Goyrand lui-même qui très-souvent n'a pas réussi, je pourrais nommer Velpeau, Bonnet de (Lyon), M. Verneuil, M. Tillaux et tant d'autres. M. Després a semblé nous dire que les ponctions articulaires ne présentaient pas de gravité ; j'ai vu d'assez nombreux et d'assez graves accidents à la suite de simples ponctions du genou pour croire, sans paradoxe, cette pratique plus redoutable peut-être que l'ouverture de l'articulation; et chez un de nos maîtres les plus éminents, une arthrite mortelle se développa après une ponction articulaire.

M. DESPRÉS dit que M. Lucas-Championnière s'est mépris sur ses paroles; lui non plus n'est pas partisan des ponctions articulaires; il y a assez insisté dans ses rapports sur l'aspirateur Dieulafoy.

M. GUYON a opéré, en 1868, un corps étranger articulaire par la méthode de Goyrand; il fait mettre la pièce sous les yeux des membres de la Société. Le succès a été complet, mais M. Guyon doit dire qu'à deux reprises, ses essais furent infructueux, et si ses tentatives n'eurent aucun effet fâcheux, du moins il ne put déloger le corps articulaire. Ce n'est qu'à la 3e tentative qu'il put réussir; et grâce à une petite manœuvre qu'il inventa pour la circonstance; mais qu'il trouva plus tard — ce qui arrive assez souvent — signalée par les auteurs; il prépara, dans le tissu cellulaire sous-cutané, une cavité pour le corps étranger avant d'essayer de le chasser de la synoviale. M. Guyon est donc parmi ceux qui trouvent que la méthode de Goyrand est bonne et a été un progrès véritable. Elle a beaucoup abaissé le chiffre de la mortalité; mais aussi les insuccès opératoires sont devenus beaucoup plus nombreux et les chirurgiens les plus remarquables ont souvent échoué dans leurs tentatives. Voilà pourquoi il est bon d'étudier les autres méthodes et il est certain que les résultats remarquables communiqués par M. Verneuil et d'autres de ses collègues présents que la taille articulaire devra rendre de très-grands services.

M. VERNEUIL est très-heureux que MM. Tillaux et Guyon aient ramené la question à son point de départ et n'aient parlé que du traitement des corps étrangers par la taille articulaire et le pansement ouaté antiseptique. Il n'ajoutera que peu de mots : il pense qu'on pourra être plus audacieux que M. Tillaux et peut-être les indications de la taille ne sont-elles pas aussi rigoureuses que ce chirurgien les réclame. Les observations publiées ne démontrent-elles pas, en effet, que la taille articulaire est une opération relativement innocente? Mais surtout où il diffère d'opinion, c'est lorsqu'on semble dire que l'opération de Goyrand est inoffensive. Mais elle a souvent provoqué des accidents mortels ! Il faut donc ajouter aux très-nombreux insuccès opératoires dont elle est responsable puisque les chirurgiens les plus éminents l'ont vue échouer dans leurs mains, un certain nombre de chances de mort. M. Verneuil cite deux statistiques : dans l'une, il y eut 19 succès complets, 15 insuccès opératoires et 5 morts, c'est-à-dire une mortalité de douze pour 100. Ce que ne donne pas la taille articulaire avec le traitement ouaté antiseptique, puisqu'il n'y a pas 2 morts dans 25 opérations, et encore ces deux morts ne sont pas imputables à la seule opération ! Et puis ce procédé d'extraction ne donne pas d'insuccès opératoires, ce qui est un point qui a bien sa valeur. Je ne dissimule pas, ajoute M. Verneuil, que je cherche, dans tous les cas où la chose est possible à substituer le pansement ouaté de M. Guérin au pansement de M. Lister. Nul, plus que moi ne rend un éclatant hommage aux services rendus par la méthode du chirurgien écossais, et souvent son excellent pansement est le seul applicable. Mais lorsque celui de M. Guérin peut le remplacer, je le préfère car il est plus simple, plus accessible à tous les praticiens. Or, dans les cas particuliers mon observation, celles de MM. Guérin, Tillaux, Gillette, Paquet, un fait inédit d'un de nos collègues d'Orléans prouvent que le pansement de M. Guérin a répondu à ce qu'on attendait de lui. M. Lucas-Championnière m'a dit que peut-être la guérison était plus rapide avec le pansement de Lister. C'est possible; mais, je ferai remarquer que je n'ai point visé à la réunion immédiate que je redoute comme vous le savez. M. Gillette a été plus audacieux; il a réuni les deux lèvres de la plaie et le succès a été très-grand. Peut-être, une autre fois tenterai-je cette réunion. Mais dès à présent je me déclare fort satisfait des résultats obtenus.

M. TILLAUX présente une pièce de luxation ancienne probablement traumatique et trouvée par le docteur Henriet sur un des cadavres de l'amphithéâtre de Clamart. Cette pièce est intéressante en ce sens que la luxation est iliaque et il y a persistance de la partie antérieure de la capsule. Le ligament de Bertin n'a pas été déchiré, ce qui vient corroborer l'opinion de M. Tillaux sur l'influence des débris de la capsule par la détermination de la variété de luxation. P. RECLUS.

REVUE MÉDICALE

Physiologie et médecine.

M. le Dr GAMGEE, professeur de physiologie à *Owens College* (Manchester), vient de publier dans le numéro du 12 octobre du *British Medical Journal* (1) le compte-rendu d'une visite qu'il a faite à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot et à laquelle assistaient, entre autres, MM. Virchow, Grainger Stewart, Turner, O. Liebreich, Ray Lankester, Broadbent, Ernest Hart, etc. Après avoir cité les faits cliniques, les expériences et les essais therapeutiques que nos lecteurs connaissent en grande partie (2), M. GAMGEE termine sa relation par les considérations suivantes que nous croyons utile de reproduire *in extenso*.

Après m'être acquitté de la tâche que je m'étais imposée, de rendre compte aussi fidèlement que possible des faits singuliers et instructifs dont le professeur Charcot nous a rendus témoins, je ne puis m'empêcher d'ajouter quelques réflexions qu'ils m'ont inspirées.

Le lecteur qui n'est pas étranger à la physique et à la physiologie admettra sans difficulté que la plupart des faits rapportés sont absolument inexplicables dans l'état actuel de la science. L'influence des aimants et des solénoïdes *à distance* sur le système nerveux de certains malades est un des faits les plus inexplicables. Pour moi, il était extrêmement intéressant, parce qu'il y a quatre ans, j'avais été conduit à faire quelques expériences dans le but de déterminer si les propriétés physiologiques des muscles et des nerfs, chez la grenouille, sont modifiés, lorsqu'on les place entre les piles des électro-aimants les plus puissants et que j'avais obtenu des résultats purement négatifs. M. le professeur Charcot a tout récemment été conduit, par les frappants effets des aimants et des solénoïdes sur ses malades, à essayer des expériences semblables sur les grenouilles, mais il est arrivé aussi à un résultat négatif.

Mais, si le fait, que les aimants et les solénoïdes exercent à distance une action sur le système nerveux, est étonnant, combien plus ne le sont pas ces faits constatés de transport de la sensibilité sous leur influence. Ici nous devons dire comme Claude Bernard au professeur Charcot peu de temps avant sa mort, lorsqu'il fut mis en présence de mêmes phénomènes à la Salpêtrière : « Ces faits montrent combien peu de chose nous savons. »

Pour moi, les faits que j'ai décrits me paraissent particulièrement précieux en ce qu'ils contiennent une leçon dont je suis convaincu que les physiologistes anglais devraient profiter. Depuis longtemps j'ai vivement senti que le divorce que l'on a tenté d'établir entre la physiologie et la médecine sera certainement très préjudiciable aux deux sciences, mais surtout à la première. Il a trop été de mode chez nous d'imiter en certaines matières tout ce qui se fait en Allemagne. La complète séparation de la physiologie d'avec la pratique de la médecine

(1) *Demonstrations on the phenomene of hystero-epilepsy and on the modification which they undergo under the influence of Magnets and Solenoids.*

(2) Voir les nos 28, 29, 30, 35, 36, 39 du *Progrès médical*.

© BIU Santé

est, j'en suis certain, une des mesures qui, parce qu'elle a quelque chose de séduisant, a été adoptée sans une juste compréhension des fâcheuses conséquences qu'elle entraîne. Que la physiologie doit être enseignée par des hommes qui se sont assimilé plus spécialement les sciences qui en sont les bases nécessaires, par des hommes qui, aussi longtemps qu'ils continuent à enseigner, ne sont pas absorbés par les exigences d'une large clientèle, cela se comprend et est, sans contredit, raisonnable; mais aller plus loin et chasser le physiologiste de l'hôpital, pour le renfermer dans son laboratoire, — le mettre tout à fait dans la même condition que son collègue le professeur de chimie, — c'est le séparer de matériaux qui, dans l'avenir comme dans le passé, seront les plus suggestifs de grandes découvertes, s'il n'est pas actuellement nécessaire de poser le sceau de la vérité absolue sur les plus importantes généralisations du laboratoire.

On le sait, la physiologie emprunte ses faits à diverses sources : l'anatomie (humaine et comparée), l'embryologie, l'étude des fonctions de l'organisme dans l'état de santé et de l'*observation des faits de maladie*. On peut dire avec vérité que l'expérience qui est faite sur nous par les ravages d'un processus morbide est souvent infiniment plus délicate et, si on l'analyse convenablement, infiniment plus profitable que l'expérience analogue exécutée par le plus habile physiologiste, et je le dis, bien que je sois convaincu de l'incalculable valeur des expériences physiologiques. Il n'est pas difficile de prouver l'exactitude absolue de la proposition que je viens d'énoncer et je tâcherai de le faire en rapportant les exemples suivants qui montrent quel genre de faits la clinique peut fournir à la physiologie.

1° Le fait qui nous est enseigné par clinique, l'étude attentive de la paralysie des septième et cinquième nerfs crâniens, à savoir que la branche linguale du cinquième *n'est pas* le nerf du sens spécial du goût pour les deux tiers antérieurs de la langue, mais que les fibres qui donnent à cette région la sensibilité gustative suivent la corde du tympan (et de là sans doute par voie indirecte le glosso-pharyngien), ce fait montre quelle valeur peuvent avoir les enseignements fournis par l'étude de la maladie; valeur d'autant plus grande que l'on n'a été conduit au résultat par aucune induction de faits anatomiques, ni par aucune expérience sur un animal inférieur.

2° Le phénomène de l'ataxie locomotrice indique une transmission des impressions tactiles par les cordons postérieurs de la moelle comme n'aurait pu le faire aucune expérience sur un animal inférieur et donnent la conviction qu'une connaissance détaillée des fonctions de la moelle sera acquise, probablement, plus par une étude des affections spinales que par l'expérimentation sur les animaux si grands qu'aient été les résultats des travaux d'hommes tels que Brown-Séquard, Vulpian et Goltz.

3° Les faits de diabète, tout incomplets que soit notre connaissance de la maladie, valent plus pour établir l'origine possible de la glucose hépatique dans les matières protéiques, que n'importe quelle expérience de laboratoire.

4° Sur l'importante question de l'influence du foie sur la formation de l'urée, toutes les recherches purement physiologiques, publiées jusqu'à présent, sont extrêmement peu satisfaisantes, elles établissent une *présomption* en faveur de cette relation, mais rien de plus. D'un autre côté l'observation clinique rigoureuse de ces vingt dernières années, si on l'analyse avec soin, met hors de doute que l'intégrité des cellules hépatiques est essentielle à la production du principal élément de déchet azoté, l'urée.

Les exemples qui précèdent me paraissent les preuves les plus frappantes de l'espèce de témoignage de ce que la médecine clinique a fourni à la physiologie et qui ne pourrait être obtenu par aucune autre voie; et si je les cite, c'est parce que je pense qu'il est grandement nécessaire que ceux dont les convictions sont arrêtées insistent sur les désastreux effets de la tendance à priver la physiologie de l'expérience clinique. Parce que une riche moisson de découvertes a été recueillie par les travailleurs actifs de l'école allemande moderne, qui ont travaillé dans les laboratoires et non dans les hôpitaux, on en est venu à considérer le laboratoire comme le seul terrain ouvert au physiologiste. Il doit être chimiste, physicien, anatomiste, embryologiste, mais médecin il n'a pas besoin de l'être et l'expérience du médecin lui est inutile : tous les phénomènes qu'on peut étudier sur les animaux, vivants ou morts, il doit les étudier par lui-même; mais les phénomènes de la maladie, il ne doit les connaître que de seconde main par l'intermédiaire du médecin. Il doit consacrer une partie de sa vie à se rendre maître des nombreuses branches des sciences physiques et naturelles; il ne compte pas les heures d'études employées à étendre ou conserver ses connaissances dans cette direction; mais les heures qu'il dépenserait à remplir les fonctions d'un médecin d'hôpital, en se plaçant face à face avec les expériences de la maladie et en appliquant sa science à les élucider, ces heures là il les considérerait comme dérobées à sa science!

Pourquoi étudierions-nous les phénomènes de l'action réflexe sur la grenouille décapitée, de *première main*, tandis que nous recevrions toutes nos notions sur des faits aussi importants que ceux rapportés dans cet article, de *seconde main*, des médecins qui les observent?

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Sur la métallothérapie; notes cliniques; par le Dr G. Allexich. (*Gazzetta medica italiana*, Padova, 13 avril 1878).

Sous ce titre, M. Allexich publie trois cas d'application de la métallothérapie aux affections nerveuses. Ces observations furent recueillies, à Paris, dans le service de M. Bouchut, mais elles sont assez curieuses pour qu'on nous permette de les ramener en France, tout au moins sous la forme d'un court résumé.

I. Petite fille de 13 ans, sensibilité nerveuse exagérée dès l'âge le plus tendre, qui augmenta petit à petit et qui se transforma en convulsions. Anémie très-prononcée; douleur ovarienne, à la pression, du côté droit.

Forme des attaques. Courte durée; pas de symptôme précurseur; contractions cloniques et toniques, cyanose, écume à la bouche. De temps en temps, hallucinations de la vue et de l'ouïe, et autres phénomènes nerveux.

On diagnostique : hystéro-épilepsie, entretenue probablement par l'hyperesthésie ovarienne. Le bromure de potassium, employé pendant plusieurs mois, diminua la violence et la durée des accès, mais les autres symptômes, y compris la sensibilité, ne changèrent pas.

La métallothérapie fut appliquée dans les premiers jours de février. L'exploration cutanée, faite avec des plaques de fer doux et de cuivre, donna des résultats négatifs. L'or rendit, au contraire, les parties sensibles. Au bout de plusieurs jours d'administration du chlorure d'or, l'insensibilité et les autres troubles nerveux disparurent.

II. Petite fille de 10 ans. Son père est mort aliéné. L'année dernière, elle eut un hoquet convulsif qui ne disparaissait que la nuit; il cessa spontanément. Le 11 mars, elle rentre à l'hôpital avec le même hoquet qui, cette fois, a résisté au bromure de potassium et à l'opium. — En dehors du spasme diaphragmatique, il y a un spasme de la glotte qui se traduit par un sifflement très-aigu pendant l'inspiration.

M. Bouchut diagnostique : phréno-glottisme par excitation de la cinquième paire, due à l'irrégularité de la dentition. 3 grammes de chloral; extraction de deux canines supérieures. Le phréno-glottisme disparaît trente-six heures après; le spasme diaphragmatique seul revient. Injection de morphine; pas d'amélioration. Le 21, application de cuivre porphyrisé sur la partie inférieure du thorax. Quelques minutes après, le hoquet cesse. Huit jours après, la guérison s'était maintenue.

III. Petite fille de 13 ans. Mouvements choréiques des membres supérieurs depuis huit jours, qui finissent par gagner tous les muscles, y compris ceux de la langue. Pas de rhumatisme, ni d'émotion morale; la chorée est rattachée à l'anémie profonde de la malade.

Le 3e: Cuivre porphyrisé sur les bras et les jambes. Le soir même, les mouvements diminuent. Le lendemain, tout était fini.

Nous ne voulons pas insister sur les résultats obtenus; nous nous bornons à les enregistrer sans commentaires.

II. La métallothérapie en Orient.

M. A. Cegan, médecin à Alexandrie (Egypte), vient de publier dans la *Gazetta medica Italiana* de Padoue (20 avril), un article très-intéressant sur cette matière, dont nous extrayons plusieurs fragments. La métallothérapie, dit-il, était connue depuis longtemps des Arabes, et elle est aujourd'hui un des moyens de traitement les plus populaires.

Tous les enfants, en effet, portent des anneaux métalliques

© BIU Santé

très-lourds, dans les bras et les jambes, jusqu'à ce que la dentition soit complétement terminée. Ce préjugé ne serait pas absolument dénué de fondement. D'après les observations de M. Cegan, quoique l'éruption des dents chez les Arabes se fasse très-facilement, ils auraient quelquefois pendant ce temps des *convulsions* mortelles; un de ses propres enfants en fut victime. Peut-être l'application des métaux sur les enfants s'oppose-t-elle à ces accidents. Mais ce n'est pas seulement chez les pauvres qu'on guérit les maladies par les métaux. Les riches emploient aussi des anneaux en or d'un poids considérable, et de plus si leurs moyens le leur permettent, il leur reste une ressource suprême, c'est la coupe sacrée qui est conservée dans la grande mosquée du Caire (Sittina Zenap), et que le grand-prêtre loue moyennant le dépôt d'une somme considérable. Cette coupe s'appelle Fazat Etracob, et est en cuivre poli. Son intérieur est rempli de versets du Koran, et tout autour du bord sont attachés de petites médailles portant aussi des inscriptions; enfin, de petites chaînettes entre-croisées entre elles, garnissent le fond.

Voici comment procéda le grand-prêtre, en présence du docteur Cegan, dans un cas de *convulsions hystériques*. Après avoir été mise au lit, on entoura d'anneaux de cuivre, les jambes, le cou et le dos de la malade; les bras et les poignets furent entourés d'or massif, et sur la tête on appuya une grande pièce de monnaie d'or ancienne.

La malade ainsi préparée, le grand-prêtre laissa tomber dans la coupe une pièce d'or et de l'eau simple, et ensuite des chaînes et d'autres objets métalliques. L'hystérique avala à plusieurs reprises cette singulière potion, en ayant soin de bien agiter avant de s'en servir. Le troisième jour, tous les accidents convulsifs avaient disparu.

Les riches traitent aussi les hernies de leurs enfants par la métallothérapie. Ils commencent par réduire l'intestin et appliquent ensuite sur l'anneau, un petit sac contenant une cinquantaine de napoléons d'or qu'on y laisse pendant longtemps. S'il s'agit d'un spasme des paupières, on traverse l'oreille avec un anneau de laiton; le même procédé est employé dans les névralgies oculaires; s'il y a récidive on applique un deuxième anneau au lobule du nez.

Tels sont les principaux exemples que donne M. Cegan, de l'emploi de la métallothérapie chez les Orientaux. Il en a cherché d'autres dans les livres, mais ses tentatives sont restées infructueuses. Mais si les flammes ont détruit les bibliothèques arabes, les traditions populaires suffisent à démontrer l'ancienneté de l'emploi thérapeutique des métaux.

MARCANO.

BIBLIOGRAPHIE

Typhus et fièvre typhoïde; par le Dr MASSE, médecin principal de 1re classe attaché à l'état-major de la place de Paris, un vol. in-8; Paris, G. Masson, 1878.

La médecine est, après la théologie et peut-être avant la théologie, le domaine où se trouvent le plus de choses étonnantes, et par choses étonnantes, j'entends surtout des opinions.

L'une de ces choses ou de ces opinions, non pas la plus étonnante, non pas même une des plus étonnantes, mais assez étonnante, c'est de voir un certain nombre, — et non pas un petit nombre — de médecins, après plus d'un demi-siècle d'observations attentives, d'études et d'expériences multipliées, confondre encore sous une même dénomination le typhus et la fièvre typhoïde ou dothiénenterie, ou bien n'établir tout au plus entre ces deux maladies qu'une différence plus ou moins légère de forme. Il est vrai que si l'on demande à ces médecins ce que c'est au juste que la *forme* en pathologie, où elle finit et où commence le *fond*, on tombe aussitôt sur les explications les plus nébuleuses, souvent les plus fantastiques, et c'est là surtout que pullulent les choses étonnantes.

L'auteur de l'ouvrage dont nous croyons devoir présenter aujourd'hui une rapide analyse à nos lecteurs, n'a pas été tenté par l'appât de ces subtiles dissertations transcendentales où l'esprit s'élève à une telle hauteur que les nuages lui cachent la terre et ne lui laissent plus guère apercevoir que la région des brouillards, région où chacun voit ce qu'il veut ou ce qu'il peut.

Témoin, à quelques années d'intervalle de deux épidémies, l'une de typhus, l'autre de fièvre typhoïde, un médecin militaire distingué, M. le Dr Masse, n'a voulu qu'être l'historien fidèle des faits qui se sont passés sous ses yeux, et il a réalisé heureusement ce qu'il a voulu. S'il a abordé quelques questions doctrinales, — et comment pourrait-il en être autrement de la part de tout cerveau qui pense? — ce n'est que lorsqu'elles découlaient naturellement, je dirai volontiers nécessairement des faits qu'il venait de relater et qu'il ne se faisait, pour ainsi dire que l'écho des faits eux-mêmes. Aussi, en lisant le livre de M. Masse, le lecteur éprouve-t-il ce sentiment de satisfaction que donne la lecture de relations historiques dénuées de toute autre prétention que celle d'arriver à la découverte et à la démonstration de la vérité.

La première, la plus importante vérité que le travail de M. Masse met en évidence, c'est précisément celle que nous rappelions plus haut, la distinction fondamentale qui existe entre le typhus et la fièvre typhoïde:

Quant au *début*, le typhus apparait presque toujours brusquement, et s'annonce le plus souvent par un violent frisson; — la fièvre typhoïde débute presque toujours d'une manière insidieuse, et ne se caractérise qu'après plusieurs jours de malaise;

Dans la symptomatologie, beaucoup de phénomènes, presque tous les phénomènes diffèrent: on ne voit dans le typhus ni épistaxis, ni pouls dicrote, ni gargouillements de la fosse iliaque, ni météorisme, etc.; quant au météorisme, il est tellement loin de se montrer, que des médecins, un au moins, a considéré la rétraction du ventre comme un signe du typhus, parce qu'il a confondu les effets de la faim ou plutôt de l'inanition avec ceux de la maladie;

Comme la fièvre typhoïde, le typhus est marqué au début par l'apparition de papules rosées; mais tandis que ces papules sont toujours rares dans la fièvre typhoïde et conservent toujours le caractère exanthématique, elles sont très-nombreuses dans le typhus, deviennent même très-souvent confluentes, et se tranforment en pétéchies ou se mêlent à celles-ci, qui revêtent d'emblée le caractère ecchymotique, ce qui, du reste, comme on sait, a fait donner au vrai typhus, le nom de typhus *pétéchial;*

Dans les urines, M. Masse a découvert un nouveau caractère distinctif des deux maladies: tandis que l'acide azotique, employé avec certaines précautions, détermine, sous forme de diaphragme dans le verre à expérience, un précipité brun, dans les urines des typhiques, le même réactif, employé de la même façon, détermine un diaphragme indigo, dans l'urine des typhoïques; ce dernier caractère, découvert par M. Masse, parait même distinguer la fièvre typhoïde de toutes les autres fièvres qu'a pu observer l'auteur; cette découverte est une conquête séméiotique précieuse, car M. Masse n'a vu manquer ce diaphragme indigo qu'une fois sur vingt;

La *marche* du typhus est celle qu'annonce un début violent, c'est-à-dire rapide; sa durée moyenne est de 12 à 13 jours, quelquefois de 15; tout le monde sait que celle d'une fièvre typhoïde bénigne est au moins de 25 jours;

Pour l'*étiologie*, le typhus est très-contagieux, la fièvre typhoïde l'est peu ou point; — nous reviendrons sur ce point.

Enfin, pour compléter le tableau, non de toutes mais des principales différences qui distinguent les deux maladies, nous devons noter que la *lésion anatomique*, si universellement, si justement considérée comme caractéristique de la fièvre, l'altération grave des plaques de Peyer, des follicules de Brunner et des ganglions mésentériques — (d'où le nom de Petit et Serres: fièvre entéro-mésentérique) — manque absolument dans le typhus, où la muqueuse intestinale ou plutôt le tissu sous-muqueux est à peine phlogosé, j'entends hyperhémié.

M. Masse signale aussi comme caractère distinctif du typhus et de la fièvre typhoïde, la présence d'une quantité considérable de globulins dans le sang des typhiques tandis qu'ils manquent dans celui des typhoïques.

© BIU Santé

On pourrait se dispenser de parler ici d'un prétendu caractère anatomique du typhus, — qui serait en même temps une découverte, — si les académies des sciences et de médecine n'étaient tombées d'accord, — quoique sans s'être concertées, — pour récompenser, cette découverte: elle consiste dans l'existence sur la muqueuse intestinale des typhiques de plaques dites *rasées*, rasées parce que la muqueuse, au lieu d'être par places enflammée et boursouflée, est, au contraire déprimée, amincie, comme si elle avait été rasée, ou mieux abrasée par un instrument tranchant. M. Masse a constaté que cette prétendue abrasion n'existe nullement chez les typhiques qui n'ont que le typhus; on l'observe quelquefois chez les typhiques faméliques, et plus encore chez les faméliques non typhiques, comme la malheureuse Algérie en vit mourir un nombre si colossal, — 500,000 dit-on, — dans la calamiteuse famine qui ravagea notre belle colonie, à la fin du calamiteux empire. Cette abrasion, ainsi d'ailleurs que le rappelle le Dr Masse, ne fait que confirmer ce qu'avait observé le Dr Chossat, dans ses expériences sur la mort par *inanitiation*, — mort, d'ailleurs aussi barbare que les expériences ; — il semble, il est même certain que, dans le cas de famine, la vie ou la nutrition finit par s'entretenir aux dépens de la muqueuse intestinale, comme au dépens de la graisse d'abord, puis des organes, en raison inverse de leur importance, le cerveau étant celui qui souffre le moins de cette digestion *autophagique*.

Ainsi est réduite à néant, cette découverte des plaques *rasées*, qui paraissait bizarre, et ainsi, du même coup, est jaugée la valeur qu'on doit accorder aux récompenses académiques.

Nous ne pouvons suivre dans toutes ses parties le consciencieux et utile travail de M. Masse. Mais il est deux points, cependant, sur lesquels nous voulons insister quelques instants.

Dans l'histoire d'une maladie, tous les faits intéressent également la science; mais deux catégories seulement de ces faits intéressent les populations, ce sont ceux qui se rapportent à la prophylaxie et au traitement : c'est en cela que consiste, à proprement parler la médecine; sans prophylaxie, sans traitement utile, la médecine ne serait qu'une sinistre curiosité. Occupons-nous donc de ce qui est plus utile que curieux.

La prophylaxie consiste tout entière dans la connaissance de la cause immédiate du mal, ou, à défaut de la cause immédiate, des conditions dans lesquelles le mal se développe. Dans le typhus comme dans la fièvre typhoïde, la cause immédiate est soupçonnée, (et nous dirons ce que nous entendons par ce mot), mais elle n'est pas connue. Seulement, on connaît quelques-uns de ses attributs, et l'on connaît les conditions, beaucoup de conditions du moins, sinon toutes, dans lesquelles la cause se développe ou agit efficacement. Ces causes étant le plus souvent sous la puissance des individus ou de la collectivité sociale, elles peuvent par cela même être écartées, et par conséquent leurs effets empêchés sinon détruits. M. Masse constate ce fait, après plusieurs de ses confrères de l'armée, qui ont fait depuis une vingtaine d'années plusieurs bons travaux sur le typhus. Laissons parler notre honorable auteur ; nous essaierons de dire, ensuite, ce qu'on doit ajouter à son exposé ou ce qu'on en doit retrancher.

« Ce que nous savons de plus exact, dit-il, sur l'étiologie du typhus impose à notre esprit la nécessité de l'intervention d'un agent spécifique, inconnu dans son essence et désigné jusqu'à présent sous les noms vagues de miasme, de ferment, de zymase, etc. Cet agent existe-t-il sous forme de corpuscules organisés et figurés ou non, sous forme de gaz ? A-t il des rapports avec les impondérables, l'électricité, le magnétisme, etc? Autant de questions à résoudre. La nature intime, la constitution propre de cet agent nous échappe et reste à l'état de mystère, mais nous savons avec certitude que les causes dites banales ne produisent point le typhus, qui ne se développe que dans certaines conditions particulières. Ces conditions sont : 1° *générales* et se rattachent à l'absence de productions suffisantes du sol, à la misère qu'elle engendre, à l'affaiblissement et à la détérioration dont elle frappe les organismes humains; 2° *locales* et proviennent de l'accumulation ou des locaux clos et incomplétement aérés, d'organismes affaiblis, couverts d'enduits malpropres, et souffrant de certaines affections, le plus communément d'affections du tube digestif.

« Le miasme ainsi engendré fait des victimes dans son voisinage immédiat, se propage de son lieu d'origine, rayonne suivant des lois encore inconnues, et vient contaminer ou intoxiquer des organismes vierges de toute maladie ; ou atteints déjà d'une autre affection. Au point de vue de sa propagation, il est certainement plus infectieux que contagieux, mais le contage peut se faire par le malade lui-même, par ses effets, par son linge, par ses draps de lit, etc. Le local contaminé peut, malgré des mesures hygiéniques, conserver pendant un certain temps des propriétés infectieuses. Cependant, il est démontré par expérience, que grâce aux prescriptions hygiéniques, grâce surtout à l'abondance succédant à la disette, le typhus disparait complétement des régions qu'il avait envahies. On a avancé, mais sans preuves bien démonstratives, que les constitutions les plus vigoureuses sont le plus souvent attaquées par le miasme, qui marquerait ainsi ses préférences. Ce qui parait plus vrai, c'est que la nocuité du miasme augmente avec sa concentration. Favorisez, au contraire, sa diffusibilité, et vous en atténuerez l'action. C'est là ce que démontre l'épidémie observée à l'hôpital du Dey, où les effets de l'infection, grâce à l'aération permanente, ont été tellement affaiblis, que malgré la présence presque constante d'un certain nombre d'infirmiers et de médecins dans les salles de typhiques, il n'y a eu que très-peu de cas de contagion à l'hôpital, tandis que les malades venaient des centres infectés, tels que les Tagarins, le fort de l'Empereur, la prison de la rue Salluste, etc., etc. Nous n'ignorons pas que cette immunité dont a joui l'hôpital du Dey n'a point été accordé à l'hôpital civil de Mustapha, où les sœurs de charité ont payé de leur vie leur dévouement. Mais nous avons déjà indiqué les conditions particulières de cet établissement, où l'affluence des affamés, ayant été très-grande au début, il y a produit l'encombrement et ses suites inévitables en pareille circonstance, le typhus, qui y fit 48 victimes, parmi lesquelles 18 européens et 30 indigènes.»

Développons, maintenant, quelques-unes des questions effleurées plutôt que traitées par l'honorable observateur.

« Le typhus, dit-il, est plutôt infectieux que contagieux. »

Beaucoup de pathologistes ont parlé et parlent d'*infection* et de *contagion*, tantôt comme des choses très-distinctes, tantôt comme de choses identiques ou peu s'en faut, mais toujours sans donner de l'un et de l'autre terme des définitions qui satisfassent aux exigences de la science. En sorte qu'employer ces mots, aujourd'hui encore, sans en déterminer l'acception rigoureuse, n'est point suffisant.

Qu'est-ce que la contagion et qu'est-ce que l'infection, ou, si l'on veut, qu'est-ce qu'une maladie contagieuse et une maladie infectieuse ? Il est triste d'avoir à reconnaître que sur ces deux questions capitales, la science n'a encore à faire que des réponses confuses ou contradictoires ; d'où il résulte que dire qu'une maladie est encore plus infectieuse que contagieuse, ce n'est point s'exprimer d'une façon suffisamment claire, suffisamment scientifique, tant qu'on n'aura pas préalablement défini les termes, comme le voulait avec tant de raison celui que Voltaire appelle toujours le sage Locke.

Ce n'est point ici le lieu de rappeler toutes les discussions et toutes les divagations auxquelles ont donné lieu, la contagion et l'infection ; contentons-nous de dire que les maladies *infectieuses* sont celles qui se développent dans des foyers ou des matières en fermentation, en décomposition, en putréfaction lente ou rapide, donnent lieu à des produits qui causent une maladie spéciale, qui se développe toutes les fois que ces conditions se trouvent réalisées, mais qui ne se *transmet* pas en dehors de ces foyers.

Ainsi, les fièvres intermittentes sont causées par ces mêmes conditions ; toutes les fois qu'elles existent, la fièvre intermittente se développe constamment ; mais ni les malades, ni des objets transportés dans des localités ou ces conditions n'existent pas, n'y apportent la maladie ; ainsi en est-il

© BIU Santé

du scorbut et probablement de beaucoup d'autres maladies *infectieuses*, sans en excepter la fièvre typhoïde.

Les maladies *contagieuses* sont celles qui, non-seulement se transmettent par le *contact* (comme le nom l'indique), d'un individu malade avec un individu sain, mais encore toutes celles qui se propagent, qui se transportent d'une façon quelconque d'un individu à un autre, et d'une localité à une autre, sans que ces localités se trouvent d'ailleurs dans des conditions identiques ou même semblables ou analogues. Ainsi, la syphilis, la morve, la gale ne se transmettent qu'au contact ; la rage exige même un contact avec une surface à vif ; la variole, au contraire, la rougeole, la scarlatine, etc. se transmettent sans contact, parfois à une assez grande distance ; toutes sont également *contagieuses* ou, si l'on aime mieux *transmissibles*, sans qu'il soit nécessaire que les conditions où la première maladie a pris naissance se renouvellent. Ceux qui ont voulu faire une *infection* des maladies qui se transmettraient par les vêtements, les objets, marchandises ou autres, tandis qu'ils réservent le nom de *contagion* aux maladies qui se transmettent seulement par les individus atteints, ont voulu établir une distinction absolument illogique en soi, et manquant, en fait, d'observations rigoureuses qui l'appuient; à *priori*, il paraît absurde qu'une maladie qui peut être transmise par l'habit d'un malade ne puisse l'être par le malade lui-même.

Maintenant à quoi reconnaît-on qu'une maladie est contagieuse, et le typhus est-il contagieux? à quoi reconnaît-on qu'une maladie est infectieuse, et le typhus est-il infectieux? Une maladie peut-elle être à la fois contagieuse et infectieuse, et le typhus est-il l'une et l'autre? Questions des plus importantes pour la médecine et l'hygiène ; questions le plus souvent très-faciles à résoudre, et cependant restées obscures sous les avalanches de divagations dont elles ont été l'objet.

Le typhus est une maladie infectieuse; on l'a prouvé maintes fois; M. Masse le prouve péremptoirement à son tour. Toutes les fois, a-t-il dit, en s'appuyant sur des faits indéniables, que des individus affaiblis par une cause quelconque, — maladie, faim, fatigue, — et malpropres, sont soumis à l'encombrement, on voit le typhus apparaître parmi eux; mais ni la maladie, ni l'épuisement par la fatigue, ni la famine, etc., isolés ne peuvent engendrer le typhus, et le médecin qui a non seulement prétendu le contraire, mais prétendu que le typhus n'était en quelque sorte que l'inanition, a commis une bévue qui dépasse les limites d'une simple erreur.

Le typhus est donc, évidemment, une maladie infectieuse.

Est-il une maladie contagieuse? à quoi reconnaît-on une maladie contagieuse ? Ici la question n'est pas toujours aussi simple qu'on pourrait le croire; je dis toujours, parce qu'elle est réellement très-simple quelquefois. Par exemple, un varioleux, un rubéoleux, un scarlatineux, venus d'une distance assez considérable, arrive dans une localité où ne règne ni variole, ni rougeole, ni scarlatine ; il séjourne ou couche dans une maison, et quelques jours après son arrivée, on voit dans cette maison apparaître la variole, la rougeole et la scarlatine ; à moins d'être aveugle du cerveau, on ne saurait méconnaître là des maladies contagieuses, c'est-à-dire transmissibles, transportables. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Des individus sains, par exemple, séjournent quelques heures, quelques jours surtout, dans un foyer où régne le typhus, ou le scorbut ou telle autre maladie ; ils contractent la maladie; en peut-on rigoureusement conclure que le typhus, etc. est contagieux? Assurément non, pas plus qu'on ne pourrait conclure que les plaies d'armes à feu sont contagieuses, parce qu'un pékin (style militaire) qui se serait risqué sur un champ de bataille, aurait été atteint par une balle ou un boulet; or, c'est une bévue qu'ont faite un grande nombre de pathologistes, et qui, il faut bien le dire, demande un assez grand discernement pour être évitée. Comment donc s'y prendre pour ne pas tomber dans une erreur aussi commune? Les faits recueillis par M. Masse nous l'apprendront, pour peu que nous les méditions.

« Malgré la présence constante d'un certain nombre d'infirmiers et de médecins dans les salles de typhiques de l'hôpital du Dey, dit notre honorable confrère, il n'y a eu que très peu de cas de contagion, » (lisez très-peu de malades parmi le personnel médical). De quoi on pourrait peut-être conclure que le typhus n'est pas contagieux. Mais il faut ajouter que l'hôpital du Dey était activement ventilé, et qu'il n'y eut jamais d'encombrement. A l'hôpital Mustapha, il y eut à la fois encombrement, ventilation moins active et accumulation de malades plus épuisés avant le typhus (principalement des famé-liques) et là, le personnel qui approchait les malades fut atteint dans de très-sensibles proportions, puisque, ainsi qu'on l'a vu plus haut, il y eut 18 décès d'européens, sur un total de 48 décès.

M. Masse a constaté, en outre, que les cas de typhus, en petit nombre, qui eurent lieu dans la ville d'Alger, furent observés chez des individus qui avaient été en rapport immédiat avec des typhiques. Il fait remarquer qu'il en fut de même à Constantinople, pendant l'épidémie typhique de 1855, où très peu d'habitants furent atteints, et presque toujours parmi ceux qui avaient eu des rapports avec des malades,—quoique la misère fut grande dans la ville, principalement dans le quartier populeux de Galata.

Ainsi, dans les cas de maladies infectieuses, c'est surtout, c'est presqu'exclusivement, par la constatation d'un plus grand nombre de personnes atteintes parmi celles qui se trouvent en rapport avec les malades (médecins, infirmiers, infirmières, etc.) que parmi les autres, qu'on peut juger du caractère contagieux. Cette circonstance était très-frappante autrefois, dans les meurtrières épidémies de typhus ; elle a été constatée par M. Masse, à Alger, comme elle l'avait été à Constantinople ; mais évidemment dans des proportions moindres, ce qui prouve une atténuation des épidémies typhiques qu'on ne peut attribuer qu'aux précautions hygiéniques plus grandes prises de nos jours, et ce qui nous donne la certitude que le typhus disparaîtra définitivement de la surface du globe, quand les peuples seront assez éclairés et assez énergiques pour mettre un frein à la fureur homicide des traineurs de sabre qui les gouvernent.

En résumé, il résulte des faits observés par M. Masse et par ses collègues et prédécesseurs que le typhus est une maladie contagieuse, que son caractère contagieux s'est affaibli et paraît aujourd'hui fort modéré ; et notre honorable confrère a pu dire avec vérité que le typhus est une maladie contagieuse et infectieuse, mais qu'elle est plus infectieuse que contagieuse.

Pourquoi M. Masse ayant été si justement affirmatif sur ces deux importantes questions, a-t-il été si réservé sur la cause du typhus. La *nécessité*, dit-il, de l'intervention d'un agent spécifique *s'impose* à notre esprit. Mais cet agent existe-t-il sous forme de corpuscules organisés et figurés ou non, sous forme de gaz, ou a-t-il des rapports avec les impondérables, l'électricité, le magnétisme, etc ?

Eh bien, les découvertes récentes et plus encore la sévérité de la logique interdisent ces incertitudes.

Le caractère contagieux, d'abord, exclut à lui seul ce qu'on appelle les impondérables. La contagion implique nécessairement, — même en l'absence d'une démonstration directe *de visu*, — l'existence d'un produit matériel, saisissable, et transportable, puisqu'en effet, qui dit contagion dit transmission, et qui dit transmission dit transport.

Qui dit contagion dit plus que transport d'un *produit* ; cela dit transport de produit organisé ; car si vous transportez un fragment de calcul vésical dans une vessie saine, vous pourrez bien déterminer dans cet organe, par juxta-position, par affinité chimique, un accroissement du fragment, un nouveau calcul ; mais assurément, vous ne déterminerez pas la formation d'une multitude de calculs dans tout l'organisme, en un mot une immense multiplication du même produit. La multiplication ne se conçoit, ne se peut admettre que chez un être vivant.

Qui dit contagion dit donc encore plus que transport de produit, cela dit transport et *propagation* d'un produit organisé *et vivant*.

Dès lors, on ne peut plus dire avec notre honorable confrère que « la nature intime, la constitution propre de cet agent nous échappe et reste à l'état de mystère. » Sans doute si par *na-*

© BIU Santé

ture nous voulons entendre le genre et l'espèce de l'*agent* c'est-à-dire du *microbe* (comme on l'a appelé récemment), cette nature nous est inconnue pour l'*agent* du typhus ; mais si nous voulons nous contenter provisoirement de savoir à quel *ordre d'agents* il appartient, nous sommes aussi certains qu'il appartient au règne végétal ou au règne animal (et plus probablement à ce dernier) que nous sommes certains qu'appartient au règne animal le sarcopte, la trichine, l'ascaride ou le tænia.

Et ce n'est pas là une notion de médiocre importance. Du moment qu'on est convaincu que la maladie est le résultat de l'action d'un être organisé, toutes ces prétendues indications, tirées des symptômes ou des éléments morbides disparaissent ou deviennent très-accessoires ; une seule les domine toutes : détruire ou aider l'organisme à détruire ou à éliminer le parasite homicide. Est-il nécessaire pour y arriver, ainsi que le croit notre honorable confrère, de « connaître la nature intime du miasme, ou doit-on compter sur un hasard heureux, qui nous révèlera un spécifique ? »

Nullement. Nous connaîtrions demain le *miasme*, ou le ferment, ou le parasite qui cause la rage, que rien ne prouve, tant s'en faut, que nous guéririons après-demain cette terrible maladie. Après-demain comme aujourd'hui, nous serions obligés de chercher d'abord quels sont les agents qui peuvent mettre à mort ou réduire à l'impuissance ce parasite, et, ensuite, qui peuvent exercer leur action sans apporter eux-mêmes des troubles mortels dans l'économie humaine ; seulement, cette recherche, sans exclure les chances du hasard, avec lequel les inventeurs doivent toujours compter, ne serait pourtant pas livrée au hasard purement et simplement. C'est principalement vers les insecticides que ces recherches devraient être dirigées. Et à ce propos, nous regrettons que la pensée ne soit pas venue à un observateur aussi attentif que notre distingué confrère, M. Masse, de tenter les médications parasiticides préconisées depuis quelques années, notamment les acides phénique et crésylique. C'est dans les applications de la méthode parasiticide que semble devoir se fonder surtout désormais l'avenir de la médecine pratique ; et c'est aux hommes de progrès comme notre estimable confrère à entrer résolument dans cette voie féconde et à devancer les tortues de la science, car il y a, hélas ! des tortues partout, même en science ; heureux encore quand on n'y trouve pas des écrevisses !

Il est difficile de s'arrêter quand on a à parler d'œuvres aussi intéressantes que le travail de M. Masse. Aussi cette analyse a-t-elle déjà pris un développement trop grand peut-être, et n'avons-nous presque rien à dit de la seconde partie du livre consacrée à l'étude de la fièvre typhoïde. Une analyse de cette seconde partie nous entraînerait trop loin ; nous devons donc engager nos lecteurs à recourir au livre lui-même ; ils en prendront, d'ailleurs, une idée meilleure que celle que pourrait leur en donner notre analyse, et ils profiteront certainement davantage à lire l'auteur que le critique.

C.

VARIA

La fontaine d'Ahusquy (1).

La vallée est étroite ; au-dessous d'Ahusquy, elle forme une gorge qui s'élargit vers Alçay, pour donner place à quelques maisonnettes blanches entourées de champs cultivés. Selon la coutume en Béarn, chaque parcelle est limitée par une haie de ronces ou un mur de pierres sèches ; la campagne ressemble à un damier aux cases irrégulières, variant de couleur, suivant la culture. Ici du maïs, là une prairie, voire même un champ de blé qui commence à peine à jaunir et dont la moisson ne se fera guère qu'à la fin d'août.

Pour peu que le terrain se relève, la forêt déborde ; tout le versant qui regarde la montagne d'Ahusquy est couvert de hêtres magnifiques, dont l'ondoyante verdure se raie çà et là de traînées bleuâtres, produites par la fumée qui s'échappe des huttes de sabotiers. Au-dessus de cette première rangée, une seconde s'élève, et de contreforts en contreforts, l'œil atteint les cimes dernières où la montagne lointaine, perdue dans l'atmosphère lumineuse, semble emprunter de la nature de l'air et devenir transparente comme lui.

La partie occidentale de la chaîne, la Rhune et les Aldudes, est cachée par la Montagne-Noire, Mendibelza, si belle d'ailleurs et si hardie de formes, qu'on n'oserait regretter la vue que dérobe sa crête. Elle mérite bien son nom : Dressée brusquement sur la vallée de Lecumberry, son flanc est creusé d'incisures étroites où croissent les hêtres et dont le fond n'est jamais frappé directement par les rayons du soleil ; le gros bétail, les brebis même ne sauraient y paître ; seules, les chèvres se hasardent sur ces pentes escarpées, et mal leur en prend quelquefois : pendant notre séjour, en plein mois d'août, les loups d'Iraty ont dévoré deux imprudentes qui s'étaient trop éloignées de leurs défenseurs, les gros chiens du pays, Les difficultés mêmes de son escalade font de la Montagne-Noire la route favorite des contrebandiers, encore ne l'abordent-ils pas de front ; ils prennent par un des côtés et doivent franchir une dangereuse arête dominant à pic les vallées de Larrau et de Lecumberry ; de véritables escaliers, en partie creusés par les pasteurs, conduisent au sommet du mont, d'où l'on voit, à peu de distance, les premiers groupes d'arbres de l'immense forêt d'Iraty qui envahit les deux frontières et que peuplent, avec les genettes, les chevreuils et les renards, les sangliers, les loups et les ours.

A l'est de Mendibelza, se déroule la chaîne des Pyrénées qui croissent en altitude, à mesure qu'elles se rapprochent du massif central ; voilà le mont Orhy que termine une pyramide absolument triangulaire ; l'Anie dont l'un des sommets rappelle le sein d'une Vénus grecque, et, tout à fait à l'horizon, la pointe extrême du Pic du Midi d'Ossau. Ils forment au loin la « paisible assemblée de monts » que rien ne trouble dans sa solitude. Il faut les voir d'Ahusquy, lorsque le soleil se couche derrière les côtes d'Espagne, quand le dernier buveur a quitté la fontaine ; les troupeaux ont gagné les pâturages inférieurs ; autour de vous se fait un silence que rendent plus saisissant encore les bruits qui, par moments, montent du fond de la vallée : la cognée du sabotier sur le tronc d'un hêtre ou la clochette de quelque vache errante.

La source d'Ahusquy est la seule eau qu'on trouve à plusieurs lieues à la ronde ; le Saison, la rivière la plus voisine, coule dans une autre vallée ; les pluies qui s'abattent sur la montagne sont bien vite absorbées par les fissures du sol ; au fond de la gorge même, le cours des eaux est souterrain ; çà et là, les galeries qu'elles ont creusées se sont effondrées sous le poids des terres surincombantes ; c'est ainsi que se sont formés ces vastes entonnoirs, ces dépressions circulaires dont les montagnes d'Ahusquy sont criblées. Le long du sentier d'Aussurrucq, ils s'espacent assez régulièrement des deux côtés, et leurs parois tapissées d'une végétation vigoureuse, découpent leur immense cuve verdoyante au milieu des genévriers, des fougères et des brandes déjà rougies par l'automne.

Il en est qui constituent de véritables abîmes ; le plus remarquable se trouve à une demi-heure de marche de la fontaine. On traverse, pour s'y rendre, une forêt de hêtres dont les racines poussent à travers les exfoliations des schistes ; au milieu d'une clairière étroite, s'ouvre à fleur de terre un trou de quelques mètres de pourtour ; on s'approche en rampant : au-dessous de l'orifice, la cavité s'élargit tout à coup ; elle forme une voûte où pendent des stalactites et que soutient une colonne naturelle dont le fût s'appuie sur un solide chapiteau. Le regard ne peut distinguer le fond du gouffre ; une pierre ne l'atteint guère qu'en cinq secondes, et produit en heurtant le roc un bruit prolongé d'écroulement. Mais ne vous amusez pas à ce jeu : les « lamignas », les génies de céans se vengeraient sur l'heure de cette brutale violation de leur domicile en jetant

(1) Voir le n° 45.

© BIU Santé

sur la montagne un épais voile de brume. Et, de fait, la veille de notre excursion, un curé sceptique à cet endroit, nous valut bel et bien une après-midi de pluie pour un tronc d'arbre qu'il avait poussé dans l'abîme. Nous-mêmes, que cet exemple ne put convertir, nous y précipitâmes quelques débris de roches : le brouillard nous enveloppait avant notre retour à l'auberge. « Je vous avais pourtant avertis ! » nous dit Pierre.

Ce gouffre a sa légende : un matin, deux frères partaient pour un voyage; l'un alla entendre la messe, l'autre crut pouvoir s'en dispenser et prit les devants : il tomba dans le précipice; le frère arrivant sur les lieux, distingue des gémissements que couvrent parfois les éclats de rire du démon : il court en toute hâte au village, se munit de cordes, fait porter l'hostie consacrée, puis descend dans le gouffre tenant à la main un cierge allumé ; au fond, il se trouve face à face avec le diable : « Je veux mon frère ! — Tu ne l'auras pas : il m'appartient, car il est tombé ici en état de péché ! — Eh bien ! prends garde à ta peau ; mon cierge bénit va te griller le poil. » Le démon s'effraie et s'enfuit, tandis que nos gens remontent en toute hâte.

Ici, le diable n'est pas malin; il n'irrite guère les Basques que par sa laideur ; quant à son intelligence, ils la tiennent en médiocre estime : il voulut une fois apprendre la langue des Escualdunac et vint habiter la Basse-Navarre; au bout de sept ans, il ne disait encore que « baï » et « es », oui et non ; tout penaud de son ignorance, il dut regagner ses demeures souterraines ; peut-être ne réussit-il si mal que parce que l'Euscara est un idiôme sacré ; Dieu le Père le parle couramment ; c'est de l'Euscara qu'on se servait au Paradis terrestre.

Nous avons recueilli de bizarres détails sur la médecine populaire du pays. La sorcière, la « chorguina » des basques, la « broutcho » des Béarnais, a survécu aux immenses holocaustes que firent de ses sœurs, au commencement du XVIIe siècle, les juges du Labourd et de la Soule ; elle reste encore le grand docteur, mais n'est pas sorcière qui veut : un long désir même ne suffit point ; il faut un don spécial, et des vertus qui, pour la plupart, sont héréditaires ; il y a des familles privilégiées ; la mère fut « chorguina », la fille le sera. Qu'elle le veuille ou non, qu'elle le sache ou qu'elle l'ignore, elle possède l'art de guérir et celui de jeter des sorts. On nous citait une jeune fille des environs de Baïgorry, belle, et ayant un père fort riche. Elle est née sorcière, elle est sorcière, sans le savoir. Aussi comme le Moïse d'Alfred de Vigny, est-elle destinée à « vivre puissante et solitaire » à moins qu'un sorcier ne la demande en mariage. « Je ne suis qu'un pauvre pasteur, me disait le jeune homme qui nous racontait l'histoire, mais on me l'offrirait pour femme que je la refuserais certainement. »

La sorcière connaît seule les grands remèdes et les incantations efficaces, mais il est quelques menues recettes qu'elle a livrées aux vieilles matrones : celles-ci prescrivent couramment certaines formules magiques, et certains ingrédients, fort malpropres, d'ailleurs. Toutes les excrétions de l'homme et des animaux domestiques trouvent place dans l'étrange pharmacopée : de la bouse de vache frite à la poêle fait merveille dans les abcès ; le bouillon d'une souris est souverain pour guérir chez les enfants l'émission involontaire des urines pendant le sommeil ; une rate de bœuf appliquée sur la plante des pieds arrête les accès pernicieux. Lorsqu'on est atteint de fièvre intermittente, il faut, au lever du soleil, offrir du pain et du sel à un pied de menthe, (Mendrach ou Mendraü) et réciter trois vers que les Béarnais riverains, ont, pour leur usage personnel, traduit de la façon suivante :

« Boundjour, Moussu Mendraü,
Qu'apporty pa y saü,
Qu'ep dechy uë frèbe y qué m'en baü. »

(Bonjour, Monsieur Mendraü ; j'apporte du pain et du sel ; je vous laisse une fièvre et je m'en vais).

Parmi les buveurs de la saison, était un malade chez lequel des calculs hépatiques avaient provoqué ne jaunisse ; il vint me consulter fort perplexe : deux bergers de la montagne, praticiens d'égale réputation, proposaient chacun son remède, et mon autorité devait terminer le débat. La première des formules, je n'oserais la transcrire, mais tenez-là pour bizarre et de haut goût; la seconde est des plus simples: « Faites et buvez une tisane de poux.» N'allez pas vous imaginer au moins que cette ordonnance fût ici d'exécution dificile. La matière première abonde et sur cette frontière, Espagnols et Français pourraient rivaliser à qui fournirait la plus ample décoction d'insectes.

Voltaire qui définissait les Basques « un petit peuple qui danse au haut des Pyrénées », semble avoir vu Ahusquy ; sa terrasse en pleine lumière, largement découverte, avec son grand horizon de montagnes et que l'on aperçoit de toutes les crêtes environnantes est l'éternel rendez-vous des pasteurs ; ils viennent se mêler aux buveurs basques, et tant que dure la journée, on joue sans trêve et sans merci : jeu de paume, jeu de quilles, jeu de la barre. Tous ces jeunes hommes marchent, courent, bondissent, agitent sans cesse leurs bras et leurs jambes ; pas un muscle qui ne travaille. Ce sont de rudes jouteurs, et les Béarnais de la plaine n'osent guère leur disputer le prix.

Le dimanche et les jours de fête, jeunes gens et jeunes filles accourent de tous les villages et des cayolars perdus dans la montagne ; les garçons portent au bout de leur maquila, appuyé sur l'épaule, les vivres de la journée enveloppés d'une serviette blanche ; les filles, le jupon relevé à mi-jambe, ont à la main leurs souliers — quand elles possèdent des souliers — car ici, ce sont, comme les boucles d'oreille, des objets de luxe et d'apparat; elles dansent et marchent nu-pieds. Les groupes bruyants s'avancent par tous les sentiers, cheminent le long de toutes les crêtes et débouchent enfin sur la terrasse de l'auberge. Un vieux berger, armé d'un fifre et d'un tambourin commence son aigre musique, et en voilà jusqu'au soir de danses et de sauts basques.

Filles et garçons, d'ailleurs, ne négligent pas la bouteille, mais ils chantent en levant le verre, et sur trois euscariens, on trouve un improvisateur pour louer les qualités du vin et la beauté de la promise. Un des « poètes » les plus estimés de la Basse-Navarre s'arrête souvent à l'auberge d'Ahusquy; nous l'avons entendu à diverses reprises, et notamment lorsqu'il se rendait au grand tournoi « littéraire » de Saint-Palais, où l'année dernière, il avait obtenu le premier prix en contant la « vie du menuisier ». Moins heureux cette fois, il n'a recueilli que le second. Il faut dire qu'on lui a donné pour sujet « les vertus de sa vieille femme », tandis que son concurrent avait à célébrer « les charmes de sa jeune épouse ».

Ces lentes et monotones mélodies chantées d'une voix traînante par des gosiers sonores, cette langue d'une douceur admirable laissent toujours dans l'âme une impression de profonde mélancolie. En écoutant, sans le comprendre, notre improvisateur euscarien, je croyais à quelque drame intime, à un poème douloureux et tendre, la plainte désespérée d'une amante trahie, les harmonieux sanglots de quelque Elvire de Soule ou de Labourd, et je me laissais bercer par une sympathique tristesse lorsque mon voisin me traduisit ces paroles dont la musique seule m'avait tant ému; notre poète y prenait à partie un brave Auvergnat, étameur ambulant qui venait d'entrer dans l'auberge. « Vos blanches casseroles dont le brillant étain rappelle la montagne neigeuse qui pose un front d'argent sur les genoux des dieux, vos chaudrons qui ont la couleur des moissons de la plaine et semblent faits de l'or des doublons d'Espagne, sont bons quelquefois, mauvais le plus souvent. Quand vous les donnez à l'épreuve avec garantie, ils résistent aux injures du temps, mais ceux que vous vendez de confiance, à peine avez-vous tourné les talons que le cuivre se détache au feu par écailles, comme après la gelée tombent les pierres des rudes épaules du pic d'Anie ».

Peuple charmant, mais combien ignorant et barbare encore ! Il faut une bataille pour clore un jour de fête ; sous

© BIU Santé

le plus futile prétexte, les bâtons tournoient et s'abattent, et le maquila avec sa pointe de fer et sa masse plombée, n'est pas précisément une arme aimable. Les jeunes gens d'un village ont mieux sauté, mieux dansé, mieux couru; ceux d'un autre village doivent s'en trouver blessés et prendre une revanche immédiate. Un soir, nous avons assisté à ces étranges provocations; les offensés quittèrent l'auberge, et, à la nuit, se cachèrent dans la montagne pour attendre leurs adversaires. Ceux-ci les devinent de loin et d'une crête à l'autre, les défis se croisent et se multiplient. Certes, les formules ne varient guère; elles consistent à emprunter au basque, à l'espagnol, au français et au béarnais, toutes les interjections où le nom de Dieu est pris en vain, à les répéter, à les accumuler, à les entasser jusqu'à perdre haleine. Malgré cette pauvreté d'expression, ces menaces n'en avaient pas moins une grandeur sauvage, par contraste, sans doute, avec la beauté du lieu, et la paix de la nature endormie; à l'horizon se profilait la ligne des sommets vaguement éclairés par une lune inquiète à moitié perdue dans les nuages, tandis qu'au premier plan, on entendait, sans les voir, les lutteurs déjà plongés dans l'ombre de la nuit. (*A suivre.*)

Religieuse et supérieur. — Prévention d'homicide par imprudence.

Le tribunal correctionnel de Versailles vient de juger les nommés Louise-Maria-Cattet, âgée de 32 ans, religieuse au couvent de Jésus-au-Temple, demeurant à Maisons-sur-Seine, et Auguste Roullin, âgé de 55 ans, supérieur dudit couvent, prévenus d'homicide par imprudence. Le tribunal a rendu le jugement suivant :

Entre M. le procureur de la République,

Et : 1° Louise-Maria Cattet, âgée de 32 ans, en religion sœur Sainte-Alphonse, religieuse novice au couvent de Jésus-au-Temple, demeurant à Maisons-sur-Seine, détenue; 2° Auguste Roullin, âgée de 55 ans, supérieur-conseiller des sœurs de Saint-Jésus-au-Temple, demeurant à Maisons; prévenus d'homicide par imprudence; ouï M. de Royer, substitut, en ses conclusions tendant à ce qu'il plaise au tribunal :

Attendu que la publicité des débats de l'affaire dont s'agit est de nature à présenter des dangers pour les mœurs;

Ordonner que les débats auront lieu à huis clos; — Le tribunal, faisant droit aux réquisitions du ministère public; — Attendu que la publicité des débats concernant la fille Cattet et l'abbé Roullin paraît dangereuse pour les mœurs; — Ordonne que les débats auront lieu à huis clos.

Jugement. — Attendu que l'enfant dont la fille Cattet a accouché à Maisons-sur-Seine, dans la nuit du 15 au 16 août 1878, n'est pas venu à terme; qu'il n'avait que sept mois et demi environ de vie utérine;

Attendu que s'il n'a vécu que quelques heures; que s'il n'a reçu de la mère, ainsi que de l'abbé Roullin, qui assistait celle-ci, que des soins insuffisants : que si, notamment, ils n'ont pas réclamé avant la naissance, ni immédiatement après, les secours d'un homme de l'art, il n'est pas démontré que leur impéritie et leur négligence aient déterminé la mort de l'enfant, qu'il y a lieu de l'attribuer, suivant les documents du procès, à défaut de toute autre cause appréciable, à la faiblesse, à l'adynamie à laquelle, dans la plupart des cas, succombent les enfants nés prématurément; — Attendu que, dans ces circonstances, l'article 319 du Code pénal n'est pas applicable; — Les renvoie des fins de la citation sans dépens.

Enseignement médical libre.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot continue ses conférences cliniques le dimanche à 9 heures 1/2.

Hotel-Dieu. — M. G. Sée a commencé ses cliniques le lundi 11 novembre à 9 heures et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Cours de pathologie interne. — M. le docteur Sevestre reprendra son cours le lundi 18 novembre, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et samedis à la même heure. Il étudiera d'abord les *maladies des reins* puis les *maladies générales*.

Gynécologie. — M. le docteur de Sinéty commencera son cours à l'Ecole pratique, le mercredi 20 novembre, à 5 heures, et le continuera les mercredi et samedi à la même heure.

Cours d'ostéologie. — Les étudiants en médecine n'étant admis à disséquer qu'après avoir subi un examen d'ostéologie, M. le dr Fort, professeur libre d'anatomie, les informe qu'il fera tous les jours à partir de jeudi, 14 novembre, un cours public et gratuit d'ostéologie dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique à 6 heures 10 minutes.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le dr Henri Picard commencera le lundi 25 novembre, à 4 heures, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, son cours et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Ce cours sera complet et durera deux mois.

Maladies des voies urinaires. — Le dr Reliquet commencera son cours le mardi 19 novembre à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — M. le dr Lailler reprendra ses conférences cliniques *sur les affections cutanées*, le vendredi 22 novembre à 8 heures 1/2 du matin et les continuera tous les vendredis à la même heure.

Pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire. — M. le dr Mallez commencera son cours le mardi, 19 novembre, à 8 heures du soir, dans l'amphithâtre n° 1 de l'Ecole pratique pour le continuer les jeudis et mardis suivants à la même heure. Le cours comprendra : 1° L'étude des néphrites consécutives à tous les troubles de l'émission de l'urine et les diverses formes de l'empoisonnement urineux. — 2° L'examen comparatif des diverses méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre. — 3° Le parallèle de la taille et de la lithotritie.

Cours d'otologie. — Le dr Gellé commencera ses leçons le mercredi 20 courant, à 4 heures du soir, amphithéâtre n° 2; et les continuera les mercredis suivants.

Maladies mentales. — M. le dr Auguste Voisin a repris, à l'hospice de la Salpêtrière, ses conférences cliniques sur les maladies mentales et affections nerveuses, le jeudi 14 novembre à neuf heures et demie du matin et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Technique microscopique. — Etude et maniement du microscope : M. le dr Latteux, chef du laboratoire de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker, commencera son cours le jeudi 21 novembre, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 3 et le continuera les jeudis suivants à la même heure. Ce cours, essentiellement pratique, a pour but de mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques, qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, toutes les expériences seront faites devant eux : manœuvre du microscope, coupes, montage des préparations, dissections fines, injections, etc. — Après chaque leçon, les principales préparations seront projetées à la lumière oxhydrique.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous rappelons à nos abonnés que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de* **50** *centimes en timbres-poste pour frais de réimpression de la bande.*

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 14 novembre 1878, on a déclaré 960 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 17; rougeole, 2; scarlatine, 1; variole, 4; croup, 12; angine couenneuse, 11; bronchite, 47; pneumonie, 42; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 8; choléra nostras »; dysenterie, 2; affections puerpérales, 3; érysipèle, 5; autres affections aiguës 232; affections chroniques, 504, dont 196 dues à la phthisie pulmonaire, affections chirurgicales, 46; causes accidentelles, 24. — Les 960 décès ci-dessus donnent une proportion de 25,1 par 1,000 habitants et pour l'année.

Concours. — *Externat* : Muscles fléchisseurs de la main. — Triceps sural. — Grand oblique de l'abdomen.

Fièvre jaune. — Des avis du Sénégal, en date du 8, signalent une centaine de nouveaux décès, parmi lesquels trois médecins, dans le 1er arrondissement de Saint-Louis. Dans le 2e arrondissement, le fléau a presque entièrement disparu. (*Service des Agences*).

Ecole d'Alfort. — Après un brillant concours, M. Edmond Nocard, chef de clinique à l'école vétérinaire d'Alfort, vient d'être nommé professeur de clinique chirurgicale et obstétricale à la même école.

Exposition universelle. — M. A. Prétterre, le chirurgien dentiste si connu du corps médical par ses brillants travaux de prothèse dentaire, ses appareils de restaurations palatines, etc., et ses opérations buccales, vient d'obtenir à l'Exposition universelle de Paris la médaille d'or unique parmi les dentistes.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le dr Gast, médecin de l'hôpital de Crécy-en-Brie, où il exerçait depuis dix-neuf ans. Il a succombé le 8 novembre à l'âge de 52 ans, emporté par la phthisie laryngée.

— Nous apprenons avec douleur la mort de M. le dr Surbled, de Corbeil, praticien très-honorable, très-répandu, médecin en chef de l'hôpital, conseiller d'arrondissement et maire de la ville de Corbeil, enlevé en quelques heures à sa famille par une attaque d'apoplexie foudroyante. — (*Union médicale*).

Vacances médicales. — Clientèle à céder à Saint-Georges-de-Rey (Deux-Sèvres). Position sûre et de rapport immédiat. S'adresser pour les renseignements à M. le dr Bonnenfant à Saint-Georges-de-Rey. — A céder immédiatement une bonne clientèle dans un chef-lieu de canton près Paris. Pour les renseignements s'adresser à M. Rambeaud, comptoir Manol, place de la Trinité, 77.

Nous rappelons à **MM. les Éditeurs** *que les Ouvrages dont nous recevons* **deux** *exemplaires sont* **seuls** *analysés.*

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, rue Hautefeuille, 19.

Duval (M.). — Précis de technique microscopique et histologique volume in-8 de 315 pages et 45 figures, Paris, 1878. — Prix : 4 fr.

© BIU Santé

FERRAND (E.). — Premiers secours aux empoisonnés, aux noyés et aux asphyxiés, volume in-8 de 288 pages et 86 figures. Paris, 1878. — Prix : 3 fr.

LABOULBÈNE (A.). — Nonveaux éléments d'anatomie pathologique descriptive et histologique, volume in-8 cartonné de 1,080 pages et 298 figures, Paris, 1879. — Prix : 20 fr.

Librairie E. DENTU, Palais-Royal, galerie d'Orléans, 15, 17 et 19.

BELLOC (H.). — La centralisation administrative et l'administration des asiles d'aliénés, volume in-8 de 28 pages, Paris, 1878. — Prix : 1 fr.

Librairie MULOT, 126, rue Saint-Jacques, et veuve F. HENRY, libraire, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine.

GEOFFROY (J.).—L'anatomie et la physiologie d'Aristote, volume in-8 de 126 pages, Paris, 1878.

Librairie Octave DOIN, 3, place de l'Odéon.

GOUBERT (E.). — Des agents perturbateurs du développement de la jeunesse, volume in-18 de 143 pages. Paris, 1878. — Prix : 3 fr.

PAULIER (A.-B.). — Manuel d'hygiène publique et privée, volume in-18 de 800 pages. Paris, 1879. — Prix : 8 fr.

VULPIAN (M. A.). — Clinique médicale de l'hôpital de la Charité; — Considérations cliniques et observations, par M. le Dr F. Raymond, revues par le professeur ; volume in-8 de 950 pages, Paris, 1879. — Prix : 14 fr.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS. — Bulletins des travaux, années 1875, 1876 et 1877. — Amiens 1878, imprimerie-typographie Oscar-Sorel, rue du Lycée, 73.

JOUGLA (C.). — Contribution à l'étude de l'athétose, brochure in-8 de 12 pages. — Toulouse, 1878, imprimerie Douladoure, rue Saint-Rome, 39.

DELAVAUX (E.-M.). — Essai sur le sulfate de quinine comme agent antipyrétique, volume in-8 de 76 pages avec 16 planches dans le texte. Nancy, 1878, imprimerie Nancéienne, 1, rue de la Pépinière.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, pl. de l'École-de-Médecine.

BÉRENGER-FÉRAUD (L.-J.-B.). — De la fièvre jaune à la Martinique, volume in-8 de 516 pages, Paris, 1879. — Prix : 7 fr.

FORT (J.-A.). — Guide annuaire de l'étudiant en médecine et en pharmacie, petit volume in-32 de 232 pages. Paris, 1878-1879. — Prix : 2 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Sainte-Eugénie.— Service de M. BERGERON. Salle St-Benjamin : 5 *bis*, angine diphthéritique; 2, tétanos spontané; 5, pleuro-pneumonie, guérison ; 6, entérocolite consécutive à une fièvre typhoïde ; 10, pleurotomie, guérison ; 12, pleurésie enkystée de la base gauche ; 13, eczéma impétigineux de la face, albuminurie ; 15, dilatation des bronches ; 16. albuminurie ; 17, péritonite tuberculeuse ; 18, érythème noueux ; endocardite; 21, ecthyma ; 24, tuberculose généralisée ; 26, adénie ; 28, épilepsie. — Salle Ste-Malthide : 5, pleuro-pneumonie, endopéricardite ; 13, 17, 24, fièvre typhoïde; 21, érythème noueux ; 25, rhumatisme cérébro-spinal ; 29, chorée.

Service de M. CADET DE GASSICOURT. Salle St-Joseph : 2, bronchite ; 3, 5, coqueluche ; 4, tumeur cérébrale ; 7, affection congéniale du cœur ; 9, méningite tuberculeuse, guérie ; 10, 19, embarras gastrique, 11, broncho-pneumonie tuberculeuse chronique ; 12, dilatation des bronches ; 13, tuberculose pulmonaire chronique; 14, chorée ; 15, 19, 22, 23, fièvre typhoïde ; 16, carie du temporal ; 18, broncho-pneumonie.

Service de M. TRIBOULET. Salle Ste-Marguerite : 1, athrepsie ; 2, chloro-anémie ; 3, sclérème ; 5, 8, tuberculose des sommets ; 6, péritonite tuberculeuse ; 42, endocardite dysentérique ; 14, fièvre pneumonique ; 17, chorée et endocardite ; 18, 19, fièvre typhoïde; 20, chorée et hystérie ; 22, synovite tuberculeuse du genou; 24, endocardite rhumatismale, fièvre typhoïde.

Service de M. LANNELONGUE. Salle Napoléon : 1, syphilis infantile, périostoses et exostoses multiples, myosite gommeuse du jumeau externe droit ; 2, 5, 12, 37, fracture du fémur ; 13, fracture de la rotule, cal fibreux énorme ; 14, polype naso-pharyngien ; 15, kyste du rein droit (hydronéphrose calculeuse ?) 16, fracture du col de fémur ; 31, spina ventosa ; 40, fracture des deux fémurs, de l'humérus et du radius ; 42, syphilis infantile, gomme ; 24, carie du rocher, paralysie faciale, déformation de la face ; 26, syphilis récente, *à postera venere*.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. HILLAIRET. Consultation le mardi à 9 heures. Visite à 9 heures. Spéculum le vendredi. Salle Saint-Louis : 4, 6, 8 *bis*. etc. syphilis, accidents primitifs et secondaires ; 5, blennorrhagie, érythème purpurique ; 11, pemphigus très-amélioré par l'ouate et le liniment oléo-calcaire ; 6, 7, 13, lupus ; 18, ataxie fruste; 6, 66, purpura rhumatismal; 10, syphilis tertiaire, gomme ataxie locomotrice.—Salle Henri IV (Femmes): 1, folie hystérique, rhumatismale ou syphilitique, diagnostic difficile, érythème purpurique marginé et circiné ; 3, épithélioma de la peau du front, envahissement du frontal ; 12, 13, 20, 21, 25, 29, 40, syphilis secondaire ; délirium tremens, alcoolisme ; 30, 37, lupus.

Hôpital Necker. — Service de M. GUYON. — Salle Saint-Vincent. (Voies urinaires) : 1, fistules urinaires ; 2, taille ; 3, tuberculose génito-urinaire; 4, rétention incomplète d'urine ; 5, hypertrophie de la prostate ; 10, 12, 17, cystite tuberculeuse ; 13, 14, 20, 22, 24, 25, calculs vésicaux ; 15, carcinome de la vessie ; 18, infiltration d'urine ; 21, rétention incomplète d'urine ; 23, fausses routes, abcès de la prostate ; 26, incontinence nocturne d'urine. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 5, phlegmon du petit bassin, fistule stercorale au pli de l'aine ; 7, fracture de la rotule ; 9, mal de Pott ; 11, hématocèle rétro-utérine. — Salle Saint-André (H.) : 5, cancer de l'œsophage ; 4, fracture du tibia, pointe de Malgaigne ; 19, abcès par congestion, fistules au pli de l'anus ; 20, tumeur du genou ; 22, fracture directe compliquée ; 26, hydarthrose ; 27, fracture de l'olécrâne, arthrite du coude ; 28, carcinome du testicule ; 29, plaie de tête ; 30, fracture du doigt avec plaie.

Service de M. BROCA.— Salle Saint-Pierre (H.) : 2, ostéite épiphysaire; 3, fracture du gros orteil ; 6, fracture du bras; 12, fracture sous-trochantérienne; 22, fracture compliquée de jambe ; 23, amputation de jambe ; 28, fracture de la rotule ; 31, adéno-phlegmon du cou ; 33, fracture de l'humérus non consolidé; 39, rétrécissement de l'urèthre ; 52, lésions traumatiques de l'œil ; 53, tarsalgie; 55, fistule de l'anus opérée; 56, coxalgie. — Salle Sainte-Marie : 2, lupus de la gorge ; 4, phlegmon de la main et de l'avant-bras ; 7, abcès froid des parois thoraciques ; 20, éléphantiasis; 22, arthrite aiguë du coude ; 23, cancer du rectum ; 25, kyste de la mâchoire.

Service de M. DELPECH. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 1, pleurésie purulente, empyème ; 2, adénie ; 3, cirrhose ; 7, pleurésie aiguë ; 8, atrophie musculaire progressive ; 10, néphrite parenchymateuse ; 15, angine de poitrine ; 19, néphrite tuberculeuse ; 20, névralgie du plexus brachial ; 24, 29, pneumonie ; 25, tumeur cérébrale ; 30, ramollissement cérébral. — Salle Sainte-Anne (F.) : 1, insuffisance et rétrécissement mitral ; 4, fièvre typhoïde ; 6, pneumonie chronique ; 8, chorée hystérique ; 10, sciatique ; 15, hémiplégie ; 18, néphrite interstitielle ; 20, péritonite tuberculeuse; 24, ophthalmie purulente ; 26, pneumonie.

Service de M. BLACHEZ. — Salle Saint-Louis (H.) : 2, fièvre typhoïde;

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd*).

Chaque **Capsule** du Dr **Clin** renferme 0,20 } Bromure de
Chaque **Dragée** du Dr **Clin** renferme 0,10 } Camphre pur.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le P. U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrs*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence de Santal**, associée au Copahu et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

NOTA. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

GROS : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du Dr **Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du Dr **Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr **Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du Dr **Clin.**

Leçons sur les localisations dans les Maladies du cerveau, par J.-M. Charcot, recueillies et publiées par Bourneville. In-8 de 168 pages avec 45 figures dans le texte. Prix : 5 fr. Pour les abonnés, 4 fr. *(franco).*

© BIU Santé

9, 22, ataxie locomotrice ; 12, fièvre intermittente ; 13, rétention biliaire ; 20, myélite, épilepsie spinale ; 24, fièvre typhoïde ; 25, pleurésie ; 27, sclérodermie ; 28, arthrite vertébrale. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 1, tic douloureux ; 2, néphrite parenchymateuse ; 3, 6, rhumatisme articulaire aigu ; 5, grossesse, albuminurie ; 14, perforation syphilitique du voile du palais ; 22, névralgie faciale ; 25, néphrite parenchymateuse chronique ; 26, insuffisance mitrale.

Service de M. CHAUFFARD. — Salle Saint-Jean (H.) : 1, pneumonie chronique ; 3, pneumo-thorax ; 8, phthisie laryngée ; 11, affection mitrale ; 9, pleurésie chronique ; 14, orchite tuberculeuse ; 19, pleurésie gauche ; 27, néphrite parenchymateuse ; 29, coliques de plomb ; 31, ulcère simple de l'estomac. — Salle Sainte-Eulalie : 1, rhumatisme articulaire, endocardite ; 2, fièvre typhoïde, rechute ; 3, granulie ; 5, pelvi-péritonite ; 7, pneumonie du sommet ; 8, urémie ; 9, coliques hépatiques ; 16, cancer de l'estomac ; 17, rhumatisme articulaire ; 18, cancer du rectum ; 21, stomatite ulcéro-membraneuse ; 24, phlegmatia alba dolens.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

ÉTABLISSEMENT MÉDICO-PNEUMATIQUE

DU Dr A. MAIGROT

à Saint-Dizier (Haute-Marne)

BAINS D'AIR COMPRIMÉ pour le traitement des maladies de poitrine, de l'anémie, des cachexies, etc. — Installation complète. Pensionnaires et externes. Prix modérés.

MALADIES DE POITRINE, RHUMES, ETC.

SIROP ANTIPHLOGISTIQUE de **BRIANT**

PARIS, Pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli, PARIS

Un rapport *officiel* constate :

« *Que cette préparation composée d'extraits de plantes adoucissantes et calmantes est propre à l'usage auquel elle est destinée et qu'elle ne contient rien de nuisible ni de dangereux.* »

SOLUTION

De Salicylate de Soude

Du Docteur Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris (PRIX MONTYON)

La **Solution du Dr Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Cette solution très-exactement dosée contient :

2 grammes de *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche
0,50 centigr. — — par cuillerée à café.

VENTE EN GROS . CHEZ **CLIN & Cie**, RUE RACINE, PARIS.

Détail dans toutes les Pharmacies.

GRANULES FERRO-SULFUREUX DE J. THOMAS

Chaque granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'**hydrogène sulfuré** et le **fer à l'état naissant** sans **éructations** ni **troubles** d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris — Pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie — Paris

INSTITUTION DES BÈGUES DE PARIS

90, Avenue d'Eylau. — Directeur, M. CHERVIN, officier d'Académie

Un nouveau cours commencera le 2 décembre.

(Ecrire à l'avance).

LA MÉTHODE CHERVIN A ÉTÉ L'OBJET D'ÉLOGIEUX RAPPORTS DE LA PART DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES ET D'UN GRAND NOMBRE DE COMMISSIONS OFFICIELLES MÉDICALES ET PÉDAGOGIQUES

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Vacance médicale. — La commune de Bèze (Côte-d'Or), canton de Mirebeau, demande un médecin. Allocation annuelle : 1,200 fr.

Excellente clientèle à céder dans de bonnes conditions, dans une ville du département de Seine-et-Marne. — Pour tous renseignements, s'adresser chez Mme Boisson, 41, rue Blomet, à Paris, tous les jours, avant une heure.

A céder bonne clientèle médicale, très-jolie petite ville, à 2 h. 1/2 de Paris (gare) ; conditions avantageuses. S'adresser chez M. Dubus, professeur, cité de la Mairie, 2, Montmartre-Paris.

Sirop gastrothénique anti-nerveux, d'écorces d'oranges amères au vin de Madère, de Blottière, pharm., rue de Sèvres, 56. Employé avec succès contre les *gastrites, gastralgies, coliques d'estomac et d'intestin, constipations, affection du cœur, hypochondrie, hystérie, scrofules, lymphatisme,* 5 fr.

Grande médaille et diplôme très-élogieux à Philadelphie

MÉDAILLE D'ARGENT A BRUXELLES 1876

PAPIER RIGOLLOT

ou

MOUTARDE EN FEUILLES POUR SINAPISMES

Médailles et récompenses aux Expositions

DIPLOME D'HONNEUR A L'EXPOSITION DE 1875

Adopté par les hôpitaux de Paris, les Ambulances et les hôpitaux militaires, par la Marine française et par la Marine royale anglaise, etc.

Le seul dont l'entrée de l'Empire soit autorisée par le Conseil de santé de Russie

POUDRE RIGOLLOT

LE MEILLEUR SINAPISME

POUR LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

APPROUVÉ PAR LES ÉCOLES VÉTÉRINAIRES DE FRANCE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE, ITALIE

Adoptée par le Ministre de la Guerre pour le service de la cavalerie française

Exiger la signature ci-contre sur les bandes qui ferment les boîtes. *Rigollot*

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et en 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie **GERBAY**, à Roanne (Loire).

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 47. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES 6. 23 NOVEMBRE 1878.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Kystes du cordon spermatique. — Pathogénie. Diagnostic.

Leçon recueillie par M. F. BRUN, interne du service.

Messieurs,

Nous avons en ce moment dans nos salles un certain nombre de malades qui, à des titres divers, mériteraient de vous être signalés. Je désire aujourd'hui attirer votre attention sur un malade couché au n° 17 de la salle Saint-Jean, et sur lequel je vais pratiquer tout-à-l'heure une petite opération.

C'est un jeune garçon de 14 ans, qui, à la fin du mois de janvier dernier, nous fut amené par son père à la consultation, pour nous faire examiner l'état de son scrotum. Je trouvai là des tumeurs multiples, et le diagnostic me semblant délicat, je provoquai l'entrée à l'hôpital. Par l'interrogatoire de notre petit malade, nous pûmes acquérir la certitude que l'affection n'était pas congénitale. Il y avait seulement un an qu'il avait remarqué que de temps à autre apparaissait au-dessus du pli de l'aine, du côté droit, une petite tumeur indolente qui disparaissait par le repos au lit. Vers le milieu du mois d'octobre, le père aperçut, en outre, une légère tuméfaction dans la région des bourses. Un premier examen m'avait conduit à poser le diagnostic suivant : kystes développés probablement dans le cordon, plus une hernie inguinale. Voici ce qu'on trouvait, en effet. L'aspect de la région était absolument normal. La peau avait conservé sa coloration ordinaire et ne présentait aucune trace d'adhérences. Le côté droit du scrotum était un peu augmenté de volume. A la partie inférieure on pouvait, par le palper, isoler très-nettement une petite masse ovoïde, élastique, glissante, au niveau de laquelle la pression déterminait cette douleur spéciale qui caractérise le testicule. Au-dessus du testicule, et à une petite distance de lui on trouvait de petites grosseurs ou plutôt une grosseur multilobée, très-dure, très-ferme, absolument exempte de fluctuation.

En avant du testicule et le coiffant, pour ainsi dire, on constatait, en outre, l'existence d'une masse peu volumineuse contrastant avec les précédentes par la souplesse de ses parois. Au-dessus de ces différentes tumeurs, le cordon était libre, absolument normal. Mais, au niveau du trajet inguinal, on pouvait très-nettement distinguer une nouvelle tumeur que des pressions légères faisaient alternativement rentrer et sortir. Je cherchai à l'aide d'une lumière, à percevoir la transparence au niveau de la tumeur scrotale et je l'y constatai très-aisément. Je m'assurai, en outre, qu'un sillon obscur séparait l'une de l'autre les masses dure et molle. Je pensai donc que la masse fluctuante située en avant du testicule était une hydrocèle et que les autres tumeurs dures et transparentes étaient des kystes du cordon spermatique. Quant à la tumeur inguinale, je n'hésitai pas à la considérer comme une hernie.

A quelques jours de là, dans le but de confirmer mon diagnostic, je résolus de procéder à une ponction exploratrice. Je ponctionnai d'abord la tumeur molle et fluctuante, j'obtins un liquide citrin en tout semblable au liquide de l'hydrocèle ordinaire. Je piquai ensuite dans une de ces tumeurs dures, résistantes et je retirai un liquide transparent, clair comme de l'eau de roche, analogue au liquide que fournissent en général les kystes hydatiques. Ayant ainsi vidé les trois poches principales qui constituaient la tumeur scrotale, je portai mon attention du côté de la région de l'aine et je constatai le signe suivant :

Si, d'une main, saisissant le petit groupe de tumeurs contenues dans le scrotum j'exerçais sur lui de légères tractions, je faisais inévitablement sortir de l'anneau la petite masse logée dans le trajet inguinal. Si mes tractions s'exerçaient au contraire sur le testicule, je n'obtenais absolument aucune modification du côté du pli de l'aine. Ce signe me frappa beaucoup, il ne me parut pas concorder avec le diagnostic de hernie inguinale et je cherchai quelque chose qui me satisfît davantage. Tirant en bas la tumeur scrotale, faisant fortement déprimer le ventre et couchant le petit malade sur le côté, je parvins malgré des difficultés nombreuses à placer une lumière en arrière de la tumeur inguinale artificiellement pédiculée, aussitôt je pus constater une superbe et absolue transparence. Pourtant à différentes reprises j'avais par la percussion à ce niveau obtenu une sonorité qui m'avait paru évidente. Mais comme dans cette région une tumeur sonore ne pouvait être qu'une hernie et qu'une hernie n'est pas transparente, je ne pouvais me dispenser d'admettre que la percussion m'avait simplement induit en erreur. Je fis donc une ponction dans cette tumeur inguinale et je retirai un liquide semblable à celui que nous avaient fourni les masses dures, résistantes, contenues dans le scrotum. Le petit garçon garda le repos pendant quelques jours et lorsque les douleurs provoquées par de nombreuses explorations eurent disparu je l'examinai de nouveau et voici ce que je constatai. Dans le scrotum, l'hydrocèle a repris le volume d'une grosse amande. En arrière et au-dessous du testicule existe une petite masse dure, qui est certainement un kyste de la nature de ceux qui ont été ponctionnés. En exerçant des tractions sur cette dernière portion de la masse scrotale, on fait de nouveau apparaître dans l'aine une grosseur moins volumineuse que celle qui existait avant la ponction, mais présentant les mêmes caractères. Je me conduisis en face de cette récidive comme à ma première exploration. Je vidai d'abord l'hydrocèle, puis je ponctionnai le kyste scrotal et pendant cette petite opération, je pus me convaincre qu'il était en réalité composé de trois poches qui furent successivement embrochées et vidées.

Vers le milieu du mois de février, le scrotum paraissant vide de toute tumeur, et aucune douleur n'existant plus à ce niveau, le petit malade nous quitta après nous avoir promis de revenir si quelque chose apparaissait. La récidive que nous redoutions ne s'est pas longtemps fait attendre, et c'est pour que nous procédions à un traitement que ce jeune garçon se trouve maintenant dans nos salles. Reprenons maintenant, Messieurs, différents points de notre observation et voyons quels étaient les diagnostics qui, dans le cas particulier, pouvaient être discutés. Que peut-on trouver sur le trajet du cordon et au niveau du canal inguinal chez un garçon de 14 ans ?

On peut trouver tout d'abord, soit une ectopie testiculaire, soit une hernie congénitale.

Or, aucune variété d'ectopie testiculaire ne pouvait être discutée ici, puisque par le palper on isolait très-nettement et en leur lieu et place, le testicule et tous ses attributs. Mais il pouvait y avoir à la partie supérieure, dans le trajet inguinal une hernie coïncidant avec autre chose. Ce fut, vous vous en souvenez, le diagnostic que je posai après un premier examen; mais, lorsque j'eus nettement constaté la transparence de la tumeur inguinale, le doute ne fut plus permis et je dus admettre que tumeur scrotale et tumeur inguinale étaient de même nature et pouvaient être désignées sous le nom de kystes du cordon.

Je me trouvais ainsi avoir résolu une première partie de la question, mais il me restait, pour compléter mon diagnostic, à déterminer à quelle variété de productions kystiques nous avions affaire. Vous le savez en effet, Messieurs, les

© BIU Santé

kystes du cordon peuvent être de différente nature. Ils ont été autrefois signalés par Ledran et un certain nombre d'autres observateurs, qui ont établi plusieurs variétés. On peut observer des kystes petits et gros au voisinage de la tête de l'épididyme et du testicule, on peut enfin en voir qui viennent confiner au canal inguinal et qui pénètrent même dans son intérieur. Ce sont tous ces kystes, qui dans Boyer le père, sont déjà signalés sous le nom d'hydrocèle enkystée du cordon. Mais c'est surtout dans ces dernières années que la pathogénie de ces tumeurs a été plus complétement étudiée. Les kystes situés au voisinage de l'épididyme, qui rarement mais parfois aboutissent au cordon, sont ceux qui ont été décrits par Liston, Marcé, M. Gosselin, sous le titre de kystes à contenu spermatique. Ils contiennent généralement dans leur intérieur des spermatozoïdes.

Les kystes développés dans le cordon peuvent tenir au canal déférent; ils ont alors le volume d'un grain de millet, d'un pois, n'offrent aucun intérêt au point de vue de la clinique et ne sont guère rencontrés que dans les autopsies.

Quant aux tumeurs kystiques qui aboutissent au trajet inguinal, ou bien elles sont séparées du testicule, ou bien au contraire elles lui sont adhérentes et ne sont autre chose que des kystes spermatiques, ayant acquis un volume considérable. Se basant sur ce fait anatomique qu'il existe, au voisinage du testicule et de l'épididyme, un certain nombre de petits appendices qui ne sont autre chose que des vestiges du corps de Wolff, que le vas aberrans de Haller, l'hydatide, le corps innominé possèdent cette origine, Follin et M. Verneuil admettent que les kystes gros et petits adhérents au testicule sont développés dans les vestiges du corps de Wolff.

Giraldès va plus loin que ces deux observateurs. Il admet la même pathogénie, pour les kystes isolés qui aboutissent au canal inguinal, pour tous les kystes du cordon; et, pour soutenir son opinion il s'appuie sur cette hypothèse, que s'il existe des vestiges du corps de Wolff au voisinage du testicule, il peut bien en exister plus haut. C'est évidemment là une opinion exagérée. On rencontre dans cette région une autre disposition anatomique de nature à déterminer des productions kystiques.

Vous savez tous que le testicule est entouré par une membrane séreuse, la vaginale, qui n'est autre chose qu'un cul-de-sac péritonéal; vous savez aussi que, dans certains cas, la communication entre ces deux séreuses qui physiologiquement doit disparaître, peut persister indéfiniment. Il est aujourd'hui péremptoirement démontré, que bon nombre de kystes ont pour origine des interruptions insuffisantes plus ou moins accusées, du conduit vagino-péritonéal persistant.

Les kystes du cordon présentent donc, au point de vue pathogénique, deux grandes variétés. Les uns sont développés aux dépens des vestiges du corps de Wolff, et présentent ce caractère important qu'ils adhèrent toujours au testicule ou à l'épididyme, on pourrait les désigner sous le nom de kystes Wolfflens; les autres ont leur origine dans la persistance plus ou moins irrégulière du canal vagino-péritonéal, ce sont de véritables hydrocèles enkystées du cordon.

Dans notre cas particulier, à quoi avions-nous affaire? Je n'hésite pas à le dire: à une hydrocèle d'origine péritonéale et non à des kystes Wolfflens, et cela pour deux raisons convaincantes : 1° La tumeur scrotale était absolument indépendante du testicule; 2° La tumeur inguinale était située trop haut, en un point ou personne n'a jamais signalé de débris du corps de Wolff.

J'ajouterai enfin que l'examen du liquide fourni par les diverses ponctions n'a fait que confirmer mon diagnostic. D'après Curling, la caractéristique du liquide de l'hydrocèle enkystée, c'est sa transparence parfaite, son peu de richesse en albumine. Or, dans la note qui m'a été remise, je lis que le liquide ne se coagulait, ni par la chaleur, ni par l'alcool, ni par l'acide nitrique; qu'il ne contenait, ni cristaux, ni spermatozoïdes. Nous conclurons donc que, dans le cas actuel, nous nous trouvons en face d'une hydrocèle enkystée du cordon.

Quant au traitement que nous allons employer, il sera des plus simples. Nous ponctionnerons les tumeurs kystiques, et nous ferons dans leur intérieur une injection de teinture d'iode. Nous traiterons en un mot cette hydrocèle enkystée, par cette même méthode que vous voyez journellement employer contre l'hydrocèle vaginale ordinaire.

ANATOMIE NORMALE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. FOLET.**

Leçons sur l'encéphale et l'appareil auditif (1).

Faites pendant le semestre d'hiver 1877-1878.

Conformation intérieure du cerveau. (*Suite.*)

Messieurs,

Nous avons maintenant en main les éléments nécessaires pour aborder l'étude détaillée des ventricules du cerveau. Examinons donc successivement le *ventricule moyen* et les *ventricules latéraux;* après quoi, nous dirons un mot de la membrane, de nature séreuse, qui tapisse les parois de ces cavités; enfin, nous nous occuperons du contenu des ventricules, c'est-à-dire des prolongements intra-ventriculaires de la pie-mère connus sous les noms de *plexus choroïdes* et de *toile choroïdienne*.

Ventricule moyen.

Le ventricule moyen ou troisième ventricule, appelé quelquefois encore ventricule inférieur, est, comme nous l'avons vu, cette portion interpédonculaire de la cavité intra-cérébrale située au-dessous du trigone, entre les faces internes des couches optiques, fermée en bas et en avant, et aussi un peu en arrière, par des éléments très-complexes que nous avons signalés en décrivant la base du cerveau. De ces éléments, les uns sont des masses de substance grise tels que la racine grise optique ou le tuber cinereum, les autres, des lames blanches comme le chiasma ou la lame interpédonculaire.

Le ventricule moyen, ayant la forme d'un entonnoir très-aplati transversalement, va nous présenter, tout d'abord, deux parois latérales. Les parois antérieure et postérieure sont si étroites qu'elles sont quasi linéaires et qu'on les appelle des bords : l'un antérieur, l'autre postérieur. Enfin, nous aurons à étudier un sommet et une base.

— Les parois latérales, triangulaires, sont divisées par un sillon horizontal en deux parties; l'une supérieure, formée par la face interne de la couche optique; l'autre inférieure, constituée par une masse ou couche grise qui fait suite à la paroi grise de la couche optique, se continue en bas avec le tuber cinereum et se prolonge en arrière vers la base des tubercules mamillaires; en avant sur le chiasma pour constituer la racine grise des nerfs optiques, en haut dans les lames du septum lucidum. C'est dans l'épaisseur de cette couche grise que cheminent très-superficiellement les piliers antérieurs du trigone.

De l'une à l'autre paroi latérale du ventricule, s'étend horizontalement une mince lame quadrilatère de substance grise, très-molle et très-friable. Les deux bords libres de cette lame sont légèrement curvilignes. Ses deux bords latéraux, adhérents, se continuent avec la couche grise susdécrite des parois latérales dont la lame en question est une dépendance. On l'appelle *commissure grise* (ou *molle*) *des couches optiques* ; elle est un peu plus rapprochée du bord antérieur du ventricule que du bord postérieur.

— Le bord postérieur du ventricule moyen est formé en haut par l'angle de divergence des pédoncules cérébraux. Il présente, en ce point, que nous avons sur notre *Figure 68* désigné par la lettre P, une éminence, un petit corps grisâtre, gros comme un pois, ayant la forme d'une pomme de pin et connu sous le nom de *glande pinéale* ou *conarium* (2).

La *glande pinéale* est contenue dans l'épaisseur de la toile choroïdienne, au-dessous des fibres transversales du

(1) Voir les nos 26, 27, 32, 33 et 45.
(2) Voir la planche de Sappey, T. III, p. 89, fig. 476.

© BIU Santé

corps calleux qui réunissent en arrière, sous le nom de fibres de la lyre, les piliers postérieurs du trigone. La face inférieure adhérente de la glande pinéale, répond à l'intervalle qui sépare les deux tubercules quadrijumeaux antérieurs. La glande pinéale est située à la partie la plus supérieure du bord postérieur du ventricule moyen et elle appartient à ce bord postérieur plutôt par son insertion que par son corps. Ce corps de la glande pinéale est formé par une substance grise essentiellement composée de follicules clos très-analogues à ceux de l'intestin. Il est creusé d'une cavité centrale, parfois traversée de vaisseaux anastomosés et de lames celluleuses, remplie le plus souvent d'un liquide lactescent ou de concrétions calcaires. De la face inférieure de la glande pinéale naissent six petits cordons blancs très-minces, appelés *pédoncules* (ou *freins*) de la glande pinéale. Les deux *pédoncules supérieurs* s'appliquent sur les couches optiques suivant la ligne de réunion de la face interne et de la face supérieure de ces couches; ils se portent en avant, en dessinant un relief très-apparent et vont se perdre dans les piliers antérieurs du trigone. Les *pédoncules inférieurs* se portent d'abord parallèlement vers ce que nous allons appeler la commissure postérieure du cerveau, puis s'écartent pour pénétrer dans les couches optiques. Les *pédoncules moyens* (ou *transverses*) se portent directement en dehors dans l'épaisseur des couches optiques.

On sait le rôle capital que Descartes attribuait à la glande pinéale; il en faisait le siége de l'âme. L'usage réel de ce petit corps, qui n'a d'une glande que le nom, est inconnu.

Reprenons maintenant l'étude de haut en bas du bord postérieur du ventricule moyen.

Au-dessous des pédoncules moyens de la glande pinéale on trouve la *commissure postérieure du cerveau*, cordon transversal, cylindrique, dont les extrémités se plongent dans les couches optiques; puis l'orifice antérieur de l'aqueduc de Sylvius qui fait communiquer le troisième ventricule avec le quatrième. Cet orifice porte le nom d'*anus*, par opposition à l'orifice que Vieussens admettait à l'angle de séparation des piliers antérieurs du trigone et qu'il supposait établir une communication analogue entre le ventricule moyen et le ventricule du septum lucidum, orifice qu'il appelait *vulve*. Au-dessous de l'anus se voit une partie blanche formée par la protubérance et la lame interpédonculaire. Enfin nous trouvons la base des tubercules mamillaires et le tuber cinereum.

— Le bord antérieur du ventricule moyen n'est pas rectiligne comme le postérieur. Son trajet est celui d'une ligne deux fois brisée. D'abord dirigé en bas et en avant, il se dévie une première fois au niveau du bec du corps calleux, puis une deuxième fois au niveau du chiasma; et se décompose ainsi en trois plans successifs, tous inclinés dans le même sens et comme imbriqués.

Le plan supérieur est formé par les piliers antérieurs de la voûte et la *commissure antérieure du cerveau*. Les piliers antérieurs, après s'être séparés à angle aigu, disparaissent dans la masse grise des parois latérales du ventricule. Entre la partie libre, non intra-parenchymateuse, de ces piliers d'une part et la partie la plus antérieure des couches optiques d'autre part, existe un orifice ovalaire qui fait communiquer le ventricule moyen avec le ventricule latéral correspondant, c'est le trou de Monro déjà mentionné. La commissure antérieure du cerveau, plus considérable que la postérieure, représente comme celle-ci un cordon blanc transversal. Elle répond par sa partie médiane : en arrière au coude que décrivent les piliers antérieurs du trigone au moment de leur réflexion; en haut à la vulve; en avant au bec du corps calleux et à la racine grise optique. Sa longueur, très-considérable, est de 6 à 8 centimètres. Deux arcs de cercle transversalement dirigés et se joignant par une de leurs extrémités sur la ligne médiane représentent sa direction sinueuse qui offre trois courbures, deux latérales plus grandes à concavité postérieure, une moyenne plus petite à concavité antérieure. L'extrémité externe des deux arcs de cercle correspond aux cornes antérieures du corps calleux; leur partie moyenne traverse le noyau inférieur du corps strié.

Le plan moyen du bord postérieur du troisième ventricule est formé par la racine grise des nerfs optiques, lamelle mince, friable, qui s'étend du bec du corps calleux et du quadrilatère perforé antérieur au chiasma, se continuant avec la masse grise des parois ventriculaires latérales.

Le plan inférieur du bord postérieur du ventricule est formé par la partie postéro-supérieure du chiasma et par le tuber cinereum qui se prolonge sur cette portion du chiasma.

— Le sommet du ventricule moyen répond au tuber cinereum et à la tige pituitaire que ce tuber supporte. Le sommet de la cavité infundibuliforme du ventricule se termine en pointe dans le creux de cette tige.

— La base du troisième ventricule est limitée latéralement par les pédoncules supérieurs de la glande pinéale qui couronnent sa circonférence; elle est formée par la face inférieure du trigone, doublé, comme nous le verrons bientôt, de la toile choroïdienne.

Les parois du ventricule moyen sont partout revêtues, sauf sur les faces de la commissure grise des couches optiques, de la séreuse intra-ventriculaire.

Ventricules latéraux.

Ils sont au nombre de deux, l'un droit, l'autre gauche, et parfaitement symétriques.

Tandis que le ventricule moyen est, nous venons de le voir, un étroit espace *interpédonculaire*; le ventricule latéral est, dans la plus grande partie de son étendue, un canal *circum-pédonculaire* compris entre le pédoncule cérébral (ou ses renflements, couche optique, corps strié) et le corps calleux. Faisons commencer la cavité de ce ventricule dans le lobe frontal et suivons la d'avant en arrière. Parvenue vers le bourrelet du corps calleux, la cavité se bi-

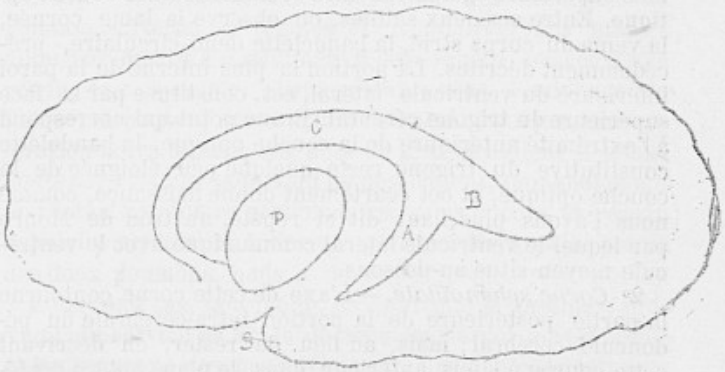


Fig. 86. — Coupe antéro-postérieure et verticale exécutée au niveau du point où la face externe de la couche optique se continue avec la face interne du corps strié, en dehors, par conséquent, du trigone cérébral qui n'existe plus à ce niveau.
A, prolongement externe ou sphénoïdal de l'angle postérieur du corps calleux.
B, prolongement postérieur ou occipital de l'angle postérieur du corps calleux.
S, scissure de Sylvius.

furque; et les deux diverticulums de bifurcation vont suivre chacun la direction de l'une des deux cornes de l'angle postérieur du corps calleux qui leur sert respectivement de voûte. L'un de ces diverticulums, s'incurve à la façon d'une corne de bélier; et, toujours contournant le pédoncule, se porte en bas et en dehors d'abord, puis en avant et en dedans pour se terminer dans la portion antéro-externe du lobe sphénoïdal. L'autre diverticulum, qui forme la seule portion non circumpédonculaire du ventricule latéral, s'enfonce en arrière dans le lobe occipital (1).

Ces trois branches, ces trois diverticulums du ventricule latéral, qui communiquent ensemble par une sorte de carre-

(1) Pour voir, dans la réalité, la disposition des trois prolongements du ventricule latéral, il faut, sur la pièce destinée à montrer la face supérieure du corps calleux, enlever ce corps calleux tout entier, y compris les deux prolongements des angles postérieurs. — Voyez aussi la planche de Sappey, t. III, p. 95, fig. 479.

© BIU Santé

four, nous les désignerons sous le nom de *cornes* et nous décrirons successivement :

Une *corne antérieure*, *frontale* (appelée quelquefois portion directe du ventricule latéral).

Une *corne inféro-externe*, *sphénoïdale* (dite aussi portion moyenne ou réfléchie du ventricule, corne latérale).

Une *corne postérieure*, *occipitale* (nommée encore cavité digitale, cavité ancyroïde).

Les trois cornes, frontale, sphénoïdale, occipitale, ont ceci de commun : qu'elles sont toutes trois curvilignes quant à la direction générale de leur axe ; que toutes trois présentent une voûte formée par le corps calleux ; que toutes trois enfin offrent sur la paroi opposée à cette voûte, sur leur plancher, une saillie : saillie de la couche optique et du corps strié pour la corne frontale, saillie dite *grand pied d'hippocampe* (ou *corne d'Ammon*) pour la corne sphénoïdale, saillie dite *ergot de Morand* pour la corne occipitale.

1° *Corne frontale*. Sa direction générale est antéro-postérieure ; son axe est légèrement curviligne à concavité externe. Elle présente :

— Une extrémité antérieure formée par le genou du corps calleux.

— Une extrémité postérieure par laquelle elle se réunit aux cornes sphénoïdale et occipitale.

— Un bord externe résultant de l'union des bords latéraux, du corps calleux avec le corps strié.

— Un bord interne constitué en arrière par l'adhérence de la partie postérieure du corps calleux et du trigone. En avant ce bord s'élargit jusqu'à devenir une face, qui est la face latérale du septum lucidum.

— Une paroi supérieure formée par la face inférieure du corps calleux.

— Une paroi inférieure constituée en avant par la face supérieure libre et convexe du corps strié, en arrière par la face supérieure également libre et saillante de la couche optique. Entre ces deux saillies, on observe la lame cornée, la veine du corps strié, la bandelette demi-circulaire, précédemment décrites. La portion la plus interne de la paroi inférieure du ventricule latéral, est constituée par la face supérieure du trigone cérébral. En un point qui correspond à l'extrémité antérieure de la couche optique, la bandelette constitutive du trigone reste quelque peu éloignée de la couche optique, et cet écartement donne naissance, comme nous l'avons plus haut dit et répété, au trou de Monro par lequel le ventricule latéral communique avec le ventricule moyen situé au-dessous.

2° *Corne sphénoïdale*. — L'axe de cette corne contourne la partie postérieure de la portion intra-cérébrale du pédoncule cérébral ; mais, au lieu de rester, en décrivant cette courbe à sinus antérieur, dans le plan antéro-postérieur, cet axe se dévie en dehors d'abord, puis à un point plus avancé de sa courbe en bas, en avant et en dedans, de façon à exécuter autour de la portion postérieure du pédoncule comme un demi-tour de spire à concavité antéro-interne. La cavité de la corne sphénoïdale est aplatie de dehors en dedans et de haut en bas ; et elle contourne le pédoncule, non par ses faces comme la corne frontale, mais par ses bords.

Nous considérerons à la corne sphénoïdale :

— Une extrémité supérieure par laquelle elle se continue avec les deux autres cornes, à l'endroit du carrefour commun.

— Une extrémité inférieure qui s'avance presque jusqu'à la lèvre postérieure de la scissure de Sylvius, dont elle n'est distante que d'un centimètre et demi.

— Une paroi que l'on appelle supérieure ou voûte, mais qui, vers la pointe antérieure de la corne, devient externe et même un peu inférieure. Cette paroi est formée par la corne externe ou sphénoïdale de l'angle postérieur du corps calleux. Sur cette même paroi vient se perdre, en s'épanouissant, la bandelette demi-circulaire sus-décrite.

— Une paroi dite inférieure, mais qui devient, vers la pointe de la cavité, plutôt interne et même supérieure. Cette paroi porte une saillie présentant la forme d'une moitié de petit cylindre coupé suivant son axe, laquelle moitié serait appliquée sur la paroi par sa face plane (1). Cette saillie est dite *grand pied d'hippocampe* ou abréviativement *hippocampe* (2). Par son extrémité supéro-postérieure l'hippocampe se confond avec la saillie que porte le plancher de la corne occipitale, c'est-à-dire avec l'*ergot de Morand* que nous allons étudier dans quelques instants ; elle se confond encore avec la bandelette postérieure du pilier postérieur du trigone. Quant à la bandelette antérieure de ce même pilier du trigone, elle vient aussi, comme nous l'avons vu, se perdre dans l'hippocampe en s'amincissant et en formant le *corps bordé*. Immédiatement en arrière du corps bordé, se voit une petite bandelette de substance grise, dentelée, qui se continue en haut avec la substance grise de la circonvolution du corps calleux, immédiatement au-dessous du bourrelet du corps calleux, et qui en bas se perd dans la couche superficielle de l'hippocampe ; c'est le *corps godronné* (3).

— Le bord externe de la corne sphénoïdale décrit une courbure parallèle à la branche externe de bifurcation de l'extrémité externe de la scissure de Sylvius.

— Le bord interne, concave, embrasse la couche optique et la portion adjacente du corps strié. Il présente une ouverture ou fente qui n'est autre que la portion latérale de la grande fente de Bichat et qui est limitée en haut et en dedans par la face inférieure de la couche optique et du pédoncule cérébral, en bas et en dehors par la circonvolution de l'hippocampe, ou si l'on veut, par le bord interne du lobe sphénoïdal. Un repli de pie-mère que nous allons examiner s'introduit par cette fente dans le ventricule latéral.

3° *Corne occipitale*. Elle se dirige en arrière, comme creusée dans l'épaisseur du lobe occipital. La direction de son axe est légèrement curviligne à concavité interne. Elle présente :

— Une extrémité antérieure, située au-dessous et en dehors du bourrelet du corps calleux, et qui, s'ouvrant sur le carrefour commun aux trois cornes, communique, par conséquent, avec l'origine des cornes frontale et sphénoïdale.

— Une extrémité postérieure, terminée en pointe, qui chez quelques sujets s'avance jusqu'au sommet du lobe occipital, et chez d'autres en reste distante de plus de 3 centimètres. On conçoit que ces variations individuelles changent la longueur et conséquemment la capacité de la corne occipitale.

— Une paroi supérieure, formée par la corne postérieure de l'angle postérieur du corps calleux.

— Une paroi inférieure sur laquelle se remarque une saillie ayant la forme d'une moitié de petit cône très-allongé coupé suivant son axe, laquelle moitié serait couchée sur la paroi inférieure par sa surface plane, la pointe tournée en arrière, la base se continuant en avant avec la saillie qui hérisse le plancher de la corne sphénoïdale du ventricule, c'est-à-dire avec le grand hippocampe. Cette saillie, appelée *ergot de Morand*, a un axe légèrement curviligne à concavité interne, parallèle par conséquent à l'axe général de la corne occipitale. L'ergot de Morand, comme le grand hippocampe avec lequel il s'unit, forme une circonvolution interne, une circonvolution faisant saillie à la surface ventriculaire, à la surface intérieure du cerveau, au lieu de faire saillie à sa face extérieure. L'ergot, comme l'hippocampe, est formé par une lame blanche superficielle et par une lame grise profonde qui se continuent l'une et l'autre avec les couches grises et blanches des vraies circonvolutions voisines.

Cette disposition des deux substances, facilement mise en évidence par une simple coupe perpendiculaire à la direction de ces saillies, démontre qu'elles doivent être considérées comme des circonvolutions retournées. (*A suivre*).

(1) Voy. la planche de Sappey, t. III, p. 104, fig. 483.
(2) Ou encore *corne d'Ammon*.
(3) Ou *corps denté*, *bandelette dentelée*.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

De l'embolie graisseuse dans les fractures.

En 1862, Zenker faisant l'autopsie d'un homme écrasé entre deux wagons, trouva les capillaires du poumon remplis de graisse. Il crut que cette graisse provenait soit du contenu de l'estomac, soit du foie qui était stéatosé, car ces deux organes avaient été altérés par le traumatisme. Zenker considéra ce fait comme fort intéressant au point de vue anatomique, mais il ne reconnut pas la relation qui existait entre l'embolie graisseuse et les traumatismes, aussi n'accorda-t-il pas une grande importance pratique, au cas qu'il avait eu l'occasion d'observer.

La même année, Wagner publia plusieurs cas d'embolie graisseuse, mais il regarda cette dernière, comme provenant de la métamorphose du pus, et comme une des causes de la pyémie. Ce n'est qu'en 1865, que Wagner et Busch arrivèrent à peu près en même temps, et chacun de leur côté à une description exacte et complète, de la nature et des causes de l'embolie graisseuse, dans les altérations osseuses; dès lors, la doctrine de l'embolie graisseuse reposa sur des bases inattaquables, et les travaux anatomo-pathologiques, cliniques, et expérimentaux se succédèrent rapidement. On constata que dans toute fracture, il y avait embolie graisseuse ayant son origine dans la moelle osseuse, que cette embolie était plus ou moins considérable et qu'elle était rarement localisée au poumon, mais qu'elle pouvait se rencontrer dans tous les tissus de l'organisme. Enfin, on montra qu'on pouvait dans un certain nombre de cas la diagnostiquer pendant la vie, et qu'il fallait la regarder comme une cause de mort fréquente, et comme nous rendant compte du mécanisme de la terminaison fatale, dans bon nombre de cas de morts plus ou moins rapides observés après les grands traumatismes, et attribués jusqu'alors d'une manière générale, à ce que l'on désigne sous le nom de *choc* dans la pratique chirurgicale. Il nous suffira de citer à cet égard les travaux de Bergmann, Bzerny, Halm, Flournoy.

Il résulte, des travaux des différents auteurs que nous venons d'énumérer, que l'embolie graisseuse, localisée au poumon ou généralisée, est beaucoup plus commune qu'on ne se le figure généralement, et qu'elle se produit, non-seulement dans toutes les fractures simples ou compliquées, mais encore qu'on peut l'observer, et dans ces cas-là elle est moins grave, en dehors du traumatisme dans tous les cas où les os sont altérés dans leur structure, par une cause ou par une autre.

Le nombre des cas d'embolie graisseuse, observés dans les circonstances que nous venons de citer, est actuellement considérable, il s'élève au chiffre de 140, et, tous ou presque tous ont été observés en Allemagne, à part deux observations provenant de l'ancienne Faculté de Strasbourg.

Ayant eu l'occasion d'observer tout dernièrement, deux faits très-nets d'embolie graisseuse pulmonaire, consécutive à des altérations osseuses, nous croyons devoir les publier, afin d'attirer l'attention sur un sujet, peu connu chez nous, encore moins étudié, et dont l'importance cependant, n'échappera à personne si l'on se reporte à la statistique publiée plus haut; sujet doublement important à notre avis, non-seulement parce qu'il élargit le cadre de nos connaissances anatomo-pathologiques, mais surtout parce qu'il nous fait connaître une complication presque fatale des grands traumatismes, et que, partant, il nous paraît avoir dans l'espèce, une importance clinique considérable, au point de vue du pronostic.

Le 28 octobre dernier, on amena à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Cusco, un jeune homme de 16 ans qui venait d'avoir la jambe droite écrasée par un tramway. Ce malade succomba moins d'une heure après l'accident, après avoir perdu une certaine quantité de sang. L'intelligence resta intacte jusqu'à la fin. M. Bruchet, interne du service, notre collègue et ami, pratiqua l'autopsie, et constata un broiement des deux os de la jambe à sa partie moyenne, avec une fissure du tibia, remontant jusqu'au plateau articulaire.

Il me remit très-obligeamment les poumons et le cœur, dont les veines caves avaient été liées préalablement afin de pouvoir examiner le sang du ventricule droit. L'examen microscopique pratiqué au laboratoire de M. le professeur Vulpian, nous révéla les particularités suivantes.

Le sang du ventricule droit, obtenu au moyen d'une ponction faite à travers la paroi du ventricule, préalablement lavée à l'éther, contenait une grande quantité de graisse, réunie en goutelettes, et reconnaissable à ses caractères micro-chimiques, disparaissant après action de l'éther, et prenant une coloration noire, sous l'influence de l'acide osmique.

Les vaisseaux du poumon étaient gorgés et littéralement injectés par la graisse; des coupes même du parenchyme pulmonaire, faites à l'aide de ciseaux et examinées au microscope, montraient dans l'intérieur des vaisseaux du poumon, artérioles, vénules et capillaires, des masses allongées, de 3, 4 à 5 millimètres de longueur, ornées d'une réfringence spéciale, disparaissant sous l'influence de l'éther, et prenant après action de l'acide osmique, une coloration noire foncée; ces flots de graisse étaient si abondants sur certains points qu'ils dessinaient, non-seulement le réseau vasculaire périlobulaire, mais encore le réseau capillaire alvéolaire. L'examen pratiqué sur tous les points des deux poumons, nous a donné les mêmes résultats (1).

Le second cas, non moins probant que le premier, provient du service de M. le docteur Brouardel à St-Antoine et les poumons que nous avons examinés en commun avec M. Mayor, nous ont été remis par notre collègue M. Marchand, interne du service. Ils provenaient d'un homme mort 36 heures après un enfoncement du pariétal droit, et, comme dans le cas précédent, les vaisseaux pulmonaires contenaient de la graisse, en quantité moindre toutefois.

Dans l'un et l'autre cas, les viscères autres que les poumons n'ont pas été examinés au point de vue de l'embolie graisseuse.

Les deux cas que nous rapportons ici sont des exemples absolument démonstratifs d'embolie graisseuse, après les traumatismes des os, nous ne voulons pas, dans cette note, rechercher la part qui revient à l'embolie graisseuse comme cause de mort dans ces deux cas. Dans le premier, nous ne voyons guère quelle autre cause on pourrait invoquer, c'est du reste, un sujet que nous nous proposons d'étudier plus complétement par la suite, car, les cas d'em-

(1) Les préparations ont été montrées à la Société anatomique, dans la séance du 8 novembre.

© BIU Santé

bolie graisseuse sont en effet, bien loin d'être rares, et nous sommes persuadés qu'ils deviendront de jour en jour plus fréquents, lorsqu'on les recherchera chez les malades qui ont succombé à des traumatismes.

Les deux cas que nous venons de rapporter ici, sont en tous points semblables à ceux qui ont été publiés en Allemagne ces dernières années, et ne sont qu'une confirmation de faits énoncés par les différents auteurs qui se sont occupés de cette question, mais, comme nous le disions plus haut, nous avons cru devoir les publier, afin d'attirer l'attention sur un sujet digne d'étude à tous les points de vue, car bien que la doctrine de l'embolie graisseuse ait été exposée dans les cours de la Faculté par M. le professeur Vulpian et par M. le professeur Charcot, elle ne nous paraît pas jusqu'à présent, avoir assez vivement attiré chez nous l'attention du monde médical. J. DEJERINE.

La chaire de pathologie mentale : service clinique.

Une question qui a déjà occasionnné un certain nombre d'embarras à l'administration départementale doit nous arrêter un instant. Il s'agit de l'organisation du service dont le professeur de pathologie mentale doit être pourvu. On sait, en effet, que, nommé le 18 avril 1877, ce professeur n'a jamais fait de cours.

Plusieurs solutions ont été proposées. Sur les instances du professeur, un ministre de triste mémoire avait désigné la Salpétrière. Mais, ainsi que l'administration le reconnaît, ce choix était détestable, car cet établissement, ne contenant que des femmes, ne se prête pas à un enseignement complet.

L'asile le plus propice, c'était l'asile Sainte-Anne. Là, en effet, se trouvent réunis et des hommes et des femmes. Pourquoi les efforts du professeur ne se sont-ils pas portés de ce côté dès l'origine? Nous l'ignorons. Il aurait été d'autant plus aisé de lui donner satisfaction alors qu'on venait d'achever la construction de deux pavillons renfermant 145 femmes et 145 hommes. Après avoir dédaigné l'asile Sainte-Anne, c'est vers lui maintenant qu'on tourne les regards. Les ministres compétents demandent à l'administration préfectorale de fournir un service au professeur qui semble se lasser de ne rien faire. Mais, actuellement, il n'y a pas de service vacant ; il faudrait déposséder MM. Bouchereau et Magnan, ce qui serait injuste, et désorganiser le Bureau d'admission et de répartition, ce qui serait détestable.

Deux projets sont à l'étude : l'un consiste à construire sur une portion des terrains de l'hôpital Temporaire une sorte de petit asile de 40 lits (20 pour les hommes et autant pour les femmes), avec un amphithéâtre, un laboratoire, etc. Les devis, soumis au Ministre de l'Intérieur, par l'administration de l'Assistance publique, s'élèveraient, dit-on, à 3 ou 400.000 fr.

Dans le second projet, le département de la Seine vendrait à l'Etat un terrain d'une contenance d'un hectare environ, situé rue d'Alésia, de l'autre côté de l'asile Sainte-Anne, dont il formerait pour ainsi dire une annexe.

Dans les deux cas, l'Etat ferait les constructions à ses frais et le département paierait l'entretien des malades.

Les changements qui vont survenir prochainement à la Faculté, par suite de la création de nouvelles chaires, fourniront peut-être au professeur de pathologie mentale une occasion de permuter, et à la Faculté un moyen de réparer une erreur en choisissant, cette fois, pour cet enseignement spécial, un homme véritablement compétent.

Cette solution trancherait la question de personne, mais non la question de principe, en ce sens que le Conseil général n'acceptera que difficilement l'intronisation de la Faculté dans un asile départemental, parce qu'il y aurait là une source incessante de conflits avec l'administration et les médecins de l'asile.

Aussi veut-on que, quel que soit le professeur, son service soit distinct de l'asile. Tout au plus pourrait-on autoriser M. Magnan à continuer son cours, tel qu'il le fait aujourd'hui, mais en attendant les constructions du service de clinique mentale, constructions que le Conseil général est disposé à considérer comme absolument nécessaires.

Nous reviendrons prochainement sur cette question pour laquelle une autre solution vient encore d'être proposée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 novembre 1878. — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

Danger des instillations d'atropine. — M. GALEZOWSKI signale à la Société les dangers qui peuvent résulter chez beaucoup de malades de l'instillation de quelques gouttes d'atropine dans l'œil. Il cite à l'appui plusieurs observations d'enfants et d'adultes qui ont éprouvé des accidents graves à la suite de l'absorption par des plaies oculaires de doses très-minimes de cette substance. Ainsi M. Galezowski opère un enfant de la cataracte ; pour prévenir l'iritis il fait instiller pendant deux jours 2 ou 3 gouttes d'un collyre contenant 2 centigrammes d'atropine pour 10 grammes d'eau. L'enfant est pris d'accidents convulsifs qui s'arrêtent, lorsqu'on cesse l'atropine.

Un vieux prêtre de 80 ans, opéré par M. Galezowski d'une cataracte double, était pris d'évanouissements et de syncopes, toutes les fois que l'on mettait de l'atropine dans ses yeux. La plaie faite dans l'œil facilite singulièrement l'absorption.

En résumé, M. Galezowski pense que l'atropine est un médicament très-utile, mais très-dangereux, qui doit être manié avec une extrême prudence. La *Duboisine*, qui peut remplacer l'atropine, est un peu moins dangereuse, parce que son principe est moins actif. Il ne faudrait pas croire cependant que l'emploi de la Duboisine soit toujours inoffensif.

M. DUMONTPALLIER constate avec un certain étonnement que l'histoire de l'atropine a présenté deux périodes. Jusqu'en 1866 les médecins qui employaient l'atropine en injections sous-cutanées, n'avaient jamais observé d'accidents à la suite. Depuis 1866, au contraire, les accidents tels que chaleur de la gorge, vomissements, éruptions hâtives, etc., sont devenus très-fréquents, si bien qu'aujourd'hui l'atropine n'est plus employée dans nos hôpitaux.

M. LABORDE conçoit parfaitement, au point de vue physiologique, que l'atropine introduite par l'œil détermine des accidents plus rapides. L'absorption se fait, en effet, bien mieux à la surface de la conjonctive, ou par toute plaie oculaire, que dans le tissu cellulaire sous-cutané. Quant à la question soulevée par M. Dumontpallier, M. Laborde croit qu'il faudrait peut-être en chercher la solution dans la pureté plus ou moins grande de la substance employée. Aujourd'hui, il y a bien peu de produits chimiquement purs. M. Laborde déclare encore que les convulsions terminales ne constituent pas un effet physiologique de l'atropine.

Diagnostic différentiel des tumeurs pulsatiles du creux épigastrique. M. FRANCK raconte l'histoire d'un malade qu'il a observé avec M. Boursier, interne des hôpitaux, dans le service de M. Fauvel à l'Hôtel-Dieu. Le malade était porteur d'une tumeur pulsatile du creux épigastrique, tumeur dont M. Franck a pu reconnaître la nature à l'aide de deux signes qui méritent d'être notés.

© BIU Santé

1° *Il y avait un retard exagéré du pouls fémoral.* Ce signe ne s'observe que dans les anévrysmes de l'aorte thoracique ou abdominale. — 2° *La compression de la tumeur produisait une tension graduellement croissante des deux artères fémorales. Si l'on cessait brusquement la compression, la tension artérielle baissait de nouveau.* Il est évident que, s'il s'était agi d'une tumeur solide, placée au-devant de l'aorte, la pression et la décompression auraient produit des effets contraires. Ces phénomènes ont permis à MM. Franck et Boursier de poser le diagnostic *d'anévrysme de l'aorte ou du tronc cœliaque.*

Différenciation selon les sexes, M. Gaétan Delaunay fait une communication sur la différenciation étudiée suivant les sexes. La prééminence du mâle sur la femelle qui est presque nulle chez les espèces inférieures s'accroît à mesure qu'on s'élève des espèces inférieures aux supérieures et atteint son maximum dans l'espèce humaine. L'homme est plus nourri, plus vigoureux et plus intelligent que la femme.

Mais cette prééminence de l'homme n'a lieu que chez les races supérieures. Que l'on considère la taille, le poids, la capacité crânienne, le poids du cerveau, etc. L'Européen s'élève plus au-dessus de l'Européenne que le nègre au-dessus de la négresse. D'après M. le Dr Le Bon, la différence entre le poids du cerveau de l'homme et de la femme s'accroît constamment à mesure qu'on s'élève dans l'échelle de la civilisation en sorte qu'au point de vue de la masse du cerveau et par suite de l'intelligence, la femme tend à se différencier de plus en plus de l'homme. Au point de vue de l'âge, la prééminence de l'homme est plus grande pendant l'âge adulte que pendant la jeunesse et la vieillesse.

Prenons le poids du cerveau, par exemple; la différence en faveur de l'homme, qui est de 7 0|0 de 21 à 30 ans, s'élève à 11 0|0 de 31 à 40 ans, puis s'abaisse à 10 0|0 de 41 à 50 ans et à 8 0|0 de 51 à 60 ans. (Broca.) On comprend dès lors pourquoi, dans nos sociétés supérieures, les deux sexes, après avoir confondu leurs jeux pendant l'enfance, se séparent intellectuellement pendant l'âge mûr et se rapprochent de nouveau pendant la vieillesse.

Au point de vue de la constitution, la prééminence de l'homme sur la femme, est plus grande chez les grands que chez les petits, chez les habitants des villes que chez ceux des campagnes, chez les parisiens que chez les provinciaux. Tandis que le Français a 150 cc. de capacité crânienne de plus que la Française, le parisien en a 221 de plus que la parisienne. (Broca). Chez les paysans et chez les ouvriers, l'homme et la femme ayant à peu près les mêmes facultés, n'ont pas de raison pour s'éloigner l'un de l'autre.

Il n'en est plus de même chez les classes intelligentes des villes où les deux sexes, par suite de la prééminence de plus en plus grande de l'homme, n'ayant plus les mêmes idées, les mêmes sentiments ni les mêmes goûts, ne peuvent plus se comprendre et font bande à part. La prééminence du mâle sur la femelle est plus grande pour les appareils de la vie animale que pour ceux de la vie végétative. Certains philosophes, partisans de l'égalité des deux sexes, s'imaginent que l'instruction donnée également à l'homme et à la femme aurait pour effet de rétablir l'égalité entre eux. Il n'en est rien. Au contraire, dans les écoles mixtes où les deux sexes reçoivent la même éducation jusqu'à 15 ans, les instituteurs observent qu'à partir de 12 ans les filles ne peuvent plus suivre les garçons.

Conclusion. — La prééminence du mâle étant plus grande chez les individus et les parties d'individus les plus avancés en évolution (espèces et races supérieures, adultes, forts, appareils de la vie animale) est *en raison directe de l'évolution.* De plus, elle est *en raison directe de la nutrition,* puisqu'elle est accrue par le fonctionnement organique. Au contraire, l'égalité des deux sexes est en raison inverse de la nutrition et de l'évolution.

Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 novembre 1878.—Présidence de M. Baillarger.

M. Hillairet présente un malade atteint de *xanthélasma planum et tuberosum.* — Après en avoir donné l'observation, M. Hillairet rend compte des recherches anatomiques qu'il vient d'entreprendre avec le concours de M. Chambard, interne des hôpitaux.

Il résulte de ces faits que les lésions de la peau affectée de xanthélasma, consistent en un double processus irritatif et régressif, et identiques au point de vue clinique; les deux formes principales de cette affection le sont encore au point de vue histologique. Le processus irritatif se traduit, dans la forme plane, par la tuméfaction trouble des cellules conjonctives et la prolifération de leurs noyaux ; dans la forme tuberculeuse, par une sclérose du tissu conjonctif dermique, des parois artérielles, de la capsule fibreuse, des glandes sudoripares et du tissu conjonctif péri et intra-fasciculaire des nerfs. Le processus régressif est caractérisé par la transformation graisseuse des cellules conjonctives qui existent dans les deux formes, mais qui est surtout prononcée dans la forme plane.

Les altérations des nerfs, la compression des tubes nerveux par le tissu conjonctif de nouvelle formation qui les entoure et les pénètre, expliquent suffisamment les picotements qui précèdent et accompagnent l'éruption des tubercules xanthélasmiques et les douleurs que la pression de ces tubercules fait ressentir au malade, ne sont pas sans analogie avec celles des cicatrices douloureuses et des fibrômes des nerfs sous-cutanés vulgairement et improprement appelés névrômes.

M. Fournier fait la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Phagédénisme tertiaire du pied. Phthisie syphilitique simulant la phthisie commune. Traitement spécifique; guérison.* L'auteur présente un cas de phagédénisme tertiaire développé sur un siège insolite, le pied ; c'est un exemple manifeste de phthisie syphilitique, simulant la phthisie vulgaire au plus haut degré, et guérie, absolument guérie par le traitement spécifique. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Ricord, Lancereaux et Parrot.

M. David communique les résultats qu'il a obtenus par l'application de la *greffe* au traitement des affections dentaires ; il expose d'abord la méthode opératoire qu'il a commencé à mettre lui-même en pratique sous les auspices de M. Magitot et qui consiste: 1° à extraire une dent malade ; 2° à lui faire subir un traitement impraticable dans la bouche; 3° à la réintégrer dans son alvéole. — Après un temps variable, dix à douze jours en moyenne, cette dent s'est greffée par l'intermédiaire du périoste alvéolo-dentaire, a repris sa solidité, ses fonctions et se trouve guérie, ainsi que les affections secondaires dont elle avait été le point de départ. L'auteur a fait l'histoire complète de cette méthode dans une étude générale sur la greffe dentaire; aussi ne fait-il aujourd'hui qu'apporter un certain nombre d'observations nouvelles. Vingt fois il a appliqué cette méthode à des dents qui étaient reconnues incurables, vouées à l'extraction, qui avaient occasionné des lésoins osseuses, compliquées de fistules muqueuses ou cutanées intarissables. Il n'a enregistré qu'un seul insuccès. Ce résultat étonne d'autant moins que, dans la plupart des cas, le but de l'opération était de réséquer le sommet des racines nécrosées, d'après le procédé employé par les chirurgiens dans la résection des os malades, à cela près que, dans ce dernier cas, on n'est pas obligé d'enlever l'os malade.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 14 juin. — Présidence de M. Malassez.

1. Insuffisance aortique; par M. Cossy.

Homme de 50 ans, couché au n° 16, de la salle Saint-Louis à l'Hôtel-Dieu (service de M. Hérard), présente tous les signes d'une insuffisance aortique. Meurt subitement dans la nuit du 30 au 31 mai.

Autopsie le 1er juin. *Cœur.* Hypertrophie du ventricule gauche, insuffisance de l'orifice aortique, qui est dilaté et ne présente que *deux* valvules. Ces deux valvules sont d'égales dimensions, mais chacune d'elles est plus grande qu'à l'état normal. Elles sont molles en certains points, rugueuses et incrustées de substances calcaires en d'autres points. Sur la

© BIU Santé

face interne de chaque valvule existe une excroissance charnue, friable, en forme de chou-fleur, paraissant de nature fibrineuse et de date récente. Enfin l'une des valvules présente en son milieu un orifice ovalaire, à grand diamètre transversal, assez large pour permettre l'introduction de l'extrémité du petit doigt. Cet orifice est limité par un bord épais, lisse, net, indiquant l'origine évidemment ancienne de la perforation. Valvule mitrale normale ainsi que les autres parties du cœur.

Poumon congestionné; foie, rate, reins, encéphale sont normaux; pas d'infarctus viscéraux.

M. Houel a eu l'occasion de voir deux fois une perforation valvulaire analogue à celle que vient de présenter M. Cossy. Dans ces deux cas, il y avait eu aussi mort subite.

2. Tuberculose des testicules et de la prostate. — Disparition complète de la prostate; par M. L. Carrié, interne des hôpitaux.

Le nommé Perrain Henri, âgé de 47 ans, entre à l'hôpital Necker le 18 mai 1878, salle Saint-Vincent n° 5, service de M. le professeur Guyon, se plaignant de troubles du côté des organes urinaires et présentant déjà un état de cachexie assez avancée. Cet homme tousse depuis fort longtemps, sept ou huit ans environ; en 1871, il eut un abcès de la fosse ischio-rectale, dont l'ouverture resta fistuleuse pendant plusieurs mois, de ce côté on ne constate en ce moment qu'un bourrelet hémorrhoïdaire peu volumineux. Il y a trois mois le testicule droit devint douloureux, augmenta de volume et c'est à cette époque que survinrent pour la première fois des troubles du côté de la vessie, caractérisés par de fréquents besoins d'uriner, accompagnés de douleur, se faisant cependant moins ressentir la nuit que le jour et n'ayant jamais été suivis d'hématurie.

Le testicule droit est très-volumineux, entouré d'un épanchement abondant dans la vaginale; en arrière on sent l'épididyme indurée et bosselée.

A gauche, le testicule a son volume normal, mais l'épididyme présente plusieurs points d'indurations. Par le toucher rectal, on ne sent pour ainsi dire pas la prostate, le doigt rencontre une surface lisse, légèrement mollasse avec quelques inégalités, un peu dures sur les parties latérales: au-dessus, les vésicules séminales sont bosselées et douloureuses. En explorant le canal on éprouve deux ou trois ressauts, mais le n° 14 pénètre facilement. Presque pas d'urine dans la vessie. Les dernières gouttes sont formées par du pus. A l'auscultation, lésions tuberculeuses avancées dans les deux sommets plus marquées à gauche qu'à droite.

Trois jours après son entrée, ce malade est pris d'une diarrhée incoercible et meurt le 31 mai.

Autopsie.—Poumons cavernes tuberculeuses aux deux sommets. Reins sont sains, sans traces de tubercules: les vésicules séminales sont indurées. Le testicule droit présente à son centre un énorme noyau complètement ramolli. Plusieurs foyers caséeux dans les deux épididymes. La vessie est petite, les parois sont un peu épaissies, la muqueuse ne présente pas de traces d'altération tuberculeuse. L'épaississement des parois est plus considérable au niveau du col que partout ailleurs.

Au-dessous du col de la vessie se trouve une vaste poche, présentant une capacité presque aussi considérable que celle de la vessie elle-même; ses parois sont un peu inégales, et offrent la plus grande analogie, pour l'apparence, avec la muqueuse vésicale; comme sur cette dernière on ne trouve pas traces de granulations tuberculeuses.

Si l'on considère l'ensemble de la pièce, il semblerait que l'on est d'abord en présence d'une vessie cloisonnée transversalement, mais si on recherche la prostate, on voit que celle-ci a complètement disparu, qu'il n'en existe que quelques débris au niveau de l'urèthre où on retrouve quelques vacuoles qui, au moment de l'autopsie, étaient pleines de pus et qui présentent à présent sur leurs parois des granulations d'apparence tuberculeuse. — Cette poche est formée par la loge prostatique dont le contenu a complètement disparu. Pas de granulations tuberculeuses dans l'uretère.

3. Tuberculose pulmonaire, des reins, de la vessie, de l'urèthre; disparition presque complète de la prostate; par Carrié.

Rougier, 37 ans, maçon : salle Saint-Vincent, n° 4 (service de M. Guyon). — Entré le 30 avril 1878. — Il y a environ onze mois, cet homme fut pris sans cause appréciable de troubles de la miction, caractérisés par des envies fréquentes d'uriner, survenant aussi bien la nuit que le jour, se renouvelant toutes les demi-heures. Chaque miction était accompagnée d'une petite quantité de sang. Ces hématuries ont duré huit jours environ, mais il est à remarquer que le repos du lit ne les faisait pas disparaître : elles reparurent il y a trois mois pour ne cesser que de temps à autre. En ce moment les envies d'uriner sont toujours aussi fréquentes. Les urines sont fétides et contiennent, outre un peu de sang, une quantité considérable de pus : les mictions sont toujours très-douloureuses. Le canal ne présente pas de rétrécissement; le passage de l'olive exploratrice éveille une douleur très-vive au moment où elle traverse la région prostatique. Par le toucher rectal on constate que la prostate est peu volumineuse, qu'elle es douloureuse, que les vésicules séminales sont indurées.

Les deux épididymes présentent de petits foyers d'induration disséminés. Cet homme est excessivement amaigri : depuis longtemps il tousse, a eu de fréquentes hémoptysies, quelquefois de la diarrhée, des sueurs nocturnes très-abondantes et présente des signes d'induration dans les deux sommets.

Dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital, un peu de mieux se manifeste dans l'état général sous l'influence du repos; mais bientôt la fréquence des mictions reparut, celles-ci devinrent très-douloureuses : les urines étaient toujours très-purulentes, striées de sang.

Le 22 mai survint de la rétention d'urine. Le passage de la sonde au niveau de la région prostatique et du col arrache des cris au malade, qui succombe quelques jours après (31 mai), ayant présenté du délire pendant deux jours.

Autopsie. — Poumons. Induration tuberculeuse des deux sommets sans excavations. Le péritoine est couvert de petites granulations miliaires, d'autant plus abondantes qu'on approche de l'excavation pelvienne. Le feuillet péritonéal qui recouvre la vessie en est tapissé.

Le rein droit est augmenté considérablement de volume, mollasse, fluctuant. La capsule est très-épaissie, surtout au niveau du hile, d'aspect blanchâtre, présentant à sa surface des granulations tuberculeuses; à l'incision du rein il s'écoule une grande quantité de pus; la substance médullaire a presque complétement disparu, elle est remplacée par de la matière caséeuse, jaunâtre, très-abondante, atteignant presque, en certains endroits, la périphérie du rein où la substance corticale ne présente plus que quelques millimètres d'épaisseur. Les calices, le bassinet sont très-dilatés; leurs parois sont couvertes de granulations tuberculeuses. L'uretère présente la même disposition, seulement la dilatation cesse brusquement à quelques centimètres au-dessous du hile : arrivé à ce niveau, il se trouve au milieu d'une masse lardacée, infiltrée de matière tuberculeuse, qui l'accompagne jusqu'à son entrée dans la vessie.

Le rein gauche est plus petit; un peu plus gros cependant que normalement; pas d'épaississement de la capsule. Les calices et le bassinet sont dilatés, mais sans traces de tubercules. L'uretère est dilaté dans toute son étendue, présente un diamètre triple de son état normal : on sent dans ses parois des points indurés. Le tissu du rein est congestionné, en deux points infiltration de substance tuberculeuse jaunâtre, mais peu ramollie. Les vésicules séminales sont indurées.

Si maintenant on sectionne l'urèthre et la vessie le long de leur face postérieure, on trouve quelques granulations tuberculeuses de la grosseur d'une tête d'épingle sur la muqueuse uréthrale au niveau de la région bulbaire, des lésions beaucoup plus importantes au niveau de la portion prostatique et à la surface interne de la vessie.

La loge prostatique, presque complétement vidée, et la vessie, présentent l'une par rapport à l'autre une disposition analogue à celle que l'on trouvait dans l'observation précé-

© BIU Santé

dente. La prostate, qui a disparu presque en entier, a laissé une loge de la grosseur d'un œuf à parois anfractueuses, tapissée de granulations jaunâtres ; l'urèthre est entouré en avant par des tissus indurés tuberculeux ; au-dessus de cette poche se trouve la vessie, présentant un épaississement du col qui est tapissé, infiltré ainsi que le reste de la surface vésicale de nombreuses granulations tuberculeuses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. F. GUYON.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit une observation de M. FAUCON (de Lille) sur un cas de réduction de luxation du pouce en arrière. Après avoir signalé les difficultés que présente, en général, la luxation et les accidents que les tentatives provoquent, entr'autres la sphacèle de pouce comme l'auteur en a vu un cas en 1862, M. Faucon rapporte son observation qui d'ailleurs n'offre aucune particularité digne d'être notée. La réduction a été faite par traction perpendiculaire sur le pouce luxé en arrière : il ne s'agit que d'une très-légère modification apportée au procédé de M. Farabeuf.

M. FARABEUF. Il n'y a plus de procédés à inventer pour la réduction des luxations du pouce : ils ont, je crois, tous été proposés et le mien ne m'appartient que très-peu. A peine ai-je ajouté une petite manœuvre ; peut-être ai-je mieux expliqué que mes devanciers certaines particularités, voilà tout. Le procédé que préconise M. Faucon me semble rappeler celui que M. Huguier a décrit avec un soin minutieux ; aussi est-ce pour adresser à mes collègnes une demande, que j'ai pris la parole. Je n'ai décrit, dans mon mémoire, que deux variétés de luxation en arrière : la luxation complète *simple* et la luxation complète *complexe*. Dans mes expérimentations cadavériques, j'avais obtenu 95 fois sur 100 la variété classique dans laquelle le tendon du fléchisseur du pouce est rejeté en dedans par la tête du métacarpien qui a passé au travers des fibres musculaires du court fléchisseur. Mais 5 fois sur 100, j'ai constaté que le tendon du fléchisseur était versé en dehors, enroulé en demi-spire autour du métacarpien. Je n'en avais pas tenu compte dans mes recherches croyant à des manœuvres tout à fait insolites. Mais il se trouve que cette variété se rencontre en pathologie et déjà j'ai observé deux cas où le tendon fléchisseur était en dehors de la tête du métacarpien; et cette tête faisait saillie non plus en dehors, mais en dedans ; la luxation du pouce était en arrière et en dehors au lieu d'être en arrière et en dedans comme d'habitude. Et ce point mérite attention car la réduction ne paraît pas soumise aux mêmes lois que celles que nous avons exposées pour la luxation ordinaire. Je demande donc à mes collègues, qui observent des luxations de pouce, de chercher avec attention si le tendon du fléchisseur est en dedans ou en dehors ; si la tête du métacarpien fait saillie en dehors ou en dedans ; de bien reconnaître, en un mot, si on a affaire à la luxation en arrière et en dehors, car il y a là une variété nouvelle qui mérite une étude spéciale.

M. NICAISE lit un mémoire fort étudié sur le travail présenté récemment par M. Krishaber et qui a trait à la laryngotomie intercrico-thyroïdienne. Cette opération avait été pratiquée chez une femme de 48 ans qui avait un cancer des cordes vocales, mais dont la région trachéale était recouverte par un goitre.

M. Krishaber se servit du thermo-cautère. M. Nicaise dans un historique fort intéressant montre que la section de la membrane crico-thyroïdienne fut préconisée par Vicq-d'Azyr dans le siècle dernier : depuis, malgré de nombreuses tentatives de réhabilitation, elle n'a jamais été franchement acceptée. On reprochait à cette opération de ne pas laisser un assez libre jeu à la canule ; on redoutait la nécrose des cartilages et des altérations des cordes vocales. M. Nicaise a voulu se rendre compte de l'exactitude de la première objection et des mensurations faites sur le cadavre lui ont prouvé que la membrane crico-thyroïdienne mesurait en moyenne de huit à dix millimètres chez la femme, et de neuf à onze chez l'homme ; c'est-à-dire pouvait permettre l'introduction d'une canule ordinaire. Il faudrait cependant éviter une grosse canule qui ne pénétrerait qu'à frottement dur. Quant à la seconde objection, les altérations possibles de la corde vocale. M. Nicaise croit qu'il y a des réserves à faire. C'est un point à revoir et que jugeront les observations subséquentes; tout ce que M. Nicaise peut dire, c'est que M. Krishaber lui a montré des pièces provenant d'un malade ayant vécu trente-quatre jours après l'opération. Or, ces altérations redoutées du côté des cordes vocales n'existaient nullement.

M. Nicaise a dû s'occuper aussi du thermocautère, dont M. Krishaber se sert dans la laryngotomie, mais il sera bref sur ce point déjà traité par la société. Dans ses expérimentations sur les animaux, il a vu que le sang s'écoulait lorsqu'on sectionne un vaisseau d'un millimètre à un millimètre et demi. Les deux parois du canal ne s'agglutinent pas et la lumière en reste béante. Si l'hémostase est mieux obtenue par l'anse de galvanocautère, c'est que cette anse opère une striction sur le vaisseau en même temps qu'elle le divise.

M. Nicaise termine son rapport en disant que l'opération de M. Krishaber doit entrer dans la pratique. Si elle n'est pas faite pour détrôner la trachéotomie, elle pourra la suppléer lorsque, comme dans le cas de M. Krishaber, la trachée est recouverte par une tumeur ; ou bien encore chez les individus dont le cou est trop court pour permettre au chirurgien de manœuvrer facilement entre le cartilage cricoïde et la fourchette sternale.

M. DESPRÉS dit que cette opération a, contre elle, le peu d'étendue de la membrane crico-thyroïdienne; la canule frotte nécessairement contre les cartilages dont elle peut provoquer le nécrose; il faut craindre aussi les altérations des cordes vocales. Aussi « les grands esprits chirurgicaux » ne l'ont pas acceptée; il cite, à ce propos, une opération de Nélaton qui réséqua une partie de la face antérieure du cartilage thyroïde pour que la canule pût être mobile, c'est ainsi qu'il évita l'ulcération de la muqueuse laryngienne toujours à redouter dans le procédé que vante M. Krishaber.

M. FARABEUF dit qu'il partageait quelques-unes des craintes de M. Despres sur le manque d'espace, mais que M. Krishaber lui a démontré sur les cadavres de l'Ecole pratique la possibilité, et même la facilité, de l'introduction d'une canule de diamètre moyen entre la cricoïde et la thyroïde.

M. LE RAPPORTEUR répond à M. Després que l'introduction de la canule est facile; que, dans la seule observation qu'on possède où le fait soit noté, il n'y avait point d'altération des cordes vocales ; que l'altération de la muqueuse n'existait pas non plus et que l'opération de Nélaton ne consistait pas en une section simple, mais réclamait l'excision d'une partie du cartilage cricoïde, que, d'ailleurs, il a eu bien soin de dire que la laryngotomie inter-cricothyroïdienne devait suppléer quelquefois, mais non remplacer la trachéotomie.

M. Ch. MONOD fait en son nom et au nom de M. Malassez, une communication sur un cas de cancer hématode des testicules dont l'examen leur avait été confié par M. le professeur Guyon. Nous n'insisterons pas sur l'histoire clinique : Il s'agit d'un homme de 27 ans, entré à l'hôpital Necker pour une tumeur des bourses dont le début remontait à six ou sept mois. Le médecin, qui l'avait d'abord soigné, avait cru à un varicocèle douloureux—et, de fait, le varicocèle existait — mais la douleur était due à quelque compression exercée sur le plexus lombaire par une tumeur de l'aine et qui n'était autre que des masses ganglionnaires sous la dépendance de la tumeur testiculaire. M. Guyon insiste sur ce fait, 4 fois déjà il a rencontré des varicocèles douloureux qu'on aurait pu croire idiopathiques, mais dont les souffrances étaient provoquées par une tumeur développée dans la fosse iliaque,

Quoi qu'il en soit, lorsque le malade entra à l'hôpital, sa santé paraissait encore robuste ; mais bientôt la cachexie survint et, en moins d'un mois, la mort survenait. La tumeur était très-vasculaire et méritait le nom de cancer hématode qui lui fut donné. MM. Monod et Malassez en ont fait l'examen histologique : ils ont vu qu'elle possédait un grand nombre de myéloplaxes, de ces cellules communes dans la moelle des os et qui consistent en une masse de protoplasma au sein de laquelle on trouve plusieurs noyaux; après durcissement, MM. Malassez et Monod ont vu que ces masses protoplasmiques s'anastomosent par de fins prolongements et

© BIU Santé

forment un réseau de cellules qui rappellent les réseaux angio-plastiques ou vaso-formateurs décrits par Ranvier. Au milieu des masses protoplasmiques on aperçoit des vacuoles dont quelques-unes sont vides tandis que les autres sont remplies de globules sanguins; en ce point même, on a pu voir une de ces vacuoles se continuer directement avec un capillaire : la démonstration paraît donc irréfutable et ces cellules peuvent donner naissance à des faisceaux : la tumeur que leur ensemble constitue mérite bien le nom d'angio-plastique. Dans ces tumeurs hématodes, les vaisseaux se développent comme peuvent le faire les capillaires aux dépens des plaques vaso-formatrices. MM. Malassez et Monod ont étudié, à ce propos, les tumeurs à myéloplaxes en général, et ces tumeurs dans leur ensemble rappelleraient le cancer hématode. On sait, depuis la description magistrale d'Eugène Nélaton qu'elles sont constituées par des cellules multinuclées, des myéloplaxes selon la désignation de M. Robin, et que souvent elles sont caractérisées par des pulsations et le développement de vaisseaux sanguins. Ceux-ci n'auraient pas d'autre origine que les cellules à myéloplaxes et selon le mode indiqué plus haut : des vacuoles apparaîtraient au milieu du protoplasma; les unes seraient vides, d'autres remplies de globules sanguins, et ces vacuoles ne tarderaient pas à s'aboucher avec les vaisseaux de la circulation générale. Les tumeurs à myéloplaxes pourraient donc être appelées des tumeurs angio-plastiques.

M. Tillaux présente au nom de M. Schwartz, prosecteur à Clamart, un kyste synovial, de la variété appelée *ganglion*, mais qui au lieu de se trouver sur la face dorsale comme d'habitude est sur la face palmaire, et s'est insinuée dans l'éminence thénar. Elle ne provient pas de l'articulation médio-carpienne au niveau du grand os. Mais bien de l'articulation carpo-métacarpienne.

P. Reclus.

CORRESPONDANCE

De l'enseignement de l'obstétrique.

A la rédaction du journal Le Progrès médical.

Monsieur le rédacteur,

Au sujet de la question importante de l'enseignement pratique de l'obstétrique, je me donne la liberté de vous adresser ces quelques observations.

Le procédé de faire exécuter les opérations d'obstétrique par les élèves sur des cadavres de femme et d'enfant pour s'exercer, lequel, selon M. le docteur Lapponi (1), a été inventé par M. le docteur Fabbri, est au contraire très-ancien, et est en usage depuis plus d'un siècle à l'école de médecine de Vienne.

A cette école, par excellence expérimentale, on s'est de bonne heure persuadé que, pour former des accoucheurs opérateurs, ne suffisaient point les expériences sur le mannequin et les autres appareils et machines, lesquels imitent très-incomplètement la nature, — et ainsi on a recours à cette méthode d'exercer les élèves sur des cadavres convenablement préparés. La préparation des cadavres de femme et d'enfant est tout à fait la même, comme M. Lapponi l'a décrite, à la seule exception que nous pratiquons à Vienne sur l'abdomen du cadavre de femme une incision cruciale pour vider la cavité abdominale, sans avoir soin de former le lambeau rectangulaire. Cette imitation incomplète et arbitraire de la matrice par le lambeau est entièrement superflue parce que, d'une part, les opérations se pratiquent ordinairement quand déjà l'orifice est suffisamment dilaté, et de l'autre part les difficultés qu'un orifice étroit peut présenter ne peuvent être appréciées que sur la nature vivante. Les cadavres d'enfant sont toujours récents, à cause de l'abondance. Les cours pratiques d'opérations obstétricales se donnent à Vienne, par les deux assistants (internes) de chacune des trois cliniques d'accouchements, et durent à l'ordinaire six semaines; pendant ce temps-là, les personnes qui y prennent part doivent exécuter toutes les opérations typiques.

Une fois qu'on a suivi un cours pratique, les élèves et autres docteurs étrangers ont le droit d'entreprendre dans la clinique des opérations sur les vivantes, quand le cas se présente, sous la surveillance d'un assistant. Les élèves inscrits se divisent en groupes de quatre personnes chacun, et deux groupes à la fois doivent rester toute la nuit dans la clinique pour assister et aider aux accouchements qui auront lieu pendant les 24 heures, et l'autre jour ont à référer aux professeurs, à l'amphithéâtre, publiquement, sur tout ce qui s'est passé. 3 à 4,000 accouchements ont, en moyenne, lieu dans la clinique du grand hôpital de Vienne.

Veuillez, monsieur le rédacteur, agréer l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Votre serviteur,

Dr Sakelarides.

(1) Correspondance dans le *Progrès médical* du 26 octobre.

Mon cher Rédacteur en chef,

Vous me demandez quelques réflexions sur les lettres si intéressantes des docteurs Lapponi et Sakelaridès : je les ferai aussi courtes que possible. Chaque médecin, avant de quitter les bancs de l'Ecole, devrait s'être exercé aux opérations obstétricales; théoriquement, tout le monde est d'accord sur ce point, espérons que bientôt ce principe indiscutable sera mis en pratique dans tous les pays. Quel est donc aujourd'hui la meilleure manière de s'exercer aux opérations obstétricales? Telle est la question.

Les procédés imaginés par M. le professeur Fabbri et décrits par M. Lapponi sont très-ingénieux. Imiter l'orifice utérin, même *grosso modo*, est une excellente chose, cela peut d'abord permettre d'exercer les élèves à faire, par le toucher, le diagnostic des présentations et des positions. En effet, si rien ne s'oppose à la descente de la partie fœtale placée dans le bassin, elle arrive jusqu'à la vulve et le toucher n'est guère fructueux alors. — En second lieu, il n'est pas inutile d'obliger les élèves à constater les bords de l'orifice utérin pendant les opérations : on leur rappelle ainsi que ces bords peuvent parfois être accessibles au doigt et qu'il faut toujours veiller à ne pas pénétrer à travers les culs-de-sac du vagin.

La pratique des opérations obstétricales sur le cadavre n'en présente pas moins un certain nombre d'inconvénients.

1° Il n'est pas toujours facile de se procurer des cadavres : il n'y a pas dans chaque ville un Institut anatomique aussi considérable que celui de Vienne pour mettre à la disposition des professeurs officiels ou libres les sujets nécessaires. Quelquefois j'ai vu, à Vienne même, les cadavres manquer.

2° Le plus souvent, ceux qui étudient l'obstétrique mènent de front la théorie et la clinique. Ils sont exposés, ainsi que ceux qui les instruisent, à aller pratiquer le toucher en sortant de faire des opérations sur le cadavre. Qui oserait affirmer d'une façon absolue que cette conduite ne saurait porter aucun préjudice aux femmes?

3° Lorsque dans un accouchement artificiel, on opère l'extraction du fœtus, il est un élément dont il faut tenir grand compte, c'est le périnée de la mère, qu'on ne doit pas laisser se rompre et dont il faut favoriser la distension lente et progressive. Dans les opérations faites sur le cadavre, cet élément si important n'existe plus. On fait des incisions de chaque côté de la vulve, et si à la première application du forceps on rencontre encore quelques résistances, il n'y en a plus ensuite, les tissus morts ne possédant pas cette propriété particulière aux tissus vivants, l'élasticité.

4° Les rétrécissements du bassin ont été ingénieusement imités par le professeur Fabbri, nous connaissions en France son procédé qui a même été perfectionné chez nous, pour permettre de faire diverses expériences. A Vienne, on reproduit les rétrécissements du bassin en appliquant un torchon sur l'angle sacro-vertébral : il est inutile de dire combien ce dernier procédé est défectueux.

Nous avons donc pensé, M. le docteur Pinard et moi, qu'il y avait mieux à faire. Nous avons depuis deux années journellement la preuve que nous ne nous étions point trompés. A Vienne, le docteur Riedinger, assistant du professeur Braun, voulait, quelque temps avant de quitter le clinique obstétricale, se procurer un des fantômes dont on se sert actuellement à Paris : comme juges impartiaux, il avait eu un certain nombre de médecins étrangers qui, après avoir suivi en France des cours d'obstétrique, étaient allés étudier en Autriche.

Les lecteurs du *Progrès médical* connaissent ce fantôme, ils comprendront que je n'en veuille point donner une nouvelle description. Il a fait ses preuves ici, il a été apprécié devant la Société obstétricale de Londres, et il est maintenant répandu non-seulement en France, mais encore en Russie, en Belgique, en Angleterre, en Amérique, etc.. Est-il parfait? Quelques-uns le prétendent à tort, nous croyons au contraire qu'il peut être et pourra toujours être perfectionné.

Tout en remerciant MM. Lapponi et Sakelaridès de leurs

(1) Voyez *British medical Journal*, octobre 1878.

© BIU Santé

communications si instructives, en les remerciant surtout d'avoir rappelé l'attention, comme vient de le faire à Londres notre ami le docteur Edis (1), sur la nécessité absolue qu'il y a pour les médecins à s'exercer aux opérations obstétricales, nous croyons que vouloir revenir aujourd'hui aux manœuvres sur le cadavre ne serait pas faire un progrès, ce serait au contraire reculer.

Agréez, mon cher Rédacteur en chef, etc.

P. BUDIN.

MALADIES DE LA PEAU

Du rôle et des indications des bains dans les maladies de la peau ; par le Dr A. CARRY, ex-interne de l'Antiquaille ; th. inaug. Paris, 1877, chez A. Delahaye.

Pénétré de cette idée que le rôle des bains dans les dermatoses n'a jamais été spécialement envisagé dans chacune des affections cutanées, ayant en vain cherché dans les traités d'eaux minérales ou les livres de dermatologie des indications bien nettes sur les eaux qui conviennent à telle ou telle manifestation cutanée, M. Carry a voulu combler cette lacune et pour ce faire, il a mis à profit son expérience propre et les conseils de son maître, le docteur Horand.

Cette étude pratique très-complète comprend deux parties : l'action des bains sur la peau saine, puis, l'action thérapeutique des bains dans les dermatoses.

Tout praticien devra se pénétrer des conclusions auxquelles arrive l'auteur dans son étude de l'action des bains sur chacune des dermatoses en particulier, il devra surtout se pénétrer des conclusions générales que nous rapportons comme donnant un résumé fidèle de l'œuvre originale du docteur Carry. « Dans la thérapeutique des maladies cutanées, les bains jouissent d'une réputation factice qui les fait employer sans discernement à peu près dans tous les cas.

Les médecins d'eaux minérales, en revendiquant, pour leurs thermes, la guérison des dermatoses, n'ont pas peu contribué à mettre à la mode la cure hydrominérale jusque dans le public extra-médical ; cependant, en réalité, il y a peu d'affections cutanées auxquelles les bains conviennent et dans celles où ils sont utiles, leur action n'est *jamais curative*, comme on le croit généralement.

Dans les affections de cause externe, le rôle des bains consiste à nettoyer la peau ; lorsqu'elles sont de nature parasitaire, ils peuvent détruire les parasites animaux, mais ils ont peu de prise sur les parasites végétaux.

Dans les affections de cause interne, de nature scrofuleuse, syphilitique, arthritique ou herpétique, le bain, par ses effets toniques et stimulants est ordinairement un bon adjuvant du traitement général.

L'influence locale du bain, étudiée dans chaque affection de cause interne en particulier, montre que, dans les formes sèches il est purement hygiénique et n'a aucune action curative ; et que, dans les formes humides, il est presque toujours un obstacle à la guérison. »

L. LANDOUZY.

L'acide crisophanique dans le traitement du psoriasis ; Par le dr RAVOGLI. (*Lo Sperimentale.*)

Dans cette note, l'auteur rend compte du traitement par l'acide crisophanique, qui est employé dans la clinique dermopathique du professeur Hebra et dans la clinique d'Auspiz. Il rappelle avant tout la manière dont le docteur Balmann Squirre, chirurgien de l'hôpital des maladies de la peau, à Londres, a, le premier, mis en usage la poudre de Goa, d'où il extrait l'acide en question. On obtient cette poudre en pilant dans un mortier le bois de divers arbres connus sous le nom d'*Araroba* ou d'*Arariba*, qui, en langage indien, signifient teinte jaune, parce que les indigènes s'en servent pour en faire de la teinture. En médecine, la poudre de Goa peut être employée dissoute dans l'eau, dans le vinaigre, dans le suc du limon, dans la glycérine, ou mêlée dans l'amidon.

Voici les formules en usage

Poudre de Goa	1 gr. 50.
Acide acétique	10 gouttes.
Axonge	40 gr.

Deux frictions par jour. Ou bien :

Poudre de Goa	5 grammes.
Acide acétique	10 gouttes.
Suc de limon et glycérine ...	Q. S.

Pour appliquer deux fois par jour avec une compresse. Ou bien encore, suivant une recommandation de Lima :

Poudre de Goa	1 gramme.
Glycérine	5 —
Axonge	35 —

On aura soin de laver préalablement la peau avec une solution de bicarbonate de soude. L'acide crisophanique, qui est le principe actif de la poudre de Goa, est employé aussi sous forme de pommade, à la dose de 10 grammes dans 40 d'axonge. Il faut dissoudre d'abord l'acide dans la benzine chaude, qu'on mêlera ensuite à l'axonge liquéfié ; ou bien on le dissoudra directement dans l'axonge fondu au bain marie, sans avoir recours à la benzine ; on ajoute un peu d'huile au mélange, et l'on met ensuite le tout dans un mortier. Hebra se sert d'une pommade contenant 10 0/0 d'acide crisophanique. Mais, avant d'employer cette pommade, il est nécessaire d'enlever les squames de psoriasis, en les frictionnant avec un pinceau à poils durs et courts baigné dans de l'eau savonneuse. Si les squames résistent, on a recours au bain de vapeur pour les ramollir, ensuite on les enlève avec la solution Vlemingks ou l'eau savonneuse. L'application de la pommade, que l'on fait ensuite, doit être répétée deux fois par jour. On prêtera beaucoup d'attention aux effets irritants du remède sur la peau.

Traitement du psoriasis avec le liniment d'acide crisophanique ; par le dr BALMAN SQUIRRE. (*Lo Sperimentale.*)

Comme nous l'avons dit plus haut, Squirre a, le premier, mis en usage le remède dans les maladies de peau, et a pu en constater l'utilité non-seulement dans le psoriasis, mais aussi dans la teigne tonsurante, dans le pityriasis versicolor, dans l'eczéma, dans l'acné rosacée et autres dermatoses. L'auteur dissout l'acide et la poudre avec de l'axonge dans la benzine chaude ; il fait ensuite évaporer le tout, et obtient la pommade suivante :

Acide crisophanique	2 grammes.
Axonge	50 —

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

BIBLIOGRAPHIE

La vie. — Etudes et problèmes de biologie générale ; par M. C. CHAUFFARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, J.-B. Baillière, 1878.

Un livre émané de la plume de M. le professeur Chauffard n'est pas un de ces ouvrages que l'on puisse assimiler sans études préalables et sans méditation ; l'auteur nous entraine dans un ordre d'idées nouvelles car, nous l'avouons en toute humilité, nous n'étions plus familiarisé avec les notions abstraites qui constituent l'œuvre vive de M. Chauffard, notions à peine entrevues à l'époque déjà lointaine où nous étions initié aux problèmes de la philosophie.

En effet, le livre que publie aujourd'hui M. Chauffard et dans lequel il traite *ex professo* des questions fondamentales de la biologie, n'avait pu être goûté, jusqu'ici, que par les lecteurs d'une revue estimée, et n'avait point encore pénétré les couches profondes du public médical que l'auteur voudrait ramener aux Vérités nécessaires.

« Sachons, dit M. Chauffard dans une vigoureuse introduc-» tion, sachons voir le danger où court la science contempo-» raine. Le sens des vérités nécessaires s'y est singulièrement » affaibli ; et, en même temps la masse des faits particuliers » s'y accroit en proportion indéfinie. Ce double courant pour-» rait devenir funeste. Sans l'intervention des vérités géné-» rales, l'accumulation des faits nous perdra ; nous étouffe-» rons sous leur poids ; nous n'aurons plus de guide à travers » ces régions où s'agite l'immense multitude des phéno-» mènes. Les faits lutteront contre les faits ; nous ne rencon-» trerons leur accord nulle part ; l'expérience du jour déme-» tira l'expérience de la veille ; et, dans cette obscure mêlée, » les esprits seront envahis par un incurable scepticisme. Nous » ne serons sauvés de ce péril que par un retour aux vérités » nécessaires ; elles seules peuvent constituer en un tout les » éléments dispersés des choses, que le travail moderne va » dissociant de plus en plus. A côté de l'analyse continue il » faut placer l'action fortifiante et supérieure de la synthèse ; » il faut que la synthèse, toujours présente et active, maintienne » le rapprochement et les rapports naturels des phénomènes,

© BIU Santé

» les soumette et les fixe, les substantialise en un mot. Sans elle » on poursuit les ombres et on n'atteint pas les choses.»

Ce qui rend justement difficile l'analyse de ce livre, c'est son caractère synthétique, c'est qu'il est l'expression, le résumé de la philosophie scientifique du professeur, l'œuvre de toute sa vie et celle, sans doute, à laquelle il attache le plus grand prix. L'intérêt que présente, à ce point de vue, l'ouvrage, ce fait que M. Chauffard est considéré à bon droit comme représentant les doctrines vitalistes auxquelles il imprime un cachet personnel, et, à ce titre, s'efforce de livrer le suprême combat au positivisme, tout cela devait commander et retenir l'attention.

Il y a un côté du livre qui nous a, faut-il l'avouer, séduit et charmé, c'est l'ampleur et la richesse de la forme : la plume qui a écrit ces pages éloquentes ne languit jamais et, si de loin en loin, on se surprend à noter quelques légères défaillances, on se demande si l'auteur ne les a pas laissées volontairement échapper, à l'exemple de ces artistes qui, de propos délibéré, négligent quelques points de détail pour mieux faire ressortir la netteté et la vigueur de l'ensemble.

Au point de vue des doctrines, la prédilection de l'auteur, pour les idées de l'antique philosophie grecque n'est pas absolue et il entend puiser aussi ses arguments dans la critique de la science moderne : il est un culte qui semble inspirer tout le livre de M. Chauffard, c'est celui des vérités traditionnelles en médecine ; c'est sur ce domaine qu'il nous est malaisé de suivre l'éminent professeur quelque grand que soit notre respect pour la sincérité de ses convictions, respect, du reste, qui nous rendra la critique moins difficile.

M. Chauffard acceptant la tradition écrite, et, citant Hippocrate et Aristote semble faire un choix dans ces traditions et ne retenir, parmi ces dernières, que celles qui sont en harmonie avec ses doctrines. La tradition pour l'auteur est vitaliste ou animiste, en un mot spiritualiste : tous les travaux anciens qui ne portent pas cette empreinte, tels que ceux de Démocrite, de Lucrèce et d'Epicure sont laissés dans l'ombre, bien plus, ces œuvres semblent autant de contradictions destinées à mieux faire ressortir les grandes vérités traditionnelles si chères à l'auteur qui voudrait voir dans ces dernières une sorte de révélation.

C'est là le secret de l'œuvre de M. Chauffard, son origine, sa régle, son but, sa raison, c'est ce qui fait à la fois sa force et sa faiblesse.

M. Chauffard interrogeant la philosophie ancienne lui demande ce que, au travers des âges, elle a pensé de l'âme et de la vie : la philosophie ancienne lui répond, par la bouche de Platon « l'âme c'est la vie » opinion soutenue également par Aristote, saint Augustin et saint Thomas-d'Aquin. L'auteur s'élève contre Descartes qui, séparant l'âme de la vie, refuse l'âme aux animaux, et explique la vie par un pur automatisme : il ne partage pas non plus les idées de Stahl qui, animiste, procède de Descartes et se montre prodigue dans ses œuvres d'explications physico-mécaniques et mécanico-organiques. Cette doctrine parait dangereuse à M. Chauffard parce qu'elle a engendré le matérialisme; en effet, après avoir considéré les animaux comme explicables par la physique et la chimie, on devait être amené à en faire autant pour l'homme et si l'on venait à considérer la pensée comme le produit de l'activité cérébrale au même titre que le mouvement est le produit de l'activité musculaire, cette âme que Descartes avait réservée à l'homme seul n'aurait plus de raison d'être. Le double dynamisme de van Helmont ne trouve pas grâce non plus devant M. Chauffard : sans doute, c'est quelque chose que d'admettre une âme et un principe vital parce que l'existence de ce principe vital sera admise même chez l'animal et restreindra l'influence du mécanisme pur de Descartes. L'auteur se sépare également de Barthez qui, ne se prononçant pas pour l'immortalité du principe vital, ne sachant pas, en un mot, si cette inconnue n'est pas le résultat de l'organisation, une simple modification de la substance organisée, semblerait se rapprocher du mécanisme, aussi M. Chauffard ne veut-il de cette doctrine à aucun prix, aussi, pour lui, l'âme et la vie sont-elles identiques, les animaux comme l'homme ont-ils une âme puisqu'ils vivent. Ainsi identifiée avec la vie, l'idée de l'âme semble être plus affermie et, quand vient la mort, l'âme ne cesse pas d'exister, seules viennent à disparaître les conditions matérielles de ses manifestations !

En soutenant ces opinions, l'auteur s'est attiré les vives critiques de l'Ecole de Montpellier et cela nous a causé une singulière surprise de voir M. Chauffard accusé de matérialisme par un des plus jeunes et vaillants représentants de l'école de Barthez et de Lordat.

C'est donc avec cette idée préconçue de séparer profondément le monde matériel du monde spirituel que M. Chauffard a écrit son livre : la vie, dit-il, est une force, une, spontanée, ayant un but, en un mot c'est une force créatrice, elle n'est pas matérielle bien qu'elle ne puisse se manifester sans la matière ; elle est une, bien qu'elle apparaisse sous des manifestations multiples ; elle n'est pas le résultat d'une organisation, c'est-à-dire du groupement plus ou moins savamment hiérarchisé d'éléments matériels ; elle est la cause, au contraire, de l'organisation ; la matière n'est point cause de la vie, elle n'est que la condition de sa manifestation et pour nous servir d'une comparaison vulgaire, le violon n'est pas la cause de la pensée musicale de l'artiste, mais il est seulement la condition indispensable de la manifestation de sa pensée. On pourrait, nous le croyons, se faire une idée de la force vitale telle que l'entend M. Chauffard, en comparant celle-ci, par exemple, au patriotisme. Ce sentiment est une force ; il est un, c'est-à-dire commun à tous les patriotes ; spontané, il a un but, l'union des citoyens ; il est créateur puisqu'il fait la patrie, la nation ; il n'est pas les citoyens bien qu'il ne puisse être manifesté que par eux, il est un, bien que ses effets soient multiples ; il n'est pas le résultat de l'union, de l'organisation, de la hiérarchie des citoyens, il est, au contraire, le principe de tout cela, les citoyens ne sont pas cause du patriotisme, ils ne sont que la condition de sa manifestation. Si cette comparaison met bien en lumière le système de M. Chauffard, elle en est, en même temps, la critique, car on ne peut pas dire que les citoyens ne soient pas cause du patriotisme puisqu'ils sont les auteurs responsables de leurs idées. De même, quand M. Chauffard dit que la matière n'est point cause de la vie, c'est-à-dire de la force d'organisation, son affirmation n'est-elle pas quelque peu hasardée ? Savons-nous si la matière ne contient pas en elle les éléments d'attractions et de répulsions moléculaires qui pourraient se résoudre en ces manifestations multiples (organisation, accroissement, mouvement, etc., etc.) par lesquelles se traduit la vie chez les êtres organisés ?

Quoi qu'il en soit, telle est bien l'idée que M. Chauffard se fait de la vie, c'est une force d'organisation de la matière; sous l'influence de la vie, les éléments se groupent, se hiérarchisent pour former un organisme, comme sous l'empire du patriotisme les citoyens d'un même pays s'unissent pour former une patrie, nous n'en voulons d'autre preuve que le mot de Pascal cité par l'auteur « l'unité sans la multitude c'est la « tyrannie, la multitude sans l'unité c'est l'anarchie » et cet autre mot de Virchow auquel l'auteur donne également son approbation « l'organisme est une communauté unie. »

Nous doutons qu'on puisse tirer de ces arguments la condamnation des systèmes matérialiste ou positiviste contre lesquels M. Chauffard s'élève avec énergie : en effet, ces systèmes n'admettent-ils pas l'activité de la matière et, partant, son aptitude à se grouper en communauté unie ?

Après avoir constaté que l'organisme est le résultat d'une force unissant les cellules, M. Chauffard arrive à constituer le moi : il accorde à cette abstraction l'identité permanente contrairement à ce que les médecins constatent tous les jours : nous ne pouvons nous appesantir sur ce point, mais, n'observons-nous pas, tous les jours, des individus en voie de transformation physique, morale et intellectuelle continue, tantôt brusque, tantot permanente, quelquefois même si complète qu'elle aboutit au dédoublement de la personnalité ou même à l'aliénation ?

La spontanéité est pour M. Chauffard un des attributs de la force vitale, elle existe et agit par elle-même, elle n'est pas « suspendue dans le vide » car elle agit sur des objets matériels : n'y aurait-il pas là une contradiction avec les assertions précédentes de l'auteur? Tout à l'heure la force vitale ne

© BIU Santé

commandait pas, n'était point tyranique et voici maintenant qu'elle puise en elle seule son principe d'action et l'impose aux objets matériels qu'elle organise à sa fantaisie?

La force vitale de M Chauffard a pour attribut la finalité, la vie veut un but, l'organisation, l'évolution, la reproduction et ce but elle l'atteint : c'est là un des chapitres les plus intéressants du livre. Nous ne pouvons rappeler les discussions auxquelles l'idée de finalité a donné lieu, M. Chauffard en viendrait à dire : la vie voulant que tel organisme ait des pieds pour se mouvoir, la vie engendre cet organisme muni de pieds — or, si la vie est le consensus des particules matérielles s'unissant dans un but déterminé, ce n'est pas là encore une doctrine qui ruine le positivisme, car c'est précisément la théorie de Lamarck, c'est lui qui professait, que les animaux ont acquis, successivement, les organes dont ils avaient besoin.

Force nous est de terminer ici l'analyse nécessairement écourtée du livre de M. Chauffard : force nous est d'enfermer dans ces limites la critique que nous avons essayé de faire de quelques-unes de ses doctrines. Le caractère de M. Chauffard, la fermeté de ses convictions, l'importance de son œuvre imposaient à la critique le devoir d'être sincère et respectueux, nous croyons ne point avoir manqué à cette double obligation.

Cette analyse, tout écourtée qu'elle soit, donnera au lecteur le désir de connaître entièrement ce livre dans lequel M. Chauffard s'est imposé la tâche de réunir tous les arguments scientifiques par lesquels peut être tentée la défense de la cause vitaliste. Finissons en rappelant, qu'en publiant ses Etudes et Problèmes de biologie générale, l'auteur s'est proposé de faire œuvre sociale autant qu'œuvre scientifique ; son livre est à la fois un cri d'alarme et un cri de combat : cri d'alarme à la Société, que M. Chauffard croit voir sombrer dans les abîmes de dégradation où la jetterait la perte de la foi en une fin supérieure aux lois physiques du monde ; cri de combat contre le matérialisme et le positivisme, que M. Chauffard considère comme des doctrines démoralisantes, comme un nouveau péril social. L. Landouzy.

VARIA

La fontaine d'Ahusquy (1).

II. L'analyse des eaux d'Ahusquy a donné des résultats à peu près négatifs : on n'y a découvert aucun principe spécial qui en explique les bienfaits incontestables. A peine note-t-on quelques traces d'iode et de fer, des silicates de soude et de potasse, des carbonates, des sulfates, des chlorures et de l'alumine. Aussi, partagerions-nous volontiers l'avis de ceux qui attribuent les effets obtenus, non à quelque vertu particulière due à la composition chimique de l'eau, mais à la quantité énorme que l'on peut en absorber sans fatigue.

Cette quantité varie d'ailleurs dans de fort notables proportions ; il n'y a pas de médecin là-bas, et les malades se laissent guider par leur instinct, une vague tradition ou quelque théorie plus ou moins bizarre. En général, on boit trois fois par jour, le matin à sept heures, puis de dix à onze et de quatre à sept ; les timides se contentent de cinq à huit litres en tout, mais d'autres vont beaucoup plus loin ; notre confrère, M. Beaudéan, s'est guéri d'une dyspepsie très-rebelle qui le fatiguait depuis longtemps, en ingurgitant jusqu'à quinze litres, et la renommée est légendaire d'un curé des environ de Tardets, un des habitués les plus assidus d'Ahusquy, et dont la ration quotidienne était de quatre-vingts grands verres, ce qui représente une vingtaine de litres. Autrefois, nous parlions volontiers « du supplice de l'eau » en entendant raconter ces prouesses, et j'avoue qu'elles me laissaient presque incrédule. Mais depuis un séjour à Ahusquy, nous sommes convaincus ; si, nous présent, on n'est jamais arrivé à vingt, ou même à quinze litres, nous avons observé nombre de malades que dix et douze n'effrayaient pas, et nous-même, buveur peu téméraire de notre nature, nous en absorbions sept par jour avec la plus grande facilité. Certainement, aux derniers verres, on éprouve une certaine constriction de la gorge ; il est évident qu'on n'a plus soif, mais jamais, devant moi, nul n'a accusé cette sensation désagréable, ce ballottement particulier dont on se plaint lorsque l'estomac est rempli de liquide.

On redescend de la fontaine pour se mettre à table ; le déjeûner ou le dîner ne souffrent aucunement de ces libations prolongées ; l'appétit des buveurs d'Ahusquy est au contraire proverbial, et c'est plaisir de voir les rations que l'on s'adjuge et que l'on mange sans ostentation : les cubes de viande s'amoncellent sur l'assiette et disparaissent tranquillement ; on n'entend guère que le bruit des couteaux ; les conversations sont discrètes et le repas n'est troublé que par de fréquentes excursions vers les bas-côtés de l'auberge. On se lève sans embarras, ou se rassied sans fausse honte. Au début, l'âme faible colore le départ de quelque prétexte, mais on s'aguerrit bien vite, et chacun sait regagner se place avec l'air satisfait que donne l'accomplissement du devoir.

L'absorption de ces eaux par la muqueuse stomacale est rapide : une heure tout au plus après leur ingestion, on commence à les rendre, et il ne faut tout au plus que cinq ou six quarts d'heure pour que l'économie se débarrasse des deux ou trois litres avalés à chaque station. Les effets physiologiques sont assez peu marqués ; on parle d'un dérangement d'entrailles qui se manifesterait fréquemment au début de la cure ; mais sur les cinquante ou soixante buveurs que nous avons interrogés à ce sujet, aucun ne l'avait ressenti : une seule fois, en vingt-et-un jours, on nous a consulté pour une diarrhée et il s'agissait justement d'un Bordelais qui prenait à peine quelques verres et fréquentait Ahusquy uniquement pour fuir la ville et les chaleurs du mois d'août.

Nous aurions même quelque velléité de croire que ces eaux ont une influence opposée. Comment s'expliquer autrement l'extrême rareté des flux intestinaux? On sait, en effet, combien ils sont fréquents dans les montagnes, où surviennent de brusques changements de température, où, vers le soir, le froid et la brume succèdent sans transition aux chaudes heures de la journée. Puis, ne boit-on pas à jeun une très-grande quantité d'eau fraîche? Dans ses conseils aux parisiennes constipées, Trousseau recommandait, en même temps qu'une cigarette, un verre d'eau pris le matin avant toute autre alimentation... à Ahusquy, quatre litres ingurgités dès six heures ne m'ont point paru produire d'effet, et le curé, ce puissant buveur dont nous avons parlé et qui venait à la source pour combattre une constipation opiniâtre, était obligé de doubler cette dose ; encore n'obtenait-il qu'un mince résultat.

Nous avons rencontré là-bas les affections les plus diverses : tous les malades des environs, la plupart même sans consulter un médecin, s'ordonnent une saison à Ahusquy. Voilà pourquoi plusieurs phthisiques confirmés campent sur cette montagne en plein vent, dans ces auberges mal abritées. Quel conseil leur donner, sinon de regagner au plus tôt la plaine? La plupart cependant nous disaient que s'ils ne toussaient pas moins, leurs forces paraissaient plus grandes, l'appétit s'était réveillé... mais l'eau d'Ahusquy ne cicatrise pas les cavernes.

Nos confrères de la région le recommandent surtout dans la gravelle et dans les catarrhes de la vessie ; dans les affections de l'estomac : peut-être ne distingue-t-on pas assez parmi ces dernières ; nous avons eu à soigner deux malades atteints d'ulcères chroniques de la muqueuse : les accès douloureux avaient pris une certaine intensité, les vomissements étaient incessants. Les six ou sept litres d'eau que buvait chacun d'entre eux ne produisaient aucune amélioration ; ici encore, nous dûmes ordonner le départ. Cependant, on nous a communiqué l'observation suivante : un homme est envoyé à Ahusquy pour un ulcère rond : les douleurs sont intolérables ; l'estomac ne garde aucun aliment : la maigreur est extrême ; de fréquentes hé-

(1) Voir les n°s 45 et 46.

© BIU Santé

matémèses anémient encore le malade ; il commence à boire, et, dès les premiers jours, une très-grande amélioration survient ; les vomissements cessent ; les souffrances s'apaissent, l'appétit est fort grand ; le malade se met à manger, malheureusement sans mesure, car, malgré des objurgations pressantes, il se donne plusieurs indigestions successives ; il se produit une perforation suivie de péritonite foudroyante. Avec plus de prudence, la guérison eût été possible.

Mais autant notre réserve est absolue sur ce point, autant nous serons affirmatif au sujet des différentes formes de dyspepsie que nous avons observées à Ahusquy. Dans une dizaine de cas, au moins, les estomacs délabrés paraissaient se reconstituer sous nos yeux : à l'arrivée l'appétit était nul, l'ingestion des aliments douloureuse, les digestions étaient lentes et pénibles, après chaque repas, la région épigastrique se distendait ; il y avait des aigreurs acides et nauséeuses, du pyrosis, parfois des vomissements rebelles. Dès les premiers jours du traitement, ces symptômes s'affaiblissaient pour disparaître bientôt et la guérison ne tardait pas à s'affirmer. Un de nos confrères nous racontait que, pour lui, l'amélioration fut presque immédiate ; or, les accidents étaient d'une certaine gravité, son estomac supportait avec peine les plus légers aliments ; il vint à Ahusquy ; au bout de huit jours, il mangeait avec plaisir et ses digestions devenaient régulières. Ce n'est plus par besoin, mais par reconnaissance qu'il y retourne chaque année. M. Béguerie, médecin à Mauléon, et notre vieil ami, le Dr Broca, d'Oloron, ont pu constater un très-grand nombre de cas de dyspepsie où les résultats furent aussi remarquables.

Nous ne voudrions pas prolonger outre mesure ce petit travail, cependant, je ne saurais passer sous silence les observations importantes que nous a communiquées notre confrère, M. Beaudéan, médecin à Lucq ; j'ai sous les yeux quatre faits recueillis par lui ; les accidents étaient si graves que les parents hésitaient à tenter le voyage. Le premier a trait à une jeune fille soignée pendant longtemps par les sorcières qui y épuisèrent leur formulaire varié. Lorsqu'elle fut confiée à M. Beaudéan, les vomissements étaient incessants, la diarrhée continue et la malade n'était soutenue que par des lavements alimentaires ; on la transporte à Ahusquy dans cet état ; elle manque succomber pendant le trajet ; une fois arrivée, il lui est impossible de monter à la fontaine, et on doit lui descendre l'eau pendant quelque temps ; « dès le septième jour, elle commence à manger du bouillon, du lait, des œufs, et au bout de trois semaines, elle rentre complétement guérie. » La deuxième et la troisième observations que la brièveté de cette étude nous prive de reproduire, montrent des guérisons aussi rapides ; il en est de même pour la quatrième, fort intéressante d'ailleurs, et où les symptômes éprouvés par le malade nous paraissent évidemment se rapporter à une gastrite d'origine alcoolique ; pourtant, cette fois encore, notre confrère put enregistrer un succès.

Les eaux d'Ahusquy, cela est incontestable, stimulent la muqueuse gastrique : la digestion stomacale se fait plus facilement. Les causes de ces rapides améliorations doivent être fort multiples. Pour quelques paysans surmenés par les durs labeurs de la campagne et que réparent, d'une manière insuffisante, des aliments de mauvaise nature, le repos, et une nourriture saine suffiraient presque à expliquer le pourquoi de ces promptes guérisons. Quant aux habitants des villes, le calme absolu dont on jouit là haut, la pureté de l'air, la régularité de l'existence ; l'exercice qu'exige la triple ascension quotidienne à la source, voire même la chère un peu monotone de l'auberge, ne sont pas sans avoir une influence salutaire. La part à revendiquer pour l'eau peut s'en trouver restreinte, mais n'en est pas moins certaine, et chacun sent son appétit croître en raison directe du nombre de verres absorbés. « Allons faire un trou pour le déjeuner ! », disait-on, en grimpant à la fontaine. D'ailleurs, à quoi servirait une minutieuse analyse ? — Nous avons constaté la disparition de maintes dyspepsies ; quelle qu'en soit la cause, ces affections guérissent ; et, pour les malades, cela suffit.

L'effet des eaux sur les graveleux n'est pas moins sensible. La plupart des buveurs qui fréquentent Ahusquy, viennent pour des sables, des calculs, et surtout pour s'épargner les épouvantables douleurs néphrétiques déterminées par l'expulsion de ces cristaux d'acide urique. Parmi beaucoup d'autres, nous avions choisi cinq observations personnelles où les bons résultats du traitement ne sauraient être mis en doute, mais pour ne pas surcharger ce travail, nous citerons seulement le cas d'un plâtrier de Tardets qui, depuis longues années, était en proie à des coliques néphrétiques violentes et se répétant à des intervalles fort rapprochés. Une d'entre elles dura près de deux mois ; les souffrances étaient intolérables et ne s'apaisaient un moment que pour reprendre, quelques heures après, avec une intensité nouvelle. Chaque crise se terminait par le rejet des calculs parfois aussi volumineux qu'une petite noisette : le trajet à travers l'uretère n'était pas seul douloureux : de la vessie, le calcul s'engageait dans le canal uréthral, mais la grosseur en était telle qu'il n'y cheminait que lentement et cinq ou six jours se consumaient en efforts et en souffrances jusqu'à ce qu'il fût définitivement expulsé. En 1876, des accidents sérieux éclatèrent du côté du rein ; un abcès périnéphrétique se forma ; on fit, dans la région lombaire, de larges incisions par où l'on put extraire, avec une très-grande quantité de débris sphacélés et de pus, un certain nombre de calculs ramifiés. Le malade vint à Ahusquy. A partir de ce moment, les crises s'espacent, les calculs diminuent de volume, l'état général, ébranlé par les atroces douleurs que provoque la migration des cristaux, se rétablit rapidement. Maintenant s'il y a des coliques, c'est de loin en loin, encore sont-elles fort légères ; notre homme retourne tous les étés à la source, et les vingt jours qu'il y passe suffisent pour lui assurer une année paisible.

Il n'est pas difficile de trouver une théorie rationnelle pour expliquer l'effet infaillible des eaux d'Ahusquy sur les individus atteints de diathèse urique. L'énorme quantité d'eau que l'on absorbe passe dans le sang qui, filtré par le rein, donne une urine très-abondante que ne peut saturer l'acide urique produit par l'économie. Grâce à cette extrême dilution, la cristallisation n'a pas lieu ; l'acide urique ne se précipite pas, et c'est à l'état dissous qu'il est expulsé au dehors. On objectera peut-être que l'exercice auquel les buveurs se livrent pour se rendre à la source active les combustions, augmente l'urée et diminue l'acide urique... ceci aurait quelque valeur relativement à des malades aux habitudes sédentaires, mais on ne saurait l'invoquer à l'égard des paysans : un séjour à Ahusquy est pour eux un temps d'inactivité et de repos musculaire relatif, d'autant plus que l'alimentation abondante, la nourriture presque exclusivement animale ne sont pas faites pour amoindrir la production de l'acide urique. C'est bien évidemment à la source qu'il faut rapporter les résultats obtenus.

Ajoutons que par suite de l'absorption de l'eau, la pression sanguine devient considérable, celle de l'urine, sécrétée en plus grande abondance, s'accroit également ; aussi, l'acide urique déjà déposé à l'état solide dans les tubes droits, les calices ou le bassinet, tous les sables, les graviers, les petits calculs sont déplacés par la masse liquide qui passe dans le rein ; ils s'engagent dans l'uretère et la migration commence. Voilà comment l'effet immédiat de la cure est de déterminer une colique néphrétique pour peu qu'il y ait dans les voies supérieures des organes urinaires, quelque dépôt d'acide urique. Ainsi, expulsion des graviers déjà formés, absence de production de graviers nouveaux, tels sont les premiers résultats du traitement.

Mais il est un point plus difficile à expliquer et à propos duquel nous n'avons vu, du reste, aucune théorie satisfaisante. Comment ces eaux, et je ne parle pas seulement d'Ahusquy, mais aussi de Capvern, de Vitelle, de Contrexéville, comment ces eaux, dis-je, ont-elle un effet durable ?

© BIU Santé

Pourquoi, lorsque la « saison » est terminée, et que depuis plusieurs mois on a repris son genre de vie habituel, les crises ne reparaissent-elles pas, ou du moins sont-elles infiniment plus rares ? Ce n'est pas la pression de l'urine et son extrême dilution qu'on doit invoquer, car on ne boit ni plus ni moins qu'avant le traitement : il faut, pensons-nous, faire intervenir un autre facteur.

Dans un autre travail, publié dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, nous espérons avoir démontré que les accidents provoqués par la diathèse urique ne sont pas seulement imputables à l'excès de l'acide urique dans le sang : le filtre rénal intervient pour son compte, au moins à titre semblable. Ce serait lui qui, souvent, déterminerait par quelque état morbide la précipitation des cristaux. Eh bien ! ne pouvous-nous pas nous emparer de cette conclusion pour nous rendre compte de la persistance des bons effets d'Ahusquy ? Le sang qui, chargé d'eau, arrive en si grande abondance dans le rein, active la nutrition de cet organe, en augmente la vitalité générale et modifie les muqueuses. Celles-ci reprennent leur état normal, et n'agissent plus, par un mécanisme encore inconnu, sur la composition des urines de manière à provoquer les dépôts d'acide urique. Nous croyons d'autant plus à cette action directe sur les conduits urinaires, que nous avons déjà reconnu, d'après des exemples nombreux, les bons effets des eaux sur la muqueuse stomacale, et que nous allons maintenant constater des résultats non moins heureux dans le traitement des catarrhes de la vessie et de la muqueuse uréthrale.

Nos confrères de la région m'ont parlé des succès qu'ils ont obtenus par l'emploi des eaux d'Ahusquy dans les cas de cystite chronique. Mes observations concordent avec les leurs. Elles ne sont pas en grand nombre, mais nous pourrions citer le fait d'un paysan des environs de Navarrenx qui éprouvait depuis longtemps des douleurs sus-pubiennes; il urinait mal et à tout propos; à la fin de chaque miction, une cuisson insupportable parcourait le canal, et le besoin renaissait presque aussitôt; les urines, d'ailleurs, étaient purulentes : cet état persistait avec des alternatives variables. Dès les premiers jours de son arrivée à Ahusquy, l'amélioration se fit sentir, les urines devinrent limpides, le ténesme vésical et la dysurie disparurent; au bout de quinze jours, le catarrhe était complétement tari.

A cette observation que nous avons recueillie dans tous ses détails, nous en pourrions ajouter une autre, d'ailleurs beaucoup moins probante : Il s'agit d'un propriétaire, ancien officier, qui avait un rétrécissement traité par la dilatation; la muqueuse uréthrale était fort sensible; le cathétérisme douloureux; le malade ressentait parfois quelques symptômes de cystite du col. Six ou sept litres d'eau d'Ahusquy par jour améliorèrent beaucoup l'état local: le passage de la sonde devint plus facile et on ne constata plus dans les urines, les filaments muqueux qui les avaient troublées jusqu'alors. Ne traite-t-on pas les cystites chroniques, les vieux catarrhes par le lavage fréquent de la vessie, par des irrigations répétées ? Or tous les lavages et toutes les irrigations ne sauraient remplacer le passage incessant sur la muqueuse vésicale d'une urine absolument aqueuse qui entraîne avec elle les produits muco-purulents au fur et à mesure de leur dépôt. Au lieu d'être anormale, intermittente et douloureuse, l'irrigation est physiologique, continue, et ne provoque pas les souffrances souvent fort vives que détermine l'introduction de sondes simples ou à double courant.

Une autre observation de même ordre me semble prouver encore l'influence de ces eaux sur les muqueuses irritées : Un pauvre laboureur béarnais des environs de Sauveterre, qu'une dyspepsie invétérée amenait à Ahusquy, vint me consulter pour une affection, dont il feignait d'ignorer la cause, mais qui l'épouvantait étrangement : le matin au réveil et dès la première miction, il avait éprouvé des douleurs brûlantes dans le canal et constaté l'écoulement de quelques gouttes de pus. Nous eûmes de la peine à lui faire accepter l'idée d'une blennorrhagie; le doute n'était cependant pas possible. Pour tout traitement, nous lui conseillâmes de boire à la source dix litres d'eau; puis à l'auberge, deux litres d'infusion de graine de lin. Son estomac ne fut point noyé par cette énorme quantité de liquide; les accidents dyspeptiques s'améliorèrent même, mais l'écoulement uréthral était aussi abondant; un pus verdâtre sourdait incessamment par le méat. Disons toutefois que le malade n'était pas fatigué par les érections qui rendent la blennorrhagie si douloureuse; elles firent complétement défaut. Au bout de huit jours, les accidents persistaient; la sécrétion était cependant plus muqueuse et moins purulente; la potion de Chopart fut prescrite. Notre homme ne put en prendre que deux fois; dès le commencement du deuxième jour l'estomac ne la tolérait plus, le vomissement était immédiat et pourtant l'effet fut merveilleux; le lendemain, l'écoulement tarissait; le canal était sec, et même le matin, il nous fut impossible par la pression ascendante de faire sourdre la moindre goutte muqueuse à l'orifice uréthral. Le patient quitta Ahusquy quatre jours après; la guérison ne s'était pas démentie.

Ce fait nous a paru très-remarquable; malheureusement il est encore unique, et nos confrères n'ont pu nous en fournir de semblables. Je crois donc utile d'appeler leur attention sur ce point. Mais il est un détail de l'observation qui mérite de nous arrêter; je veux parler de l'absence d'érection dont le bénéfice reviendrait, selon nous, au mode de traitement. Du moins les eaux d'Ahusquy provoquent ce résultat et, à propos de leurs effets physiologiques, nous aurions dû parler de leur influence sédative particulière sur le système érectile. La petite enquête à laquelle nous nous sommes livrés corrobore de tous points ce que quelques médecins nous en avaient dit. D'ailleurs, les eaux d'Ahusquy n'auraient pas seules ce privilége : Aulus pourrait le revendiquer aussi, et nous croyons que le docteur Alricq prépare un travail sur ce sujet.

Ne pourrions-nous pas tirer de ce fait une indication thérapeutique d'une importance majeure et ces eaux ne devraient-elles pas être ordonnées dans les cas de spermathorrée avec érection, cette affection si rebelle, d'un pronostic si grave et qui peut conduire au dernier degré de marasme? Les eaux d'Ahusquy deviendraient ainsi un adjuvant précieux de l'ingénieux appareil qui a valu récemment à notre ami, M. Minière, une récompense de la Faculté de médecine. D'autant qu'on traiterait à la fois la maladie principale et la dyspepsie, les crises de gastralgie qui compliquent si rapidement les spermatorrhées rebelles.

Telles sont, dans toute leur simplicité, les quelques conclusions que j'ai pu tirer de mes trois semaines de séjour à la fontaine « bienfaisante » d'Ahusquy. Maintenant, si, pour mes confrères, il me fallait résumer en trois mots les pages qui précèdent, je dirais aux médecins soucieux d'envoyer certains de leurs malades à des eaux où se retrouve la santé perdue:

Dans les cas de gastrite, dans les dyspepsies même les plus graves, l'observation démontre que la source d'Ahusquy est singulièrement efficace; son action n'est pas moindre dans la gravelle urique et dans les vieux catarrhes vésicaux. Mais ces eaux salutaires ont contre elles, et nous ne l'avons pas caché, la difficulté d'accès, l'insuffisance barbare des routes, l'impossibilité d'un séjour commode, et si nous osions le dire en créant une espèce de néologisme, l'indécence de l'installation. Certes, le maréchal Harispe faisait fidèlement chaque année sa visite à la fontaine, et comme ce vaillant Basque, les hommes peuvent et doivent ne pas redouter une saison à Ahusquy. Mais comment conseiller à des femmes d'y affronter un séjour, même de quelques heures ?

En dehors des personnes réellement malades, il y en a qui ne le sont point encore, mais dont l'organisme est sur le point de crier grâce à la suite d'excès, d'étourderies ou de fatigues intellectuelles. Parmi ces « fourbus » nous ne citerons que les jeunes gens épuisés par des travaux de têtes excessifs, soit qu'ils se préparent aux grandes écoles, soit que ces écoles mêmes les usent doublement : par trop

© BIU Santé

peu d'exercice physique, et par trop de contention d'esprit. J'ai le ferme espoir que beaucoup de ces adolescents qui sont l'espoir de l'avenir et peut-être en feraient l'orgueil, puiseront une vigueur nouvelle à la fontaine des Basques.

Inauguration de l'Hôpital Ménilmontant.

L'inauguration officielle, dont on a tant de fois parlé, a eu lieu le mercredi 20 novembre. C'est M. le ministre de l'Intérieur, accompagné de M. le Préfet de la Seine et de M. Michel Möring, directeur général de l'Assistance publique, qui présidait la cérémonie. Ces messieurs ont été reçus par le directeur de l'hôpital, M. Joret et par M. Brelet, inspecteur de l'Assistance. Après les présentations d'usage, on a commencé la visite de l'Etablissement. Parmi les assistants se trouvaient plusieurs membres du Conseil municipal de Paris, ainsi que quelques médecins des autres hôpitaux. On a visité successivement quelques salles, le bâtiment de la Maternité, la pharmacie, l'amphithéâtre et la chapelle où les deux curés ont reçu M. le ministre revêtus de leurs insignes sacerdotaux. C'est la cuisine qui a eu le plus de succès ; tout le monde, le ministre en tête, s'est arrêté pour admirer la belle installation des marmites chauffées par la vapeur, des grils au gaz, et autres perfectionnements qui ne présentent pas à nos lecteurs le même attrait de nouveauté. On y avait dressé une table et servi une collation à laquelle présidaient toutes les sœurs de l'hôpital. Au moment de partir, M. de Marcère a prononcé quelques paroles dont nous avons retenu les principaux passages. Il a commencé par féliciter chaudement le Conseil municipal de Paris de la munificence et de la magnificence dont il fait preuve toutes les fois qu'il s'agit de venir au secours du malheur.

« Les millions ne vous coûtent rien, » disait-il en s'adressant à ceux des membres du Conseil qui se trouvaient là, « quand il est question d'une bonne œuvre. » Il promettait d'ailleurs que le gouvernement serait toujours là pour les appuyer. « Maintenant que l'horizon politique semble enfin débarrassé de tout nuage, et que la tranquillité et la sécurité sont acquises au pays, le gouvernement, » ajoutait-il « allait pouvoir s'occuper de ces questions sinon plus importantes, au moins plus directement pressantes et d'un intérêt plus immédiat, celles de l'amélioration du sort des masses. Une des plus belles vertus de notre démocratie française, c'est précisément cette compassion pour le malheur, cet amour du prochain, et pour dire le mot, la *fraternité* de la grande Révolution. »

M. de Marcère a exprimé également ses remerciements à l'Assistance publique, cette grande administration qui dispose de tant d'Hôpitaux et dont tout le personnel se tient à la hauteur de la tâche qui lui incombe. Il a félicité personnellement M. Michel Möring du zèle et de l'ardeur qu'il apportait dans l'exécution de ses fonctions, des modifications et des améliorations qu'il avait déjà effectuées depuis son avènement et de celles qu'il se proposait encore d'accomplir. Il a terminé en exprimant la grande satisfaction que lui avait procurée sa visite et en remerciant tous ceux qui avaient bien voulu l'accompagner et lui montrer en détail l'installation du nouvel hôpital.

Son petit *speech* a été accueilli plusieurs fois par des marques d'approbation. Nous nous permettrons en terminant d'exprimer un seul regret, c'est qu'il n'ait pas trouvé une petite phrase incidente, pas un mot, à l'adresse du corps médical. La petite fête était toute administrative, il est vrai, mais le corps médical, cet *accessoire intelligent* de l'administration, comme l'appelait un jour, dans une circonstance analogue, un des gros bonnets de l'Assistance, méritait bien selon nous une simple mention.

Ecole supérieure de pharmacie. — Séance solennelle de distribution des prix. — Discours de M. Chatin, directeur.

Messieurs,

Vous connaissez le double but de la fête de famille, qui nous réunit aujourd'hui, et que, fidèle à ses vieilles coutumes universitaires, notre école n'a cessé, depuis trois siècles, de célébrer chaque année. Elle ne permet pas seulement à nos lauréats de venir recevoir la légitime récompense de leurs efforts et de leurs succès ; elle nous fournit encore l'occasion de jeter un coup d'œil sur l'état actuel de nos études, d'en signaler les progrès, d'en rechercher les besoins.

Faut-il rappeler que durant de longues, trop longues années, nous avions dû renoncer à cette seconde partie de notre tâche ! Tout concours était refusé à l'enseignement supérieur, qui relégué dans des demeures indignes de lui, réduit à un budget invraisemblable, ne se soutenait que par le dévouement personnel de ses membres. L'Université de France était traitée en suspecte, je devrais dire, en ennemie.

Le temps sont bien changés, et s'il en fallait une nouvelle preuve, nous la trouverions dans les importantes modifications que de récents décrets ont apportées à nos études. Il convenait tout d'abord d'en rendre la durée uniforme, d'effacer d'une législation surannée ces anomalies bizarres, qui reconnaissaient des temps variables de préparation pour une carrière, dont les exigences seront identiques. Tel a été le but d'une première mesure par laquelle la scolarité se trouve constamment fixée à 3 ans.

Mais il ne suffisait pas de vous ouvrir libéralement les portes de l'Ecole, il fallait vous faire participer à toutes les ressources de l'enseignement moderne, dont chaque jour augmente les conquêtes, multiplie les applications. De nombreux laboratoires ont été installés, et vous permettent de consacrer aux observations histologiques, à l'étude expérimentale de la Chimie, de la Toxicologie, de la Botanique et de la Physique, ces années que de semblables travaux feront trouver trop courtes et que plus tard, en dépit des labeurs qu'elles vous auront imposés, en dépit des appréhensions inséparables des jours d'examen, vous vous plairez à évoquer comme de jeunes et lointains souvenirs. Ces études ne sauraient d'ailleurs être purement spéculatives et dès l'année prochaine vous devrez faire les preuves de l'habileté que vous aurez acquise, dans l'analyse chimique, dans l'observation micrographique, dans toutes ces questions en un mot, que vous serez chaque jour appelés à résoudre, soit dans votre officine, soit au sein des conseils d'hygiène ou devant les tribunaux.

Afin de vous guider dans vos recherches, de vous fournir les moyens de les poursuivre rapidement et sûrement, on a institué des cours complémentaires, nommé des maîtres de conférences, créé des bourses de voyage et d'étude. Tandis que les intérêts professionnels seront désormais consacrés et sauvegardés par un sérieux examen de stage, l'accès qui conduit au professorat se trouve facilité par l'établissement d'un diplôme supérieur qui vous permettra de concourir avec les docteurs ès-sciences pour les chaires des Ecoles supérieures et des Facultés mixtes : assimilation qui suffit à indiquer la haute valeur du nouveau grade.

Comme s'il fallait que nulle trace ne subsistât du temps passé, notre vieille Ecole s'effondre de toutes parts et cette séance est sans doute la dernière que nous devions tenir dans son antique salle des actes. Permettez-moi donc, Messieurs, de vous donner rendez-vous pour l'année prochaine au Luxembourg, et préparons-nous à justifier, par de nouveaux succès, les précieux encouragements que ne cessent de nous prodiguer les pouvoirs publics.

Prix de l'Ecole ; 1re année. — Pas de 1er prix ; 2e prix, M. Garnaud ; Citation, M. Coignet.

2e année. — 1er prix, M. Morel ; pas de 2e prix. — *3e année.* Pas de prix.

Prix Ménier. — M. Pinier. — *Prix Desportes.* — M. Gallard.

Prix Buignet. — 1er prix, M. Degrauwe ; 2e prix, M. Garène.

Travaux pratiques ; 1re année. — Médaille d'or, M. Jacquin et Coignet ; — Médaille d'argent, MM. Barruet et Bonnet ; — Médaille de bronze, MM. Stévenin, Rousseau. — Citations : MM. Debains et Garnaud. — *2e année* : Médaille d'or, M. Morel ; — Médaille d'argent, MM. Leidié et Collin ; — Citations : MM. Castou, Virlogeux, Lafont et Alexandre. — *3e année* (Botanique) : Médaille d'or, MM. Cocardas et Jolivet ; — Médaille d'argent, MM. Martin Lucien et Langlois ; — Médaille de bronze, MM. Sourdel et Requier ; — Citations : MM. Kuss, Guérin, Frobert, Grellet, Prelier, Chastaing, Hedyreisch, Homolle. — *3e année* (Physique). — Médaille d'or, M. Degrauwe ; — Médaille d'argent, M. Cocardas ; — Médaille de bronze, MM. Langlois et Lespiau.

Faculté de médecine de Paris.

Par décision du 12 novembre, M. le Ministre de l'Instruction publique a institué à la Faculté de médecine de Paris, *trois cours auxiliaires* qui seront confiés à des agrégés et trois cours ou conférences qui seront confiés à d'anciens agrégés Les trois cours auxiliaires sont les suivants :

Cours de pathologie interne, M. Fernet. — *Cours de pathologie externe*, M. Terrier. — *Cours d'accouchements*, M. Charpentier.

Les conférences instituées porteront sur :

Conférence de physique médicale, M. Gariel. — *Conférence de chimie médicale*, M. Armand Gautier. — *Conférence de l'histoire naturelle médicale*, M. de Seyne. Ces mesures vont être incessamment appliquées.

Accouchements. — Cours auxiliaire. — M. Charpentier, agrégé, chargé d'un cours auxiliaire d'accouchements, a commencé ce cours le mardi 19 novembre, à midi (Petit-Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Ce cours comprendra : l'étude complète de la grossesse, de l'accouchement et les manœuvres obstétricales. Des exercices pratiques auront lieu une fois par semaine.

Médecins de la Marine.

Par décret du Président de la République en date du 2 novembre 1878 rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine, à la suite des concours ouverts dans les ports le 2 septembre précédent :

Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe :

Grall (Charles-Théodore-François-Marie). Bertrand (Edmond-Isodore-Louis). Fontorbe (Victor-Georges). Ségard (Charles-Marie-Joseph-Théo-

© BIU Santé

dore). Duchâteau (Adolphe-Louis-Antoine), Reynaud (Philippe-Henri). Charriez (Marcel-Jean-Baptiste-Auguste). Daniel (Jules). Soilaud (Charles-Auguste-Edmond), Lèbre (Nicolas-César-Marius), Boudet (Jean-Antoine). Le Texier (François-Marie-Jules). Miquel (Jean-Antoine-Alfred). Place réservée à M. Nédelec (Auguste-Edmond). Vantalon (Jean). Riche (Auguste-Charles-Fernand). Bayol (Jean-Marie). Pascalis (Paul-Joseph-Alexandre). Vieulle (Jean-Marie-Joseph). Place réservée à M. Bœuf (Auguste-Calixte). Périnet (Jean-Alfred). Giraud (Balthazar-Marius-François).

Au grade de médecin de 2e classe : MM.

Canolle (Léon-Emile-Henri), aide-médecin. Brondel (Louis-Auguste-Alexandre), aide-médecin. Doury (Gabriel), aide-médecin. Palasne de Champeaux (François-Prosper), aide-médecin. Du Mouza (Charles-Auguste), aide-médecin. Duplouy (Emile-Prosper-Charles-Louis), aide-médecin. Jabin-Dudognon (Frédéric-Baptiste), aide-médecin. Clarac (Louis-Marie-Albert), aide-médecin. Brédiam (Adrien-Jean-Baptiste), aide-médecin. Bobrie (Simon), aide-médecin. Mireur (Paul-Charles), aide-médecin. Laurent (Arthur), aide-médecin. Gallay (Henri-Louis-François), aide-médecin. Raffelli (Salvator-Aubin), aide-médecin. Curet (Marie-Louis-Eugène), aide-médecin. Mercier (Auguste-Bernard-Marie), aide-médecin. Lussaud (Léonce-Philippe), aide-médecin. Sibaud (Joseph-Honoré-Côme-Marie-Emile), aide-médecin. Bouché (Arthur-Alexandre-Pierre), aide-médecin. Lemarchand (Henri-Pierre-Léon), aide-médecin. Romnowski (Simon-Gustave-Albert). aide-médecin Jeanne (Hippolyte-Amédée),aide-médecin. Brouillet (Eugène),aide-médeeinr Barrâme (Joseph-Léopold), aide-médecin. Gendron (Alphonse-Gaston-Fernand), aide-médecin. Buisson (Gaston-Pierre-Eugène), aide-médecin. Keisser (Pros-per-Léonard), aide-médecin. Oizan (Eugène-Jean-Baptiste), aide-médecin. Motheau (Josias-Léonce), aide-médecin, D'Avril(Jules-Eugène) médecinauxilaire de 2e classe. Gayet (Prudent-Joseph-Marie), aide-médecin. Long(Alexandre-Alphonse),aide-médecin. Robert (Augustin-Marie-Renéaide médecin Pagès (Célestin), aide-médecin. Jouet (Fernand), aide-médecin. Portafax (Xavier-Diégo-Michel-Vincent-Marie), aide-médecin. Reynaud (Joseph-Augustin), aide-médecin. Gentilhomme (Prosper), aide-médecin. Rédarès (Jean-Baptiste-Victor-Hippolyte), aide-médecin. Gougaud (Emile-Alexandre), aide-médecin. Pierre (Louis-Edouard-Pierre), aide-médecin. Minier (Claude-Charlos-Joseph), aide-médecin, Patouillet (Jules-François-Albert-Joseph), aide-médecin, Vaucel (Augustin) aide-médecin. Saint-Pierre (Marie-Joseph-François-Anatole), aide-médecin. Fiolle (Edmond), aide-médecin. Boutin (Joseph-Victor-Pierre), aide-médecin. Espieux (Henri-Charlemagne), aide-médecin. Dupouy (Jean-Edouard), médecin auxiliaire de 2e. classe. Péthellaz (Angel-Balthazard-François-Joseph), aide-médecin.

Au grade d'aide-médecin : MM. les étudiants en médecine :

Tissot (Jean-Guillaume). Hervé (Alphonse-Joseph-Marie). L'Honen (Joseph-Théobald-Marie). Grand-Moursel (Pierre-Eugène). Du Bois Saint-Sévrin (Louis-Marie). Deschamps (Albert-Antoine-Marie). Castagné (Sulpice-Magloire-Paul-Auguste). Mittre (Adolphe-Charles-Gabriel), Loisel (Louis-Jean-Marie). Dufoureq (Louis-Adrien). Notaris (Edgar-Marie-Antoine). Millon (Charles-Ernest). Vivien (Louis-Alexandre-Ferdinand-Aimé). Drevon (Hyacinthe-Adolphe). Mangin (Louis-Anatole). Pilven (Yves-Marie-Aristide). Lallour (Anatole-Etienne-Eugène-Marie). Marestang (Louis-Emile) Laffont (Jean-Baptiste-Marc-Ferdinand). Labry (Charles-Antoine). Herland (Eugène). Pouvreau (Paul-Marie-Emmanuel). Preux (Alexandre-François-Patrice). Durbec (Gabriel-Louis-Victor). Phélipon (Almon-Marie-Frédéric). Antoni (Alexandre). Le Cuiziat (Yves-Marie-Alexis). Lannuzel (Albert-Yves-Marie). Thamin (Paul-Amaury-Michel-Ange). Bitschiné (Joseph-Albert). David (Louis-François-Gaston). Marianelli (Marie-Paul-Emile). Clavel (Paul-Marie). Michel (François-Sylvain). Bernard (Jules-Henri). Puech (Paul-Marie). Ganivet (Jean-Jacques). Amourette (Henri-Xavier-Emmanuel). Aubry (Léon-Emile). Duhamelet (Désiré-Ferdinand-Victor). Palud (Lazare-Gabreil-Marie). Guéguen (Charles-Louis-Marie). Théron (Louis-Camille). Omnès (Charles-Jean). Lamolle (Louis-Léon). Etournaud (Eugéne).

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM.

Geffroy (Eugène-François), aide-pharmacien Bourdon (Frédéric-Marie-Raoul), aide-pharmacien. Minier (Pierre-Louis), aide-pharmacien. Leray (Henri-Armand-Marie), pharmacien auxiliaire de 2e classe. Bec (Ludovic). aide-pharmacien. Baillet (André-Louis), aide-pharmacien. Baus (Joseph-Jean-Cône), aide-pharmacien.

Au grade d'aide-pharmacien : MM. les étudiants en pharmacie :

Dequillebecq (Léon). Robert (Hyacinthe-Parfait-Jean-Baptiste). Charropin (Louis-Eugène). Cougoulat (Léon-Pierre). Dautour (Charles). Parat (Louis-Henri-Raoul). Vignoli (Jean-Baptiste-Augustin). Chalufour (Jean-Alexis).

Par décret du Président de la République en date du 12 novembre 1878, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine.

Au grade de médecin en chef : M. le médecin principal Martialis (Mairault).

Au grade de médecin principal : MM. les médecins de 1re classe : 2e tour (choix(.Vaillant (Alfred-Léon-Michel). 1er tour (ancienneté). Forné (Fortuné-Jacques-Michel).

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Du 29 au 31 juillet. — 400. M. Simon (Léon) : Etude sur le psoriasis buccal. — 401. M. Labache (H.) : De la blépharo-conjonctivite. — 402. Mlle Dimitrieff (S.) : Traitement des plaies sans pansement. Méthode d'aération. — 403. Dubief (F.) : De l'inflammation chronique des follicules clos (glandes de Luscka) de l'arrière-cavité des fosses nasales et de son traitement par les douches naso-pharyngiennes. — 404. M. Guinoiseau (E.) : Traitement par le salycilate de soude du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants. — 405. M. Huette (G.) : Bromure de potassium. Etude historique. — 406. M. Petitfour (M.) : De la péricardite dans la fièvre typhoïde. — 407. M. Schoofs (L.) : Du sphygmographe, ses rapports avec le rhumatisme articulaire aigu. — 408. M. Jamain (L.) : Etiologie et prophylaxie des calculs urinaires. — 409. M. Duché (C.) : De la distribution géographique et géologique de la taille, dans les cantons du département de l'Yonne.

Du 1er au 5 août. — 410. M. Périer (E.) : Des kystes folliculaires des mâchoires. — 411. M. Picard (A.) : De l'eczéma en général et de ses complications pulmonaires. — 412. M. Le Noir : De la nécrose traumatique dans les fractures et les amputations et de son traitement par les cautérisations ponctuées. — 413. M. Gellé (J.) : Recherches expérimentales sur l'insufflation d'air dans l'appareil gastro-intestinal. — 414. M. Saint-Lô (A.) : Etude sur les fractures sous-périostées. — 415. M. Jennings (O) : Comparaison des effets des divers traitements de l'hystérie, précédée d'une esquisse historique sur la métallothérapie. — 416. M. Drumez (L.) : Essai sur les formes dites similaires ou atténuées de quelques fièvres éruptives. — 417. M. Garaudeaux (E.) : De la tuberculose chez les buveurs, et de ses rapports avec la cirrhose. — 418. M. Verrier-Litardière (L.) : De l'anesthésie mixte ou de l'emploi combiné de la morphine et du chloroforme. — 419. M. Nuzair (E.) : Contribution à l'étude de l'ulcère simple de l'estomac. — 420. M. Pillière (E) : De la valeur relative des différents traitements des épanchements pleurétiques — 421. M. Redon (L.) : Etude sur la bronchotomie préliminaire et l'écoulement du sang dans les voies aériennes. — 422. M. Lafount (L.) : Essai sur le traitement de la syphilis tertiaire par les eaux minéro-thermales de Barèges. — 423. M. Geoffroy (J.) : L'anatomie et la physiologie d'Aristote. — 424. M. Grisey (A.) : De la cirrhose chez les enfants. — 425. M. Delmas-Saint-Hilaire : Contribution au traitement des tumeurs érectiles. — 426. M. Deschamps (J.) : Contribution à l'étude des éruptions médicamenteuses. — 427. M. Obled (L.) : Etude sur les ulcères simples du col de l'utérus. — Exposé nosologique. — Traitement. — 428. M. Jobard (J.) : Etude clinique sur l'épilepsie par malformation du crâne. — 429. M. Lebris (L.) : Des différentes formes cliniques des atrophies papillaires. — 430. M. Mercier (Elie) : Méléna et hématémèse des nouveau-nés et leurs rapports avec les gerçures du sein. — 431. M. Couleard-Desforges : Anatomie médico-chirurgicale des paupières. — 432. M. De Gislain (A.) : De l'accouchement prématuré artificiel dans le cas de rétrécissement rachitique du bassin. — 433. M. Wilhelm (M) : De l'aspect extérieur du cadavre au point de vue médico-légal.

Du 5 au 7 août. — 434. M. Morin : Des maladies et en particulier des affections pulmonaires résultant de la suppression brusque des menstrues. — 435. M. Monnier (G.) Du permanganate de potasse et en particulier de ses propriétés désinfectantes. — 436. M. Pasdeloup (L.) : Du mécanisme de la rétention d'urine dans les traumatismes de la cuisse et du bassin. — 437. M. Roumegoux (F.) : Essai sur les plaies et les ruptures de l'œsophage. — 438. M. Rousseau (H.) : Contribution à l'étude de l'acide chromique, des chromates et de quelques composés du chrome. Physiologie, thérapeutique et toxicologie. — 439. M. Lagrolet (P.) : De la compression du cœur dans les épanchements du péricarde. — 440. M. Legroux (L.) : Contribution à l'étude du traitement des fractures compliquées par la méthode de Lister. — 441. M. Leturc (A.) : Considérations sur la nature et le traitement de la pelade. — 442. M. Masson : De l'importance de l'alimentation dans la phthisie. — 443. M. Guebhard (A.) : Etude sur les cystites tuberculeuses. — 444. M. Gambier (P.) : Contribution à l'étude des tumeurs cutanées d'origine sudoripare. — 445. M. Charlat Linarix : De l'emploi du myrtose ou essence de myrte dans les maladies des voies respiratoires et génito-urinaires. — 446. M. Chaumier (E.) : Etude sur un chapitre de l'histoire des maladies constitutionnelles. La migraine. — 447. M. Coumétous (P.) : Contribution à l'étude de la strychnine en thérapeutique oculaire. — 448. M. Debroise (A.) : Considérations sur les appareils inamovibles. Appareils cartonnés. — 449. M. Arguello (J.) : Des stomatites fétides dans les intoxications par le plomb, l'arsenic et le phosphore. — 450. M. Bierry (L.) : De la tuberculose primitive des voies urinaires. — 451. M. Bonniaud (L.) : Influence de quelques lésions du système nerveux sur la formation du cal. — 452 : M. Pardo (R.) : Recherches sur le chlorure de sodium. Quelques mots sur l'albuminurie. — 453. M. Perrier (F.) : Etude sur la pleurésie inter-lobaire suppurée. — 454. M. Payneau (B.) : De l'auscultation du bruit respiratoire et de la voix. — 455. M. Richard (A.) : Valeur diagnostique de la douleur d'oreilles dans les affections de la langue et principalement le cancer de la langue. — 456. M. Tison (F.) : Etude clinique de l'atrophie ou phthisie de l'œil. — 457. M. Marelles (H.) : Contribution à l'étude du cancer laryngé. — 458. M. Graux (G.) : De la paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée. — 459 : M. Hellet (P.) : Essai clinique sur l'hémiplégie syphilitique. — 460. M. Jandot dit Danjou : De la phlegmatia alba dolens dans la chlorose. — 461. M. Dupont (G.) : Essai sur les métrorrhagies dans les fibrines utérines. — 462. M. Duprat-Bernard : Contribution à l'étude du traitement des fractures. Appareils plâtrés. — 463. M. Duvivier (A.) : Considérations sur l'utilité et le rôle de la méthode en médecine. — 464. M. Etchebarne (T.) : De l'occlu-

© BIU Santé

sion membranoïde de la glotte, d'origine syphilitique. — 465. M Fraiche (G.) : Du lupus exedens. Etude. Traitements divers. — 466. M Garnier (A.) . De l'inflammation aiguë des gaines synoviales de la paume de la main. — 467. M. Cesbron (A.) : De la congestion et de l'anémie cérébrales dans les maladies du cœur et de l'aorte. Déductions thérapeutiques. — 468. M. Chabrun (E.) : Etat mental des hystériques. — 469. M. Clément (O.) : Etude sur la nature de la folie. — 470. M. Collongues (F.) : Contribution à l'étude du tétanos puerpéral consécutif à l'avortement. — 471. M. Chateaufort (A.) : Contribution à l'étude de la méningite spinale tuberculeuse. — 472. M. Arango (R.) : Contribution à l'étude de la rage chez l'homme. Ses lésions nerveuses. Conduite à tenir dans la période d'incubation et de la rage confirmée.—473. M. Barré (P.) : Essai sur quelques accidents urémiques chroniques liés au rein contracté. — 474. M. Bellon (Maurice) : Des symptômes de l'étranglement interne dans leurs rapports avec le siége de la lésion. — 475. M. Bobowicz (A.) : De la fièvre intermittente symptomatique de la lithiase biliaire. — 476. M. Bonnan (T.) : De la pellagre dans les Landes. — 477. M. Boudrie (G.) : Etude sur les causes de la folie puerpérale. — 478. M. Nasse (G.) : Du traitement des rétrécissements spasmodiques de l'œsophage. La dilatation brusque à l'aide de la pince du professeur Broca. — 479. M. Pellerin (M.) : De la tuberculose secondaire à quelques états pathologiques. — 480. M. Perrolaz (C.) : Considération sur quelques anomalies des dents canines. — 481. M. Piétri (J.) : De l'embryotomie. — 482. M. Simard (A.) : Contribution à l'étude de la péricardite chronique chez l'enfant, le traitement excepté. — 483. M. Suc : Recherches historiques et critiques sur le changement de volume des organes périphériques dans leurs rapports avec la circulation du sang. Applications médicales et chirurgicales. — 484. M. Vasquez (T.) : Des complications pleuro-pulmonaires du rhumatisme articulaire aigu. — 485. M. Lamarque (P.) : De la non intervention chirurgicale dans le traitement de l'anthrax. — 486. M. Lequerré (P.) : Etude sur le traitement des contusions et des plaies contuses du canal de l'urèthre (suite de chute sur le périnée). — 487. M. Gromo (A.) : Contribution à l'étude des gommes du sein. — 488. M. Guichard (J.) : Contribution à l'étude des embolies pulmonaires. — 489. M. Guillemin (M.) : Des hydro-hématocèles de la tunique vaginale et de leur traitement. — 490. M. Jalabert (E.) : Contribution à l'étude des abcès profonds de la région anale. Dans quel cas faut-il faire la section de la paroi rectale ? — 491. M. Deverry (A.) : Contribution à l'étude des ruptures musculaires. — 492. M. Fiot (J.) : Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la fracture de la rotule. — 493. M. Fourrières (A.) : De la gangrène pulmonaire par contusion du thorax. — 494. M. Calmels (L.) : Contribution à l'étude de la nécrose du maxillaire inférieur consécutive à l'éruption de la dent de sagesse. — 495. M. Ceppi (E.) : De la réduction des luxation sous-coracoïdiennes traumatiques simples et récentes. Description d'un procédé nouveau. — 496. M. Chaboureau (G.) : Des ruptures de la vessie dans leurs rapports avec les fractures du bassin. — 497. M. Clément (A.) : Note pour servir à l'étude des fluxions. — 498. M. Bataille (V.) : Contribution à l'étude de la paralysie spinale atrophique de l'adulte. — 499. M. Bernard (F.) : Contribution à l'étude du rhumatisme articulaire aigu et de quelques-unes de ses complications. — 500. M. Berthet (A) : Essai sur l'origine fécale du typhus abdominal. — 501. M. Bessous (J.) : Contribution à l'étude de l'embolie pulmonaire non mortelle dans les contusions et les fractures. — 502. M. Bocquet (A.) : Contribution au traitement par les courants interrompus de l'atrophie du deltoïde consécutive à l'arthrite scapulo-humérale. 503. M. Bordenave (J.) : De la laryngite tuberculeuse considérée au point de vue de certains faits d'étiologie, d'anatomie pathologique et de symptomatologie.

Muséum d'histoire naturelle : réformes.

Le président de la République française, sur le rapport du Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts ; décrète :

Article premier. — Il est institué près le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts une commission chargée de rechercher les améliorations qui pourraient être introduites dans le régime administratif et dans l'enseignement du Muséum d'histoire naturelle.

Art. 2. — Cette commission est composée comme il suit :

MM. Corne, sénateur, ancien président de la commission de 1849 ; Krantz, sénateur, commissaire général de l'Exposition de 1878 ; J. Ferry, député, président de la commission d'inspection du Muséum ; Girerd, député, sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'agriculture et du commerce ; Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, président du conseil de perfectionnement de l'école centrale des arts et manufactures ; Tronson du Coudray, inspecteur général des finances, membre de la commission ; Chevreul, membre de l'Institut, directeur du Muséum ; Decaisne, membre de l'Institut, professeur de culture au Muséum ; Frémy, membre de l'Institut, professeur au Muséum ; Milne Edwards, membre de l'Institut, doyen de la Faculté des sciences, ancien professeur au Muséum ; Vulpian, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; Chatin, membre de l'Institut, directeur de l'école supérieure de pharmacie de Paris.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — M. le dr P. Budin commencera un nouveau cours d'accouchements le lundi 2 décembre, à 4 h. 1/2, 29, rue Monsieur-le-Prince. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique ; 2° Eutocie ; 3° Opérations obstétricales, dystocie ; 4° Exercices pratiques et cliniques. Leçons tous les jours. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Maladies des voies urinaires. — Le dr Reliquet commencera son cours le lundi 23 novembre, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'école pratique et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. —Pendant la semaine finissant le 21 novembre 1878, on a déclaré 906 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 19 ; rougeole, 4 ; scarlatine, » ; variole, 4 ; croup, 17 ; angine couenneuse, 10 ; bronchite, 52 ; pneumonie, 58 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3 ; choléra nostras » ; dysenterie, 1 ; affections puerpérales, 2 ; érysipèle, 3 ; autres affections aiguës 232 ; affections chroniques, 444, dont 161 dues à la phthisie pulmonaire, affections chirurgicales, 38 ; causes accidentelles, 19. — Les 906 décès ci-dessus donnent une proportion de 23,7 par 1,000 habitants et pour l'année.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Les cours que nous avon annoncés viennent de se terminer de la façon suivante :

Concours pour une place de chef des travaux anatomiques : M. Testu.

Concours pour une place de prosecteur : M. Grégory.

Concours pour deux places de chef de clinique médicale : 3 candidats se sont présentés ; 2 candidats étant insuffisants, M. Vaillard seul a été nommé.

Concours pour une place de chef de clinique obstétricale : M. Roy de Clotte.

Nécrologie. — Encore un médecin victime du devoir professionnel. M. le dr Véret (Charles-Théophile), depuis un an médecin auxiliaire au bureau de bienfaisance du XIVe arrondissement, vient de succomber après deux jours de maladie, à une angine contractée dans l'exercice de ses fonctions. Chargé du service de la cinquième circonscription, ce confrère donnait des soins à deux enfants de la maison n° 80, de l'avenue du Maine, enlevés l'un et l'autre par la diphthérie croupale, ces jours derniers. Pris lui-même d'un mal de gorge qu'il crut d'abord bénin, M. le dr Véret ne cessa son service que mardi 12, pour prendre le lit et expirer le lendemain dans la soirée, sous les atteintes du poison diphthéritique.

M. Véret avait été reçu licencié en droit, à Paris, en 1850. Ce ne fut que plus tard qu'il se livra à l'étude de la médecine. Son diplôme de docteur est de 1875. Quelque bref qu'ait été son temps d'exercice de la profession médicale, il lui a suffi pour l'honorer par son dévouement et par sa mort. Les pauvres du bureau de bienfaisance qu'il a eu l'occasion de traiter garderont du dr Véret un souvenir reconnaissant. Nous autres, médecins du XIVe arrondissement, nous n'avons eu non plus qu'à nous louer de nos rapports, avec ce digne confrère. Le corps du dr Véret est transporté à Montdidier sa ville natale où les obsèques auront lieu. (*L'Union médicale*). — Nous apprenons la mort, à l'âge de 75 ans, de M. le dr Godard, ancien médecin principal de l'armée, en retraite. M. Godard exerçait depuis nombre d'années à Versailles, où il était très-estimé et très-apprécié, principalement pour son dévouement envers les malheureux.

Nous rappelons à **MM. les Éditeurs** *que les Ouvrages dont nous recevons* **deux** *exemplaires sont* **seuls** *analysés.*

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, pl. de l'École-de-Médecine.

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J. H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Les numéros de *novembre* viennent de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *novembre* est paru : Un an : Paris, 18 fr., Départements, 20 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot continue ses conférences cliniques le dimanche à 9 heures 1/2.

Hôpital de la Pitié. — M. le dr T. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra ses leçons de clinique médicale le mardi 30 novembre, à 9 h. du matin (amphithéâtre n° 3). Tous les jours visite et interrogatoire des malades par les élèves, salles St-Athanase et du Rossire. Le jeudi, examen au spéculum et consultation spéciale pour les maladies des femmes. Le mardi et le samedi, leçon à l'amphithéâtre.

Hôpital Temporaire. — Service de M. le dr Legroux. — Salle Sainte-Julie : 5, cirrhose atrophique ; 17, tuberculose laryngée ; 18, abcès coopérique ; 24, ramollissement cérébral. — Salle Sainte-Thérèse : 2, sclérose en plaques ; 3, tuberculose pulmonaire, hémihyperesthésie ; 9, insuffisance et rétrécissement mitral ; 11, rhumatisme articulaire, péricardite ; 19, pleurésie gauche ; 25, stomatite ulcéro-membraneuse.— Salle Saint-Julien : 1, tænia ; 5, ataxie locomotrice progressive ; 12, myome utérin ; 19, affection mitrale ; 23, hématocèle rétro-utérine, suppuration, ouverture dans le rectum ; 24, angine diphthéritique ; 32, sclérose en plaques ; 37, affection mitrale.

Service de M. Straus. — Salle Sainte-Anne : 3, athérome, insuffisance aortique ; 12, ataxie locomotrice avec atrophie musculaire ; 13, paralysie et atrophie saturnine ; 16, emphysème pulmonaire ; 26, bronchite chronique. — Salle Saint-François : 2, cirrhose, néphrite, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique ; 12, néphrite interstitielle avec double lésion aortique ; 13, ataxie locomotrice ; 22, paralysie agitante avec myome utérin et phlegmatia

© BIU Santé

alba dolens ; 24, ataxie locomotrice et paralysie générale ; 25, granulie ; 22, chorée.

Service de M. Huchard. — Salle Saint-Jean : 4, ataxie locomotrice ; 5, pneumonie catarrhale ; 9, péritonite, pleurésie et méningite d'origine tuberculeuse ; 16, insuffisance mitrale, embolie sylvienne droite ; 22, phlegmon péri-utérin ; 23, insuffisance mitrale, hémiplégie gauche ; 26, aphasie.— Salle Saint-Louis : 3, hystérie ; 7, carcinome utérin et hépatique ; 11, périmétrite ; 23, fièvre typhoïde ; 26, double lésion mitrale ; 29, hystérie, hémianesthésie. — Salle Sainte-Hélène : 3, phthisie, albuminurie ; 10, hémiplégie syphilitique ; 12, hémorrhagie cérébrale ; 22, ataxie locomotrice; 25, insuffisance aortique; 30, hémichorée, agénésie cérébrale.

Service de M. Raymond. — Salle Sainte-Ludivine : 1, pneumonie chronique consécutive à une affection cardiaque ; 7, ulcère de l'estomac ; 9, paralysie saturnine des extenseurs ; 17, endocardite ulcéreuse ; 24, tuberculose pulmonaire, linguale et intestinale ; 23, mal de Pott. — Salle Sainte-Catherine : 1, scrofule ganglionnaire ; 3, paralysie générale ; 10, rhumatisme articulaire aigu ; 13, fièvre typhoïde ; 14, néphrite interstitielle ; 15, cirrhose alcoolique ; 23, néphrite interstitielle, urémie ; 25, paralysie saturnine. — Salle Saint Barthélémy : 4, méningo-myélite, atrophie musculaire ; 6, mal de Pott ; 10, insuffisance mitrale ; 15, paralysie spinale consécutive à une scarlatine ; 16, rhumatisme mono-articulaire chez une femme enceinte ; 20, paralysie faciale ; 26, coxalgie ancienne, lupus tuberculeux, insuffisance aortique ; 29, cancer de l'épiploon avec extension aux voies biliaires.

Hôpital Ménilmontant. — Service de M. le dr Heilly. — Salle Gérando : 1, insuffisance aortique ; 2, ictère catarrhal ; 3, sciatique blennorrhagique ; 4, ataxie locomotrice ; 7, gangrène du poumon ; 9, fièvre typhoïde.

Service de M. Duguet. — Salle Andral : 1, tuberculose 2e degré, néphrite parenchymateuse ; 3, rétrécissement mitral, cardio-ataxie, embolie sylvienne droite ancienne ; 4, embolie poplitée gauche chez un athéromateux atteint de double lésion aortique, néphrite interstitielle ; 5, vertige alcoolique ; 6, pleurésie ancienne non suppurée ; 9, stomatite ulcéro-membraneuse chez un syphilitique.

Service de M. Audhoui. — Salle Saint-Augustin : 1, méningo-myélite, mal de Pott ; 3, goutte ; 4, insuffisance mitrale, anasarque ; 7, sciatique ; 8, saturnisme.

Service de M. Th. Anger. — Salle Velpeau : 4, fracture de côte et d'omoplate, pleuro-pneumonie ; 6, exstrophie de la vessie ; 10, fistule pleurale ; 12, arthrite fongueuse tibio-tarsienne. — Salle Saint-Ferdinand : 2, tubercule du testicule ; 7, rétrécissement de l'urèthre ; 12, kérato-conjonctivite granuleuse ; 13, scrofule maligne ; 19, adéno-phlegmon du cou.

Service de M. Périer. — Salle Montyon : 5, fracture de jambe ; 6, cystite du col ; 12, conjonctivite blennorrhagique. — Salle Dupuytren : 6, fongus du testicule ; 5, plaie contuse de jambe ; 13, kératite ulcéreuse.

Service de M. Rigal. — Salle Bichat : 1, vertige a stomaco læso ; 4, phthisie de vieillards ; 13, affection aortique ; 15, rhumatisme articulaire généralisé ; 5, ataxie locomotrice, affection mitrale.

Service de M. Gérin-Roze. — Salle Saint-Vincent-de-Paul : 1, intoxication saturnine ; 4, diarrhée chronique syphilitique ; 6, épilepsie ; 8, pleu-

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans constipation et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, débilité, consomption, anémie, chlorose, diabète*, etc.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de migraine venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

Chaque cuillerée doit être délayée dans un verre d'eau sucrée ou vineuse et lui donne une saveur d'eau de goudron un peu forte à laquelle on s'habitue facilement. Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les **chaleurs.**

Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

MALTINE GERBAY
Véritable spécifique des dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET
Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et en 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
Gros : Pharmacie Gerbay, à Roanne (Loire).

Dystocie spéciale dans les accouchements multiples, par le Dr I. Besson, vol. in-8 de 92 p. — Prix : 2 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, net 1 fr. 25.

De l'influence des Maladies du foie sur la marche des traumatismes, par F.-E.-Maurice Longuet. In-8 de 124 pages. Prix : 2 fr. 50.

Nice médical organe officiel de la Société de médecine et de climatologie de Nice, paraissant le 1er de chaque mois. — Prix d'abonnement : Nice et les Alpes-Maritimes, 12 fr. — France et union postale, 15 fr. — Les abonnements sont reçus à Paris : aux bureaux du *Progrès médical*, de midi à 5 heures.

Grande médaille et diplôme très-élogieux à Philadelphie
Médaille d'argent a Bruxelles 1876
PAPIER RIGOLLOT
ou
MOUTARDE EN FEUILLES POUR SINAPISMES
Médaillés et récompensés aux Expositions
Diplôme d'honneur a l'exposition de 1875
Adopté par les hôpitaux de Paris, les Ambulances et les hôpitaux militaires, par la Marine française et par la Marine royale anglaise, etc.
Le seul dont l'entrée de l'Empire soit autorisée par le Conseil de santé de Russie

POUDRE RIGOLLOT
LE MEILLEUR SINAPISME
POUR LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE
APPROUVÉ PAR LES ÉCOLES VÉTÉRINAIRES DE FRANCE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE, ITALIE
Adoptée par le Ministre de la Guerre pour le service de la cavalerie française

Exiger la signature ci-contre sur les bandes qui ferment les boîtes.
Rigollot

D'après l'opinion des Professeurs
BOUCHARDAT — GUBLER — TROUSSEAU
Tr. Pharm. page 300. *Comment. du Codex*, page 813. *Thérapeutiq.*, page 214.
LE VALÉRIANATE d'Ammoniaque DE PIERLOT
est un névrosthenique et un puissant sédatif
DES NÉVROSES, DES NÉVRALGIES, DU NERVOSISME
Une cuillerée à café, matin et soir, dans un demi-verre d'eau sucrée.
THÉ SAINT-GERMAIN (Codex, p. 538) DE PIERLOT : Purgatif sûr et agréable.

LES DRAGÉES GRIMAUD
Approuvées par plusieurs sociétés de médecine
(Plusieurs médailles)
GUÉRISSENT RADICALEMENT
Incontinence d'urine, maladies des femmes, chloroses, aménorrhée, leucorrhée, paralysie de la vessie chez les vieillards, pertes séminales, chute du rectum chez les enfants, etc. Succès constatés dans les hôpitaux.
Poitiers — Prix : 5 francs le flacon — Poitiers
POITIERS, *chez l'inventeur, M. GRIMAUD aîné.*
Envoi de brochure sur lettre affranchie.
Dépôt dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.
A Morat (Suisse), chez M. Frd. GOLLIEZ. — A Montréal, chez MM. FABRE et GRAVEL. — A la Nouvelle-Orléans, chez RIVET. — A New-York, chez MM. FOUGERA et MILAAU. — A San-Francisco, chez MM. GROS et LEFEVRE, ROTURIER et ZABALDANO. — A Rio-Janeiro, chez GELEY.

Enfants arriérés ou Idiots
Maison spéciale d'Education et de Traitement, fondé en 1847. Rue Benserade, 7, à Gentilly (Seine).

Recherches anatomiques sur les apo. névroses abdominales, par le Dr F. Poncet. Paris, 1877. In-8 de 16 pages, avec figures. — Aux bureaux du *Progrès Médical.*

© BIU Santé

résie ; 9, néphrite interstitielle ; 10, colique de plomb, paralysie des extenseurs ; 11, carcinôme de l'estomac.

Service de M. Hayem. — Salle Lelong : 1, néphrite aiguë ; 2, péritonite chronique ; 3, diabète sucré ; 5, laryngite chronique ; 6, cancer de l'estomac ; 11, sclérose en plaques.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Martineau. — Salle Saint-Alexis : 4, syphilis ancienne, pelvi-péritonite, phlegmon du ligament large, adéno-lymphangite péri-utérine ; 5, syphilis ancienne, métrite généralisée de nature scrofuleuse, lymphangite péri-utérine gauche ; 13, vaginite chronique ; 15, vaginite blennorrhagique ; inflammation spécifique du conduit de la glande vulvo-vaginale gauche ; 27, ancienne syphilis, céphalalgie persistante : syphilis cérébrale ? ; 35, syphilis, métrite, rétrécissement inflammatoire de la cavité du col ; 36, syphilis, métrite avec rétroversion ; 38, syphilis, vaginite, végétations ; 43, esthiomène syphilitique, chancre du clitoris, végétations ; 46, vaginite blennorrhagique, traitée par le baume de kurjum, adénite pelvienne, métrite. — Salle Saint-Louis : 3, tuberculose pulmonaire, lymphangite et adénite généralisées du petit bassin, métrite chronique du corps de l'utérus, antéversion, sueurs nocturnes traitées par le sulfate d'atropine ; 9, syphilis ancienne, métrite du col, lymphadénite péri-utérine ; 14, vaginite blennorrhagique, métrite avec rétroversion, lymphadénite péri-utérine ; 17, vaginite granuleuse chronique, infundibulum anal (pédérastie) ; 21, eczéma chronique de la vulve et du vagin ; 23, syphilis, chancre du col, infundibulum anal (pédérastie) ; 31, gale, métrite ; 33, vaginite chronique, érythème, intertrigo, métrite, lymphangite et adénite généralisées, plus marquées à gauche, inflammation du tissu cellulaire du ligament large gauche, ayant suppuré.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles, imp. Cerf et fils, 59, rue Duplessis.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

ÉTABLISSEMENT MÉDICO-PNEUMATIQUE ET HYDROTHÉRAPIQUE

DU Dr A. MAIGROT, A SAINT-DIZIER (HAUTE-MARNE)

BAINS D'AIR COMPRIMÉ pour le traitement de l'*Asthme, Emphysème, Phthisie, Bronchite, Laryngite chronique, Coqueluche, Anémie*, etc.

Le seul établissement en France où la *médication pneumatique* et l'*hydrothérapie* se trouvent réunies. — Établissement de premier ordre. Pensionnaires et externes. Prix modérés.

La médication se suit en toute saison.

Marque **P. E. K.** de Fabrique

BIÈRE DE GOUDRON

Brevetée S. G. D. G.

Dépôt central à l'Établissement du Koumys-Edward, 14, rue de Provence, Paris.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DE DUCRO

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, Anémie, Convalescence.

Gros : Paris, 20, place des Vosges. — Détail : Toutes les Pharmacies.

AUX MEDECINS

A VALS (comme dans les stations thermales où les Eaux sont administrées en boisson et en bain), ce sont les sources de l'Établissement thermal qui sont préférées par les Médecins et par les personnes qui viennent à la station :

1° Parce qu'elles sont les plus anciennes et les plus abondantes ;

2° Parce qu'elles ont été captées avec le plus grand soin et qu'elles ont été analysées sur les lieux et après leur exportation ;

3° Parce qu'elles coulent naturellement, à la vue de tous sans l'emploi d'aucun moyen mécanique. Par conséquent elles sont toujours claires et ne forment jamais de dépôt.

Pour en rendre l'usage plus facile et éviter toute confusion, les Eaux bi-carbonatées sodiques de la **Société centrale de l'Établissement Thermal de Vals** *sont toujours rangées par degré de minéralisation.*

1er degré. Source **PAULINE** (Bi-carbonate de soude 1g,50). Affections de l'estomac, Dyspepsie, Embarras gastrique et Goutte.

2e Degré. Source **CHLOÉ-DUPASQUIER** (Bi-carbonate de soude, 3g). Gastralgie. Affections du foie et de l'utérus.

3e Degré. Source **SOUVERAINE** (Bi-carbonate de soude, 5g). Gravelle, Calculs, Coliques néphrétiques, Affections des voies urinaires.

4e Degré. Source **CONSTANTINE** (Bi-carbonate de soude, 7g,5). Congestion du foie, Calculs biliaires, Coliques hépatiques.

Source sulfo-ferro-arsenicale

SAINT-LOUIS. — Chlorose, Fièvres intermittentes, Chloro-Anémie, Maladies de la peau et Cachexies scrofuleuses.

Dépôt spécial à Paris : Boulevard des Italiens, 8. — Dans toutes les bonnes pharmacies de France et de l'Étranger.

Élixir toni-radical au Colombo, de Blottière, pharm., 56, rue de Sèvres, Paris, contre les dyspepsies, gravides, chlorotiques, syncopales, flatulentes, cardialgiques, symptomatiques du cancer, diarrhées, dysenteries, fièvres pernicieuses, convalescences, 5 fr.

Vacance médicale. — La commune de Bèze (Côte-d'Or), canton de Mirebeau, demande un médecin. Allocation annuelle : 1,200 fr.

Louise Lateau ou la Stigmatisée belge, nouvelle édition, revue, corrigée et augmentée, par Bourneville. In-8 de 88 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau-forte, dessinées par P. Richer, 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 50.

Accéder bonne clientèle médicale, très-jolie petite ville, à 2 h. 1/2 de Paris (gare) ; conditions avantageuses. S'adresser chez M. Dubus, professeur, cité de la Mairie, 2, Montmartre-Paris.

BAINS DE LA

SAMARITAINE

Quai du Louvre, en aval du Pont-Neuf

HYDROTHÉRAPIE

Eau de source, température 10 degrés chute 14 mètres

SALLE DE DOUCHES SPÉCIALE POUR HOMMES

SALLE DE DOUCHES SPÉCIALE POUR DAMES

PRIX MODÉRÉS

Le cachet : *douche ou pluie : 0 fr. 75 ; par abonnement 0 fr. 70.*

— *douche et pluie (2 jets) : 1 fr. 60 par abonnement : 1 fr. 25.*

Affections de la Poitrine & des Bronches

MALADIES DE LA PEAU

SULFUREUX POUILLET

(POUDRE SULFUREUSE)

SEUL PRODUIT APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Admis dans les Hôpitaux Civils, adopté par les Hôpitaux Militaires

Pour la préparation instantanée des Eaux Minérales Sulfureuses pour boisson et Bains sulfureux dits de Bareges.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau.			2 50
Le Flacon	—	pour 1 bain. . . .	1 »
Six flacons	—	—	5 »

Pharmacie CASSAN, 36, Rue du Bac, Paris.

PHARMACIE LEBEAULT

FIÉVET, SUCCESSEUR

54, RUE RÉAUMUR, PARIS

Sirop Lebeault et Pâte Lebeault aux fruits béchiques. — Rhumes, coqueluche et affections pulmonaires. Les seuls pectoraux exempts de narcotique.

Coca Fiévet, tonique, réparateur, fébrifuge et digestif.

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 48. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES 6. 30 NOVEMBRE 1878.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. JULES SIMON.

A. Quinquina. — B. Sulfate de quinine.

Leçon recueillie par S. CHAMBARD, interne des hôpitaux.

A. *Quinquina.*

Messieurs,

D'un usage fréquent et banal, le quinquina ne doit pas être administré, comme on le fait, à tous les enfants anémiques sans distinction d'âge et de susceptibilité nerveuse. Quand je me suis entretenu avec vous de la dyspepsie des nouveau-nés, je vous ai montré les inconvénients et les troubles fonctionnels de l'estomac et des intestins qui résultent de l'emploi prématuré du vin et du sirop de quinquina.

A un enfant à la mamelle, dont les forces et le poids n'augmentent pas dans les proportions normales, ce n'est pas une préparation pharmaceutique qu'il convient d'administrer, c'est une bonne nourrice, ou à son défaut, d'excellent lait de vache coupé, qu'il faut lui procurer. Le quinquina (incorporé dans des substances comme le vin et le sirop) a beau jouir de toutes les vertus reconstituantes que vous lui connaissez, il ne saurait suffire à tout et remplacer le premier aliment des enfants nouveau-nés. J'ajoute même qu'il est irritant et nuisible à cet âge là.

Bien plus, vous verrez quelquefois des jeunes filles de 5, 8 à 10 ans, dont l'anémie et la chlorose naissantes semblaient légitimer l'emploi de ces préparations, se trouver fort mal de ce médicament. Vous les verrez prises de chaleur, de pyrosis, d'inappétence, de dyspepsie, et au bout d'un certain temps de troubles nerveux, de céphalalgie, vertiges, d'énervements qui cesseront dès que la prescription sera modifiée ou abandonnée. Quant à l'explication, vous la devinez : par son alcool, par ses sels quiniques, le vin déposé à jeun sur une muqueuse susceptible provoque, chez certains sujets, une irritation spéciale. Si vous combattez ces propriétés trop stimulantes par l'addition d'un peu d'eau pure ou gommée, vous en atténuerez le plus souvent les effets défectueux. Parfois, cependant, votre précaution deviendra illusoire, et le désordre stomacal et nerveux persistant, vous serez obligés de suspendre votre médication par le quinquina.

Nous arrivons donc à cette conclusion forcée que l'usage des substances les plus vulgaires nécessite, chez les enfants, un contrôle attentif. — Ces réflexions, inspirées par les réactions du quinquina s'appliqueront *a fortiori* au sulfate de quinine. Elles trouveront, d'ailleurs, leur place dans les développements auxquels je me livrerai. Je dois même vous prévenir que cette leçon dépassera à dessein les bornes que j'avais assignées aux précédentes. Au lieu de m'astreindre à l'étude exclusive du quinquina et de ses dérivés, je me propose de vous faire une digression sur la fièvre intermittente chez les enfants. Je possède aujourd'hui des documents variés et nombreux sur ce sujet et je me sens entraîné à vous les communiquer. Les petits malades qui ont été soumis à mon observation avaient habité les uns la France, mais le plus grand nombre les Antilles, l'embouchure du fleuve de Magdalena, l'Amérique centrale, l'Amérique du Sud et du Nord, quelques-uns l'île Maurice et les Indes. Comme vous le voyez, mes sources s'étendent assez loin pour nous offrir un vaste horizon et des rapprochements multiples. Vous me pardonnerez, je l'espère, certaines longueurs inusitées. Les faits curieux que je vais vous exposer plaideront en ma faveur.

Je commencerai tout naturellement par l'étude du quinquina, et de ses diverses préparations pharmaceutiques.

Sans vouloir vous faire ici l'histoire du quinquina, je ne puis m'interdire de vous rappeler qu'il a été introduit en France en 1735 et qu'il y trouva des détracteurs nombreux. Il ne fut réellement accepté qu'après la guérison de Louis XIV obtenue par un empirique anglais du nom de Talbot. Dès lors sa réputation fut conquise et quand, en 1820, Pelletier et Caventou en découvrirent un des principes le plus actif, les recherches instituées par un grand nombre de médecins lui donnèrent un rang de premier ordre qu'il n'a jamais perdu, et le sulfate de quinine se substitua, à juste titre, aux autres préparations de quinquina dans le traitement des maladies aiguës de la fièvre intermittente.

Une des causes du discrédit dans lequel le quinquina était tombé, est sa ressemblance avec d'autres écorces, très-analogues d'aspect, mais complétement dépourvues de quinine et connues dans la pharmacie sous le nom de faux quinquinas. Pendant longtemps, la distinction entre les faux quinquinas et les quinquinas véritables fut très-difficile : les espèces botaniques n'étant pas encore bien classées, et même encore aujourd'hui des quinquinas très-pauvres en principes actifs sont, dans un but frauduleux ou par ignorance, livrés au commerce et employés en thérapeutique.

Pour faciliter l'étude des nombreuses sortes de quinquinas on les divise en trois grandes classes qui répondent chacune à des indications particulières, et diffèrent par la proportion de leur alcaloïde et de leurs principes astringents : ce sont les quinquinas *gris*, *jaune* et *rouge*. Chacune de ces sortes comprend des variétés extrêmement nombreuses ; je ne vous indiquerai que celles que vous devez expressément demander et qui sont seules recommandées par le codex.

1° *Le quinquina gris*, le moins sûr, est le Huanuco. Je ne vous décrirai pas, non plus que pour ceux des autres espèces, ses caractères botaniques et je me bornerai à vous rappeler qu'il est généralement moins riche en sulfate de quinine qu'en cinchonine (sur mille parties on trouve 8.75 de quinine et 12.55 de cinchonine), mais assez abondamment pourvu de principes tanniques. Vous devrez par conséquent, le bannir comme trop peu actif et trop peu sûr, du traitement des maladies palustres et vous commettriez surtout une faute grave en l'opposant à des accès pernicieux.

2° *Le quinquina jaune* (calisaya) contient, au contraire, plus de quinine que de cinchonine ; sur mille parties, en effet on trouverait, d'après *Réveil*, en moyenne, 6.75 de sulfate de cinchonine et 28.10 à 31.25 de sulfate de quinine.

3° *Le quinquina rouge* du codex est le quinquina verruqueux. Il renferme des quantités faibles et à peu près égales des deux alcaloïdes, de 8 à 10 grammes pour 1/000 de chaque, mais est très-riche en tannin ; aussi devrez-vous le réserver à peu près pour l'usage externe.

Cette différence dans les proportions des alcaloïdes, les a fait ranger comme fébrifuges dans l'ordre suivant :

1° Le *quinquina jaune*, calisaya, dont les proportions de quinine atteignent de 28 à 31, pour 1.000, et 6 à 8 de cinchonine ;

2° Le *quinquina gris*, 8.75 de quinine et 12.55 de cinchonine :

3° Le *quinquina rouge*, de 8 à 10 de chacun des alcaloïdes.

Les principales formes pharmaceutiques des quinquinas sont : la poudre, l'extrait, la teinture, le quinium, le sirop, les vins et les sels de quinine.

Vous donnerez, Messieurs, la poudre de quinquina jaune

© BIU Santé

dans certains cas de fièvres intermittentes et de cachexie palustre dont je me réserve de vous parler plus amplement au sujet du traitement de ces affections par le sulfate de quinine. La poudre de quinquina rouge vous sera fort utile, soit sous forme de macération dans l'eau et en lavages, soit sous forme de poudres composées dans le traitement d'un grand nombre de plaies atoniques et d'ulcères scrofuleux, syphilitiques, cancéreux ou cachectiques. Parmi les nombreuses formules proposées à cet effet, vous pourrez retenir la suivante :

Poudre de quinquina rouge.....	10	grammes
Poudre de charbon végétal.....	10	—
Poudre de camphre.....	5	—

Dans certaines formes de dyspepsie, liées à la chlorose chez des filles déjà grandes et parvenues aux approches de la première menstruation, vous retirerez de bons effets de la poudre de quinquina jaune, associée à des substances absorbantes et toniques :

Poudre de quinquina jaune.....	10	grammes
Craie préparée.....	10	—
Rhubarbe.....	5	—
Sous-carbonate de fer.....	4	—

Une pincée pendant chaque repas.

Formule que vous pourrez, du reste, varier à l'infini, en y introduisant, selon les cas, la poudre de noix vomique, la codéine, l'extrait de belladone, le charbon végétal, la magnésie, etc.

Voici, comme spécimen, une formule excellente dans le cas de dyspepsie avec atonie et spasme :

Craie préparée.....	50	centigr.
Colombo.....	20	—
Rhubarbe.....	10	—
Codéine.....	1	—
Noix vomique.....	1	—

Pour un paquet.

En faire prendre un semblable immédiatement avant chaque principal repas. — Ce dosage peut convenir à une jeune fille de 10 à 12 ans.

L'*extrait aqueux* de quinquina gris ou jaune, entre surtout dans la composition de pilules auxquelles on ajoute, selon les besoins, du fer, de l'opium ou de la rhubarbe. Il est surtout employé dans les cas de dyspepsie chlorotique que je viens de vous rappeler, mais il ne s'agit presque plus ici de thérapeutique infantile, car vous savez avec quelle difficulté on parvient à donner des pilules aux enfants.

Le quinium ou extrait alcoolique de quinquina à la chaux, a été préparé par M. Labarraque. C'est une bonne préparation, très-riche en quinine et qui peut revêtir toutes les formes pharmaceutiques ; c'est surtout sous celle de vin de quinium que vous l'emploierez chez vos petits malades. Le quinium contient par 4 gr. 50 : sulfate de quinine 1 gr. et sulfate de cinchonine 0,50 ; et 1,000 gr. de vin. renferment 1 gr. 50 des deux alcaloïdes.

Le sirop de quinquina se prépare, sauf indication spéciale, avec le quinquina calisaya. Vous me l'avez vu souvent prescrire aux petits scrofuleux par cuillerées, mêlé à l'huile de foie de morue et au sirop anti-scorbutique.

Les vins peuvent être divisés en deux classes : les vins médiocrement alcooliques et les vins assez fortement alcooliques. Les premiers se préparent avec des vins de Bordeaux et de Bourgogne ; les seconds avec des vins de Madère et de Malaga. Il existe encore, dans la pharmacopée, une bière de quinquina qui peut être excellente dans certaines dyspepsies où l'action des substances qui sont ajoutées à la bière pour la rendre plus amère, la fausse angusture, par exemple, se combine utilement avec celle des principes amers et tanniques du quinquina.

Permettez-moi d'appeler un instant votre attention sur le mode d'administration de ces diverses préparations. Comme je vous le disais au début de cette conférence, si vous négligez d'entrer dans les détails de votre prescription, vous risquez fort de ne point atteindre le but que vous vous proposez. Ne suivez pas en cela certains errements, dont vous avez les preuves matérielles sous les yeux à notre consultation, qui consistent à soutenir les forces des enfants à la mamelle avec des préparations alcooliques de quinquina, non pas administrées pour quelques jours en vue de remédier à un collapsus ou débilité passagère, mais conseillées comme un élément précieux d'une médication reconstituante. Qu'en résulte-il ? c'est que l'enfant, dont l'état maladif avait inspiré cette ordonnance, souffre de plus en plus des voies digestives, devient sujet à des alternatives de constipation et de diarrhée, perd le sommeil, et, en fin de compte, diminue de poids.

Voici comment les événements se déroulent :

Il s'agit d'ordinaire d'un enfant dont l'élevage est si difficile que le lait de la première et de la deuxième nourrice n'ont pu lui réussir : ou bien d'un enfant dont les entrailles ont été surmenées par un sevrage mixte, mais prématuré ; alors qu'il conviendrait logiquement de reposer la muqueuse gastro-intestinale par le régime lacté bien compris, on la met en contact avec des substances irritantes dont tous les avantages s'effacent devant les graves désordres qui en résultent.

En conséquence, ne prescrivez aucune préparation alcoolique, usuelle et journalière, chez des enfants au-dessous de 2 ans. Contentez-vous, vers 15 à 16 mois, d'avoir recours au sirop de quinquina à la dose d'une petite cuillerée à café avant un des principaux repas. Ce n'est donc qu'à partir de 2 ans que vous prescrirez les vins de quinquina et encore devrez-vous le faire de la manière suivante :

Ces vins de quinquina ou de quinium seront pris, immédiatement avant le repas, coupés avec moitié eau. Pour un enfant de 2 ans environ, vous n'accorderez qu'une cuillerée à café ; pour celui de 3 à 4 ans, vous permettrez d'atteindre une cuillerée à dessert, et vers l'âge de 10 à 12 ans, vous conseillerez une cuillerée à bouche, sans oublier jamais de le faire étendre d'un peu d'eau. Par surcroît de précaution, j'en suspends l'emploi un jour par semaine dans le but d'éviter ces gastralgies et ces énervements fréquents chez les petits sujets nerveux.

Il m'arrive parfois d'incorporer la teinture de quinquina dans des mixtures apéritives que je prescris aux enfants déjà âgés de 5 à 6 ans au moins. Une de ces formules usuelles est la suivante :

Teinture de quinquina.....	20	grammes.
Teinture de gentiane.....	5	—
Teinture de cascarille.....	5	—
Teinture de benjoin	2	—
Teinture de noix vomique.....	1	—

Je donne ces mixtures à la dose de 20 gouttes avant chaque repas, dans un peu d'eau de camomille légère. Vous pouvez, vous le comprenez, substituer la teinture de colombo et la teinture de cannelle, à la teinture de cascarille et de benjoin. Les dosages n'ont aucune importance pour les quatre premières substances nullement toxiques, jouant le simple rôle d'adjuvant, d'amer et d'aromate.

J'omets à dessein de vous citer la décoction et la macération de quinquina, excellents cependant pour combattre, chez l'adulte, les fièvres intermittentes invétérées, mais, dont l'amertume très-prononcée, en rend l'usage à peu près impossible chez les enfants. Vous pourrez quelquefois couper leur vin avec ces préparations, comme vous le faites avec de la tisane de houblon. Chez l'enfant comme chez l'adulte, vous les emploierez pour le lavage des plaies blafardes, des ulcères scrofuleux, des abcès et des fistules de mauvaise nature.

J'arrive maintenant, Messieurs, à la préparation de quinquina la plus importante, au sulfate de quinine.

(*A suivre*).

© BIU Santé

ANATOMIE NORMALE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. FOLET.

Leçons sur l'encéphale et l'appareil auditif (1).

Faites pendant le semestre d'hiver 1877-1878.

Conformation intérieure du cerveau. (*Suite.*)

Membrane séreuse des parois ventriculaires.

La totalité de la surface interne des cavités ventriculaires est tapissée par une membrane, de structure séreuse, qui se continue à travers les divers orifices de communication que nous avons vu faire communiquer entre eux les divers ventricules. Cette membrane adhère, sur certains points, à ce que nous allons décrire sous le nom de plexus choroïde. Elle est formée par une très-mince trame de tissu conjonctif, recouverte d'un épithélium cylindrique, sauf dans l'aqueduc de Sylvius et sur le plancher du quatrième ventricule où l'épithélium est vibratile.

Parties contenues dans les ventricules.

(*A. Toile choroïdienne. — B. Plexus choroïdes.*)

A. *Toile choroïdienne.* — Par la portion moyenne de la grande fente cérébrale limitée en haut par le bourrelet du corps calleux et en bas par les tubercules quadrijumeaux, pénètre dans le ventricule moyen un prolongement de la pie-mère qui tapisse la face inférieure du trigone et qui a, comme ce trigone, une forme triangulaire à pointe antérieure. Il suffit d'enlever avec précaution le trigone sur la pièce destinée à montrer ce trigone par sa face supérieure, pour que la toile choroïdienne apparaisse aux regards (2). Nous considérerons à la toile choroïdienne :

— Une base ou bord postérieur, qui répond à la partie moyenne de la fente cérébrale. Ce bord est formé de deux feuillets qui passent l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la glande pinéale, laquelle est ainsi contenue dans l'épaisseur de la toile. En avant de la glande pinéale, les deux feuillets se réunissent et forment une lame unique.

— Deux bords latéraux qui s'insinuent entre les bords latéraux du trigone et les couches optiques, passant ainsi dans la corne sphénoïdale des ventricules latéraux et se continuant avec les plexus choroïdes. A ce niveau, la toile choroïdienne adhère intimement à la séreuse ventriculaire.

— Un sommet bifide ; chacune des branches de bifurcation se porte, l'une à droite, l'autre à gauche, et s'engage dans le trou de Monro pour se continuer avec les plexus choroïdes.

— Une face supérieure, sous-jacente à la face inférieure du trigone.

— Une face inférieure qui repose sur les couches optiques par ses parties latérales, et qui, au milieu, répond à la base du ventricule moyen. Elle est parcourue par deux traînées de granulations rougeâtres antéro-postérieures. Ces traînées, d'abord écartées l'une de l'autre, en arrière, de un centimètre, se juxtaposent pour former un cordon médian ; puis, arrivées à la dépression, dite dépression vulvaire, se séparent de nouveau pour se continuer chacune sur les deux branches de bifurcation du sommet de la toile choroïdienne. Ces traînées sont composées d'artérioles, de veinules et de capillaires anastomosés.

La toile choroïdienne est une lame celluleuse dans laquelle cheminent de très-petites artères venant des cérébelleuses postérieures et des cérébrales postérieures, et des veines venant du corps calleux, du corps strié, de la couche optique, du trigone, de l'ergot de Morand, de l'hippocampe. Ces veines, en se réunissant, forment deux troncs assez gros, antéro-postérieurs ; ce sont les veines de Galien, qui vont du sommet à la base de la toile, pour s'ouvrir enfin dans le sinus droit de la dure-mère.

B. *Plexus choroïdes.* Nous venons de voir une dépendance de la pie-mère pénétrer dans le ventricule moyen. Nous allons voir une autre dépendance de la pie-mère pénétrer dans les ventricules latéraux. Ce sont les plexus choroïdes qui pénètrent dans le ventricule latéral par le bord interne de la corne sphénoïdale, c'est-à-dire par les parties latérales de la grande fente de Bichat, sous la forme de deux cordons rougeâtres. Ils se portent d'abord en haut, en arrière et en dedans, parallèlement à l'hippocampe qu'ils recouvrent en partie ; puis horizontalement en avant. Ils longent alors la face supérieure et le bord latéral du trigone ; et tout le long de ce bord reçoivent le bord latéral de la toile choroïdienne qui, s'insinuant entre le trigone et la couche optique vient se fusionner avec eux. Enfin, continuant leur trajet en avant, ils arrivent au trou de Monro, et là se continuent à travers ces trous avec chacune des branches du sommet bifide de la toile choroïdienne. On compare la disposition des plexus choroïdes à un cône très-allongé et contourné en *s* italique, dont la grosse extrémité dirigée en bas se continue avec la pie-mère extérieure au niveau de la partie latérale de la grande fente de Bichat, tandis que le sommet tourné en haut s'adosse sur la ligne médiane à celui du côté opposé, ces deux sommets étant séparés l'un de l'autre par l'interposition du septum lucidum.

La continuité établie au niveau des bords latéraux du trigone entre la toile choroïdienne et les plexus, et l'adhérence qui en cet endroit unit cette toile et ces plexus à la séreuse ventriculaire, interceptent en ce point toute communication entre les ventricules latéraux et le ventricule moyen. Ce n'est que par le trou de Monro, au niveau duquel il n'existe pas d'adhérence entre ces prolongements de la pie-mère et la séreuse, que les ventricules latéraux et moyen communiquent librement.

Les plexus choroïdes sont composés, comme la toile choroïdienne, d'un lacis de capillaires artériels et veineux supporté par une toile fibreuse contenant un grand nombre de granulations gris-rougeâtres. Les veines choroïdiennes rampent sur leurs parties latérales et vont se jeter dans les veines de Galien. Les artères viennent de la cérébrale postérieure et d'une des branches terminales de la carotide interne, l'artère choroïdienne. (*A suivre.*)

(1) Voir les nos 26, 27, 32, 33, 45 et 47.

(2) Voy. aussi la planche de Sappey, t. III, p. 85, 1 fig., 475.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Le budget de l'instruction publique en 1879.

L'honorable député chargé cette année de rédiger le rapport sur le budget de l'instruction publique, M. Charles Boysset, a fait précéder son travail d'une introduction dans laquelle il rappelle « les situations successives faites à ce grand et fondamental service de l'instruction publique par les divers régimes qui se sont succédé depuis près d'un siècle. » Ni le premier empire ni la restauration ne firent à l'enseignement l'honneur d'un budget distinct ; le même chapitre contenait les dépenses des cultes et celles de l'instruction publique. Sur les 35 millions affectés à ce chapitre, en 1828, il y a seulement 182.500 fr. pour l'instruction primaire, et encore les Bourbons s'étaient-ils montrés plus généreux que le fondateur de l'Université, qui n'accordait pas un centime à l'instruction primaire, la chair à canon n'ayant pas besoin de savoir lire. En 1816, l'enseignement primaire avait reçu 50.000 fr., et ce chiffre reste presque stationnaire jusqu'à la chute de Charles X. En 1828 les trois enseignements supérieur, secondaire et primaire se partageaient inégalement un peu moins de *deux* millions, tandis que les cultes absorbaient plus de 33 millions.

A partir de 1832, le progrès commence, un million est consacré à l'enseignement primaire ; le budget de l'instruction publique, isolé de celui des cultes à partir de 1836, s'élève progressivement et en 1846 atteint dix-huit millions et demi.

© BIU Santé

La révolution de 1848 a pour effet de le porter à 21 millions, Dans le dernier budget du second empire, en 1870, les crédits alloués à l'instruction publique ne donnaient, après vingt ans, qu'un total de 24 millions. En tenant compte de la dépréciation subie par la valeur de l'argent, ce léger progrès apparent se réduit à un recul réel et considérable. Aujourd'hui la République, après quelques années d'une existence contestée, consacre à l'instruction publique plus de 57 millions dont près de 30 appartiennent à l'enseignement primaire.

Certes le contraste est frappant et bon à livrer aux méditations des hommes de bonne foi. On comprend, après ce rapide exposé, le cri de satisfaction, presque de triomphe, qui échappe à M. Charles Boysset : « Nous sommes loin des *cinquante mille* francs de 1816 ! »

Au risque pourtant de passer pour un esprit chagrin, il nous faut jeter un peu d'eau froide sur cet enthousiasme, un peu d'ombre sur l'étincellement de tous ces millions qui ne suffisent pas à nous éblouir sur le véritable état des choses.

« Le pays, dit M. Charles Boysset, le pays veut que chaque citoyen reçoive à titre de dotation sociale, au début de sa vie, un ensemble de vérités claires et de lumières fondamentales qui lui donne la fermeté intellectuelle, la force industrielle ou esthétique, la notion précise de ses devoirs, et, en un mot la puissance et la grandeur à son profit personnel comme au profit de la société tout entière. Nous avons à cet égard mandat formel et nous ne faillirons pas à notre mission.....

Oui, c'est bien là, au fond, ce que demande le pays ; c'est là, sinon le texte, au moins l'esprit du mandat formel qu'il a donné à ses représentants. Oui, ceux-ci sont énergiquement résolus à remplir leur mission. Mais le sauront-ils?

Qu'ils nous pardonnent ce doute, qui n'incrimine pas leurs intentions! Nous les voyons depuis plusieurs années donner, donner toujours, donner sans cesse, toutes les fois qu'on vient leur tendre la bourse au nom de l'instruction, au nom surtout de l'enseignement primaire, et nous sommes bien loin de leur en faire le plus petit reproche. Il ne serait même pas nécessaire de nous pousser bien vivement pour nous faire dire que ces générosités, si grandes qu'elles soient, ne sont pas encore suffisantes. Mais il nous semble qu'en matière d'instruction, l'argent, chose indispensable là comme ailleurs, n'est pas tout. Il nous paraît qu'on ne se préoccupe pas assez de l'emploi de tous ces millions, de la nature et de la valeur de l'enseignement qu'ils sont destinés à répandre. Qu'on nous permette une comparaison : si l'on apprenait que depuis huit ans les milliards votés pour refaire notre matériel de guerre ont été dépensés à remplir nos arsenaux de fusils à pierre et de canons à âme lisse, le ministre aurait beau dire qu'il dispose de dix fusils par homme et de vingt batteries par division, on trouverait que les résultats ne seraient pas à la hauteur des sacrifices. Or, c'est un peu là que nous en sommes en matière d'enseignement. Sans doute grâce à l'immense accroissement du budget, vous avez armé un beaucoup plus grand nombre d'enfants, mais que vaut l'arme dont ils sont pourvus ? On nous dira que ce serait déjà un grand progrès d'avoir mis, ne fût-ce qu'une arquebuse, entre des mains auparavant désarmées, et nous en conviendrons volontiers. Nous préférons un enseignement inférieur, même empreint d'un esprit fâcheux, à l'absence totale d'enseignement. Mais s'il est bien de hâter de toutes ses forces la diffusion de l'enseignement, il est bien aussi d'en relever le niveau, et nos ministres et nos députés nous paraissent oublier quelque peu cette seconde partie de leur tâche, qui devrait marcher du même pas que la première. On dirait qu'on s'imagine avoir tout fait en ajoutant les millions aux millions, en entassant les circulaires sur les circulaires, en modifiant les procédés, en perfectionnant les méthodes. On multiplie les moulins universitaires, on y substitue la vapeur au vent, on affine les éveillures des meules, on veut même habiller autrement les meuniers : du grain versé dans la trémie, on n'a pas grand souci. De la réforme des programmes, nul ne paraît s'inquiéter. Et pourtant c'est là, nous ne nous lasserons pas de le répéter, la question supérieure, la question vitale. C'est ce budget moral de l'Instruction publique que nous voudrions voir discuter ; c'est de ce côté que nous appelons le contrôle vigilant du Parlement. L'instruction publique d'un pays n'a pas pour unique mesure le total des sommes dépensées, elle s'évalue aussi d'après la nature des matières enseignées.

En parlant ainsi, nous n'entendons pas reprocher à M. Ch. Boysset de n'avoir point exposé tout un plan de réformes : ce n'était pas son rôle de rapporteur financier. Nous ne voulons pas davantage faire un crime à la Chambre et au ministre de n'avoir rien fait en ce sens ; les circonstances ne s'y prêtaient guère jusqu'ici. Nous voulons simplement alors que tout fait prévoir pour un avenir prochain, la disparition des obstacles aux améliorations sérieuses et profondes, indiquer la voie dans laquelle on doit, selon nous, s'engager. Si nous l'avons fait avec quelque vivacité c'est que le sujet est des plus graves, qu'il importe extrêmement de le bien comprendre, et que nous avons cru saisir une tendance générale à négliger ce qui pour nous est capital en matière d'instruction publique. Il est vrai que M. Bardoux, dans le discours par lequel il a ouvert la discussion sur le budget de l'Instruction publique (1), annonce des réformes dans l'enseignement primaire, et il serait téméraire de juger son projet avant de le connaître. Pourtant son admiration pour notre enseignement secondaire qu'il proclame le premier de l'Europe, la satisfaction que lui font éprouver les améliorations intérieures apportées au système actuel, la croyance où il paraît être que ce système suffit aux besoins du temps présent, tout cela nous fait craindre que, dans l'enseignement primaire comme dans l'enseignement secondaire, les réformes ne consistent qu'à jouer mieux le même air, alors que c'est l'air et la chanson qu'il faut absolument changer.

Le budget pour 1879 ne diffère pas sensiblement de celui de 1878, en ce qui concerne l'enseignement supérieur. L'administration académique réclamait, en *prévision du transfert des préfets au recteur de l'administration des services de l'instruction primaire*, un supplément de crédit de 94,500 fr. La commission a refusé ce crédit, moins peut-être parce qu'il répond à une hypothèse, que parce que cette hypothèse ne lui paraît pas devoir se réaliser. Pour notre part, nous regretterions de voir laisser à toujours aux préfets la nomination des instituteurs ; le maintien du régime actuel ne peut se défendre qu'à titre transitoire.

Le crédit des Facultés de médecine dépasse celui du précédent exercice de 222.000 fr. à répartir entre les allocations aux agrégés de Paris, Nancy et Montpellier, le crédit d'or-

(1) *Séance du 25 novembre.*

© BIU Santé

dre à la faculté de Lille, la création d'une chaire de maladies des enfants, et d'une chaire d'ophthalmologie, et le relèvement du traitement des professeurs de l'Ecole de Paris. Contre cette dernière mesure, s'était cette fois reproduite l'objection de la clientèle ; la commission, nous l'en félicitons, ne s'y est pas arrêtée ; le traitement des professeurs de la faculté des sciences étant aussi relevé de 13 à 15.000 fr. il n'y avait plus de bonne raison pour refuser le même bénéfice aux professeurs de l'Ecole de médecine, à moins d'invoquer, comme l'a fait M. Talandier, les nécessités budgétaires, l'obligation où l'on sera d'accorder pour les mêmes raisons la même élévation de traitement à d'autres professeurs et l'opportunité plus grande d'améliorer d'abord la situation des modestes et utiles auxiliaires des professeurs.

Une discussion assez vive et assez obscure a été soulevée par M. Clémenceau, à propos de la chaire de pathologie mentale, créée il y a deux ans et restée vide depuis lors, malgré la nomination de M. Ball, l'administration n'ayant pu réussir encore à organiser l'installation de cette clinique (1). La discussion n'a pas établi à qui appartient la responsabilité de ce retard, que M. Clémenceau impute au préfet de la Seine, M. Lepère à des conflits médicaux et M. Bardoux à un plan général d'organisation ! En revanche, M. G. Périn a déclaré que « le titulaire de la chaire était prêt à aller où on l'enverra. » (2)

Le budget des Ecoles de pharmacie reste le même, que l'année dernière, la Chambre ayant repoussé un amendement de MM. Leconte, Mallet, Duclaud et Gros-Gurin, tendant à accorder aux professeurs le même traitement qu'à ceux des écoles de médecine de même degré.

Le rapport mentionne un projet d'agrandissement de la Sorbonne soumis à la Chambre qui aura prochainement à statuer à cet égard. Nous aurons donc l'occasion d'y revenir ; espérons que ce sera bientôt ; il y a assez longtemps que reste vide un immense terrain adossé à la Sorbonne trop étroite. Espérons aussi que ce plan d'agrandissement sera mieux conçu que celui de l'Ecole pratique, qu'il était, qu'il serait encore si facile d'isoler presque complétement en la dégageant sur la rue Monsieur-le-Prince, et en y ajoutant l'espace compris entre la rue A. Dubois et la rue Dupuytren. Encore une fois, puisque l'occasion s'en représente, nous supplions les médecins députés d'aller eux-mêmes juger *de visu*, d'un plan qui, empâtant les pavillons de dissection, les laboratoires de physiologie, dans des habitations particulières, ne laisse pour débouché à la rue Delavigne que le casse-cou de la rue Antoine Dubois.

Une chaire d'esthétique est créée au Collége de France, dont le rapport signale avec force la situation lamentable et la facilité de l'étendre au sud jusqu'aux bâtiments du Lycée Louis-le-Grand. Ce serait insuffisant pour isoler le Collége de France, comme doit l'être tout monument public. Il conviendrait de l'agrandir aussi à l'est, et de ne laisser dans le quadrilatère compris entre la rue Saint-Jacques et la rue des Sept-Voies, la rue des Ecoles, la rue des Degrés et la place du Panthéon, que le Collége de France, Louis-le-Grand, la Bibliothèque Sainte-Geneviève, et peut-être Sainte-Barbe qu'il serait trop coûteux de déplacer.

L'isolement de la Bibliothèque demandé par M. Lockroy, a été repoussé par M. le Ministre des Finances et par M. Gambetta, pour des raisons d'équilibre budgétaire. Nous persistons à croire qu'il faudra en venir à dégager la bibliothèque des maisons contiguës, si on veut mettre sérieusement ses richesses à l'abri du feu, et des pompiers presque aussi redoutables pour elles.

Pour la Sorbonne, M. Duvaux et M. le Ministre, ont réclamé et obtenu en séance la création d'une chaire d'histoire du moyen âge que la commission avait d'abord ajournée ; le grand mérite du futur titulaire, M. Fustel de Coulanges, justifie amplement l'insistance de M. Duvaux et de M. Bardoux et le consentement final de la Commission.

Au Muséum, le Ministre proposait la création d'une chaire de *physiologie végétale* ; et la commission penchait à l'accorder, des nécessités budgétaires l'ont fait ajourner. M. Ch. Boysset déplore de nouveau la situation du Muséum et réclame des crédits extraordinaires pour y remédier. Une commission vient d'être nommée (1) avec mission d'étudier les modifications à apporter à l'administration du Muséum. Saluons cette promesse de jours meilleurs pour un établissement qui fut une des gloires de la France.

Les services astronomiques reçoivent nne augmentation de 25.000 fr. qui, cumulée avec des suppressions de crédit, servira à doter la météorologie. Les subventions aux sociétés savantes sont accrues de 36.000 fr. dont 20.000 pour la société d'Anthropologie. La somme consacrée aux voyages et expéditions scientifiques est réduite de 170.500 fr.

Dans l'enseignement secondaire, un crédit de 100.000 fr. est ouvert sur la proposition de M. P. Bert, pour subventionner l'enseignement des filles ; on ne saurait qu'applaudir à cette mesure. Une augmentation de 30.000 fr. est accordée à l'Ecole de Cluny, bien qu'elle ait donnée jusqu'à présent des résultats peu satisfaisants ; la dotation des bourses des lycées est accrue de 46.000 fr. Ce sont les seules modifications dont ait bénéficié le budget de l'enseignement secondaire.

Pour l'enseignement primaire, au contraire, un accroissement de 1.515.000 fr. permettra d'élever les traitements des instituteurs titulaires, en exécution de la loi du 19 juillet 1875, de fonder trente bourses de 500 fr. dans les écoles normales départementales d'institutrices, d'aider à construire des écoles. — Enfin une allocation supplémentaire de 415.000 fr. servira à compléter à 500 fr. la pension de retraite de tous les instituteurs dont les droits ont été liquidés avant le 17 août 1876, et à subventionner plus largement les communes qui ont établi la gratuité.

En résumé, le budget de 1879, ne porte non plus que celui de 1878 la trace d'aucune innovation profonde dans l'enseignement, à aucun de ses degrés, et il nous faut en terminer encore l'examen, en répétant : « A quand la réforme des programmes. »

La fièvre jaune.

L'épidémie de fièvre jaune qui vient de sévir pendant plus de quatre mois dans les villes méridionales des Etats-Unis, nous offre plusieurs points intéressants à étudier. Et d'abord, si nous essayons d'établir la topographie de l'épidémie, d'après les pays et les villes qui ont été successivement ravagés et en nous basant sur les rapports sani-

(1) Voir le n° 47 du *Progrès médical*. — (2) Voir à la page 927.

(1) Voir à la page 917.

© BIU Santé

taires de ces villes, nous constatons l'exactitude d'un fait mis en évidence par le Dr Collins Me Elroy ; à savoir que le territoire infesté peut se limiter par un quadrilatère mesurant trois cents lieues de largeur sur six cents de longueur.

On peut considérer comme centre de cette figure géométrique, le cap Saint-Antoine situé à l'extrémité occidentale de l'Ile de Cuba ; les deux côtés les plus longs se dirigent du nord à l'ouest et du sud à l'est; les autres côtés du nord à l'est et du sud à l'ouest. Cette figure géométrique représente si bien la géographie de la maladie que, chaque année, on constate l'apparition de quelques cas de fièvre jaune sur un point quelconque de la surface ainsi délimitée. D'autre part, il ne faudrait pas croire à l'immunité absolue pour tout point situé en dehors du quadrilatère ; mais alors ce sont surtout les rives de certains grands fleuves ou des villes maritimes qui sont atteintes.

La récente épidémie ressemble à toutes les précédentes au point de vue du territoire envahi. A quoi est due cette délimitation, que présente de particulier telle région du globe ? Une haute température succédant souvent à de grandes pluies, ou des questions plus complexes, telles que l'absence d'ozone ou sa trop grande abondance, l'état magnétique du sol ou d'autres conditions encore, que nous ne soupçonnons même pas renferment peut-être la solution du problème.

Ce fait de la délimitation de la maladie à une certaine étendue du territoire donne une grande force à la théorie de non contagion. De l'avis de tous ou de presque tous les médecins qui ont vu cette dernière épidémie, la contagion, c'est-à-dire la transmission de l'homme malade à l'homme sain, ne joue aucun rôle dans sa propagation.

C'est par la production de certains foyers d'infection que la maladie se répand ; ces foyers s'allument de préférence dans le quadrilatère dont nous avons parlé. Un navire, des marchandises peuvent transporter le miasme, quel qu'il soit, dans un port, par exemple, et créer là un centre d'infection. Transportez l'homme malade loin de ce centre, non-seulement il aura beaucoup de chances de guérir, mais il est très-peu probable qu'il devienne un nouveau centre de propagation. Nous ne pouvons, à notre grand regret, rapporter ici une foule de faits très-intéressants, à ce point de vue, qui se trouvent consignés dans les Revues américaines.

Une remarque, due au Dr Bell, de Louisville, tendrait à montrer que la fièvre jaune acquiert son maximum d'action la nuit, absolument comme il en est des miasmes des marais Pontins dans la campagne romaine. Ses conclusions se fondent sur ce que beaucoup de ses malades contractaient la fièvre après avoir été exposés pendant la nuit. il vient tout naturellement à l'esprit d'objecter au Dr Bell que le fait de passer la nuit à la belle étoile, même dans l'Amérique du Sud, constitue un grand élément de fatigue et doit certainement contribuer à mettre l'organisme en état de réceptivité.

Les tableaux statistiques que nous avons consultés ne donnent aucune indication relativement à l'âge ni au sexe des individus atteints par l'épidémie ; mais, une lettre envoyée de la Nouvelle-Orléans au *Medical and Surgical journal* de Boston, nous apprend que la récente épidémie présentait comme point caractéristique, sous le rapport de l'étiologie, qu'elle s'attaquait surtout aux enfants, et quelquefois aux enfants en bas-âge ; que, de plus, la maladie sévissait sur eux avec une rigueur extraordinaire. Ce fait est digne d'être noté. Les auteurs classiques déclarent la fièvre jaune très-rare chez les enfants, et Bérenger-Féraud dit n'en avoir jamais observé au-dessous de cinq ans.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

M. le Secrétaire général communique une lettre du président de l'Institut physiologique de Berlin qui adresse à la Société de biologie le montant des souscriptions recueillies à Berlin (750 fr.) pour le monument de Cl. Bernard.

Influence des mouvements de la respiration sur le pouls dans les cas d'anévrysme intra-thoracique. — M. FRANCK présente une note tendant à démontrer que dans les cas d'anévrysme intra-thoracique il y a exaspération des influences normales de la respiration sur le pouls. On voit se produire le phénomène que les Allemands ont décrit sous le nom de *pouls paradoxal*. Souvent encore les anévrysmes de l'aorte déterminent une compression du nerf récurrent, et alors, avec le pouls paradoxal, on peut observer une véritable sténose du larynx. D'après M. Franck, la persistance du canal artériel agit sur le pouls à peu près de la même façon que les anévrysmes thoraciques.

M. HANOT fait remarquer que le pouls paradoxal est un symptôme qui appartient à la *médiastinite*, décrite par Kussmaul, et qui est, pour ainsi dire, pathognomonique de la maladie. Dans la médiastinite le nerf créurrent est toujours englobé ; la lésion du nerf récurrent exerce une grande influence sur la production du pouls paradoxal.

Changements de couleur survenant chez certains poissons à la suite de l'extirpation d'un œil. — M. Georges POUCHET expose les résultats des nombreuses expériences qu'il a poursuivies depuis plusieurs mois, dans le but de s'assurer si l'extirpation d'un œil, chez certains poissons, était suivie d'un changement de coloration dans le côté opposé.

A Châtillon-sur-Seine, il a opéré sur des truites qui, après avoir été privées de l'œil droit, devenaient noirâtres sur tout le côté gauche. Dans une rivière à fond bourbeux qui coule près de Rouen, l'expérience est restée négative : les truites éborgnées ne changeaient pas de couleur.

Enfin, dans une autre rivière de Normandie, à fond très-clair, M. Pouchet a obtenu des résultats comme à Châtillon-sur-Seine. Les truites auxquelles il avait enlevé l'œil droit le 8 octobre, avaient subi une transformation complète six semaines après : le côté gauche présentait une teinte vieux-chêne, le côté droit une teinte sapin-clair.

Passant à l'explication de ce singulier phénomène, M. Pouchet prétend qu'en enlevant un œil de la truite on paralyse les cellules pigmentaires du côté opposé. Ce phénomène n'est d'ailleurs susceptible de se produire que sur des poissons qui vivent au fond de l'eau et qui nagent tantôt sur un fond de verdure, tantôt sur un fond de sable.

Paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée. — M. Gaston GRAUX offre en hommage sa thèse inaugurale, dans laquelle il a étudié une forme particulière de paralysie du moteur oculaire externe. Voici les conclusions de ce travail : 1° Il existe sur le plancher du 4e ventricule une région très-limitée (*eminentia teres*), dont les altérations pathologiques se traduisent par un symptôme caractéristique : la paralysie du muscle droit externe d'un œil avec inaction conjuguée du muscle droit interne de l'œil droit.

2° Cette paralysie du muscle droit interne n'est pas, dans certains cas, absolue : elle apparait ou disparait selon le muscle de l'autre œil avec lequel ce droit interne paralysé entre en synergie. — 3° La présence de ce symptôme permet d'affir-

© BIU Santé

mer que le noyau de la 6me paire est intéressé. — 4° Jamais la paralysie du droit interne de l'œil sain ne s'observe dans les paralysies périphériques de la 6me paire.

5° On peut différencier *la paralysie centrale de la 6me paire de la paralysie périphérique*, en disant que la déviation secondaire de l'œil sain consiste dans le premier cas en un *strabisme externe*, dans le second en un *strabisme interne*.

Au point de vue de l'anatomie et de la physiologie M. Graux formule encore les conclusions suivantes :

a) Le noyau d'origine de la 6me paire ne fournit pas seulement le nerf moteur oculaire externe, il fournit encore un filet au muscle droit interne de l'œil du côté opposé.

b) Le muscle droit interne est, de plus, sous l'influence de la troisième paire. En effet, il existe un faisceau de fibres nerveuses longitudinales étendues, sous le plancher du 4me ventricule, du noyau de la 6me paire d'un côté au noyau de la 3me paire du côté opposé.

M. Dastre communique le résultat de recherches entreprises en commun avec M. Morat sur l'*innervation vaso-dilatatrice*. Ces recherches font suite à celles que les physiologistes ont publiées sur l'action vaso-motrice du cordon sympathique et des nerfs des membres. La conclusion la plus générale qu'ils en ont tirée s'énonce en disant qu'il n'y a point de nerfs vaso-dilatateurs périphériques dans le tronc du sciatique et par analogie dans les troncs nerveux de même ordre, émanés du plexus brachial ou du plexus cervical.

Cependant la dilatation étant un phénomène physiologique lié normalement à l'activité fonctionnelle ou nutrition des parties, il y a lieu de se demander où sont les dilatateurs correspondants aux vaso-constricteurs des nerfs des membres. En les poursuivant dans les troncs complexes, on les cherchait où ils n'étaient point; mais il convient de se poser la question de savoir où ils sont réellement.

Pour répondre à cette question MM. Dastre et Morat ont entrepris l'exploration du sympathique abdominal et des branches d'origine du sympathique cervical, en recherchant le sens de leur action vaso-motrice suivant qu'on les sollicite en amont ou en aval des ganglions.

Sur un chien légèrement curarisé, on découvre le ganglion cervical inférieur et les rameaux qui les relient au premier ganglion thoracique, les rameaux entourent l'artère sous-clavière en constituant l'anneau de Vieussens; l'un, superficiel, est directement étendu entre les ganglions; l'autre, plus profond, simple ou double, décrit une anse et n'atteint les ganglions qu'après avoir fourni les deux principaux nerfs cardiaques. La situation et les rapports variables de ce rameau le rendent parfois difficile à découvrir.

L'excitation de ce filet détermine une dilatation très-appréciable de la muqueuse buccale du côté excité, à l'exclusion de la langue et du pharynx.

Si l'on coupe le filet nerveux après l'avoir lié et qu'on excite le bout adhérent au ganglion cervical, on observe que l'excitation a les mêmes effets dilatateurs, tandis que si l'on porte l'excitation sur le cordon sympathique au-dessus du ganglion, on déterminera la constriction des vaisseaux et la pâleur de la muqueuse.

En admettant que l'on ait pu éliminer toutes les causes d'erreur qui peuvent s'introduire dans des expériences de ce genre, leur conclusion serait de nature à éclairer les fonctions actuellement inconnues des ganglions sympathiques. Dans ces organes se ferait la connexion des nerfs vaso-dilatateurs et vaso-constricteurs et l'action de ceux-ci sur ceux-là. Une connexion du même genre peut se faire dans des amas ganglionnaires comparables aux ganglions sympathiques et plus voisins de la périphérie, situés dans l'épaisseur même des organes (nerf lingual) ou à une faible distance du réseau vasculaire (ganglion sous-maxillaire), les résultats forment série et font comprendre les variations apparentes de l'innervation vaso-dilatatrice. En particulier, pour le sciatique, c'est entre la moelle et les ganglions du sympathique abdominal qu'il faut chercher les vaso-dilatateurs du membre inférieur. Les expériences de MM. Dastre et Morat sont de nature à confirmer cette vue.

Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 novembre 1878. — Présidence de M. Baillarger.

M. le docteur Léon Labbé fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Des indications de la création d'un anus artificiel dans les cas de cancer du rectum.* — Ce travail se résume dans les conclusions suivantes : 1° dans l'état actuel de la chirurgie, les opérations pratiquées sur le rectum ont acquis, grâce aux perfectionnements apportés dans ces dernières années, un degré de précision et d'innocuité remarquables ; 2° malgré ces progrès réels, on est en droit de se demander si, dans le cas de cancer du rectum, l'intervention directe est toujours utile et si, quelquefois, elle n'a point l'inconvénient de hâter la marche de la maladie ; 3° la plupart des observations démontrent que, le plus souvent, la récidive a lieu au bout de quelques mois; 4° en présence de ces résultats, on doit se demander s'il ne serait pas souvent préférable de laisser évoluer la maladie sur place, sauf à parer, par une opération à distance, à la conséquence la plus redoutable de la maladie : l'obstruction complète ou incomplète de l'intestin ; 5° dans le cas d'obstruction complète, l'indication est tellement nette, qu'il n'y a pas à hésiter : on doit établir un anus contre nature ; 6° même quand les matières fécales peuvent encore être expulsées, si elles circulent difficilement et déterminent par leur passage au niveau des parties malades, une irritation incessante et des douleurs intolérables, il est encore indiqué d'intervenir pour détourner les matières de leur cours normal, et rendre, par ce fait, *la vie plus supportable et peut-être retarder la marche du mal*; 7° la pratique, principalement celle des chirurgiens anglais et américains, démontre que les malades retirent un véritable bénéfice de la *création d'un anus contre nature à une époque relativement rapprochée du début de la maladie ;* 8° l'indication de cette opération était ainsi posée, le chirurgien peut choisir entre la méthode de Littre (création d'un anus dans la région iliaque) et celle de Callisen (création d'un anus dans la région lombaire) ; 9° la première, dans laquelle on doit intéresser le péritoine, peut donner des résultats satisfaisants, grâce surtout à l'emploi de la suture faite préalablement à l'ouverture de l'intestin; 10° néanmoins la méthode de Callisen, à laquelle les travaux d'Amussat ont donné toute sa valeur, paraît devoir être préférée, parce qu'elle permet d'arriver à l'intestin sans traverser le péritoine, et parce que la situation occupée par le nouvel anus, semble favorable à l'application des appareils susceptibles de pallier cette infirmité.

M. Pasteur lit un mémoire ayant pour titre : *Chimie physiologique; examen critique d'un écrit posthume de Claude Bernard sur la fermentation alcoolique.* La *Revue scientifique* ayant publié au mois de juillet dernier, un manuscrit de Claude Bernard dans lequel les découvertes de M. Pasteur se trouvaient attaquées, ce dernier se mit en mesure de répondre avec des arguments nouveaux, ayant pour base l'expérimentation. Cl. Bernard, pour expliquer la fermentation alcoolique, suppose un ferment soluble et admet ainsi la génération spontanée de la levûre du raisin, en concluant que le ferment du raisin ne produit pas de germes extérieurs. Dans une série d'expériences entreprises dans le but de vérifier les assertions de M Bernard, M. Pasteur se trouve autorisé à conclure que le ferment soluble en question n'existe pas. En résumé, dit M. Pasteur en terminant, le manuscrit de Claude Bernard est une tentative stérile de substituer à des faits bien établis, les déductions d'un système éphémère. La gloire de notre illustre confrère ne saurait en être diminuée. Les erreurs de ceux qui, dans les sciences, ont accompli une vaillante carrière n'ont que l'intérêt philosophique qui s'attache à la connaissance de notre humaine faiblesse. « Ces hommes ne sont grands que par les services qu'ils ont rendus, » maxime que je suis heureux d'emprunter à l'une des pages du dernier ouvrage que Cl. Bernard nous a laissé en mourant.

M. Jules Rochard présente, au nom de M. l'abbé Néel, aumônier de la marine : 1° un appareil pour les fractures non consolidées de la rotule ; 2° un bras et un avant bras artificiels construits d'après un nouveau système. Ce système consiste : 1° dans l'emploi d'une main toujours fermée, faisant

© BIU Santé

l'office de porte-outil universel : 2° dans l'obtention automatique des mouvements latéraux du poignet et du coude, par le moyen de tiges métalliques placées en excentriques sur la charpente du bras et de l'avant-bras. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 14 juin. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

4. Abcès du ligament large gauche. — Double salpingite — Mort par péritonite ; par J. PIOGER, interne provisoire.

La nommée Pierre Claire, âgée de 36 ans, ménagère, entre, le 24 décembre 1877, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, service de M. Alph. GUÉRIN. Cette femme, douée d'une bonne santé habituelle, bien réglée, n'ayant jamais été traitée pour une maladie de matrice, se plaint, depuis un mois, de douleurs violentes au niveau de la fosse iliaque gauche, à la suite, dit-elle, d'un coup de pied qu'elle aurait reçu dans le ventre, au moment de ses règles. Elle a voulu continuer ses occupations, mais bientôt la douleur l'a obligée à garder le lit. Son médecin lui fit appliquer huit sangsues sur le point douloureux, mais elle n'en éprouva qu'un soulagement de courte durée, et elle a dû se décider à entrer à l'hôpital. A son entrée, outre un amaigrissement notable, on constate une tuméfaction dans la fosse iliaque gauche assez nettement limitée en haut par un bord transversal : le toucher très-douloureux permet de constater une dépression du cul-de-sac latéral gauche par une tumeur molle, fluctuante, du volume d'un œuf de poule ; le palper abdominal, combiné au toucher, montre la dépendance des deux tuméfactions, permet de sentir la fluctuation et de constater la mobilité de l'utérus. Rien au col ni à droite. Le ventre est à peine ballonné ; la malade a des nausées, mais pas de vomissements ; la fièvre est peu considérable. Le traitement consistera dans le repos absolu au lit, dans l'application d'une série de vésicatoires volants et dans quelques purgatifs.

Au mois de février, l'état reste à peu près le même ; la fluctuation est de plus en plus manifeste, les téguments commencent à s'amincir et à rougir. Le 18 février une ponction avec l'appareil Dieulafoy, retire environ 250 gr. de pus verdâtre et bien lié.

Le pus se reproduit très-rapidement et bientôt la poche est aussi tendue qu'avant la ponction. Le 27 février, M. Guérin pratique une incision à la partie externe de la fosse iliaque au niveau du point le plus fluctuant : il s'écoule encore une grande quantité de pus ; après un lavage superficiel à l'acide phénique, sans injection dans le foyer, on applique un pansement ouaté, mais le pus ne tarde pas à couler autour du pansement, ce qui nécessite un renouvellement fréquent : la suppuration continuant à se faire abondamment, on fait un pansement humide à l'acide phénique.

Au commencement du mois de mai, la malade atteint un degré d'émaciation extrême ; elle a un aspect terreux ; le pouls est faible, fréquent, la température oscille autour de 38° ; le matin de 37°.4 à 38°, le soir de 38° à 38°,6 ; l'appétit est nul, la malade peut à peine supporter d'être levée dans un fauteuil pendant quelques heures ; elle accuse de temps en temps de petits frissons ; elle ne tousse pas et l'examen de la poitrine n'offre rien à noter. On voit un commencement d'eschare au niveau du sacrum, du grand trochanter et de l'épine iliaque gauche antérieure : la fosse iliaque présente un empâtement plus diffus, on sent une résistance rappelant celle de la péritonite. L'exploration du foyer avec un stylet et une sonde de femme, ne fait découvrir aucune lésion osseuse capable d'expliquer la persistance de cette suppuration : on essaie de placer un drain qui cause des douleurs à la malade et ne peut être supporté.

La malade va ainsi en s'affaiblissant de plus en plus jusqu'au 2 juin ; ce jour-là, à la visite du matin, elle accuse de violentes douleurs dans le ventre et dans le membre inférieur droit ; celui-ci est le siége d'une phlegmatia alba dolens ; le ventre très-douloureux à la palpation, n'est pas très-ballonné, mais il l'est cependant plus que d'habitude ; la malade a des nausées, mais pas de vomissements ; le pouls est faible et très-fréquent, le facies est grippé, et les extrémités sont refroidies ; le traitement consiste en un cataplasme laudanisé sur le ventre, une injection sous-cutanée de morphine et une potion de Todd. La malade meurt à deux heures de l'après-midi.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, nous avons trouvé une péritonite généralisée ou à peu près ; un peu de liquide citrin dans le flanc droit ; un pointillé blanchâtre et des fausses membranes sur les anses intestinales ; à la partie inférieure, les fausses membranes paraissent plus anciennes, surtout du côté de la fosse iliaque gauche ; au premier abord, on pourrait songer à une péritonite tuberculeuse, mais une étude plus attentive nous a montré qu'il n'en est rien.

En essayant de dissocier les organes du côté de la fosse iliaque gauche, nous découvrons du pus dans la séreuse péritonéale, mais ce pus provient d'une rupture faite par les tractions. Dans le petit bassin, l'utérus est libre, les culs-de-sac vésico-utérin et recto-utérin sont intacts ; le ligament large gauche seul, est le siége de modifications importantes. La trompe gauche, très-épaissie, forme un gros cordon blanchâtre qui se replie en arrière et vient s'ouvrir dans une poche purulente, occupant la partie postérieure et supérieure du ligament large gauche. Cette poche communique avec une autre plus inférieure et formée de parois anfractueuses avec de petites concrétions blanchâtres à l'intérieur ; sur un point de ces parois, un petit kyste séreux ; les rapports de cette poche purulente et la présence de ce kyste, portaient naturellement à penser à une ovarite suppurée, mais l'examen histologique n'a montré que du tissu fibreux et quelques faisceaux de fibres musculaires lisses sans traces d'ovules ; quant à l'ovaire, nous n'avons pu en retrouver les traces. Enfin, un troisième foyer occupe la base du ligament large, accolé à la partie latérale gauche de l'utérus ; il communique avec les deux autres ; c'est la tumeur formée par ce dernier foyer que l'on sentait par le toucher vaginal. — L'utérus est sain.

Le ligament large droit ne présente rien à noter sauf une disposition intéressante de la trompe : celle-ci forme un gros cordon fibreux blanchâtre, très-dur, qui remonte obliquement dans la fosse iliaque et vient se terminer au-dessus de la crête iliaque, en avant du muscle carré des lombes, dans une poche purulente, du volume d'un gros œuf de poule, donnant accès sur l'extrémité dénudée de l'apophyse transverse de la troisième vertèbre lombaire ; le canal de la trompe est dilaté et anfractueux dans sa partie supérieure, mais il se rétrécit en bas, de sorte que l'isthme de la trompe est normal.

Les autres organes n'ont rien présenté d'important à signaler ; le rein droit était volumineux et décoloré ; le foie était gras ; les poumons n'offraient pas trace de tubercules ; le droit était congestionné à la base.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante au point de vue clinique comme au point de vue anatomique. En effet, nous l'avons vue débuter d'une façon assez franche à la suite d'un traumatisme, pour qu'on pût croire soit à un adéno-phlegmon juxta-pubien, comme l'avait diagnostiqué M. Guérin à l'entrée de la malade, soit à un phlegmon péri-utérin ; mais, d'une part, la suppuration est survenue assez rapidement chez cette femme en dehors de toute influence puerpérale, et, d'autre part, cette suppuration a pris un caractère de persistance et d'abondance qui la rapprochait tout naturellement d'une affection osseuse ; enfin, cette collection purulente assez nettement limitée et ouverte à l'extérieur, s'est cependant terminée par une péritonite.

Mais c'est surtout au point de vue anatomique que cette observation nous paraît digne d'intérêt. D'un côté, la trompe droite offre une disposition que rien dans les antécédents de la malade ne peut nous expliquer ; cette trompe communique avec un abcès ossifluent qui est demeuré latent sur le vivant et ne paraît avoir aucun rapport avec ce que nous trouvons à gauche. De ce côté, en effet, nous avons un abcès du ligament large, nettement limité, constitué par trois poches qui communiquent entre elles ; l'une nous paraît manifestement développée aux dépens de la trompe ; l'autre, probablement dans l'ovaire ; qui est le point de départ de cette suppura-

© BIU Santé

tion ? L'ovaire, la trompe ou le tissu cellulaire du ligament large ? Il nous semble difficile de prononcer. — Cette suppuration a entraîné de la péritonite adhésive au pourtour, et la formation d'autres foyers purulents; c'est par ces dernières collections que le pus s'est frayé un passage vers l'extérieur, et c'est par leur rupture que s'est formée la péritonite finale. Ce n'est point, en effet, en gagnant la paroi abdominale antérieure et en venant former un plastron abdominal que le pus est venu sortir en avant; le pus n'a point fusé, non plus, à travers l'échancrure sciatique en suivant les vaisseaux, comme le prétendait Jarjavay; mais il est resté circonscrit dans l'épaisseur du ligament large, comme cela aurait toujours lieu d'après M. Guérin, grâce à la disposition des aponévroses qui ferment en bas et en avant la loge cellulaire du ligament large ; la propagation à la paroi abdominale, la formation du plastron des auteurs, serait propre à l'adéno-phlegmon juxta-pubien.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. F. GUYON.

M. VERNEUIL dépose une observation de M. ERHMANN relative à un corps étranger, une balle de revolver libre dans le genou et qui a été extraite par la taille articulaire : le pansement antiseptique ouaté a été employé et le succès a été complet.

M. TH. ANGER lit un travail sur un cas de tuberculose de la choroïde pris, pendant plusieurs mois, pour une irido-choroïdite de nature syphilitique. Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qui entre à l'hôpital avec les vestiges d'un chancre induré et une vaginite des mieux caractérisées. Bientôt survinrent, en même temps que les signes d'une syphilis secondaire, (roséole, plaques muqueuses, adénopathies), des accidents du côté de l'œil gauche et que l'on crut être les débuts d'une irido-choroïdite syphilitique : Il faut noter qu'à ce moment l'état général de la jeune malade paraissait excellent de tous points. Mais, tandis que les troubles oculaires évoluaient, que la vue se perdait complètement et qu'un décollement rétinien se formait, des phénomènes de tuberculose apparurent dans les poumons et bientôt la phthisie fut confirmée; c'est alors que, constatant la marche particulière de l'affection oculaire, on en vint à soupçonner l'existence possible de tubercules de la choroïde et l'observation ultérieure démontre le bien fondé de cette hypothèse, car au bout de quelques mois la malade mourait, et l'autopsie permit de constater l'existence, dans la plupart des viscères, vessie, utérus, trompes utérines, rein, poumon, des masses caséeuses abondantes.

L'œil fut examiné avec le plus grand soin : conjonctive, cornée, cristallin ne présentaient aucune altération, mais au-dessous de la choroïde, et décollant la rétine, se trouvait un tubercule de la grosseur d'un petit pois et diverses membranes de l'œil paraissaient envahies à ce niveau : il y avait même une adhérence avec la sclérotique. L'examen microscopique, pratiqué dans le laboratoire de M. Robin, a prouvé qu'il s'agissait bien là des tubercules. Du reste, M. Anger met des préparations à la disposition de ses collègues.

M. Anger revient sur quelques-unes des particularités de cette observation : il montre les difficultés du diagnostic : la jeune fille était syphilitique, elle n'était point encore tuberculeuse; ne devait-on point songer à une irido-choroïdite syphilitique. Le diagnostic réel n'a été pris que lorsque la tuberculose s'est montrée. Cependant, il y a certains signes, entre autres la perte totale de la vision, si remarquable dans ces cas, mais absente, du moins à ce degré, dans les affections choroïdiennes syphilitiques, qui pourrait aider pour mettre sur la voie de la véritable affection. C'est avec le sarcôme de la choroïde que la confusion paraît surtout probable. M. Anger s'occupe enfin des indications thérapeutiques : dans son cas, au contraire de ce qui se rencontre habituellement, la tuberculose de l'œil a précédé celle des autres viscères. Si le diagnostic eût été plus précoce, n'y avait-il pas indication à énucléer l'œil pour empêcher la tuberculose de gagner les autres organes et de se développer dans d'autres tissus ? M. Anger le pense, et c'est le traitement qu'il propose.

M. TERRIER. L'observation que vient de nous lire M. Anger me semble intéressante de tous points, mais je ne saurais ainsi suivre l'auteur jusque sur le terrain thérapeutique et l'énucléation me paraîtrait une opération hasardeuse. La jeune fille n'était pas tuberculeuse, nous dit-il, lorsque les produits caséeux se sont déposés sur la choroïde : il est fort difficile de le savoir, et pour ne pas être accessible aux moyens d'investigation dont dispose le médecin, la tuberculose des viscères peut n'en pas moins exister. Et puis le diagnostic de la tuberculose primitive de la choroïde est chose difficile; en général, on ne le reconnaît que lorsque les soupçons, comme dans le cas particulier, du reste, sont éveillés par d'autres manifestations tuberculeuses ; le décollement de la rétine, constaté par M. Anger, appartient à trop de maladies oculaires pour être d'un sérieux appui. D'ailleurs, la tuberculose choroïdienne primitive serait-elle reconnue longtemps à l'avance, je ne pense pas que l'énucléation de l'œil puisse s'opposer à l'envahissement de la tuberculose des poumons ou des autres viscères.

M. ANGER répond que l'examen le plus attentif et plusieurs fois répété lui avait montré l'intégrité absolue du poumon; lorsque l'irido-choroïdite apparut, la malade n'était point phthisique, et c'est pour éviter la généralisation qui, dans le cas particulier, est survenue quatre mois après, qu'il proposerait l'extirpation du globe oculaire tuberculeux.

M. PANAS. Jusqu'à cette heure, la plupart des auteurs semblent d'accord pour déclarer la tuberculose oculaire comme une affection surtout consécutive et qui ne se manifeste que lorsque des autres viscères sont depuis longtemps atteints. C'est presque toujours une trouvaille de nécropsie, et pendant la vie, le tubercule a été rarement diagnostiqué. C'est en faisant l'autopsie attentive d'yeux de tuberculeux que les granulations ont été découvertes. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, et je pourrais citer deux observations où l'énucléation fut pratiquée pour une sorte de panophthalmie et l'examen de l'œil me prouva que, dans ces cas, il existait des nodules tuberculeux sur la choroïde : or, les deux malades ne paraissaient pas tuberculeux ; je crois donc que la tuberculose primitive oculaire existe, et qu'elle peut être la première manifestation de la tuberculose.

M. TERRIER. Les observations que nous communique M. Panas prouvent que la tuberculose des membranes de l'œil peut être primitive. C'est un fait intéressant et qu'il est bon de noter; mais la conclusion thérapeutique de M. Anger ne me paraît cependant pas acceptable et je n'énucléerais pas l'œil plus pour des dépôts caséeux de la choroïde que je n'enlève un testicule tuberculeux.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Le débat, il me semble, pourrait-être élargi, et l'on pourrait invoquer la plupart des productions tuberculeuses qui se font sur les muqueuses et sur les téguments ; les altérations caséeuses de la langue et des lèvres, du voile du palais, de la conjonctive et de la marge de l'anus; on a reconnu que certaines d'entre elles étaient souvent primitives; qu'elles étaient la première manifestation de la diathèse ; que la tuberculose viscérale n'apparaissait parfois qu'un long temps après ces ulcérations superficielles. Mais on n'en a point conclu qu'il fallait enlever ces ulcères tuberculeux pour éviter l'envahissement de l'économie tout entière.

M. ANGER est heureux qu'un homme de l'autorité de M. Panas ait observé, lui aussi, des cas où la tuberculose oculaire a été primitive. Le cas qu'il présente n'est donc pas isolé; les auteurs, du reste, rapportent quelques exemples semblables ; il en a rencontré d'analogues dans Mackenzie et dans Jacobs. Quant à la thérapeutique, il se borne à proposer l'extirpation de l'œil tuberculeux comme on a proposé l'ablation des testicules infiltrés par les néoformations; il n'ignore pas que tous les chirurgiens ne sont pas pour une opération aussi radicale, mais beaucoup, même parmi les plus prudents, défendent et pratiquent cette opération.

M. VERNEUIL. Il me semble nécessaire de scinder le débat; deux questions sont en présence, l'une a trait à l'anatomie

© BIU Santé

pathologique et l'autre à la thérapeutique. Sur la première, le doute n'est plus permis, l'observation de M. Anger, les faits rapportés par M. Panas prouvent l'existence de la tuberculose primitive des membranes oculaires.

Mais la question de thérapeutique n'est point vidée : et l'extirpation de l'œil, dans les cas de tuberculose, n'est pas, du moins je le suppose, prête d'entrer dans la pratique. Certainement M. Panas a énucléé l'œil dans les deux observations qu'il nous a citées. Mais il y avait une indication particulière. Et je pense que cette question de thérapeutique doit elle-même être divisée : je pense que, dans une série de cas, l'extirpation pourra être pratiquée, non pas pour la tuberculose elle-même, mais pour une complication de la tuberculose : un œil est très-enflammé, très-douloureux, suppurant, il y a une panophthalmite; M. Panas l'énuclée, rien de mieux; mais il y aurait eu seulement tuberculose, M. Panas ne l'aurait point enlevé pour empêcher la généralisation. Cette question est maintenant jugée; les exemples produits par Dufour, dans sa thèse, sur la tuberculisation des organes génito-urinaires, a donné les lamentables histoires d'individus que l'on castrait et chez lesquels le second testicule, la prostate, les divers viscères n'en étaient pas moins successivement envahis.

M. Trélat. Je n'ajouterais rien à ce que vient de dire M. Verneuil s'il ne s'agissait pas d'une grosse question de doctrine où il est bon que chacun motive son opinion. Mais je partage absolument son avis : ce n'est pas contre la tuberculose localisée momentanément à tel ou tel point que l'on intervient, mais contre une complication quelconque. Lorsque je me suis occupé de tuberculisation de la langue dont parlait tout à l'heure M. Lucas-Championnière, j'ai parfois proposé la cautérisation au fer rouge, non point dans l'espoir de détruire le germe tuberculeux et d'empêcher ainsi l'infection de tout l'organisme, mais l'ulcère était douloureux; je voulais faire disparaître le foyer douloureux. L'année dernière il m'est arrivé d'enlever un second testicule chez un individu déjà châtré du premier. Mais il s'agissait d'un moignon atrophié, suppurant, fongueux, inutile et laid; le malade réclamait l'ablation; j'ai satisfait à son désir. Voilà la pratique de M. Verneuil, voilà le mieux, et je crois que beaucoup de chirurgiens pensent comme nous.

Cependant la question d'énucléation dans le cas de tubercule pourra reparaître; mais voici comment : si le tubercule se développe dans la choroïde, dans le segment antérieur et près de la zône ciliaire, peut-être pourra-t-il provoquer dans l'autre œil des signes d'ophthalmie sympathique· l'extirpation, dans ce cas, sera peut-être proposable. En résumé donc, comme thérapeutique générale, l'extirpation me semble devoir être condamnée, mais un tel cas pourra se présenter où il faudra y recourir.

M. Anger. Mais ces accidents locaux existaient dans le cas que je relate; il y avait une vive inflammation; l'irido-choroïdite était intense, très-douloureuse; la vision était complètement perdue, aussi me semble-t-il qu'on pourra agir pour le testicule comme pour le sarcôme de la choroïde qui présente des signes à peu près sembables et proposer l'énucléation.

M. Hue (de Rouen) lit une observation sur un cas d'inversion *totale* de l'utérus traitée avec succès par la ligature élastique. Au bout de 40 jours l'utérus est tombé; il n'y a eu aucune espèce d'accidents, et cependant la femme qu'il opérait était fort épuisée par des hémorrhagies successives.

P. Reclus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

A la séance du mercredi 23 octobre, la Société a reçu communication de deux rapports très-intéressants ; l'un de M. Proust sur le pélérinage de la Mecque et ses dangers au point de vue de la propagation des épidémies, l'autre de M. Javal sur l'hygiène de la lecture. Lors de la discussion générale nous reviendrons sur ces deux rapports dont nous donnerons une analyse sommaire.

Dans la même séance, M. Lacassagne, appelé en Algérie, a envoyé sa démission de secrétaire général; il sera remplacé par M. Napias, secrétaire-général adjoint, jusqu'au prochain renouvellement du bureau.

Séance du 27 novembre. — Présidence de M. Gubler.

M. Jager (d'Amsterdam), membre correspondant, désire appeler l'attention sur les travaux qui viennent de s'accomplir dans différents pays, grâce à la Société des *Eaux potables*, fondée le 11 août dernier, à la suite du Congrès international d'hygiène. Cette Société qui compte des membres éminents par leur science et leur position dans les divers Etats de l'Europe, a su donner une vigoureuse impulsion aux études relatives à cette question si importante. En Hollande, le ministre vient d'envoyer dans toutes les communes, le questionnaire suivant : 1° qu'elle est l'eau potable en usage dans les communes; 2° comment se la procure-t-on ; 3° comment la conserve-t-on ; si elle est conservée dans des citernes, quel est leur mode d'entretien et de construction ; 4° indiquer la provenance de l'eau potable (source, puits ou rivière). L'Allemagne et la Grèce viennent d'adopter cette mesure ; l'Angleterre s'en occupe également. De son côté, la France n'est pas restée en retard, le ministre des travaux publics a nommé une commission supérieure chargée de faire des études dans cette voie. Tout fait donc espérer que des progrès importants vont être réalisés; mais, c'est en vulgarisant la question, en la faisant publique que l'on en comprendra l'importance, il compte sur les hygiénistes pour accomplir cette dernière tâche.

M. Leven donne communication d'un travail sur l'*hygiène de l'estomac*. A l'heure actuelle, les médecins ne possèdent aucune méthode certaine qui puisse les guider dans le choix de l'alimentation: pour la plupart d'entr'eux, le meilleur régime est celui que le malade préfère, celui qui est le mieux supporté. Cela provient de ce que, induit en erreur par les données physiologiques actuelles, on s'est mépris sur le véritable rôle de l'estomac. Il est chargé seulement de chimifier les aliments et de les réduire en pulpe. Chaque aliment, chaque médicament a une action déterminée sur l'estomac, et cette action est la même chez tous les individus; tous congestionnent la muqueuse, excitent sa fibre, et si l'action est trop vive, irritante, il y a inflammation. M. Leven, passant en revue les différentes substances alimentaires, dit que la viande est l'aliment par excellence, c'est le vrai régulateur de l'estomac, celui qui excite sa fibre au degré convenable, et, dans la guérison des dyspepsies, le régime animal l'emporte de beaucoup sur le régime lacté. La viande doit être mangée grillée, rôtie ou bouillie; elle perd ses bonnes qualités et devient nuisible si elle est accomodée en ragoût avec du beurre ou de la graisse. La viande de porc, trop grasse, doit être rejetée de l'alimentation. — Le poisson est un bon aliment, mais il faut éviter ceux qui contiennent une forte proportion d'huile, comme le maquereau, le saumon, l'anguille qui en ont 5 0/0. User très-modérément du homard, des moules et des huitres. — Les végétaux sont, pour la plupart, très-indigestes, et ceux qui en vivent exclusivement deviennent tous dyspeptiques. Les champignons, les truffes, les choux sont très-nuisibles; seuls, la lentille, le haricot et le marron, préalablement réduit en bouillie, peuvent servir à l'alimentation.

Les boissons doivent être prises en quantité très-modérée (les enfants boivent peu et digèrent bien), et la boisson par excellence c'est l'eau. La bière, le vin, l'eau-de-vie causent à l'estomac une irritation proportionnée à leur quantité d'alcool; ils entravent la digestion. On ne saurait trop repousser l'usage de l'absinthe, du vermouth, du bitter, du vin blanc, qui sont absorbés sous le prétexte d'être apéritifs, et qui conduisent, d'abord à la dyspepsie, puis quelquefois à la folie et au crime lorsque l'on en fait une consommation excessive. En résumé, les aliments et les boissons exercent sur l'estomac une action uniforme ; les uns sont salutaires, les autres nuisibles; se servir des uns et éviter soigneusement les autres, c'est le seul moyen de faire de l'hygiène bien entendue.

M. Lunier dit que, lors de la discussion générale, il combattra plusieurs des propositions de M. Leven ; pour le moment, il se contentera de signaler une erreur : c'est celle relative à l'usage du vin. Dans les pays vignobles, on ne trouve

© BIU Santé

pas d'aliénés alcooliques; c'est la consommation de l'alcool distillé qui seule peut produire ces terribles accidents.

M. RIANT, au nom de la Commission des *latrines scolaires*, chargée de formuler les réformes à opérer dans les différentes écoles, lit un rapport très-étudié sur cette question qui intéresse si directement l'hygiène. Après avoir vivement critiqué le régime actuel, démontré l'importance des réformes réclamées, et insisté sur le grand nombre d'enfants qui y sont immédiatement intéressés (Paris 180 000; province 4,000,000, sans compter les écoles secondaires), le rapporteur passe en revue les différents systèmes employés et décrit celui qui réalise le mieux les desiderata de la science. Il insiste également sur la nécessité absolue de pourvoir chaque école d'une personne chargée de la propreté des lieux d'aisance, et dit que le mode actuel de désinfection employé dans les écoles de Paris est tout à fait insuffisant, puisque l'homme de peine chargé de ce soin ne passe qu'une seule fois par jour. Il termine son rapport par les conclusions suivantes:

A. *Mesures d'une application générale et immédiate.* 1° Suppression des fosses permanentes, remplacées par des réservoirs mobiles enlevés très-fréquemment; 2° installation (dans les écoles de garçons) d'urinoirs, au nombre de trois au moins par cent élèves, dans les conditions de construction et de dispositions spécifiées dans le rapport; 3° installation de cabinets d'aisance, au nombre de trois au moins par cent élèves, construits, etc., 4° suppression absolue des ouvertures dites à la turque; 5° adoption partout d'un siége en bois, avec tablette à 30 centimètres au plus au-dessus du sol des cabinets, à lunette de forme ovale, la marge antérieure de la lunette n'ayant jamais plus de 5 à 6 centimètres de largeur. (L'enfant doit s'asseoir sur le siége et ne jamais monter dessus.) Cette inscription sera inscrite dans les lieux; 6° la Société recommande l'adoption du système des *Earth closets* partout où le water-closets est impraticable; 7° nécessité, dans chaque école et pour tout le temps de la présence des enfants, d'un surveillant spécial préposé à la tenue des cabinets d'aisance.

B. *Mesures à établir partout où il sera possible, au fur et à mesure que les conditions d'hygiène générale le permettent.* 1° Application du système diviseur; 2° cuvettes en faïence ou en fonte émaillée à parois verticales, applicables à tous les siéges; 3° appareils automoteurs hermétiques; 4° application d'un siphon au tuyau de chute.

Une discussion sur le rapport s'engage entre MM. RIANT, LUNIER, GUBLER, PÉRIN, DURAND-CLAYE. La discussion et le vote des conclusions est remis à la prochaine séance.

M NAPIAS, au nom de la Commission de l'enseignement de l'hygiène dans les campagnes, vient déposer les conclusions suivantes:

1° En ce qui concerne l'enseignement de l'hygiène dans les écoles primaires, la commission est d'avis que la question doit être réservée; 2° pour les adultes, elle vous propose d'émettre le vœu que des conférences d'hygiène soient instituées dans le local de l'école primaire et dans toutes les communes où la chose est possible. Ces conférences seront faites par des médecins agréés par le conseil d'hygiène et de salubrité et nommés par le préfet; 3° les conférences auront lieu conformément à un programme détaillé, approuvé par M. le ministre de l'instruction publique, et qui comprendrait deux parties distinctes: la première, relative à l'hygiène générale et commune à tous les pays; la deuxième, concernant l'hygiène locale et variable avec le climat et l'industrie de la région; 4° la commission estime, en outre, qu'il convient de charger le président de la Société de transmettre ces vœux à M. le ministre de l'instruction publique et de l'informer que la Société se tient à sa disposition pour la rédaction d'un projet de programme.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

MM. BOUCHARDAT et Emile TRÉLAT sont adjoints à la Commission qui continuera à fonctionner. A. BLONDEAU.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE (1)

XVI. Traité élémentaire d'ophthalmoscopie et d'optométrie; par le docteur Henry ARMAIGNAC. — Delahaye, édit. Paris 1878.

XVII. Du décollement hyaloïdien, d'après 22 bulbes énucléés dans le service du professeur Gayet, de Lyon; par E. AUQUIER, interne des hôpitaux de Lyon. — Montpellier (Bœhm). Paris (J.-B. Baillière), 1878.

XVIII. Etude clinique sur les troubles de la vue chez les hystériques; par L. BARON. — Thèse, 1878 Paris.

XVI. L'auteur a réuni en un volume les leçons qu'il avait été autorisé à faire à l'Ecole pratique. Disons de suite que, malgré son titre, cet ouvrage ne contient pas les matières qui forment aujourd'hui l'ophthalmoscopie, c'est-à-dire l'exposé des résultats fournis par le miroir dans l'examen des membranes profondes de l'œil. M. Armaignac a décrit avec perfection tout ce qui relève de la partie physique de l'ophthalmoscopie et de l'optométrie, mais il a laissé de côté la partie clinique. L'énoncé des chapitres fera, du reste, mieux juger l'ensemble du livre.

La lumière, sa marche dans les milieux parallèles, les lentilles, forment le premier livre. Exposé élémentaire, moins élevé que les leçons du professeur Gavarret, mais suffisant pour le début des études médicales.

Le livre II se rattache à l'ophthalmoscope, c'est-à-dire à la description de l'instrument, à la marche des rayons émis par le miroir. Quelques notions sur les yeux artificiels de Perrin et Landolt, terminent ce chapitre.

Le livre III est consacré tout entier à l'accommodation. C'est en l'exposant que l'auteur établit l'usage du système métrique et des dioptries. Cependant, tant est grande la force de l'habitude, quelques pages plus loin (180), l'auteur donne encore des exemples calculés en pouce.

Après le calcul de l'amplitude de l'accommodation, nous trouvons la description des optomètres de Perrin et Badal. Malgré les justes réserves indiquées par M. Armaignac, nous pensons que pour H, chez les adultes, les optomètres ne permettent pas de mesurer la réfraction, sans atropine. On peut même affirmer qu'entre des mains peu exercées, ces instruments peuvent conduire à des résultats erronés. Il n'est pas rare en effet de voir un H devant l'optomètre, se déclarer satisfait d'une notation myopique légère. Cette circonstance est même si fréquente, qu'elle peut révéler, dans des épreuves incertaines, une forte hypermétropie neutralisée par l'accommodation exagérée.

Les deux derniers livres traitent de l'optométrie pratique, des lunettes et des vices de réfraction. Il y a dans ces dernières parties beaucoup de chapitres nouveaux. La construction des campimètres, les phakomètres, l'aphakie, l'influence de la position des lunettes en avant de la cornée, une longue étude des vices d'astigmatisme, enfin l'anisométropie. Pourquoi l'auteur a-t-il traité si légèrement la mensuration de la réfraction oculaire, avec l'ophthalmoscope, alors que ce moyen est aujourd'hui reconnu comme d'une importance majeure pour les mensurations difficiles? M. Armaignac ne dit rien de la méthode de Schmidt-Rimpler qui constitue au moins une élégante application des foyers conjugués.

Malgré ces observations, ce nouveau traité nous paraît appelé à un véritable succès dans nos écoles. Il est écrit simplement, sans difficultés mathématiques, et cependant il se distingue surtout par l'étude des questions physiques. Le luxe de l'édition, de nombreuses gravures séduisent au premier aspect; les premières pages se lisent aisément, et le lecteur, satisfait de rencontrer en langage aussi clair des théorèmes réputés difficiles, prend la résolution d'aller jusqu'au bout. C'est le meilleur éloge que nous puissions faire de ce livre.

XVII. Le décollement du corps vitré a été décrit la première fois par Ivanoff, le 14 août 1867; Knapp en a publié une observation incomplète; Pagenstacher s'est occupé des décollements de la région ciliaire; Vacca, Brière, Galezowski, n'ont donné que des observations cliniques *sans autopsie*, ni examen pathologique. Mais voici que tout d'un coup un jeune élève du professeur Gayet, en trouve subitement 22 cas dans les énucléations de la clinique lyonnaise. La chose mérite assurément attention, d'autant plus que les convictions de l'auteur se manifestent par des affirmations absolues en anatomie, en physiologie, en histologie. Il est vrai que celle-ci n'est faite qu'avec un grossissement de 30 diamètres, jamais plus, ce qui commence à diminuer singulièrement la valeur des démonstrations. Au fond, cette fréquence du décollement hyaloïdien, repose sur une erreur de langage. M. Auquier nie la hyaloïde qui le gênait, et nomme *décollement* les synchisis partiels postérieurs.

Voici d'abord quelques conclusions anatomiques établies par l'auteur, mais sans base suffisante, dirons-nous. Il n'y a

(1) Voir les nos 8, 10 et 26.

© BIU Santé

pas de zone membraneuse de Zinn; le canal clos désigné sous le nom de canal de Petit, n'existe pas. L'espace péri-lenticulaire est perméable et fait partie de la chambre postérieure. Celle-ci est une cavité réelle, qui s'étend de l'iris au corps vitré ; elle est remplie par de l'humeur aqueuse.

L'espace désigné sous le nom de canal de Petit, est parcouru par des fibrilles de tissu conjonctif distinctes et indépendantes les unes des autres. — Les fibrilles cilio-cristalliniennes sont un assemblage de tendons qui relient les procès à la capsule du cristallin. — La membrane hyaloïde n'existe pas. — Le corps vitré adhérent à la papille est simplement juxtaposé à la rétine jusqu'à la zone ciliaire.

Le corps vitré, de nature *spongieuse*, est composé d'une trame qui contient la vitrine.

Ici même, nous nous arrêterons et nous dirons que si l'anatomie normale isole difficilement la limitante interne, l'anatomie pathologique, à un grossissement qui dépasse, il est vrai, 30 D, sans s'élever au-delà de 300, démontre souvent la présence d'exsudats, de leucocytes entre les deux membranes limitante et hyaloïde. La hyaloïde étant une enveloppe propre du corps vitré, tout décollement hyaloïdien doit entraîner avec lui cette membrane, celle-ci doit être reconnue à la coupe sous la forme d'un liséré amorphe, — ou bien nous retournons à l'opinion émise par Demours, en 1821, au véritable synchisis postérieur.

Après avoir donné l'observation d'Ivanoff, celle de Knapp, faits qui sont loin d'être concluants, M. Auquier figure en chromo-lithographie, le schéma de ses 22 décollements. Dans toutes ces figures, le corps vitré décollé et *ratatiné*, est séparé de la rétine par un liquide plus fluide. M. Auquier, nous le pensons, n'a pu admettre la compression du corps vitré derrière le cristallin, compression qui diminuerait quelquefois des trois quarts le volume de cette humeur. Il est donc certain que ce liquide nouveau, de consistance fluide, qui sépare la partie haute restante du corps vitré d'avec la rétine; il est certain, disons-nous, que ce liquide est constitué par un exsudat provenant de la rétine ou de la choroïde, exsudat mélangé au corps vitré dans ses couches périphériques. — Le microscope retrouve, en effet, dans ce liquide nouveau — non pas à 30 D mais à 250 ; — toutes ces grosses cellules rameuses, caractéristiques du tissu muqueux revenant à l'état embryonnaire. Le synchisis postérieur, malheureusement pour la thèse que nous analysons, est histologiquement démontré dans les conditions précédentes.

L'incompressibilité du corps vitré d'une part, l'examen histologique du liquide, du soi-disant décollement, ne permettent donc pas d'accepter jusqu'à plus ample démonstration, l'existence si fréquente du décollement hyaloïdien.

Si M. Auquier démontre sur des coupes de tout le pôle postérieur, (avec un grossissement non pas de 30 D mais de 250) la rétine, sa limitante, un liquide exsudatif, la hyaloïde, le corps vitré dialysé en partie à travers son enveloppe, — alors il aura démontré le décollement hyaloïdien — et nous ne doutons pas que l'école de Lyon, si riche en matériaux pathologiques ne fournisse bientôt cette preuve convaincante.

XVIII. C'est à la Salpêtrière, sous l'inspiration du professeur Charcot, que cette excellente monographie a été écrite.

Il y a deux ans à peine, la métallothérapie, timide et un peu inconsciente d'elle-même, attaquait l'hystérie, révélait peu à peu dans les allures de ce Protée nerveux des faits d'une précision indiscutable; aujourd'hui, passée au crible d'une observation rigoureuse, la métallothérapie se trouve réduite à l'action similaire d'un courant et d'un aimant, mais elle est devenue un agent de diagnostic et de thérapeutique, précieux, réglé dans ses effets, bien qu'inconnu dans ses intimes variétés d'action. C'est à l'étude des phénomènes d'amblyopie des couleurs qu'appartiennent les meilleurs développements de cette thèse.

Après avoir énuméré les troubles qui peuvent siéger sur l'appareil musculaire de l'œil, externe ou interne : strabismes, lésions de l'accommodation, troubles dont la description est appuyée de bonnes observations cliniques, l'auteur arrive aux perturbations de la rétine par hyperesthésie ou anesthésie. Les symptômes hyperesthésiques se rapprochent, il est vrai, des symptômes névralgiques de la 5e paire. L'anesthésie constitue la lésion principale des hystériques, et l'étude nouvelle que vient d'en faire la Salpêtrière n'est pas une des pages les moins originales dictées par le chef de l'école. — L'anesthésie hystérique de la rétine se divise en deux parties bien distinctes : l'amblyopie et la lésion du sens des couleurs.

Dans l'amblyopie il faut encore reconnaître : la diminution concentrique du champ visuel, la sensibilité à la macula étant normale ; l'hémiopie ou perte de la moitié du champ visuel ; le scotome central passager et l'anesthésie périphérique permanente. L'amblyopie peut-être encore générale, et s'accompagner même de la disparition des phosphènes.

Arrivons au chapitre le plus intéressant; la perte de notion des couleurs. On peut rencontrer la dyschromatopsie, l'achromatopsie partielle ou complète. Le périmètre des couleurs à l'état normal, s'étendant successivement du violet, au centre, au vert, rouge, orangé, jaune, pour atteindre au bleu le plus grand cercle périphérique, (disposition qui ne cadre pas du tout avec l'échelle du spectre solaire), on remarque que chez les hystériques la perte des couleurs est de plus en plus prononcée quand elles ne sont pas perçues dans l'ordre suivant : violet ; violet, vert ; violet, vert, rouge ; violet, vert, rouge, orangé ; violet, vert, rouge, orangé, jaune.

La dyschromatopsie s'exerce en dehors de toutes les règles du daltonisme, telle malade verra le bleu en violet, le violet en gris, le rouge en jaune, et le vert en bleu.

L'achromatopsie peut-être complète et coïncide alors le plus souvent avec l'amaurose, mais quand elle disparaît, elle suit un ordre régulier ; l'intensité visuelle chromatique renait de la périphérie au centre, du bleu au jaune pour arriver au violet.

M. Burq a établi que chaque hystérique avait son métal de réaction ; M. Charcot a bientôt reconnu que le métal permettait de faire découvrir des symptômes d'anesthésie chez les hystériques latentes ; pour la vision, il a établi aussi que le métal faisait perdre ou renaître la sensibilité suivant la gamme que nous avons citée. Ce sont aujourd'hui des faits bien établis par un grand nombre d'observations.

Ces études ne constituent pas un simple fait de curiosité médicale ou physiologique : car, outre l'immense fréquence des hystériques anesthésiques du côté de la rétine, il a été démontré que ces retours successifs, quoique passagers, à la sensibilité, préparaient une cure définitive, et certains cas d'anesthésie cérébrale, non hystériques, ont été guéris définitivement par la métallothérapie. F. PONCET (Cluny).

BIBLIOGRAPHIE

Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur et en particulier de leurs formes anormales ; Leçons cliniques faites à la Charité, par le professeur G. SÉE ; un vol. in-8° de 472 pages, chez Delahaye.

« Il n'est pas en pathologie, dit M. le professeur Sée, de sujet qui semble à la fois plus banal et mieux connu que les maladies du cœur ; et cependant, ajoute-t-il, la question est loin d'être vidée, et ce serait vous bercer d'une étrange illusion que de supposer que vous trouverez au lit des malades la vivante reproduction du tableau en apparence si simple et si clair qui vous est tracé dans tous les livres. »

En effet, à côté des formes que l'on peut appeler classiques et dans lesquelles sont reproduits tous les traits caractéristiques de la maladie, se trouvent d'autres formes beaucoup plus insidieuses, qui exigent, pour être reconnues, toute l'attention d'un observateur exercé. Or, ces formes *anormales* qui méritent à bon droit d'être qualifiées de *frustes* ou de *latentes*, sont beaucoup plus importantes que les premières, non-seulement à cause des difficultés qu'elles offrent pour le diagnostic, mais encore en raison même de la fréquence avec laquelle elles se présentent dans la pratique.

Les faits de cet ordre peuvent être divisés en 4 groupes, répondant aux 4 formes larvées les plus communes. Ce sont :

1° Une forme *asthmatique* ou *dyspnéique*, que l'on pourrait plus correctement appeler forme *pulmonaire*, dans laquelle

© BIU Santé

l'auscultation la plus attentive du cœur ne fait découvrir aucun bruit anormal, aucun signe stéthoscopique appréciable, et qui se traduit par des troubles respiratoires, par des symptômes exclusivement pulmonaires, tels que : asthme, dyspnée, hémoptysie.

2° Une forme *hydropique*. Dans ce cas encore, comme dans la forme précédente, il n'y a pas de signes stéthoscopiques. Le seul phénomène objectif est l'œdème des membres inférieurs, parfois même l'anasarque plus ou moins généralisée, mais sans albuminurie. Ces deux premières formes sont de beaucoup les plus fréquentes.

3° Des formes *fonctionnelles*. Ce groupe comprend des formes plus insidieuses et plus complexes. Les unes sont caractérisées uniquement par des *palpitations*, symptôme relativement rare des maladies du cœur ; une seconde modalité clinique est constituée par les *intermittences* ou par l'*arhythmie*, (irrégularités du cœur et du pouls ; dédoublement des bruits du cœur ; absence de l'un des bruits normaux). Dans d'autres cas, la symptomatologie est constituée presque uniquement par des *syncopes*, bien que, d'une façon générale, les syncopes soient plus rares qu'on ne l'a dit dans les maladies du cœur. Enfin, l'*angine de poitrine* représente parfois la seule phénoménalité de la maladie cardiaque.

4° Un quatrième groupe est celui des formes larvées qui ne se manifestent que par des *troubles cérébraux* et particulièrement par des *vertiges* liés à l'oligaimie cérébrale.

Toutes ces formes (encore n'avons-nous pu indiquer que les principales) sont dans les leçons de M. Sée, l'objet d'autant de chapitres différents, et pour chacune d'elles, le professeur ne s'est pas contenté d'une étude individuelle, abstraite, et qui serait, par suite, forcément incomplète ; mais afin de donner à cette étude un intérêt plus grand et une utilité plus immédiate, il a eu soin de poursuivre les mêmes symptômes dans les autres maladies où ils peuvent aussi se présenter. C'est ainsi qu'à propos de la dyspnée ou des palpitations qui sont en rapport avec les affections cardiaques, il passe successivement en revue toutes les dyspnées, toutes les palpitations, et recherche leurs caractères différentiels suivant la cause, qui les produit.

L'histoire de la *maladie de Basedow* termine la partie de l'ouvrage relative au diagnostic.

Le traitement n'occupe pas une place moins importante dans ces leçons cliniques, et cette étude thérapeutique est elle-même divisée en deux parties : 1° la *thérapeutique générale*, c'est-à-dire l'étude individuelle de chacun des agents qui peuvent être employés dans le traitement des maladies du cœur ; et 2° la *thérapeutique appliquée*, ou, en d'autres termes, l'examen des indications de ces agents médicamenteux dans les diverses formes de maladies de cœur.

La thérapeutique générale est précédée d'une étude succincte, mais complète de *l'innervation du cœur*. C'est qu'en effet, pour bien comprendre le mode d'action des médicaments cardiaques, pour bien saisir l'action intime, *élective*, de ces médicaments, il faut avant tout connaître d'une façon exacte l'innervation si complexe du cœur.

M. Sée étudie alors successivement : la digitale ; le chloral ; les sels de potasse et le bromure de potassium ; la vératrine ; le régime lacté, et enfin, les modificateurs de la respiration (injections de morphine, arsenic, iodure de potassium). Cette étude très-condensée, est cependant complète, au moins en ce qui concerne les affections cardiaques : et chacun de ces agents est considéré successivement au point de vue de son mode d'action, de son action physiologique, de ses applications thérapeutiques.

Mais c'est surtout dans la seconde partie, relative à la thérapeutique appliquée, que les préceptes sont donnés avec une précision minutieuse, pour chacune des formes qui ont été étudiées à propos du diagnostic. C'est en quelque sorte un formulaire, mais un formulaire raisonné, des indications que présentent ces différentes formes, et des moyens de les remplir.

Tels sont, en résumé, les différents points abordés dans l'ouvrage du professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu. Il ne nous appartient pas d'en faire l'éloge ; nous dirons seulement que l'on retrouve dans ce livre les qualités qui avaient déjà signalé les autres publications du même auteur, et en particulier une alliance heureuse de la physiologie exacte et de la clinique. Ajoutons d'ailleurs qu'en parlant de la clinique, nous n'avons pas seulement en vue celle qui se fait à l'hôpital, mais que nous visons plus particulièrement encore les observations suivies avec soin dans la pratique civile ; c'est là, en effet, plus qu'à l'hôpital où les malades ne font en quelque sorte que passer, c'est là que se trouvent les éléments d'une étude fructueuse des affections chroniques, telles que les maladies du cœur, dont les diverses phases se déroulent à des époques plus ou moins éloignées. M. Sée n'a point manqué de faire usage de ces éléments précieux d'enseignement, et ce n'est pas là un des moindres attraits de son livre.

A. S.

VARIA

Ecole des enfants de la Salpêtrière.

Distribution des prix aux enfants de la division des aliénées et aux élèves adultes du gymnase.

Cette cérémonie a eu lieu le 8 octobre. Le vif intérêt que, d'ordinaire, elle excite, s'était accru cette année de la présence de M. le Directeur général de l'assistance publique, qui, lui-même, a voulu la présider. Sur l'estrade, à ses côtés, on remarquait MM. Lebas, directeur, et Beugniez, économe de l'hospice, M. Franck, chef de la division des aliénés à l'Hôtel-de-Ville, MM. Moreau (de Tours), Delasiauve et Auguste Voisin, médecins de la division des aliénées, des internes en médecine ou en pharmacie ; M. N. Laisné inspecteur des gymnases de la Seine, plusieurs employés, etc.

L'enceinte, où les dames semblaient en majorité, offrait un aspect imposant. Chacun s'émerveillait du calme et de la tenue des jeunes malades. Des intermèdes variés accompagnés par leur professeur de chant, M. Cordier, organiste de la chapelle, des scènes agréablement jouées, des récits de fables et de poésies, des exercices de gymnastique, à la fois motrice et vocale, n'ont pas permis à la curiosité de faiblir un instant. De ces derniers surtout, on a admiré la précision qui, faisant honneur à la directrice actuelle du gymnase, reportait la pensée sur celle, si méritante, que l'école a eu la douleur de perdre l'an passé. La répartition des récompenses, enfin, n'a pas été la partie la moins émouvante du programme. D'un choix heureux, nombreuses et unissant l'utile à l'agréable, c'était plaisir de voir l'entrain et les figures épanouies des lauréates qui, à l'appel de leur nom, se précipitaient pour les recevoir.

Sous le charme commun, en ouvrant la séance, M. Möring, dans une brève et gracieuse allocution, justement applaudie, après avoir manifesté toutes ses sympathies pour l'institution et complimenté tous ceux, médecins et fonctionnaires, dont le concours la féconde, a saisi l'occasion de rendre aux deux chefs aimés de l'établissement, MM. Le Bas et Beugniez, un légitime hommage, qui a eu son écho dans les cœurs. Il a ensuite accordé la parole à M. Delasiauve, qui s'est exprimé en ces termes :

Mesdames, Messieurs,

Qu'il me soit permis d'abord, au nom de nos élèves comme à celui des personnes ici présentes qui s'intéressent à leur bien-être et à leurs progrès, de remercier M. le Directeur général d'avoir bien voulu, dérobant quelques heures à ses instantes occupations, venir au milieu de nous, présider cette modeste cérémonie. Sa présence n'est pas seulement un honneur digne de notre reconnaissance; elle nous est surtout une joie et un encouragement; car le bien réalisé appelle de nouveaux efforts qui, dans des conditions moins restreintes, présagent des résultats plus étendus. M. le Directeur général, dont chacun apprécie l'esprit élevé et les tendances libérales, ne peut manquer, en effet, de comprendre, et le point où nous sommes arrivés, et les lacunes malheureusement très-grandes qui restent à combler.

Dans de précédentes allocutions, je me suis attaché, non sans un secret serrement de cœur, à tracer l'historique de l'institution. Après un court résumé des phases respectives, je me propose aujourd'hui, par quelques considérations sommai-

© BIU Santé

res, et de faire ressortir l'importance de l'enseignement des enfants dits arriérés, et de démontrer le mal fondé des préventions motivant, à son égard, sinon l'hostilité au moins l'indifférence.

Son origine date d'hier. On le concevra, si l'on envisage ce qu'était encore, au début de ce siècle, la double question des aliénés et de l'instruction primaire. Pinel, en 1792, fit à Bicêtre, tomber les chaînes des aliénés. C'est seulement à partir de cette époque que, sous son influence et celle d'Esquirol son disciple, se formèrent des services réguliers dans les principaux centres; et que plus tard, grâce aux études de Falret, de Félix Voisin et notamment de Ferrus, fut votée cette magnifique loi du 30 juin 1838, qui, élevant les pauvres insensés à la dignité de madades, et obligeant les départements à les secourir, amena, sur tous les points du territoire, l'érection d'asiles confortables, dont la France, cette grande initiatrice, a le droit de s'enorgueillir.

Quant à l'éducation populaire, dont l'extension, favorisée par la loi de 1833, prend de rapides proportions, elle avait été auparavant si négligée que, dans beaucoup de lieux, moins de vingt habitants sur cent savaient à peine lire et écrire.

Après une telle insouciance envers des êtres normalement doués, chez lesquels on aurait dû songer ou à rétablir la raison troublée ou à développer les facultés natives, quelle sollicitude aurait on pu concevoir pour de pauvres parias, incapables en apparence de cure ou de culture?

Esquirol, cependant attentif à tout, entrevit qu'il y avait là quelque chose à faire. C'est ici même, à la Salpêtrière, dans la division des aliénées, dont il était le médecin en chef, que, sous sa direction savante, furent tentés les premiers essais.

Un de ses internes, que nous avons le bonheur de compter encore dans nos rangs, notre excellent confrère le docteur Belhomme, fut spécialement chargé de les poursuivre.

Sa tâche ne fut point vaine. Les résultats qu'il obtint devinrent la base de sa remarquable thèse inaugurale, soutenue en 1824; elle fait autorité dans la science. Falret, un peu plus tard, reprit des errements momentanément oubliés. Son collègue à Vanves, Félix Voisin, épris de la même cause éducatrice, y consacra plusieurs mémoires. M. Belhomme s'était inspiré du système de Gall, en crédit alors. Non moins enthousiaste et croyant comme lui à la possibilité de développer isolément l'infinie variété des aptitudes indépendantes, Félix Voisin, dans ce but, fonde, rue de Sèvres, avec des enfants que lui confie l'administration hospitalière, une école sous le nom d'*Institut orthophrénique*.

Séduit par l'expérience, le conseil des Hospices prend d'abord le petit asile sous son patronage, puis bientôt, grâce à l'intervention active de Ferrus, devenu inspecteur général, et qui lui-même, dans une large mesure, avait utilisé les travaux manuels pour les pauvres déshérités de l'intelligence, réunit ce noyau d'élèves à la section des enfants de Bicêtre. Telle fut, en 1839, l'inauguration réelle de l'enseignement de cette catégorie intéressante. Félix Voisin, Leuret, leurs adjoints, MM. Moreau (de Tours) et Archambault s'en partagèrent la direction. Il était en plein exercice, quand moi-même, en janvier 1844, je vins remplacer Archambault dans la résidence. L'éclat dont il jouit dans sa nouveauté fut suffisamment justifié par le zèle et l'habileté du maître, M. Séguin, savant expérimenté qui, aujourd'hui, comme médecin, s'est acquis à New-York une notoriété honorable. M. Vallée, qui déjà lui avait succédé, ensuite M. Delaporte, actuellement directeur de la colonie de Vaucluse, ont dignement soutenu l'œuvre si bien commencée.

Malheureusement l'étroitesse et l'imperfection des localités restreignirent notre essor. Le nombre des enfants n'a point varié. Il s'est opéré au contraire des améliorations profitables dans la section. Un dortoir annexe, une salle ouverte aux plus dégradés, exercés par leurs gardiens, ont permis de désencombrer la grande infirmerie, foyer permanent de maladies infectieuses. Un double gymnase, couvert et à l'air libre, rend d'importants services. Dans la classe, vaste mais unique, les enfants se groupent comme ils peuvent, sous une demi-douzaine d'auxiliaires. Quelques uns sont attachés aux offices domestiques ou aux ateliers. La plupart des valides s'occupent aux travaux champêtres ou dans un jardin nouvellement créé.

Quant à la Salpêtrière, exceptionnellement si mal partagée, sauf le gymnase et d'heureux aménagements dûs à notre excellent et zélé directeur M. Le Bas, il a fallu tout le dévouement de Mlle Nicolle, de sa seule adjointe Mlle Florenza et de Mlle Pelletier, sous-surveillante, pour lutter, sans trop de désavantage, contre des obstacles matériels, qui, espérons-le, vont disparaître.

Peut-être, du point de départ, suivant les transformations successives, aurions-nous sujet de nous féliciter. Mais la comparaison tue. Je laisse ici de côté, et la colonie de Vaucluse et le splendide établissement de Gentilly, création de M. Vallée, dont, sans cesse, la prospérité va croissant sous la patriarcale administration des successeurs M. et Mme Otto-Baetge. Ce dernier est un établissement privé, honneur du pays. La colonie de Vaucluse, qui marque une ère nouvelle, et que saura bien féconder son ardent promoteur, M. Billod, est encore en voie de formation. Mes regards se portent vers l'étranger. Au bruit de nos premiers succès, l'attention s'éveille chez les nations voisines. On accourt de toutes parts visiter nos écoles; on s'enquiert des résultats obtenus, des procédés mis en usage, Maintenant, ces curieux sont rares. De quelle longueur nos imitateurs ne nous ont ils pas distancés?

Notre *statu quo* est flagrant. Bicêtre, la Salpêtrière, Vaucluse, réunis, renferment à peine 250 enfants dans des compartiments d'hospices. L'Angleterre, depuis vingt-cinq ans, possède dix à douze asiles spéciaux, grandioses, confortables, répartis dans les comtés, édifiés sur des emplacements choisis et entourés de terrains relativement considérables. Earlswood, seul, compte plus de 670 pensionnaires. L'Allemagne se peuple de maisons analogues, et aux Etats-Unis surtout, la ferveur est telle que, ces jours derniers, Mlle Nicolle et moi, recevions l'offre d'appartenir, en qualité de correspondants, à une société, qui, à Philadelphie, s'est formée en faveur des mutilés de l'intelligence.

A côté de cet empressement exotique, pourquoi notre tiédeur en France? L'irréflexion y est pour beaucoup. Mais certaine philosophie, la plus commune, n'y a pas une moindre part. Faisant dériver du discernement toute éclosion mentale, elle croit volontiers stériles les soins accordés aux déshérités chez lesquels cette faculté fondamentale paraît nulle ou rudimentaire. Cette erreur est plus répandue qu'on ne croit, même parmi les hommes de science. Il y a deux ans environ, un confrère appartenant aux plus hautes sphères médicales, traversait en compagnie ma classe des enfants. Avec un sourire ironique et d'un ton dédaigneux : « que faites vous de « cette plèbe, dit il, rien, n'est ce pas? »

Cette sentence déprimante n'est que la traduction d'un langage commun entre pères de famille et instituteurs, à propos d'écoliers à tête dure. Le père accuse parfois l'insuffisance du maître, le maître; à son tour, s'en prend à l'incapacité de l'élève, ou s'obstine en vain, dit-il, à l'envoyer à l'école, c'est à la fois de l'argent et du temps perdu. Conclusion : abandon de l'enfant, souvent pis. L'un et l'autre ont raison et tort, mutuellement. Aucun d'eux ne connaît la loi de l'organisation morale, ni les indications éducatrices qui en découlent. L'absence de facultés, même essentielles, n'est qu'un motif de plus de s'appliquer à rechercher et à galvaniser les germes subsistants.

En réalité, l'éducation des défectueux est, sous maints rapports, d'une importance considérable. Dans un écrit antérieur, j'évaluais vaguement leur nombre à dix mille. J'aurais dû dire quarante mille, car il n'est guère de commune qui n'en ait un au moins. Ces malheureux ne sont pas seulement, pour leurs familles, une charge pesante, une source de tribulations, quelquefois de ruine; la société souffre elle-même du triste spectacle de leur infortune, et ils ne sont pas toujours inoffensifs. Que d'incendies allumés par eux; soit inadvertance ou pour le seul plaisir de voir briller la flamme? de violences, de destructions, même de meurtres accomplis sous l'empire d'impulsions instinctives, ou de concepts avortés? La malfaisance s'en sert aussi comme instrument.

Je voudrais, par l'analyse des faits qui abondent plus que par des paroles, pouvoir entrer au cœur du sujet. L'imagination suffit peut-être pour entrevoir au moins la gravité des inconvénients. Sont-ils atténuables? Est-il chance de les prévenir en partie, sinon en totalité? Pour qui a vu, étudié, participé à l'œuvre, l'expérience a prononcé. Si peu qu'on gagne sur ces natures inférieures à différents degrés, le bénéfice a son prix. A la vérité, le péril des déterminations fâcheuses augmente à mesure que, remontant l'échelle, on se rapproche de la limite où l'homme commence à s'appartenir, mais, en même temps aussi, s'accroissent en proportion les ressources éducatives. Lorsque, tenant compte des aptitudes artistiques, morales et affectives, on les soumet à un exercice régulier et méthodique, on s'étonne de l'exhaussement corrélatif du niveau intellectuel, de la transformation du caractère, de l'affinité pour les occupations, du salutaire effet des maximes retenues et des habitudes prises : autant de contre poids aux tendances mauvaises.

Le besoin est incontestable, urgent. Détenteurs du pouvoir, gens d'études, instituteurs et familles, chacun devrait en être

© BIU Santé

pénétré. Nos élèves, du reste, en font foi : conformes à la nature, les procédés dont nous usons ne conviendraient pas moins aux enfants ordinaires. Le pressentiment, depuis plusieurs années, s'en propage. Tout le monde parle des écoles professionnelles, des leçons de choses. En effet, où trouver ailleurs que dans la notion des faits une base plus sûre pour l'exercice du raisonnement et l'acquisition des connaissances scientifiques ?

Chez nos chères malades, la stimulation des facultés aurait un avantage que je veux signaler. Beaucoup d'entr'elles doivent leur infirmité à des affections locales ou convulsives. En ce cas, où des lueurs d'espoir apparaissent, il est certain que la direction imprimée aux courants nerveux par l'activité cérébrale peut, avec les agents médicaux, contribuer efficacement à la cure ou à l'amélioration. Cela est rationnel et non moins indiqué pour l'aliénation mentale.

Maintenant, s'il est désirable qu'un programme bien conçu s'impose aux familles et aux éducateurs, il est évident, d'autre part, qu'en cet intérêt commun et majeur, le principal devoir incombe à la société et à ceux qui la dirigent. L'Etat doit protection et appui aux citoyens surchargés ou troublés. Imiterons-nous l'Angleterre et les nations nos émules ? On répondra oui. J'avoue avoir conçu un idéal supérieur. Dès 1843, en un livre sur l'organisation de la médecine et de l'assistance, je proposais, pour la province, dans des circonscriptions communales de 3 à 4 mille âmes, la fondation de modestes installations, pouvant largement répondre aux *desiderata* de nos établissements hospitaliers. Aliénés et enfants au-dessous de la maturité, au nombre de huit, y avaient naturellement leur place, sans oublier les enfants assistés que, dans les tristes conditions présentes, la mort moissonne dans des proportions si désastreuses.

Une FERMETTE d'une vingtaine d'hectares, en un site salubre, fournirait aisément un confortable absolu à 25 ou 30 personnes. J'estime même que l'exploitation sous le contrôle des communes réunies se suffirait à elle-même.

D'objections dirimantes, je n'en voyais, je n'en vois pas encore. La dépense ? Cotons à 50 mille francs, au total 500 millions, la subvention du Trésor, quelle guerre n'a dépassé cette somme ? Celle de Crimée nous a coûté 1500 millions, celle du Mexique, 700 millions, celle d'Italie, 400 millions, je ne parle parle pas de la dernière. Que dis-je ? La nation, au lieu d'un sacrifice onéreux, ne ferait-elle pas plutôt un placement à usure, garanti par une valeur immobilière ?

Mes aspirations n'ont point varié. Qu'on crie au rêve, à l'utopie ! J'y persiste. Dans ma conviction profonde, L'ENTREPRISE, VIABLE, RECÈLE LE PRINCIPE ET LA FIN DE TOUTES LES SOLUTIONS. Elle a mes vœux, et ma dernière joie serait d'assister à sa réalisation. En proclamant, d'ailleurs, que le salut est dans cette voie, j'augure avec confiance que, parmi ceux qui m'ont prêté une si bienveillante attention, aucun ne me démentirait.

Service clinique de la chaire de pathologie mentale.

M. Clémenceau a soulevé à la Chambre, lundi dernier, la discussion suivante sur le service clinique qui doit être annexé à la chaire de pathologie mentale.

M. CLÉMENCEAU : Messieurs, j'ai demandé, il y a deux ans, à la Chambre, au moment de la discussion du budget, de vouloir bien voter les fonds nécessaires à l'établissement d'une chaire d'aliénation mentale à la Faculté de médecine de Paris. J'ai fait observer que l'absence d'un enseignement clinique de pathologie mentale était particulièrement fâcheuse dans un pays où la loi de 1838 permet à un médecin, — et même à un médecin qui n'a jamais vu ni interrogé un aliéné, — de faire séquestrer une personne en délivrant un certificat d'aliénation mentale. (Très-bien ! très-bien !) La commission du budget a fait un rapport favorable à ma proposition : la Chambre a voté les fonds qui lui étaient demandés, il y a, je le répète, de cela deux ans. Les fonds sont portés régulièrement au budget depuis deux ans ; cependant la chaire d'aliénation mentale n'existe que sur le papier. (Exclamations sur divers bancs.) Je demanderai à M. le ministre de l'instruction publique comment il se fait que, depuis deux ans, il n'ait pas pu réussir à organiser la chaire d'aliénation mentale dont l'établissement a été voté par cette Chambre. (Applaudissements à gauche.)

M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE : Messieurs, je viens répondre en quelques mots à la question que m'a posée l'honorable M. Clémenceau. Il faut que la Chambre sache bien que, pour installer la chaire d'aliénation mentale, une entente est nécessaire entre le service de l'instruction publique et le service de l'Assistance publique. Sans vouloir ici faire retomber sur d'autres les responsabilités, je suis pourtant obligé de donner quelques éclaircissements ; il faut bien que la Chambre sache que le ministère de l'instruction publique n'a pas un seul instant, — je vais vous le prouver dans un moment, — perdu de vue l'installation de cette chaire. Mais une question se posait : celle de savoir dans quel hôpital la chaire pourrait être créée ; et alors un échange d'explications a dû intervenir entre l'Assistance publique et mon ministère.

La Faculté de médecine fut consultée par le ministère de l'instruction publique ; elle proposa l'asile Sainte-Anne, qui était, à ses yeux, le seul établissement offrant au docteur Ball les ressources cliniques indispensables à son enseignement. C'est, en effet, du 21 décembre 1877 que date l'avis de la Faculté de médecine.

Le ministre de l'instruction publique s'appropria l'avis de la Faculté de médecine ; il s'adressa à son collègue M. le ministre de l'intérieur, appuyant la proposition faite par la Faculté. Des difficultés tout à fait intérieures se sont élevées alors sur la question de savoir si c'était à l'asile Sainte-Anne que l'enseignement devrait être rétabli.

On nous proposait de créer un autre établissement. Des communications officieuses, bienveillantes d'ailleurs pour le docteur Ball, furent faites au ministre de l'instruction publique. Un chiffre considérable était à voter : on proposait une dépense de plus de 300,000 francs. Nous avons dû reculer devant cette dépense, et faire de nouveaux efforts auprès de l'Assistance publique pour qu'on revînt au projet de l'asile Sainte-Anne accepté par la Faculté. Après les explications que je viens de fournir, j'ai tout lieu de croire que vous ne douterez pas du zèle que nous avons mis constamment à faire adopter l'asile Sainte-Anne, et je puis dire que, d'ici à quelque temps, la question posée recevra une solution satisfaisante. (Très-bien ! très-bien !)

M. LAROCHE-JOUBERT : Qu'a-t-on fait des fonds qui sont votés chaque année depuis deux ans pour le traitement du professeur ?

M. LE MINISTRE : L'honorable M. Laroche-Joubert me demande ce qu'on a fait des fonds affectés au traitement du professeur. Je ne comprends pas l'objection de M. Laroche-Joubert...

M. LAROCHE-JOUBERT : M. Clémenceau a dit que ces fonds étaient dépensés et qu'il n'y avait pas de chaire !

M. CLÉMENCEAU : J'ai dit qu'ils étaient inscrits au budget ! (1)

M. LE MINISTRE : Parfaitement !

M. CLÉMENCEAU : Messieurs, je n'ignore pas qu'il était nécessaire, pour créer une chaire clinique d'aliénation mentale, que plusieurs administrations tombassent d'accord sur le procédé à employer. Il s'agissait, en effet, de mettre d'accord le ministère de l'instruction publique et l'Administration de l'Assistance publique, ou plutôt le ministère de l'instruction publique et le ministère de l'intérieur, car les asiles d'aliénés ne dépendent pas de l'Assistance publique, mais du ministère de l'intérieur et de la préfecture de la Seine.

M. LEPÈRE, *sous-secrétaire d'Etat de l'intérieur* : Il s'agit de l'asile Sainte-Anne !

M. CLÉMENCEAU : L'asile Sainte-Anne, monsieur le sous-secrétaire d'Etat, dépend absolument de la préfecture de la Seine. Par conséquent, il s'agissait de mettre d'accord les deux ministères. M. le ministre de l'intérieur, que j'ai eu l'honneur d'interroger à ce sujet, m'a déclaré qu'il existait au dossier une lettre dans laquelle il disait à son collègue de l'instruction publique que, comme il s'agissait d'une question d'enseignement, il acceptait d'avance les propositions qu'il lui ferait.

Eh bien, je demande à M. le ministre de l'instruction publique s'il n'y a pas quelque part, soit au ministère, soit à la préfecture de la Seine, — je ne veux pas rechercher où — s'il n'y a pas des personnes qui, cédant à des considérations tout à fait particulières et d'ordre inférieur, ont retardé jusqu'à présent cette affaire. (Mouvements divers.)

Je crois pouvoir affirmer à M. le ministre que c'est là que se trouvent les véritables raisons qui ont empêché l'installation de la chaire dont j'avais demandé la création et que la Chambre a votée. Il y a eu des considérations personnelles, et je crois que M. le ministre de l'instruction publique a été tiraillé, depuis deux ans, dans des sens divers.

Je le prie de se dégager de cette situation, et, se plaçant à un point de vue supérieur, celui de l'intérêt de l'enseignement, de se déterminer enfin pour une solution prompte et définitive de la question qui nous occupe. Cette solution, je ne veux pas la lui indiquer ; mais je lui demande de la prendre, au plus grand bénéfice de la science et sans plus longtemps prêter l'oreille à ceux qui invoquent des considérations de personnes, soit qu'ils appartiennent à la Faculté de médecine, soit qu'ils appartiennent aux bureaux de la préfecture de la Seine, soit qu'ils appartiennent aux bureaux du ministère de l'intérieur. Je demande donc qu'on établisse enfin dans le plus bref délai possible cet enseignement de la pathologie mentale qui a été voté, il y a deux ans, par la Chambre, et je crois qu'il pourrait être installé dans l'espace de quelques semaines. (Très-bien ! très-bien !)

M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE : Messieurs, toute question de personnes doit être écartée d'un débat dans laquelle il ne s'agit absolument que d'une simple question d'installation, la seule qui doive préoccuper la Chambre. Je puis assurer à l'honorable M. Clémenceau que les bureaux du ministère de l'instruction publique sont unanimes pour installer le plus promptement possible la clinique du docteur Ball. Il n'y a donc pas la moindre difficulté à ce point de vue. Il y a seulement des obstacles qui tiennent, non aux personnes, je le répète, mais à un plan général d'organisation que je n'ai pas à développer ici, mais que m'a exposé M. le directeur général de l'Assistance publique, qui n'est nullement hostile à l'installation de la chaire dont il s'agit.

(1) Et touchés par le professeur.

© BIU Santé

M. Gambetta : Ce n'est pas sa faute si l'installation n'est pas encore faite. C'est à côté de lui que sont les résistances !

M. le ministre : Ces difficultés, qui sont réelles, tiennent à un plan général d'organisation et non à des considérations de personnes. Quant à nous, nous appuyons la création de l'enseignement de la pathologie mentale à l'hôpital Sainte-Anne. (Très-bien ! très-bien !)

M. Clémenceau : Messieurs, il est absolument nécessaire de faire la lumière sur cette question, et puisqu'on me met en demeure de m'expliquer, je vais le faire, car il faut bien que la Chambre sache pourquoi son vote n'a pas encore été exécuté depuis deux ans. Il y avait, à Sainte-Anne un enseignement clinique de la pathologie mentale ; M. Ferdinand Duval, préfet de la Seine, par un acte arbitraire, et malgré les vœux du Conseil général de la Seine, a supprimé cet enseignement en défendant l'entrée de l'asile aux étudiants en médecine.

Sur divers bancs à gauche : Ah ! ah ! — C'est trop fort !

M. Clémenceau : Cela s'est passé sous l'ordre moral.

A droite : Encore le 16 mai !

M. Clémenceau : C'est alors que le Conseil général de la Seine a émis le vœu qu'il fût créé un enseignement clinique de pathologie mentale à la Faculté de médecine de Paris. Je ne crains pas de dire que, pour installer cet établissement à Sainte-Anne, il faudra absolument forcer la main au préfet de la Seine. Je demande à M. le ministre de l'instruction publique d'avoir assez de résolution pour vaincre les volontés rebelles aux votes de la Chambre. (Applaudissements à gauche.)

M. Lepère, *sous-secrétaire d'Etat de l'intérieur* : Je demande la parole.

M. Haentjens : La situation de ministre est vraiment agréable par le temps qui court !

A droite : On n'attend même pas le 5 janvier !

M. le Président : La parole est à M. le sous-secrétaire d'Etat de l'intérieur.

M. Lepère, *sous-secrétaire d'Etat de l'intérieur* : Messieurs, l'honorable M. Clémenceau a dit à cette tribune que M. le ministre de l'intérieur s'était mis complétement à la disposition de M. le ministre de l'instruction publique pour l'installation de la chaire dont il est question en ce moment.

M. le ministre de l'instruction publique a déclaré que certaines considérations — de conflit intérieur peut-être — avaient empêché l'exécution des désirs communs des ministres de l'instruction publique et de l'intérieur. Nous ne pouvons pas, véritablement, entrer dans ces détails à la tribune.

M. Clémenceau : J'y suis entré malgré moi !

M. le sous-secrétaire d'Etat de l'intérieur : Je puis dire seulement à l'honorable M. Clémenceau que, sans avoir suivi personnellement d'une manière complète cette affaire, j'ai été à même de savoir qu'il s'était présenté certains obstacles ayant pour cause des conflits médicaux plutôt qu'administratifs.

M. Clémenceau : C'est vrai, pour une part !

M. le sous-secrétaire d'État : Je sais qu'il avait été question d'établir une chaire à l'asile Sainte-Anne, et que c'était ce que l'on désirait dans les bureaux de l'intérieur comme dans ceux de l'instruction publique.

M. Clémenceau : Il faut le faire !

M. le sous-secrétaire d'État : Mais nous avons rencontré certaines résistances, certaines susceptibilités médicales : des médecins voulaient que cette chaire fût établie à la Salpêtrière, — là où il n'y a que des femmes ; — d'autres voulaient qu'elle fût établie dans le service d'un hospice particulier que dessert le professeur qui a été désigné pour cette chaire. Ce sont tous ces conflits qui ont amené des retards dans cette affaire, et, quant à présent, je ne suis en aucune façon autorisé à reconnaître, avec M. Clémenceau, qu'il y a eu de la part de la préfecture de la Seine opposition systématique. Je ne sais rien de précis à cet égard et, comme je l'ai déjà dit, je n'ai pas eu personnellement à m'occuper de cette affaire d'une manière complète. Cependant, quand j'ai eu à le faire, j'ai été à même de contester que ce n'étaient pas des difficultés administratives, mais plutôt des difficultés médicales qui en avaient entravé la marche.

M. Georges Périn : Quant au titulaire de cette chaire, il est prêt à aller où on l'enverra ; je tiens à le déclarer.

Les dernières paroles de M. Lepère ont remis les choses à leur vraie place. Nous n'avons rien à dire des quelques mots prononcés par M. G. Périn. Nous sommes heureux d'apprendre que le professeur est devenu plus accommodant. Nous publierons prochainement des documents très-intéressants sur ce sujet inépuisable, paraît-il.

La science politique. — Sommaire du n° 5 (1er novembre). — Emile Accolas : Etudes sur les principaux théoriciens de la science politique, depuis les anciens jusqu'à nos jours. — Emile Acollas : Le mariage (chapitre II). — Sigismond Lacroix : L'Eglise et le droit commun. — Un philanthrope : De quelques modifications à introduire dans l'enseignement. — Léon Metchnikoff : La Russie depuis l'affranchissement des serfs. — Sigismond Lacroix : Chronique. — Georges Gerber : L'enfant né hors mariage. — Bernard Perez : Principes de sociologie.

La *Science politique* paraît mensuellement à la librairie A. Ghio, galerie d'Orléans, au Palais-Royal. C'est une excellente Revue que nous signalons à l'attention de nos lecteurs.

Tableau récapitulatif *des volumes d'eau débités par les sources et cours d'eau et de ceux élevés par les machines pour l'alimentation de Paris pendant le mois d'octobre 1878.*

DÉSIGNATION des ÉTABLISSEMENTS	PRODUIT MOYEN par jour (mèt. cub.)	CARBON CONSOMMÉ par jour (kilogr.)	TOTAL des eaux débitées (mèt. cub.)	OBSERVATIONS.
1° *Sources et cours d'eau.*				
Aqueduc de ceinture (Ourcq).	107,380			
Aqueduc d'Arcueil (Sources du Midi)	1,892			
Aqueduc de la Dhuis	17,640			
Aqueduc de la Vanne	93,000			
Sources du Nord. Belleville	88			
Sources du Nord. Prés-Saint-Gervais	134			
Puits artésien de Grenelle	346			
Puits artésien de Passy	6,360			
Total des eaux de sources et de dérivation livrées à la distribution	226,990		226,990	
2° *Machines puisant directement à la Seine.*				
Usines à vapeur de Port-à-l'Anglais	3,062	2,000		
Usines à vapeur de Maisons-Alfort	»	»		
Usines à vapeur de Austerlitz	14,165	4,910		
Usines à vapeur de Chaillot	18,638	9,288		
Usines à vapeur de Auteuil	279	166		
Usines à vapeur de Saint-Ouen	4,940	4,105		
Total de l'eau de Seine livrée à la distribution	41,134		41,134	
3° *Machines puisant directement en Marne.*				
Usine à vapeur de St-Maur	408	151		
Usine hydraulique de Saint-Maur. Service sur Paris.	39,564			
Usine hydraulique de Saint-Maur. Service sur le bois de Vincennes	13,462			
Total de l'eau de Marne livrée à la distribution	53,434		53,434	
TOTAL GÉNÉRAL de l'eau distribuée moyennement par jour			321,558	
4° *Machines élevant de l'eau déjà jaugée*				
Usines à vapeur Ménilmontant	2,979	1,408		
Usines à vapeur Place de l'Ourcq	1,618	647		
Usines à vapeur Montmartre Passage Cottin	470	200		
Usines à vapeur Montmartre Fontaine du but	287	312		
Total de l'eau déjà jaugée élevée par les machines à vapeur	5,354		5,354	
Usines hydrauliques 1° Ourcq. Isles-lès-Meldeuses	54,430			
Usines hydrauliques Trilbardou	31,855			
Usines hydrauliques 2° Vanne. Chigy	11,577			
Usines hydrauliques La Forge	14,856			
Usines hydrauliques Malay-le-Roi	10,914			
Total de l'eau déjà jaugée élevée par les machines hydrauliques	103,632		103,632	
TOTAUX		21,987	108,986	

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Du 28 octobre au 2 novembre. — 425. M. Pinet (Camille) : De l'état de nos connaissances sur l'affection ourlienne ou oreillons. — 426. M. Hamond : De la pneumatose gastro-intestinale et de son traitement par la ponction capillaire. — 427. M. Bulteau : De l'occlusion intestinale au point de vue du diagnostic et du traitement. — 428. M. Corbeau : De la vaccine ulcéreuse. — 429. M. Mauvais : Contribution à l'étude de l'accouchement pré-

© BIU Santé

maturé artificiel. — 430. M. Vicq : Contribution à l'étude médico-légale et surtout pathogénique des ecchymoses sous pleurales. — 431. M. Saint-Ange : De la pneumonie du sommet. — 432. M. Isaza : Contribution à l'étude des symptômes bulbaires de l'ataxie.

Du 4 au 9 novembre. — 433. M. Culan ; Marche comparative des abcès par perforation intestinale et des abcès puerpéraux de la fosse iliaque. — 434. M. Chauveau : Essai critique sur la pathogénie des gangrènes en masse dans la fièvre typhoïde. — 435. M. Berdinel : Conséquences cliniques de la déshydratation du sang.—436. M. Pollosson : Du rôle de la contagion dans l'étiologie de la fièvre puerpérale. — 437. M. Demontrond : Etude sur la maladie d'Addison. — 438. M. Imbert de la Touche : De l'amputation utéro-ovarique comme complément de l'opération césarienne.

Du 11 au 16 novembre. — 439. M. Sanchez : Des applications rationnelles des bains froids au traitement de la fièvre typhoïde. — 440. M. Grandouet : Traitement des abcès urineux par le drainage. — 441. M. Rollet : Du traitement de la métrite chronique par la cautérisation au fer rouge. — 442. M. Definance : Etat mental des aphasiques; considérations médico-légales.

Du 18 au 23 novembre. — 443. M. Casuso : Essai sur le traitement des fistules vésico-vaginales par la réunion immédiate secondaire. — 444. M. Forestier : Contribution à l'étude de la phthisie. — 445. — M. Soules : Contribution à l'étude des polypes muqueux du sinus maxillaire. — 446. M. Bancour : Des kystes hydatiques des membres.— 447. M. Drouin : Sur le traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse. — 448. M. Catrice : Essai sur le traitement de la coqueluche et spécialement sur l'emploi du Drosera.

Du 25 au 30 novembre. — 449. M. Ravier : De la persistance d'un épanchement purement séreux dans un hydro-pneumo-thorax ancien. — 450. M. Gacon : Contribution à l'étude du traitement des kystes du corps thyroïde. — 451. M. Abadie : Recherches historiques et critiques sur l'étude des mouvements du cerveau. — 452. M. Dresch : Des terminaisons de la péritonite tuberculeuse.

Faculté de médecine de Paris.

Cours de chimie médicale. — M. le professeur Wurtz a commencé ses leçons, le jeudi 28 novembre, à midi (grand amphithéâtre), et les continuera les samedis et jeudis suivants à la même heure.

Pathologie interne. — Cours auxiliaire. — M. Fernet, agrégé, a commencé ce cours le lundi 25 novembre, à 4 heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Il traitera des maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire.

Conférences d'histoire naturelle médicale. — M. de Seynes, agrégé, maître de conférences à la Faculté de médecine de Paris, a commencé ses conférences le lundi 25 novembre, à 3 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Il traitera de la zoologie médicale.

Conférences de chimie médicale et de toxicologie. — M. Armand Gautier, agrégé, maître de conférences à la Faculté de médecine de Paris, a commencé ses conférences de chimie médicale et de toxicologie, le mardi 26 novembre, à midi (grand amphithéâtre). Il traitera des principales substances toxiques, chimiques, minérales et organiques, et exposera les méthodes de recherches toxicologiques.

Conférences de physique médicale. — M. Gariel, agrégé, maître de conférences à la Faculté de médecine de Paris, commencera les conférences de physique médicale le lundi 2 décembre, à midi (grand amphithéâtre). Il traitera des propriétés générales des corps et des actions moléculaires.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — M. le dr P. Budin commencera un nouveau cours d'accouchements le lundi 2 décembre, à 4 h. 1/2, 29, rue Monsieur-le-Prince. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique; 2° Eutocie; 3° Opérations obstétricales, dystocie; 4° Exercices pratiques et cliniques. Leçons tous les jours. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Maladies des yeux. — Le dr de Wecker reprendra ses conférences cliniques, lundi 2 décembre, à deux heures et demie, rue du Cherche-Midi, 33 et les continuera les jeudis et lundis suivants. Ces leçons comprenant la *chirurgie oculaire* compléteront le cours de *thérapeutique oculaire* fait pendant l'année scolaire 1877-78.

Maladies des yeux. — Le dr Galezowski a commencé son cours, le lundi 25 novembre 1878 à l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, à 8 heures du soir, et il le continuera les vendredis et les lundis suivants à la même heure. Ce cours comprendra : 1° Physiologie de la rétine et du nerf optique; 2° troubles visuels réflexes ; 3° amblyopie et amauroses hystériques ; 4° amblyopies et amauroses simulées ; 5° affections oculaires cardiaques, rhumatismales et goutteuses ; 6° altérations de la vue dans la syphilis, la glycosurie, l'albuminurie ; 7° des localisations cérébrales en rapport avec les altérations de la vue ; 8° des troubles de la vue dans les maladies de la moelle épinière.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours, le lundi, 2 décembre, à 4 heures, dans son laboratoire, 3, rue du Pont-de-Lodi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les recherches micrographiques qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. — On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de midi à 1 heure.

Maladies des voies urinaires. — Le dr Reliquet commencera son cours le lundi 23 novembre, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'école pratique et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Pathologie interne. — M. le dr Lacombe ouvrira son cours le mardi 3 décembre, à 5 heures (Ecole pratique. Amphithéâtre n° 2). Il traitera d'abord des maladies de l'appareil respiratoire.

NOUVELLES

Mortalité à Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. —Pendant la semaine finissant le 28 novembre 1878, on a déclaré 907 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 12 ; rougeole, 2 ; scarlatine, 1; variole, 5 ; croup, 15; angine couenneuse, 19; bronchite, 49; pneumonie, 75; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3 ; choléra nostras ; dysenterie, 3; affections puerpérales, 6; érysipèle, 3 ; autres affections aiguës 191; affections chroniques, 458, dont 176 dues à la phthisie pulmonaire, affections chirurgicales, 48; causes accidentelles, 16. — Les 907 décès ci-dessus donnent une proportion de 23,7 par 1,000 habitants et pour l'année.

Choléra. — Une lettre de Tanger constate qu'à Mogador on compte 60 décès par jour. Les médecins ne pensent pas que cette épidémie soit le choléra.

Asile d'aliénés. — Par arrêté préfectoral en date du 31 octobre dernier, M. Henri Verrier, externe des hôpitaux, a été nommé interne en médecine à l'asile des aliénés de Vaucluse, en remplacement de M. P. Pottier, démissionnaire.

Collége de France. — M. Brown-Séquard, professeur de médecine au Collége de France, commencera son cours le lundi 2 décembre, à trois heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. Il traitera *des doctrines relatives aux principales actions des centres nerveux.*

Concours. — Externat : *Articulations du coude. Occipital.* — Pathologie : *Hydarthrose. Saignée. Epistaxis et son traitement. Erisypèle.*

Nominations. — M. le dr Balzer a été nommé chef du laboratoire d'histologie de l'amphithéâtre des hôpitaux, en remplacement de M. le dr Grancher, démissionnaire. (*Gazette médicale de Paris*).

Ecole pratique. — On nous assure que la pose de la première pierre de la nouvelle école aura lieu le 4 décembre. M. le Ministre de l'Instruction publique présidera cette cérémonie.

Idiotie et trépanation. — Le dr Fuller, de Montréal, a eu l'idée d'enlever par le trépan des morceaux du crâne, chez un enfant idiot, âgé de deux ans, et cela pour permettre l'expansion du cerveau, et par suite le développement des facultés intellectuelles. Cette opération a amélioré l'état mental, mais il s'est produit une paralysie du bras, avec refroidissement des extrémités ; ces accidents disparurent. Encouragé par ce premier résultat, le docteur Fuller a l'intention d'enlever une nouvelle rondelle osseuse pour voir ce qu'il en adviendra. Que l'on dise ce que l'on veut, il n'y a encore que les chirurgiens pour avoir de ces audaces. (*Presse médicale belge*).

Hôpital civil de Versailles. — MM. les administrateurs de l'hôpital civil de Versailles informent que deux places d'internes sont vacantes audit hôpital. Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent en faire la demande et produire les pièces suivantes : 1° Relevé des inscriptions; 2° Certificat de moralité.

Nécrologie.—*Les Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége* nous apprennent la mort du dr Ullersperger de Munich; il était âgé de 73 ans.

Vacances médicales. — Un docteur établi dans un des quartiers commerçants de Paris (boulevard Sébastopol), désire céder son cabinet à un jeune médecin. Ce cabinet est tout agencé. Pour les renseignements, écrire à M. Saluces, 8, place du Commerce.

— On demande un médecin à Conches (Eure), jolie petite ville de 2,500 habitants, à 15 kilomètres d'Evreux, et reliée à cette ville par un chemin de fer. Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. Daiguesplats, pharmacien à Conches.

En vente aux Bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à 5 heures.

Cornil (V.) Leçons sur l'anatomie pathologique et sur les signes fournis par l'auscultation dans les maladies du poumon, professées à la Faculté de médecine, recueillies par P. Budin. In-8° de 92 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 3 fr.

Cornillon (J.). La folie des grandeurs. In-8 de 60 pages. 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 70.

Cornillon (J.). De la contracture uréthrale dans les rétrécissements péniens. In-8° de 50 pages. 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr.

Cornillon (J.). Action physiologique des alcalins dans la glycosurie. Prix : 60 c. — Pour nos abonnés, 40 cent.

Cuffer. Des causes qui peuvent modifier les bruits de souffle intra et ex-

© BIU Santé

tra-cardiaques, et en particulier de leurs modifications sous l'influence des changements de la position des malades. Valeur séméiologique de ces modifications. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr.

Daremberg (G). Les méthodes de la chimie médicale. In-8 de 19 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés, 40 cent.

Dehenne (A.). Note sur une cause peu connue de l'érysipèle. Paris, 1874. In-8, 0 fr. 50. — Pour nos abonnés, 35 cent.

Delasiauve. De la clinique à domicile et de l'enseignement qui s'y rattache, dans ses rapports avec l'assistance publique. Paris, 1877, in-8 de 16 p. Prix : 50 c. — Pour nos abonnés, 35 cent.

Delasiauve. Du double caractère des phénomènes psychiques. Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés, 35 cent.

Delasiauve. Classification des maladies mentales ayant pour double base la psychologie et la clinique. Paris, 1877. In-8 de 24 pages. — Prix : 50 cent.

Giraldès (J.-A.). Recherches anatomiques sur le corps innominé. Paris, 1861. In-8 de 12 pages avec 5 planches. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr.

Giraldès (J.-A). De la fève de Calabar, note présentée au congrès médico-chirurgical de France tenu à Rouen le 30 septembre 1863. Paris 1864, in-8 de 8 pages avec figures. — Prix : 50 cent.

Giraldès (J.-A.). Plan général d'un cours d'anatomie appliqué aux beaux-arts. Paris 1857. In-8 de 8 pages. — Prix : 30 cent.

Giraldès (J.-A.). Note sur les tumeurs dermoïdes du crâne. Paris 1866. In-8 de 7 pages. Prix : 40 cent.

Giraldès (J.-A.). Sur un point du traitement de la périostite phlegmoneuse diffuse. Paris 1874. In-8 de 12 pages.

Gombault. Etude sur la sclérose latérale amyotrophique. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 35.

Nous rappelons à **MM. les Éditeurs** *que les Ouvrages dont nous recevons* **deux** *exemplaires sont* **seuls** *analysés.*

Librairie Asselin et chez Fournier, 15, rue de Londres.

Ossian Henry. — Du titrage du quinquina et de son application à la préparation du vin de quinquina à doses fixes. 1 broch. in-12.

Joseph Bain. — De la coca du Pérou et de ses préparations, faits relatifs à son action physiologique et thérapeutique. 1 broch. in-12.

Robin (A.) — De l'urine dans l'hématurie des vaches, brochure in-8 de 15 pages. Paris, 1878.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, pl. de l'École-de-Médecine.

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J. H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Les numéros de *novembre* viennent de paraître. Un an: 18 fr., départements: 20 fr.

Sée (G.). — Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur, volume in-8 de 472 pages. Paris, 1878. — Prix : 9 fr.

Lucas-Championnière (J.). — Etude historique et clinique sur la trépanation du crâne: la trépanation guidée par les localisations cérébrales, volume in-8 de 150 pages avec 14 figures. Paris, 1878. — Prix : 3 fr. 50.

E. DONNAUD, imprimeur, 1, rue Cassette.

Motet (A.) — Eloge de G. Ferrus, lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 27 mai 1878, brochure in-8 de 30 pages. Paris, 1878.

Librairie Alexandre COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Parrot (J.). — Leçons cliniques sur les maladies des nouveau-nés, syphilis héréditaire, athreptie, volumes in-8 de 82 pages. Paris, 1878.

Librairie veuve Frédéric HENRI, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *novembre* est paru: Un an: Paris, 18 fr., Départements, 20 fr.

A. PARENT, imprimeur, rue Monsieur-le-Prince, 29 et 31.

Bertillon. — Rapport sur la mortalité des nouveau-nés au congrès international d'hygiène de Paris (1878), volume in-8 de 69 pages. Paris, 1878.

Dufour (E.) — Note à propos des localisations fonctionnelles dans les diverses formes de la paralysie générale, brochure in-8 de 23 pages, avec 16 figures. X. Drevet, éditeur, à Grenoble.

Mauriac (E.). — Notes cliniques sur deux cas de trachéotomie avec le thermo-cautère, volume in-8 de 20 pages. Bordeaux 1878. Feret et fils, libraire.

Bourquet (E.) — Etude sur les grandes épidémies qui ont régné en

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« **Les Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« **Les Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd*).

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Camphre pur.

Détail : *Dans les bonnes Pharmacies.*

Gros : chez Clin & Cie, 14, rue Racine, Paris.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le P. U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« **Les Capsules Mathey-Caylus**, à enve- « loppe mince de Gluten, constituent le moyen le « plus parfait pour administrer certains médica- « ments à odeur et à saveur désagréables.

« **L'Essence de Santal**, associée au Copahu « et à d'autres balsamiques, possède une efica- « cité incontestable et est employée avec succès « dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite « du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections « des organes génito-urinaires.

« **Les Capsules Mathey-Caylus** sont digé- « rées très-rapidement, même par les estomacs les « plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

Nota. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

Gros : chez Clin et Cie, 14, rue Racine, Paris. — Détail : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

Leçons sur les localisations dans les Maladies du cerveau, par J.-M. Charcot, recueillies et publiées par Bourneville. In-8 de 168 pages avec 45 figures dans le texte. Prix : 5 fr. Pour les abonnés, 4 fr. (*franco*).

Élixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou.

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très-succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca**, envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de **Coca**. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles** de **Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. Bollivian, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent, et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très-agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. **L'Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*. — **Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

© BIU Santé

Provence et dans la ville d'Aix en particulier, brochure in-8 de 13 pages. Aix, 1878. Putt fils, imprimeur.

TACHARD (E.). — Kyste dermoïde pili-graisseux dans la région sous-hyoïdienne extirpation. brochure in-8 de 8 pages. Toulouse 1878.

Publications étrangères.

ZINNIS (A.). — De la mortalité chez les enfants à la mamelle, à Athènes. Brochure in-8 de 16 pages. Athènes, 1877, imprimerie de C. N. Philadelphien.

DUNKAN-BULKLEY (L.). — On diet and hygiène in Diseases, of the skin, brochure in-8 de 18 pages, New-Yorck, 1878. G. P. Putnam's Sons.

FRANCK-HAMILTON (H.). — Annual address delivered before the american academy of medicine at Eatton, Pa, september, 17 th, 1878, New-Yorck.

DUNKAN-BULKLEY (S.). — On the use of the solid Rubber bandage in the treatment of eczema and ulcers of the leg. New-York, 1878, G. P. Putnam's sons.

HERMANN-EICHKORST.— Die trophitschen Beziehungen der nervi vagi zum herzmuskel. Berlin, 1879. Verlag von August Hirschwald.

SIGERSON (G.). Memoir on alternate paralyses. Londres, 1878, Dublin: Fannin et C°.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. CHARCOT continue ses conférences cliniques le dimanche à 9 heures 1/2.

Hôpital de la Pitié. — M. le dr GALLARD, médecin de la Pitié, reprendra ses leçons de clinique médicale le samedi 30 novembre à 9 heures du matin (Amphithéâtre n° 3). Tous les jours visite et interrogatoire des malades par les élèves (salles Saint-Athanase et salle du Rosaire.) Le jeudi examen au spéculum et consultation spéciale pour les maladies des femmes. Le mardi et le samedi. Leçon à l'amphithéâtre.

Hôpital des Enfants malades. — Service de M. BOUCHUT. Visite à 9 h. du matin. Consultations, lundi. Leçons cliniques, mardi. (le 3 décembre, ophthalmoscopie et cérébroscopie cérébrale). Salle Sainte-Catherine : 1, chorea major (guérison par l'hydrate de chloral); 7, mal de Pott dorsal avec gibbosité et paraplégie; 9, perforation de la voûte palatine (scrofule); 15, fièvre typhoïde (f. adynamique); 16, 44, coqueluche; 19, variole discrète (angine varioleuse); 21, angine couenneuse; 23, 24, fièvre typhoïde, guérison; 25, croup (trachéotomie en 1 temps, guérison), 30, 37, 54, 55, 57, 58, 59, 60, chorée; 36, hydrocéphalie; 39, rougeole; 42, rhumatisme articulaire aigu; 49, broncho-pneumonie; 52, hystéro-épilepsie.

Service de M. MOLLARD. Salles Saint-Ferdinand, Saint-Joseph et Saint-Michel. Visite tous les les jours à 9 h. Consultation le lundi (chroniques) et le jeudi (aigus) à 8 h. 1/2. Visite aux salles de teigneux le vendredi.

Service de M. DE SAINT-GERMAIN. Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jours excepté le jeudi. Jeudi : leçon à l'amphithéâtre et opérations (traitement des fractures, torticolis; etc.) Salles Saint-Augustin et Sainte-Thérèse, maladies des yeux. — Salle Sainte-Pauline : 4, coxalgie; 5, rétraction par cicatrice des doigts; 10, mal de Pott; 11, ostéo-périostite du tibia; 18, arthrite purulente; 21, carie de l'apophyse mastoïde; 24, tumeur blanche du genou; 25, coxalgie et luxation de la hanche; 26, tumeur blanche du cou de pied; 31, fistule anale. — Salle Saint-Côme : 1, carie des métatarsiens; 2, abcès du jarret; 3, phimosis; 4, ulcère de la jambe, 6, tumeur blennorrhagique de l'articulation du cou de pied; 7, désarticulation de l'épaule; 8, ostéo-périostite du tibia; 9, pied bot; 17, bec de lièvre; 18, fracture de cuisse; 19, ankylose du coude; 21, cicatrice du cou; 22, écrasement de la main; 24, écrasement du doigt; 25, hygroma suppuré; 27, fracture de jambe; 30, mal de Pott; 32, rachitisme.

Service de M. ARCHAMBAULT, suppléé par M. HUCHARD. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mardi à 9 h. Salle Saint-Louis (garçons) : 2, érythème noueux rhumatismal; 3, 8, 28, 30, croups opérés, en voie de guérison; 4, 17, 21, 27, tuberculose pulmonaire; 5, coqueluche; 6, faux croup; 7, fièvre typhoïde; 10, 14, chorée; 11, mal de Pott sous-occipital, parésie des membres supérieurs; 12, pleurésie purulente, drainage de la plèvre; 15, ichthyose; 22, foie amyloïde; mal de Pott, sclérose médullaire; 24, rhumatisme articulaire; aigu; 25, polype de la trachée; 32, syphilis. — Salle Sainte-Geneviève (filles). 2, 10, 15, chorées; 4, rhumatisme articulaire aigu, complications cardiaque et

Médaille d'argent — Exposition internationale



Médaille d'honneur — A Leamington



Diplôme d'honneur — Exposition régionale



BAIN DE PENNÈS

SUPPLÉANT LES BAINS DE MER

RECONSTITUANT, STIMULANT ET RÉSOLUTIF

Préconisé depuis 1854, par un très-grand nombre de Médecins

CONTRE

Aménorrhée, Anémie, Asthénie, Cachexies variées, Chlorose
Cholérine, Dermatoses variées et sans inflammation
Douleurs arthritiques ou rhumatismales
Engorgements lymphatiques, scrofuleux et viscéraux
OEdème ou enflures des extrémités

ÉTHÉROLÉ DE PENNÈS

ANTISEPTIQUE, DÉSINFECTANT, DÉTERSIF, CICATRISANT

Ce nouveau produit vient d'être expérimenté avec succès dans *trente-trois* hôpitaux, pour assainir l'air vicié des salles de malades; pour déterger, désinfecter des *ulcères de mauvaise nature.*

Utilisé en lotions ou injections, il a donné la facilité de guérir ou modifier la *Leucorrhée, l'Ozène,* le *Prurit,* les *Vaginites,* les *Varices ulcérées,* etc.

Employé pour les soins hygiéniques du corps, il remplace avec de grands avantages tous les liquides aromatiques et goudronnés, car il raffermit les muqueuses.

Mêlé à 100 parties d'eau ou de sable fin et répandu sur le sol, il rafraîchit et parfume l'air respiré en détruisant les émanations malsaines ou des exhalaisons putrides.

NOTA. — Eviter les contrefaçons et imitations frauduleuses de ces deux produits, en exigeant qu'ils soient revêtus du *Timbre de l'Etat français.* (Lire les Notices). — Dépôt dans les Pharmacies.

Détail : rue des Ecoles, 49

Vente en gros : rue de Latran, 2, Paris

Librairie du PROGRÈS MÉDICAL, 6, rue des Ecoles.

ABADIE. Sur la valeur séméiologique de l'hémiopie dans les affections cérébrales. In-8 de 12 pages. 0 fr. 40 c.— Pour les abonnés du *Progrès*, 30 cent.

BALZER (F.). Contribution à l'étude de la Broncho-Pneumonie, in-8 de 84 pages, orné d'une planche en chromo-lithographie.— Prix : 2 fr. 50.— Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 75.

BÉHIER. Etude de quelques points de l'urémie (clinique, théories, expériences), leçons recueillies par H. LIOUVILLE et I. STRAUS. In-8 de 24 pages. 60 cent. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 40 cent.

BÉHIER. De la pellagre sporadique. Leçons faites à l'Hôtel-Dieu en 1873, recueillies par Liouville (H.) et Straus (I.). Paris, in-8 de 24 pages, 60 cent. — Pour les abonnés du *Progrès*, 40 cent.

BESSON (I.). Dystocie spéciale dans les accouchements multiples. Vol. in-8 de 92 p. — Prix : 2 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 25.

BÉTOUS (I.). Etude sur le tabes spasmodique. In-8 de 48 pages. 1 fr. 50 — Pour les abonnés, 1 fr.

BIOT (C). Contribution à l'étude du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes (avec tracés pneumographiques et sphygmographiques). Paris 1876, in-8. — Prix : 1 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 60 c.

BOURNEVILLE. Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots, suivi d'une étude sur la médecine légale des aliénés. Paris, 1863. Gr. in-8 de 28 pages à deux colonnes. 1 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, 70 cent.

BOURNEVILLE. Socrate était-il fou ? Réponse à M. Bailly, membre de l'Académie de médecine. Paris, 1864. In-8 de 16 pages, 0 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

CARTAZ (A.). Notes et observations sur le tétanos traumatique. In-8 de 20 pages, 50 cent. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

CHABBERT (L.). De l'anthrax des lèvres, ses complications, son traitement. Paris 1877, in-8 de 44 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr.

CHARCOT (J.-M.) et GOMBAULT. Note sur un cas de lésions disséminées des centres nerveux observées chez une femme syphilitique, in-8° avec planches chromo-lithog.—Prix : 1 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 70 cent.

CHARCOT (J.-M.) et BOUCHARD. Sur les variations de la température centrale qui s'observent dans certaines affections convulsives, et sur la distinction qui doit être établie à ce point de vue entre les convulsions toniques et les convulsions cloniques. — Prix : 60 c. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 40 cent.

CHARCOT (J.-M.). De l'anaphrodisie produite par l'usage prolongé des préparations arsenicales. Paris, 1864. In-8. 0 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 35 cent.

CHARCOT (J.-M.). De la sclérose des cordons latéraux de la moelle épinière chez une femme hystérique atteinte de contracture permanente des quatre membres. Paris, 1865. In-8 de 20 pages. 0 fr. 60. — Pour nos abonnés, 40 cent.

CHARCOT (J.-M.). La médecine empirique et la médecine scientifique. Parallèle entre les anciens et les modernes. Paris, 1867. In-8 de 24 pages. 0 fr. 60. — Pour les abonnés, 40 cent.

CHOUPPE (H.). Recherches thérapeutiques et physiologiques sur l'ipéca. Paris, 1873. In-8 de 40 pages, 1 fr. — Pour nos abonnés, 70 cent.

© BIU Santé

pleurétique; 7, paralysie diphthéritique généralisée; 8, cirrhose syphilitique; 9, 23, croups opérés; 11, broncho-pneumonie; 2, pneumonie franche, herpès buccal et lingual; 17, stomatite ulcéro-membraneuse; 16, 21, 29, coqueluches; 18, paralysie infantile; 19, syphilis; 24, scarlatine; 25, fièvre typhoïde.

Service de M. Simon. Conférences sur les maladies de l'enfance et la thérapeutique infantile, les mercredis, à 8 h. 1/2. Consultation tous les samedis, à la même heure. Visite à 9 h., salles Sainte-Marie, Sainte-Elisabeth, Sainte-Marthe.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles. — Imp. Cerf et Fils, 59, rue Duplessis.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

Marque (P. E. K.) de Fabrique

BIÈRE DE GOUDRON

Brevetée S. G. D. G.

DÉPÔT CENTRAL à l'Établissement du Koumys-Edward, 14, rue de Provence, Paris.

SOLUTION

De Salicylate de Soude

Du Docteur Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris (PRIX MONTYON)

La **Solution du Dr Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Cette solution très-exactement dosée contient :

2 grammes de *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche
0,50 centigr. — — par cuillerée à café.

Vente en Gros, chez **Clin & Cie**, rue Racine, Paris.

Détail dans toutes les Pharmacies.

Ancienne Maison **BAUME**

Maladies de l'Estomac

GOUTTES DE GIGON ou Véritables Gouttes Amères de Baume

Dyspepsies flatulentes, Gastralgies, Pyrosis, stimulant énergique de l'estomac.

4 à 6 gouttes, suivant prescription médicale, *avant* les deux principaux repas.

Prix : Le flacon, accompagné d'un compte-gouttes, 3 fr.

ELIXIR DE COLOMBO COMPOSÉ DE GIGON

Au *Colombo, Quinquina, Écorces d'oranges amères* et acide *chlorhydrique* Q. S. pour rendre solubles les principes de ces substances.

Perte de l'appétit, Dyspepsies, Gastralgies, Dysenteries, etc. Un petit verre à liqueur *après* chaque repas. — Prix : le flacon, 5 fr.

Dépôt : Pharmacie Adrian, GIGON, successeur, 25, rue Coquillière, Paris.

VIN TANNIQUE

DE BAGNOLS-SAINT-JEAN

NATUREL

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.

Vin de Bagnols, Quinquina, Écorces d'oranges amères au vin de Madère, de Blottière, pharm., rue de Sèvres, 36. Employé avec succès contre les *gastrites, gastralgies, coliques d'estomac et d'intestin, constipations, affections du cœur, hypochondrie, hystérie, scrofules, lymphatisme.* 5 fr.

Vacance médicale. — La commune de Bèze (Côte-d'Or), canton de Mirebeau, demande un médecin. Allocation annuelle : 1,200 fr.

A céder bonne clientèle médicale, très-jolie petite ville, à 2 h. 1/2 de Paris (gare) ; conditions avantageuses. S'adresser chez M. Dubus, professeur, cité de la Mairie, 2, Montmartre-Paris.

A céder à Paris, bonne clientèle dans un quartier populeux. Bonnes conditions. Pour les renseignements, s'adresser au bureau du Journal.

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et en 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie [illegible], à Bagnac-sur-Lot.

Grande médaille et diplôme très-élogieux à Philadelphie

MÉDAILLE D'ARGENT A BRUXELLES 1876

PAPIER RIGOLLOT

ou

MOUTARDE EN FEUILLES POUR SINAPISMES

Médaillés et récompensés aux Expositions

DIPLOME D'HONNEUR A L'EXPOSITION DE 1875

Adopté par les hôpitaux de Paris, les Ambulances et les hôpitaux militaires, par la Marine française et par la Marine royale anglaise, etc.

Le seul dont l'entrée de l'Empire soit autorisée par le Conseil de santé de Russie

POUDRE RIGOLLOT

LE MEILLEUR SINAPISME

POUR LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

APPROUVÉ PAR LES ÉCOLES VÉTÉRINAIRES DE FRANCE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE, ITALIE

Adoptée par le Ministre de la Guerre pour le service de la cavalerie française

Exiger la signature ci-contre sur les bandes qui ferment les boîtes. *Rigollot*

COQUELUCHE

guérie sûrement et promptement par le

SIROP BENZOIQUE

AU BROMURE D'AMMONIUM de Ch. Serres

préparé selon la formule du Dr VIALLE

Gros : Phie Serres, 19, rue Brochant, Paris.

Détail : *Dans toutes les bonnes pharmacies.*

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 49. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES 6. 7 DÉCEMBRE 1878.

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÉGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Vingt-deuxième leçon (1).

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

SOMMAIRE. — I. Etude du muscle cardiaque. — Caractère fondamental des cellules musculaires en voie de développement. — Formes analogues aux fibres musculaires embryonnaires représentées dans le myocarde par les traînées cellulaires du réseau de Purkinje. — Modes de préparation, analyse histologique des cellules de Purkinje, leur gaine d'enveloppe, leur continuation avec les fibres cardiaques proprement dites. — Valeur morphologique du réseau de Purkinje. — II. Etude du muscle cardiaque proprement dit ; division du sujet. — Cellules soudées entre elles et formant entre elles des fibres ramifiées dans tous les sens. — Caractéristique anatomique du cœur sanguin. — Les cellules cardiaques sont soudées par un ciment et non simplement fusionnées ; manière de mettre en évidence les traits de ciment; (a) macération prolongée dans les solutions acides diluées, (b) méthode d'imprégnation par le nitrate d'argent. — Etude du réseau myocardique en général ; structure des parois auriculaires du cœur de la grenouille. — Cloison inter-auriculaire. — Résumé des notions acquises sur la constitution histologique du myocarde.

Messieurs,

J'aborde aujourd'hui l'étude d'un muscle bien différent de ceux qui nous ont occupés jusqu'à présent, le *muscle cardiaque*, dont les contractions s'effectuent brusquement, bien qu'elles soient involontaires et qu'il appartienne à la série des muscles de la vie organique. La structure du muscle cœur est aujourd'hui suffisamment connue pour que nous en puissions faire assez facilement l'analyse histologique, mais son mode de fonctionnement est plus mystérieux; aussi, l'histoire physiologique du cœur contient-elle un nombre relativement considérable de lacunes, et je me considérerai comme heureux si je parviens à en combler quelques-unes.

Je commencerai par étudier tout d'abord la structure propre du cœur, considérée simplement au point de vue morphologique, afin de la comparer à celle des muscles striés des deux ordres dont nous venons d'achever l'histoire. Nous chercherons, en second lieu, quelles particularités présente le muscle cardiaque dans son mode de contraction ; nous nous efforcerons enfin d'entrevoir quelles modifications fonctionnelles peuvent être mises en regard des modifications morphologiques subies par la substance musculaire au sein de l'organe central de la circulation. Nous aurons rempli, de la sorte, je pense, le cadre que, jusqu'ici, nous nous sommes tracé dans l'étude des questions d'anatomie générale.

Anatomie générale du muscle cardiaque. — Leuwenhœk et après lui Kölliker, constatèrent les premiers que la chair musculaire du cœur (ou le *myocarde*) est composée de faisceaux primitifs analogues à ceux des muscles striés ordinaires, pâles et rouges, mais en différant en ce qu'ils subissent une foule de branchements en Y, et s'anastomosent entre eux de cette façon pour former un vaste réseau contractile. Au premier abord, la structure du muscle cardiaque paraît donc profondément différente de celle de tous les autres muscles, puisqu'au lieu d'être indépendants tous ses faisceaux primitifs sont reliés les uns aux autres et sont solidaires entre eux. Cependant les différences sont moins considérables qu'on le pourrait penser à première vue, et, si l'on commence l'histoire du cœur par un certain côté, l'on reconnaît que la cellule cardiaque contractile n'est pas, au point de vue morphologique général, aussi différente qu'elle le semble d'abord de la cellule musculaire striée ordinaire.

Vous vous souvenez, certainement, Messieurs, de l'histoire générale du développement des muscles striés ordinaires. Je vous l'ai présentée dans l'une des dernières leçons. Quelle est, tout à fait à l'origine du développement, la structure du faisceau musculaire primitif de l'expansion membraneuse de la queue d'une larve de grenouille? La cellule embryonnaire initiale s'est départie en deux régions, l'une formée de protoplasma granuleux semé de noyaux, c'est la *zone protoplasmique*, l'autre au sein de laquelle se forme, dans son arrangement définitif, la substance striée contractile, c'est la *zone musculaire* de l'élément. Cette répartition de la substance protoplasmique et de la substance contractile en deux régions distinctes d'une même cellule existe, nous l'avons vu, à l'origine du développement de tous les muscles striés, aussi bien chez les vertébrés supérieurs que chez les batraciens anoures; mais elle est transitoire et purement embryonnaire. Dans le cœur de certains animaux, au contraire, cette même forme est persistante dans l'état adulte, et peut servir de trait d'union entre les muscles ordinaires et le muscle cardiaque ; elle appartient aux fibres dites de *Purkinje*.

Lorsque l'on ouvre le cœur d'un mouton ou d'un bœuf, l'on voit sous l'endocarde une série de filaments fins et réticulés qui dessinent une série de mailles; au niveau des oreillettes et des ventricules, ce sont des filaments translucides anastomosés entre eux et formant des nœuds par leurs anastomoses. En 1845, Purkinje découvrit ces fibres et pensa avoir affaire à un réseau nerveux. Il constata à l'aide du microscope que ce prétendu réseau nerveux était composé de grains disposés comme ceux d'un chapelet. Chaque grain répondait à une cellule, qu'il compara d'une part aux cellules ganglionnaires, d'autre part aux cellules cartilagineuses, et sa conclusion fut néanmoins qu'il s'agissait ici d'un réseau appartenant à un appareil musculaire spécial.

Cette dernière conception était parfaitement exacte, elle a été développée, du reste, par tous les histologistes qui se sont succédé. Mais la description des fibres de Purkinje est loin d'être aujourd'hui classique et complète. Nous allons la reprendre dans ses détails.

Nous avons vu que, chez certains animaux, les fibres de Purkinje dessinent sous l'endocarde auriculaire et ventriculaire, un réseau visible à l'œil nu. Mais c'est principalement dans les ventricules du cœur du mouton, sur les colonnes charnues de premier ordre, auxquelles s'insèrent la tricuspide et la mitrale qu'il importe de les observer. Le réseau s'étend à la surface des muscles papillaires et s'y moule en en suivant les contours. Il apparaît sous la forme de tractus épais ou fins suivant les hasards de la division des branches, et qui paraissent sous l'aspect de filaments d'un gris de perle qui tranche sur la coloration opaque et mate donnée par la couche graisseuse sous-endocardique. Presque partout, en effet, le réseau de Purkinje est suivi par du tissu adipeux étalé en surface, et qui comble les intervalles de ses mailles.

Pour étudier le réseau de Purkinje, que nous venons de décrire sommairement à l'œil nu, il convient de le séparer des parties subjacentes. Pour cela, l'on peut se servir de plusieurs méthodes. A l'aide d'un fin scapel bien tranchant, l'on trace sur une région de l'endocarde riche en fibres de Purkinje, deux lignes d'incision superficielles qui se coupent à angle obtus. Avec des pinces, on saisit l'endocarde au niveau de l'angle formé par le concours des deux lignes d'incision et on le soulève doucement ; lorsque le

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876 ; nos 1, 2, 7, 9, 52, 21, 22, 23, 24, 26, 28 30 31, 40, 41, 42 et 43 de 1877; nos 11, 12, 13, 14 et 16 de 1878.

© BIU Santé

lambeau a acquis des dimensions convenables on le coupe à sa base et on l'étale sur une lame de verre, en le tendant par le procédé ou tour de main de la demi-dessiccation.

L'opération est rendue infiniment plus facile lorsqu'on prend soin de fixer préalablement l'endocarde dans sa forme. Ceci peut se faire soit en arrosant la surface interne du cœur, pendant quelques minutes, avec de l'alcool à 36°, de Cartier, soit en versant sur la membrane quelques gouttes d'une solution d'acide osmique à 1 p. 0/0.

Une dernière méthode consiste à faire macérer dans l'alcool au tiers de petits fragments de cœur revêtu de son endocarde ventriculaire. Au bout d'un ou deux jours l'endocarde s'enlève facilement à l'aide de la pince, entraînant avec lui le réseau subjacent de cellules de Purkinje. Il suffit alors de dissocier légèrement avec des aiguilles le lambeau enlevé pour isoler des fragments du réseau ou même des cellules qui deviennent libres et se prêtent de la sorte individuellement à l'observation.

Une préparation de fibres de Purkinje faite après l'action peu prolongée de l'acide osmique, tendue sur la lame de verre, et colorée à l'aide du picro-carminate d'ammoniaque à 1 p. 0/0, montre des particularités intéressantes. Les traînées que l'on voit à l'œil nu sous forme de filaments gris sont formées par des rubans aplatis constitués par des cellules soudées entre elles à la manière des épithéliums. Si, avant d'enlever le lambeau d'endocarde, on a fortement argenté la surface de la séreuse, et si, après un séjour de quelques heures dans l'eau distillée, l'on a chassé à l'aide du pinceau l'endothélium disposé à la surface de l'endocarde, on reconnaît que les cellules qui forment par leur union les filaments de Purkinje sont séparées les unes des autres et soudées entre elles par un ciment qui réduit le sel d'argent. Lorsque les travées du réseau sont constituées par une seule chaîne de cellules soudées bout à bout, le ciment qui les unit forme des traits transversaux perpendiculaires à l'axe de la traînée. Sur des travées plus épaisses, il y a deux ou trois rangs de cellules dans le sens transversal ; les lignes de ciment prennent alors l'apparence de celles qui unissent entre elles les pièces polygonales d'une traînée de dalles. Sur tous les points où le ciment intercellulaire existe, le lignes de démarcation entre les cellules paraissent sous forme de traits droits. Latéralement, à la périphérie du faisceau, chaque cellule présente un bord légèrement convexe de façon que la limite de la traînée acquiert à droite et à gauche un aspect festonné.

Chaque cellule présente à son centre un gros noyau muni d'un nucléole, souvent même il existe dans chaque cellule deux noyaux séparés par un minime intervalle. Autour de ces noyaux on trouve une masse de protoplasma granuleux,

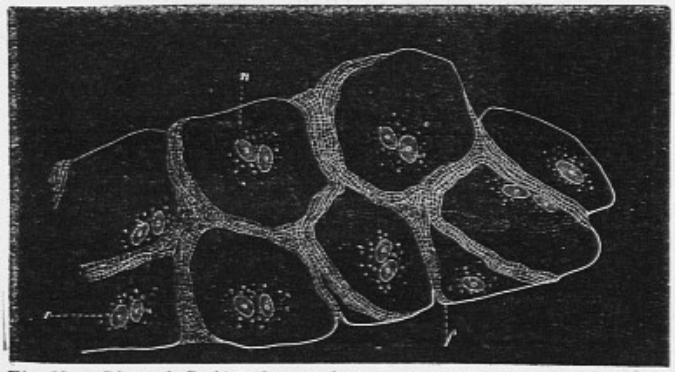


Fig. 88. — Réseau de Purkinje du cœur du mouton. — *n*, Noyaux. — *c*, Protoplasma. — *f*, Substance musculaire striée.

fréquemment chargé de grains de pigment jaune. Mais la périphérie de la cellule présente un aspect tout à fait particulier ; à mesure que l'on s'éloigne du noyau, l'on voit se dessiner sur tout le pourtour de l'élément une striation entièrement analogue à celle des faisceaux musculaires primitifs. Cette striation est longitudinale et transversale. La striation longitudinale est bien marquée, elle correspond à des cylindres primitifs de Leydig.

De cette disposition résulte l'aspect typique en réseau que montrent, à l'œil nu ou à un faible grossissement, les cellules que nous venons de décrire. On voit que ces cellules sont évidemment de nature musculaire ; elles ont une grande analogie avec les cellules musculaires ordinaires, considérées au début de leur développement. De même que les cellules musculaires de la queue des têtards, celles de Purkinje sont départies en deux zones, l'une protoplasmique, l'autre musculaire. La différence fondamentale consiste en ce que la substance contractile, au lieu de se former dans l'une des moitiés de la cellule embryonnaire, de manière à occuper une zone limitée par un trait rectiligne, s'édifie concentriquement au noyau, et enveloppe l'élément tout entier comme d'une écorce de substance musculaire.

Au point de vue de l'anatomie générale, la cellule de Purkinje ne paraît donc être morphologiquement rien autre chose qu'une cellule musculaire embryonnaire, qui s'est arrêtée à un stade relativement peu élevé de son développement.

Les traînées des cellules de Purkinje, constituées comme nous venons de le dire, forment des faisceaux plus ou moins gros. Chacun d'eux est limité extérieurement par une membrane de tissu connectif, qui le suit dans sa direction axiale. Cette membrane ne constitue pas à la traînée une enveloppe simple, analogue au sarcolemne des fibres striées ordinaires ; elle est constituée par des plans superposés de fibres conjonctives, séparés les uns des autres par des cellules plates et constituant une sorte de gaîne lamelleuse.

Latéralement, sur les points où il cesse de s'étendre, profondément, et se continuant avec celui des fibres musculaires du cœur, le réseau de Purkinje change graduellement sa forme, ses cellules constitutives s'allongent, la disposition axiale de la substance musculaire striée devient prédominante et les cellules de Purkinje se changent en fibres cardiaques que nous allons décrire tout à l'heure. Quelques fois la succession entre la cellule de Purkinje et la cellule cardiaque, au lieu de se faire par une série non-interrompue d'intermédiaires insensibles, s'effectue de la manière suivante : du réseau de Purkinje se dégage une branche formée de cellules soudées bout à bout et disposées sur une seule rangée : certaines de ces cellules s'allongent, le manchon de substance musculaire striée devient plus épais latéralement ; à l'une de ces cellules, qui présentent l'aspect d'une cellule cardiaque proprement dite, en succèdent d'autres qui reprennent leur type primitif, de telle sorte qu'on voit une ou plusieurs fibres musculaires cardiaques s'intercaler, pour ainsi dire, entre des cellules de Purkinje, mais à la fin de la chaîne cellulaire le passage s'établit définitivement et la fibre cardiaque est constituée.

Ici une question se présente : quelle est la signification morphologique du réseau de cellules musculaires que nous venons de décrire? Remak et ensuite Aeby considérèrent ce réseau comme une forme embryonnaire ; Kölliker adopta cette opinion, qui est aussi pleinement la nôtre; fondamentalement il n'existe pas de différence appréciable au point de vue morphologique, entre un élément musculo-formatif en voie de développement et une cellule de Purkinje.

Nous sommes donc conduits à penser que cette dernière n'est qu'une cellule musculaire arrêtée dans son développement et fixée dans sa forme embryonnaire. Telle n'a pas été l'opinion de Max Lehnert, qui a récemment soutenu que le réseau de Purkinje n'était formé que par des cellules englobées dans un réseau musculaire indépendant. Si, en effet, l'on traite par le pinceau un fragment d'endocarde préalablement fixé dans sa forme par l'action longtemps continuée de l'acide chromique ou du liquide de Muller, on peut détruire mécaniquement la partie centrale des cellules de Purkinje et mettre en évidence un réseau musculaire formé par l'ensemble des coques striées qui environnent chacune des cellules. Mais il serait erroné de conclure avec Lehnert que les noyaux et le protoplasma qui les entoure sont indépendants du réseau musculaire

© BIU Santé

strié dont ils occupent les mailles. Et tout d'abord, il est difficile de supposer dans l'état actuel de la science un système formé par de la substance musculaire absolument indépendante de corps cellulaires. En second lieu, il est extrêmement facile de démontrer que chaque cellule de Purkinje constitue un tout dont les éléments, noyaux et protoplasma d'une part, substance striée de l'autre, sont absolument solidaires. Je détache un lambeau de l'endocarde contenant des fibres de Purkinje ; je l'étends sans le mouiller sur une lame de verre, j'ajoute une goutte de solution de potasse à 40 0/0 ; au bout de quelques minutes, toutes les traînées de Purkinje se résolvent en une série de grains. L'action de la potasse a dissous le ciment qui unissait les cellules musculaires entre elles ; ces dernières, mises en liberté, se composent d'un ou deux noyaux d'une zone protoplasmique, et d'une écorce formée de substance contractile striée. J'ai assez insisté précédemment sur l'action de la potasse comme réactif isolant les éléments cellulaires dans leur entier, pour m'abstenir de répéter ici les raisons pour lesquelles la réaction précédente nous permet de conclure que l'écorce de substance contractile appartient bien à la périphérie de chacune des cellules musculaires composant le réseau de Purkinje. Les passages insensibles de ces cellules à l'état de fibres cardiaques et la comparaison que nous en avons faite avec les éléments musculaires en voie de développement, justifient en outre pleinement, je pense, l'opinion que je viens de développer et que je défends.

Etude du muscle cardiaque. — De même que les fibres de Purkinje, les éléments constitutifs du muscle cardiaque sonsistent dans des cellules soudées bout à bout et disposées en réseau. La différence fondamentale entre les deux consiste en ceci, qu'au lieu de former des traînées disposées sur un seul plan, les cellules cardiaques forment des chaînes qui se ramifient dans tous les plans. Cette structure à la fois réticulée et cellulaire du cœur est du reste absolument typique. Elle a été mise en lumière en 1871, par Weissmann. Un fragment du cœur de la grenouille est placé pendant une demi-heure dans une solution de potasse à 40 0/0 ; au bout de ce temps, ce fragment, agité dans le liquide additionnel, se désagrège absolument et tombe en poussière. Si nous examinons maintenant les produits de la dissociation, nous les trouvons formés d'éléments similaires. Ce sont des cellules irrégulièrement fusiformes ou plutôt présentant l'aspect de parallélogrammes allongés. Quand on les regarde de profil, les cellules paraissent plates ou légèrement renflées en fuseau, ou enfin tout à fait linéaires, suivant le hasard de l'orientation et des plis. La cellule contient un noyau; ce noyau est intérieur, c'est-à-dire contenu au sein d'une substance striée qui l'enveloppe de toutes parts. Cette dernière substance est longitudinalement divisée en bâtonnets parallèles entre eux, correspondant à des cylindres primitifs, et ces cylindres sont eux-mêmes striés en travers. Tous ces divers détails s'observent parfaitement dans le cœur de la grenouille traité par la potasse, mais pour obtenir des préparations persistantes, il convient d'employer une autre méthode. Un fragment du cœur de la grenouille, de la tortue, du lézard gris ou de tout autre vertébré à sang froid, est placé pendant quelques jours dans l'alcool au tiers ; au bout de ce temps, il se résout en ses cellules constitutives par la simple agitation dans une goutte de picro-carminate d'ammoniaque. Le noyau se colore alors en rouge, la substance musculaire prend une teinte orangée, et la préparation peut être conservée indéfiniment dans la glycérine. Des fragments du cœur des mammifères traités de la même façon se résolvent en cellules de la même manière. Le myocarde du lapin, par exemple, se fragmente en segments irrégulièrement quadrilatères qui, à leurs deux extrémités et suivant le grand axe de l'élément, montrent une terminaison irrégulièrement scalariforme. Chaque cellule contient un ou deux noyaux situés au centre d'un fuseau de protoplasma qui, chez les vieux animaux ou dans les cœurs malades, renferme fréquemment des grains de pigment coloré en brun jaunâtre.

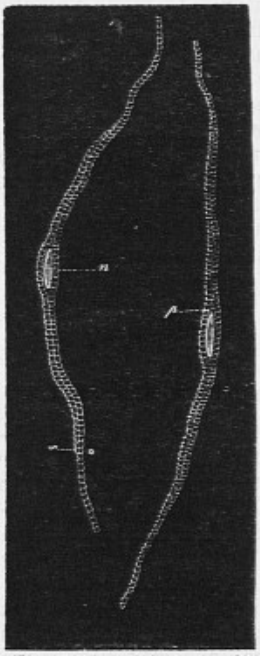


Fig. 89. — Cellules musculaires du cœur de la grenouille isolées par l'alcool au tiers.— *n*, noyaux. — *p*, cylindres musculaires primitifs.

En résumé, tout cœur sanguin est constitué par des cellules soudées entre elles, striées à leur périphérie, anastomosées et formant des chaînes qui s'irradient dans tous les plans et dont chaque anneau consiste en un élément cellulaire.

Il résulte de là qu'à l'aide d'un fragment de myocarde, gros comme une tête d'épingle, l'histologiste le moins exercé peut reconnaître, à l'aide de la potasse à 40 ou de l'alcool au tiers, la nature du muscle que l'on soumet à son analyse ; il peut, si je puis ainsi m'exprimer, faire le *diagnostic du tissu*.

Les cellules musculaires cardiaques, mises en évidence

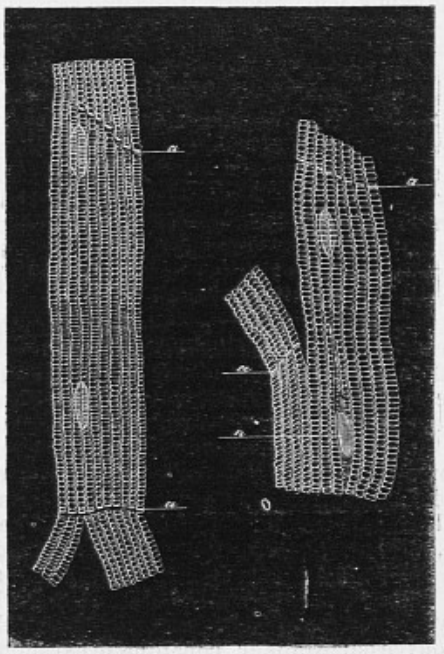


Fig. 90. — Faisceaux primitifs du cœur du chien. — *a*, *a*, Traits scalariformes séparant les segments musculaires successifs. — *n*, Noyaux de ces segments (macération dans l'acide chlorhydrique à 1 p. 10.000.)

et isolées par ces procédés, forment par leur union des réseaux rameux qu'avait découverts Leuvenhoek. Mais les méthodes de dissociation ne nous permettent nullement de décider si, dans la fibre cardiaque ramifiée, les cellules sont soudées entre elles par un ciment ou simplement fusionnées. Cette question a été posée par Kölliker, qui pense que les éléments musculaires du cœur sont fusionnés les uns avec les autres et non point soudés. A l'appui de son opinion Kölliker invoque l'existence des deux noyaux que l'on observe fréquemment au sein d'un même segment isolé par l'action de la potasse. Vous concevez, Messieurs, que cet argument est de nulle valeur ; nous savons, en effet, que nombre d'éléments cellulaires possèdent des noyaux multiples. Mais il existe, en outre, dans la continuité des fibres cardiaques ramifiées une série de points de soudure dont l'étude attentive rend absolument inacceptable l'opinion de

© BIU Santé

Kölliker. J'ai placé hier dans une solution d'acide chromique à 1 p. 1000 un minime fragment de cœur du chien ; ce matin le fragment, lavé, a été placé pendant quelques heures dans le picro-carminate d'ammoniaque, puis dissocié dans l'eau et monté dans la glycérine additionnée d'acide formique au centième. Les fibres arborisées de Leuvenhoek se voient nettement dans la préparation qui vous est soumise ; leurs noyaux à peu près équidistants sont colorés en rose ; la substance musculaire est teinte en rouge orangé. A une certaine distance de chacun de ces noyaux ou même de deux noyaux réunis dans un fuseau protoplasmique et dans un même segment, vous voyez, au-dessus et au-dessous des noyaux, des traits clairs qui coupent transversalement la fibre cardiaque en la traversant d'un bord à l'autre. Ces traits sont dirigés non point d'une manière rectiligne, mais en une sorte d'escalier dont chaque pas répond à l'intervalle de deux cylindres primitifs adjacents, dont chaque marche ou palier répond à l'un des disques de la substance contractile.

Les traits intercellulaires constituent de véritables points de soudure ; ils apparaissent dans toutes les préparations de myocarde qui ont subi soit l'action de l'alcool au tiers, soit celle de l'acide chlorhydrique ou chromique à un pour mille, soit enfin de la glycérine formique.

Le trait que nous venons de décrire est véritablement un trait de ciment. C'est ce que Eberth a démontré il y a quelques années, et ses préparations ont seules ébranlé Kölliker dans son opinion. Voici comment il faut procéder pour imprégner d'argent les traits qui séparent les segments cardiaques les uns des autres. Un fragment de l'endocarde est enlevé à l'aide de la pince et des ciseaux ; le myocarde est ainsi mis à nu, il est lavé à l'eau distillée puis arrosé, à l'aide d'une pipette, avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 500 ; le fragment de cœur ainsi traité par l'argent est lavé de nouveau, puis immergé dans l'eau distillée et renfermé pendant une heure dans un endroit obscur, après quoi on le dissocie avec des aiguilles. On voit alors que le trait d'Eberth, devenu très-évident dans les préparations montées dans la glycérine, occupe toute l'épaisseur du faisceau. C'est à savoir qu'en abaissant l'objectif, on le voit se poursuivre de la face antérieure à la face postérieure de la fibre cardiaque. L'on constate de la sorte que la direction générale de la soudure est analogue à celle affectée ordinairement par le trait d'une fracture en bec de flûte opérée sur un os long. Mais non-seulement cette direction générale existe sous la forme d'une surface continue dans toute l'épaisseur de la fibre, les bords du trait sont en outre dentés, affectant une disposition scalariforme sur les détails de laquelle nous reviendrons plus tard.

Ainsi les fibres cardiaques sont formées de faisceaux primitifs, qui, au lieu d'être rectilignes, étendus comme ceux du biceps d'une cupule tendineuse à une autre, sont ramifiés dans tous les plans. Cette forme arborisée du tissu myocardique découverte par Leuvenhoek, oubliée, puis retrouvée par Kölliker, constitue le caractère morphologique le plus saisissant de la structure du muscle cardiaque. En outre, cette chaine ramifiée est constituée par une infinité de cellules musculaires soudées bout à bout par un ciment analogue à celui des épithéliums.

Le réseau des fibres cardiaques est surtout manifeste au niveau des oreillettes minces et membraneuses des animaux de petite taille ; chez la grenouille, il est facile de montrer ce réseau en opérant de la manière suivante : la cavité thoracique de l'animal est ouverte largement, une ligature est posée sur les veines qui se rendent au cœur, le bulbe aortique est ouvert avec les précautions voulues et l'on pousse dans les cavités cardiaques, de manière à les distendre, de l'eau salée à 1 p. 100. Une dernière ligature est posée sur l'aorte, le cœur gonflé par l'injection est enlevé en totalité à l'aide de ciseaux, puis porté dans une solution d'acide osmique à 1 p. 100. Au bout d'un temps très-court, l'organe est fixé dans sa forme, toutes ses parties sont rigides, on peut facilement le disséquer sous l'eau distillée. La mince cloison interauriculaire peut être alors enlevée et placée sur une lame de verre dans son état de développement parfait, car, après l'action de l'acide osmique, elle ne se rétracte plus. La préparation colorée lentement sous la lamelle à l'aide du picro-carminate d'ammoniaque, et examinée dans la glycérine, montre un élégant réseau de fibres musculaires cardiaques anastomosées ; ces fibres s'entre-croisent de mille manières, et leurs points nodaux forment des chiasmas. La structure réticulée du cœur est ainsi mise en évidence d'une manière absolument complète.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — **M. JULES SIMON.**

A. Quinquina. — B. Sulfate de quinine (1).

Leçon recueillie par S. CHAMBARD, interne des hôpitaux.

B. *Sulfate de quinine.*

Je m'occuperai seulement de ce sel précieux, laissant entièrement de côté la cinchonine, qui est beaucoup moins active, et la salycine, qu'on a considérée autrefois comme son succédané et qui vient de reprendre une vogue nouvelle.

Le sulfate de quinine, dont vous connaissez tous l'amertume et le peu de solubilité, est d'une administration difficile. Pour le rendre plus soluble, on ajoute aux liquides auxquels il doit être incorporé, un peu d'acide sulfurique qui le transforme en sulfate acide ou bisulfate de quinine, mais cette quantité devra être aussi minime que possible, surtout lorsque vous emploirez des solutions concentrées et pour l'usage externe.

A l'intérieur, vous pourrez donner le sulfate de quinine en poudre dans des hosties, ou mieux dans des cachets de LIMOUSIN, qui sont, vous le savez, Messieurs, constitués par deux hosties collées ensemble entre lesquelles est comprise une dose de poudre médicamenteuse. Ce mode d'emploi ne peut convenir qu'aux grands enfants sachant avaler.

Vous le ferez encore assez aisément accepter en le dissolvant dans du café noir, du vin de quinquina, ou du sirop amer, comme le sirop d'écorce d'oranges. Pour les très-jeunes enfants, vous en ferez préparer des pilules de 2 centigrammes, argentées, qu'ils prendront par 10 ou 15 à la fois avec la même facilité que les granules de semen-contra qu'on leur donne journellement de la même façon.

A partir de 8 et 10 ans, la meilleure préparation est une solution de sulfate de quinine dans un mélange de sirop tartrique et de sirop de codéine :

Sulfate de quinine..	0 gr. 30 à 0 gr. 40 et plus, selon les cas.
Eau.....	100 gr.
Acide sulfurique....	une goutte.
Sirop tartrique.....	Q. S.
Sirop de codéine...	5 à 10 gr.

Cette potion est, il est vrai, très-amère, mais les enfants s'y habituent. Ne tenez pas compte de l'antagonisme du sulfate de quinine et de l'opium ; la pratique nous montre que cette formule représente un mode d'administration sûr et excellent du sel quinique. La préparation opiacée diminue la susceptibilité de l'estomac sans nuire à l'absorption.

Le sulfate de quinine s'altère à l'air. Aussi pourriez-vous difficilement le garder très-longtemps en paquets. Je vous conseille alors, dans le cas où vous devriez toujours en avoir une provision, de le conserver dans de petits tubes bien bouchés et dosés, ou mieux encore de l'incorporer à la glycérine ou au sirop de tolu qui le conservent indéfiniment. Vous ferez préparer, par exemple, une solution dans la glycérine tellement titrée, que chaque cuillerée à café contient 0,05 ou 0,10 de sel.

Pour l'usage externe, vous pourrez mélanger le sulfate de quinine à la glycérine, au cérat, à tous les corps gras et en toutes proportions ; je vous ferai connaître tout à l'heure,

(1) Voir le n° 48.

© BIU Santé

Messieurs, des expériences personnelles qui m'autorisent à considérer comme inefficace ce mode d'administration du médicament, chez des enfants au-dessus de deux ans.

Il en est autrement des lavements auxquels vous devrez avoir recours en cas d'intolérance gastrique et dans certaines formes pernicieuses où la vie du malade dépend d'une question de minutes. Vous commencerez alors par débarrasser l'intestin des matières fécales par un grand lavement d'eau tiède, puis vous donnerez le lavement de sulfate de quinine avec une petite seringue en verre ou en étain, afin d'être bien sûr que tout le liquide injecté passe dans l'intestin et qu'il n'en reste pas la moitié dans la seringue ou au fond de l'irrigateur.

Chaque lavement sera de deux ou trois cuillerées à bouche seulement, et la dose de sulfate de quinine sera double de celle que vous auriez donnée par la bouche, car le mucus alcalin qui recouvre la muqueuse rectale en neutralise en partie l'absorption. Vous y ajouterez aussi un peu de laudanum pour stupéfier la musculeuse rectale et empêcher que le lavement ne soit trop tôt rejeté. J'insiste beaucoup, Messieurs, sur ces petites choses, qui, dans les cas graves, ont une importance énorme, et vous comprendrez sans peine, qu'un lavement de quinine donné sans toutes ces précautions pourra demeurer complétement inefficace.

Un autre mode d'administration du sulfate de quinine en vue d'une absorption rapide est l'injection hypodermique. Vous aurez rarement besoin d'avoir recours, chez les enfants, à cette petite opération qui, grâce à l'acidité du sel quinique, peut provoquer des abcès dermiques très-douloureux, très-longs à guérir. Laissez-moi vous rappeler, en passant, à ce sujet, que les injections hypodermiques produisent des abcès cutanés dans les conditions suivantes : Lorsque le liquide injecté est acide ou contient des corps étrangers ; et lorsque la pointe de l'aiguille, au lieu d'être libre dans le tissu cellulaire sous-cutané, reste fixée dans l'épaisseur du derme.

Je n'ai jamais pratiqué, chez les enfants, d'injections hypodermiques aux sels quiniques, mais j'ai été obligé d'y avoir recours chez l'adulte, et notamment plusieurs fois chez une dame atteinte de fièvres intermittentes anciennes dont les accès avaient pris, à un certain moment, le caractère pernicieux. Cette dame était atteinte d'une forme abdominale (le mot forme, usuellement employé en pareil cas, est absolument impropre), ou plutôt d'accidents abdominaux épouvantables que je vous résume en traits saillants : Coliques horribles, vomissements incoercibles et exaspérants, tranchées, diarrhées séreuses abondantes. — Il n'y avait pas lieu de chercher à faire absorber la quinine par le tube digestif. J'injectai dans les cuisses, en 6 fois, 3 grammes de sulfate de quinine en l'espace de douze heures. Le péril fut conjuré, mais il est resté au niveau des piqûres, des indurations douloureuses du volume d'un marron. Elles n'ont pas suppuré parce que j'avais pris soin de pousser l'injection dans le tissu cellulaire, et par suite aussi, je le crois, de la précaution prise par moi d'injecter, à chaque opération, des petites doses de sel acidifié. Chaque gramme d'eau contenait 0,30 centigr. de sulfate acide.

Je vous engage en pareille occurence, à vous rendre, comme moi, chez un pharmacien, à lui faire dissoudre à chaud cette dose de 0,30 centigr. par gramme d'eau acidifiée. Une fois la solution refroidie, le médicament se précipitera à nouveau, mais vous le réchaufferez au bain-marie et vous obtiendrez à peu près la même limpidité.

En tous cas, vous êtes armé, de cette façon, d'un moyen héroïque qu'il faudra mettre en œuvre même chez les grands enfants, si vous exercez dans un pays fiévreux.

Se fondant sur la rapidité d'absorption des substances toxiques et médicamenteuses, non-seulement gazeuses, mais encore liquides, par la muqueuse des bronches et du poumon, on a été jusqu'à conseiller d'injecter ces substances dans la trachée à l'aide d'une seringue de Pravaz. Je vous engage à vous abstenir de cette méthode, qui pourrait causer de graves accidents avec une solution de sels quiniques.

A côté du sulfate de quinine, d'autres sels ayant la même base, mais un acide différent, ont été expérimentés et proposés. M. Gubler a préconisé le bromhydrate de quinine qui serait tout aussi actif, et agirait moins énergiquement sur l'encéphale ; on a préconisé également le tannate de quinine, qui fut, il y a quelques années, l'objet de discussions assez passionnées. Le tartrate de quinine a été recommandé, comme ayant une action plus douce sur les voies digestives et moins d'amertume, il serait accepté par les enfants avec moins de répugnance. Enfin, le valérianate de quinine a été considéré comme unissant les propriétés antispasmodiques de la valériane à l'action antipériodique de la quinine. Pour M. Briquet, cependant, l'instabilité de ce sel, ne permet pas d'y compter sûrement dans les cas un peu graves où le médecin doit être certain de la portée de l'arme qu'il a entre les mains.

Dosage du sulfate de quinine chez les enfants.

Chez les enfants à la mamelle, au-dessous d'un an. — Je donne le sulfate de quinine à la dose de 0,05 centig., 0,10, 0,15 centigrammes en lavement laudanisé (une goutte de laudanum).

D'un an à deux ans. — Je donne 0,10 à 0,20 centigrammes, de la même façon et avec les mêmes précautions.

En même temps, je pratique des frictions sous les aisselles et aux jarrets, aux plis de l'aine, avec une pommade composée avec partie égale de cold-cream et de sulfate de quinine, ou avec une solution alcoolique.

Je continue, comme vous le voyez, chez les enfants au-dessous de deux ans, la pratique traditionnelle des frictions. Il m'a semblé qu'elle était utile chez eux.

Je n'ai pu me livrer à des recherches du passage du sulfate de quinine par les urines, chez les enfants aussi jeunes. Au-dessus de deux ans, je vais vous citer dans un instant des expériences concluantes sur la difficulté et la lenteur de l'absorption du sulfate de quinine par la surface cutanée.

Au-dessus de deux ans. — Je fais prendre le sulfate de quinine soit dans du café, soit dans de la glycérine sucrée avec du sirop tartrique, à la dose de 0,25 à 0,30 centigrammes, et quand il s'agit de combattre des accès violents, je continue de donner des doses de 0,05 centigrammes d'heure en heure jusqu'à l'ivresse quinique.

Si l'enfant se refuse à prendre le café ou la glycérine, ou le sirop de Tolu, chargés de quinine ; donnez-le lui en petites pilules d'un centigramme, argentées et noyées dans de petits amas de confitures de groseille. Avec un peu de patience et d'habileté, vous arrivez au succès. Pourtant, il vous reste encore la voie rectale, bien moins sûre, il est vrai, que les voies digestives supérieures. Dans ce dernier cas, vous porterez la dose à 0,40 centigrammes pris en deux fois, un lavement le matin, un le soir.

A partir de quatre ans. — Je donne aux enfants à peu près les doses d'adultes, c'est-à-dire, 0,30 à 0,40 centigrammes.

Ces doses qui paraissent excessives à Paris sont raisonnables dans les pays à fièvre palustre, mon expérience actuelle, qui grandit tous les jours sur ce point, me porte à croire que les dosages de Paris sont de beaucoup trop faibles. Il faut d'ailleurs tenir compte du mode d'administration. Le sulfate de quinine pris en poudre, ou en pilule, n'est plus absorbé avec la même efficacité qu'en solution. En outre, il y a souvent tel état des voies digestives dépendant de la fièvre qui en retarde le passage intime.

D'ailleurs, après avoir dompté le mouvement fébrile par les hautes doses, je les diminue, tout en continuant, pendant 4 à 5 jours, l'administration de doses convenables de sulfate de quinine.

Action physiologique du quinquina. — 1° *Peau.* — La poudre de quinquina appliquée sur la peau ne produit aucun effet appréciable ; il n'en est pas de même du sulfate de quinine qui, déposé sur le derme dépouillé de son épithélium, détermine de vives douleurs et une eschare assez profonde, ainsi que l'ont montré les expériences entreprises par Trousseau.

© BIU Santé

On a prétendu, Messieurs, que le sulfate de quinine administré sous forme de topique, en lotions ou en frictions était absorbé et produisait des effets thérapeutiques, il l'est en réalité, je crois, un peu chez les tout jeunes enfants, mais ne l'est plus d'une façon appréciable à un âge plus avancé. J'ai fait, à ce sujet, des expériences à plusieurs reprises sur les petites malades de mon service et je viens de les répéter encore tout récemment. J'ai fait faire à des petites filles âgées de huit à douze ans et notoirement aux deux malades couchées aux nos 9 et 10 de la salle Sainte-Elisabeth et affectées de lupus scrofuleux, des frictions sous les aisselles avec une pommade contenant moitié de son poids de sulfate de quinine, eh bien, le réactif de Bouchardat n'a montré, pendant les premiers jours, aucune trace de ce sel dans l'urine, et encore la proportion de sel était-elle très-faible pendant les jours suivants malgré le soin apporté aux frictions quotidiennes.

Vous savez, Messieurs, que le réactif Bouchardat, dont la sensibilité est très-grande, est une solution iodo-iodurée qui précipite les plus minimes parcelles de sels de quinine en rouge marron floconneux. J'ai également recherché sans plus de succès le sulfate de quinine dans l'urine en utilisant sa fluorescence bien connue. Ce procédé consiste à éclairer comparativement une solution de quinine très-faible et l'urine que l'on veut examiner au moyen de l'étincelle d'une bobine de Rhumkorff, je me sers à cet effet d'un tube de Geissler renfermant de l'azote raréfié, entouré d'un autre tube dans lequel je mets soit la solution de sulfate de quinine, soit l'urine dans laquelle je me propose de rechercher la présence de ce sel. Ce procédé est bien moins sensible et pratique, que celui de Bouchardat. De toutes mes expériences, il en est résulté pour moi que les lavages, les onctions et les frictions de sulfate de quinine ne constituent pas un mode sérieux d'adminstration de ce médicament.

2° *Appareil digestif.* — Sur la muqueuse digestive, le sulfate de quinine agit comme irritant. A dose assez élevée le quinquina, le quinquina rouge surtout, détermine des pincements d'estomac qui, chez certaines personnes, peuvent revêtir les caractères de véritables gastralgies et durer même longtemps après la suspension du médicament. Il cause aussi des vomissements.

Les vomissements suivent moins souvent l'administration du sulfate de quinine que celle du quinquina, et d'après la plupart des auteurs, ce serait la diarrhée qui se serait surtout observée. Bretonneau insiste sur cette action purgative chez les paludéens qui, pour lui, annihile l'action thérapeutique de ce sel et nécessite l'adjonction d'opium pour en établir la tolérance. Je dois vous dire que je n'ai jamais vu le sulfate de quinine produire de diarrhée, je l'ai plutôt vu constiper, mais le vomissement, la gastralgie qu'il détermine justifient l'emploi de l'opium et commandent de le donner au commencement ou au cours du repas.

3° *Appareil circulatoire. — Calorification.* — Le sulfate de quinine produit une sédation des appareils cardio-vasculaire et calorificateur qui se traduit par le ralentissement du cœur, la contraction des petits vaisseaux, et une diminution de la température. Aussi, dans ces conditions, est-il excellent comme anti-pyrétique et décongestif des centres nerveux et du globe oculaire. Parfois cette anémie capillaire et cette réfrigération sont suivies d'un accès de chaleur et de fièvre ébauchée. De là un argument des homéopathes de bonne foi.

Pour mon excellent maître, M. Briquet, à qui l'on doit des études approfondies sur l'action physiologique et thérapeutique du quinquina, le sulfate de quinine est simplement un sédatif du système nerveux et notamment de sa portion ganglionnaire qui préside aux fonctions de circulation, de nutrition et de calorification. Il dénie aux sels quiniques toute action tonique, la réserve exclusivement au quinquina ou plutôt aux principes toniques de celui-ci.

4° *Appareil urinaire.* — Je vous ai déjà fait voir que le sulfate de quinine s'éliminait par l'urine, et je vous ai dit comment on pouvait l'y reconnaître. Son passage peut s'accompagner d'une certaine sensibilité des voies urinaires. Ce liquide excrémentitiel est augmenté et le taux d'acide urique est abaissé. Le sulfate de quinine s'élimine également, mais en moindre quantité par la sueur, le lait, la salive et les larmes.

5° *Système nerveux.* — Des expériences sur les animaux et de nombreuses observations cliniques ont conduit M. Briquet à démontrer l'action énergique et rapide du sulfate de quinine sur le système nerveux cérébro-spinal et on doit ajouter sur le grand sympathique.

Le sulfate de quinine excite le système nerveux, produit l'anémie capillaire, puis la dose dépassée, on peut voir succéder la paralysie de ces mêmes vaisseaux. En augmentant la dose progressivement, on peut voir se dérouler tout le tableau de l'intoxication quinique, depuis les phénomènes les plus insignifiants jusqu'aux accidents les plus graves. Ce sont d'abord de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreille, des vertiges, une titubation légère, puis de l'engourdissement, la surdité, la stupeur et l'obscurcissement de la vue, enfin l'anéantissement de toutes les fonctions de relation et un véritable coma, qui peut être interrompu par des accidents convulsifs ou délirants qui simulent une véritable méningite, et se terminer par la mort.

En résumé, l'action quinique porte sur la moelle, le système cérébro-spinal et le grand sympathique qu'il excite ; de là, ses propriétés anémiantes et décongestives. Je pense, toutefois, que les troubles cérébraux ont été mis à tort sur le compte des seules modifications de la circulation de cet organe, de l'anémie cérébrale ; outre cette action, il en exerce une propre et directe sur les éléments du système nerveux. Je ne reviendrai pas, Messieurs, sur cette discussion à laquelle je me suis livré à propos de la belladone, et de l'opium et je vous rappellerai seulement que, pour moi, l'action directe des agents toxiques sur les centres nerveux a plus d'importance que leur action sur la tension vasculaire. Comment expliquer, en effet, les perturbations intellectuelles et morales si différentes dans leur physionomie, bien que relevant de quelques faits primordiaux communs qui succèdent à l'ingestion de la belladone, de l'opium, du haschich, de l'alcool, etc.; si toute l'action de ces substances se réduit à des augmentations ou à des diminutions de tension dans les vaisseaux cérébraux ? Comment comprendre que l'alcool et l'opium congestionnant tous deux le cerveau, le meilleur contre-poison de l'alcool soit précisément l'opium ? (*A suivre*).

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Du 2 au 7 décembre 1878. — M. Audouard : De l'acné sébacée partielle et de sa transformation en cancroïde. — 455. M. Colson : Des taches vineuses et de leur traitement par les scarifications. — 456. M. Le Petit : Etude sur la paraplégie syphilitique. — 457. M. Lemoyne : Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale. — 458. M. Dupont : De l'hépatite interstitielle diffuse aiguë. — 459. M. Niquet : Des causes de la mort dans la phthisie pulmonaire chronique. — 460. M. Reichardt : Considérations sur l'amputation du col de l'utérus et description d'un mode particulier de pratiquer cette amputation. — 461. M. Mary : Etude des anthrax de la face. — 462. M. Albert : Des adhérences anormales du placenta. — 463. M. Gueste : L'amputation tibio-tarsienne, ses procédés, leurs modifications. — 464. M. Pinard : Des arthropathies rhumatismales de l'allaitement. — 465. M. Véron : De l'albuminurie et de l'encéphalopathie dans l'intoxication saturnine profonde. — 466. M. Galland : De l'occlusion du péritoine par la ligature élastique après la kélotomie. — 467. M. Bonnefond : Considérations sur l'angine de la fièvre typhoïde et sur l'adénopathie trachéo-bronchique développée dans le cours de cette maladie.

27. Injection hypodermique de pilocarpine. — *Edes.*

Nitrate de pilocarpine.....	16 centigr.
Eau distillée.....	3 grammes.

Faites dissoudre. On injecte le 10e de cette solution, et on peut répéter plusieurs fois l'injection. Excellent sudorique et sialagogue. — A recommander. — (*Union médicale*).

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Clinique annexée à la Chaire de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.

Chargé par la troisième commission du Conseil général du département de la Seine, du *Rapport sur le budget du service des aliénés*, nous avons dû examiner la demande de M. le Ministre de l'Intérieur en ce qui concerne la *Clinique annexée à la chaire de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale*. Voici le fragment de notre Rapport relatif à cette question :

«Lorsque cette chaire a été créée et lorsque la Faculté de médecine a choisi le titulaire, le Gouvernement n'a pas songé aux difficultés de l'organisation du service clinique qui devait nécessairement y être annexé. Aussi, bien que la nomination du professeur remonte au 18 avril 1877, la question n'a pu être résolue et aucun cours n'a encore été fait. Plusieurs solutions ont cependant été proposées. La première en date est du mois d'octobre 1877 : sur les instances du professeur, le Ministre de l'intérieur d'alors, M. de Fourtou, adressa la lettre suivante à M. le Préfet de la Seine :

« Monsieur le Préfet,

» Vous m'avez transmis, en me demandant des instructions, des copies d'une lettre de mon collègue de l'Instruction publique et d'un rapport du doyen de la Faculté de médecine concluant à l'installation, à l'asile Sainte-Anne, de la clinique affectée à la chaire de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, instituée en vertu du vote de la Chambre des députés et dont M. le docteur Ball a été nommé titulaire.

» En même temps que votre rapport, je recevais une note dans laquelle M. Ball exposait les conditions qui lui paraissaient devoir présider à l'organisation du service de la clinique.

» L'enseignemeat devant porter à la fois sur les maladies mentales et sur les maladies nerveuses, il importait que le service clinique réunit des malades des deux catégories. Par suite, il n'était pas possible de l'organiser à Sainte-Anne, établissement spécial aux aliénés séquestrés. Il fallait choisir un établissement mixte, qui eût aussi le double avantage d'être d'un accès facile et à proximité de l'école de médecine.

» L'hospice de la Salpêtrière, remplissant seul ces conditions, c'est à la Salpêtrière que devra être installée la nouvelle clinique.

» Le service comprendra deux salles de 50 à 60 lits chacune. L'une des deux, affectée aux maladies mentales, sera comprise dans le quartier des aliénées. L'autre, située à proximité de la première, mais en dehors du quartier spécial, sera exclusivement réservée au traitement des maladies nerveuses, ou de l'encéphale.

» En ce qui concerne le laboratoire et l'amphithéâtre, vous vous concerterez avec le Ministre de l'Instruction publique et le doyen de la Faculté de médecine, afin de les pourvoir des compléments indispensables.

» Pour atteindre le but en vue duquel la chaire a été instituée, il importe que les malades présentent à l'étude des cas bien caractérisés. Vous donnerez, en conséquence, des instructions formelles pour que les aliénées envoyées dans le service du docteur Ball soient choisies avec soin. M. Ball devra d'ailleurs se conformer rigoureusement, pour son service, aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838.

« Je communique ces dispositions à M. le Ministre de l'Instruction publique, et je fais savoir à mon collègue que l'installation de la nouvelle clinique sera absolument terminée pour la fin du présent mois d'octobre. Je vous invite donc à faire commencer les appropriations dans le plus bref délai.

» J'invite MM. les inspecteurs généraux Constans, Lunier et Dumesnil, à se concerter avec vous et à vous prêter leur concours. J'écris dans le même sens au directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, et je désire être informé des mesures que vous aurez prises de votre côté pour assurer le service.

» Recevez, monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération très-distinguée.

» *Le Ministre de l'Intérieur*,
« DE FOURTOU. »

» Il convient de noter que M. de Fourtou ne tenait aucun compte, dans sa lettre, des médecins de la Salpêtrière. Pour fournir des malades au professeur, il fallait enlever une portion de leurs services et à un médecin du quartier des aliénées et à un médecin de l'hospice, puisque le cours devait, au dire du ministre de l'Ordre moral, embrasser d'une part les *maladies mentales* et, d'autre part, les *maladies du système nerveux*. Ce ministre ne doutait de rien — à moins, ce qui est plus probable, qu'il n'ait péché par ignorance, — car il exigeait que le laboratoire et l'amphithéâtre fussent construits en *vingt-quatre jours* (7-31 oct.).

« Unanimes furent les protestations des médecins de la Salpêtrière. Et d'ailleurs, reconnaissons-le, elles étaient parfaitement fondées. L'enseignement de l'aliénation mentale pour être complet et digne d'une Faculté comme celle de Paris, doit porter à la fois sur les hommes et sur les femmes. C'était là, du reste, l'idée de ceux qui ont créé l'Asile de Sainte-Anue, au fronton duquel ils ont écrit ces mots : *Asile clinique* (1).

« L'Administration de l'Assistance publique, plus au courant que M. de Fourtou des difficultés pratiques, a temporisé; les événements ont marché et les coryphées de l'Ordre moral sont tombés sans que le professeur fût pourvu du service clinique qn'il réclamait.

« De nouvelles études ont été faites. L'Administration de l'Assistance publique a été invitée à dresser les plans et devis d'un petit Asile que l'on devait élever, aux frais de l'Etat, dans les terrains qui environnent l'Hôpital temporaire. Cette idée a été abandonnée. Alors a surgi un troisième projet, absolument irréalisable et qui dénote, chez son auteur, une connaissance imparfaite de la loi de 1838: il consistait à installer la clinique mentale à l'hôpital Saint-Antoine, ainsi que le rappelle la lettre ci-après qui contient l'indication d'un nouveau projet sur lequel vous êtes appelés à délibérer.

» Monsieur le Préfet,

» Ainsi que je vous l'avais fait savoir, j'avais cru devoir consulter M. le Ministre de l'Instruction publique avant de statuer sur l'installation définitive de la clinique annexée à la chaire de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.

» On avait tour à tour proposé d'organiser la nouvelle clinique à la Salpêtrière ou à Bicêtre, mais ces projets avaient été abandonnés à la demande de M. le professeur Ball *qui aurait désiré l'installation de cette clinique à l'hôpital Saint-Antoine*, où il est déjà chargé d'un service de névropathes.

» Diverses considérations, qu'il ne me semble pas utile de reproduire ici, ont fait écarter ce dernier projet, et, sur l'avis conforme de la Faculté de médecine, M. le Ministre de l'Instruction publique a donné la préférence à l'Asile Sainte-Anne.

» Il s'agit, dans l'espèce, d'une organisation qui intéresse avant tout l'enseignement supérieur, et, me rangeant à l'opinion exprimée par mon collègue, je décide que la nouvelle clinique de pathologie mentale sera établie à l'Asile Sainte-Anne.

» Le pavillon d'admission, qui constitue en réalité un asile dans l'asile, conviendra de tous points à cette installation.

» Le médecin y disposera de 50 lits, 25 pour chaque sexe, nombre très-suffisant à ses expériences et à ses démonstrations.

» Toutefois, pour compléter le service, il faudra y adjoindre un amphithéâtre pouvant recevoir environ 200 auditeurs, un laboratoire pour les expériences, 2 cabinets, l'un ponr le professeur, l'autre pour son chef de clinique, enfin, le logement du chef de clinique et un logement d'interne.

» Il sera, par suite, indispensable de construire un pavillon annexe sur l'emplacement libre qui sépare le bâtiment de l'inspection du bâtiment d'admission.

» Veuillez, je vous prie, faire préparer d'urgence, après vous être concerté avec M. le docteur Ball, et au besoin, avec M. le doyen de la Faculté de médecine, les plans et devis de ces annexes.

» La dépense résultant de ces constructions devant être supportée par le budget de l'enseignement supérieur, je désirerais recevoir les plans et devis dans le moindre délai possible, afin d'être en mesure de les com-

(1) « Il faudra d'abord créer un *Asile clinique*, car on peut difficilement s'instruire dans la spécialité à Bicêtre et à la Salpêtrière. » (Baron HAUSSMANN).

© BIU Santé

» muniquer à M. Bardoux, et de vous notifier ma décision assez tôt pour » que l'installation puisse être terminée à la rentrée de novembre.

» Recevez, Monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération très-dis- » tinguée.

» Pour le Ministre de l'Intérieur,

» *Le Sous-Secrétaire d'Etat,*

» *Signé* : Ch. Lepère. »

« Vous voyez, Messieurs, que ce dernier projet consiste à donner le bureau d'admission tout entier au professeur de la Faculté de médecine de Paris et à bâtir sur l'emplacement libre qui sépare le bâtiment de l'inspection du bureau d'admission ou de répartition, un pavillon composé d'un amphithéâtre, d'un laboratoire, de deux cabinets et de deux logements.

« M. le préfet de la Seine, qui a le devoir de défendre les intérêts du Département, pouvait-il agir et trancher seul la question? Non; il a pensé qu'il ne pouvait rien faire sans vous consulter. Votre 3e Commission a été saisie de la demande de M. le Ministre, et l'a examinée avec tout le soin qu'elle exige. Elle estime que les renseignements fournis à M. le Ministre sur le rôle que remplit le Bureau d'admission, par rapport aux autres asiles, ont été insuffisants, car, sans cela, il n'aurait pas songé au projet qui nous est soumis.

« Le Bureau d'admission, vous vous en souvenez, reçoit tous les malades aliénés du département de la Seine. Là, ils sont examinés par les médecins, puis répartis, d'accord avec le bureau des aliénés de la préfecture, dans les cinq asiles : Le bureau d'admission est un service à la fois médical et administratif. Les malades ne font qu'y passer et par conséquent il ne se prête qu'imparfaitement à l'enseignement clinique, qui a besoin de conserver ses malades durant un temps quelquefois très-long. D'un autre côté, le professeur de clinique mentale est chargé de l'enseignement et non pas de toute la besogne administrative que comporte le Bureau d'admission ; c'est un fonctionnaire de l'Etat et non un fonctionnaire du Département qui se trouverait évidemment sans action sur lui.

« Votre Commission considérant le Bureau d'admission comme un rouage indispensable au fonctionnement régulier de nos asiles, vous propose d'écarter ce projet. Mais, persuadée que l'enseignement clinique de la pathologie mentale est indispensable, elle a le devoir de vous montrer qu'il serait possible de concilier l'intérêt de l'enseignement et celui du département. Dans ce but, le département pourrait vendre à l'Etat un terrain d'une contenance d'un hectare environ, situé rue d'Alésia, en face de l'Asile. L'Etat y construirait, à ses frais, un pavillon pour une cinquantaine de lits et qui formerait pour ainsi dire une annexe de l'Asile Sainte-Anne. Cette annexe serait pourvue de malades par le Bureau d'admission comme les autres asiles; les malades seraient entretenus aux frais du département et, de plus, le professeur pourrait, d'accord avec les médecins de l'établissement, faire venir à sa clinique les malades paisibles qui lui paraîtraient offrir un intérêt au point de vue de l'instruction des élèves. De la sorte, l'Etat serait chez lui, et nos services ne seraient pas désorganisés. »

Le Conseil général, dans sa séance du 30 novembre, a voté un projet de délibération conforme, projet que nous publierons dans le prochain numéro. B.

Ouverture du cours de M. Brown-Sequard, au Collége de France.

Le cours de physiologie, professé au Collége de France, a commencé lundi dernier, 2 décembre. Dans cette leçon d'ouverture, M. Brown-Sequard a exposé brièvement le sujet qu'il a l'intention de développer cette année. Suivant son expression, il combattra presque toutes les doctrines actuellement admises sur la physiologie du cerveau, et principalement celles qui ont trait aux localisations cérébrales.

Il étudiera le mode d'action du cerveau sur la moelle épinière, discutera l'existence de deux cerveaux ou d'un seul et passera en revue toutes les lésions du cerveau qui peuvent produire des phénomènes physiologiques et morbides. Selon lui, chaque moitié du cerveau possède toutes les fonctions de l'encéphale ; elle est capable de tous les actes et peut apprécier toutes les sensations. Il espère démontrer, que la nécessité d'une *décussation* des fibres nerveuses du côté droit au côté gauche et réciproquement, n'est pas indispensable ; et que chaque moitié du cerveau peut apprécier les impressions sensitives et sensorielles des deux moitiés du corps.

S'appuyant sur ce fait, que les fibres de communication entre l'encéphale et la moelle sont en petit nombre, le professeur déclare que, pour lui, la théorie du clavier nerveux est fausse et doit être rejetée. Le mécanisme qu'il espère faire accepter implique l'hypothèse de l'existence de puissances psychiques répandues dans l'axe cérébro-rachidien, portant ses sensations aux cellules nerveuses ; et le mode de communication entre ces diverses puissances psychiques et la puissance intellectuelle, se fait comme par une sorte de courant galvanique: il suffit donc de très-peu de fibres de communication, pour transmettre le message à des cellules nerveuses prêtes à le recevoir.

« Je crois, a dit M. Brown-Sequard, à l'existence des localisations cérébrales; mais je soutiens que les localisations, au lieu de consister en un point délimité du cerveau, existent d'une autre manière. Elles se composent d'éléments disséminés partout ; de sorte que chaque centre a des cellules de fonctions très-variées. » Il cite alors quelques faits qui, selon lui, démontreraient que le centre de la parole n'est pas placé, ainsi que M. Broca l'a dit, à la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche.

Comme on le voit, M. Brown-Sequard veut faire admettre en physiologie des doctrines radicalement opposées à celles que nous connaissons, et fait table rase de celles qu sont généralement admises aujourd'hui. Ce professeur a déjà, en 1876, exposé ses théories à la Société de Biologie, et depuis, lors à l'étranger et principalement aux Etats-Unis (1).

Nous terminerons en ajoutant que M. Brown-Sequard a exprimé, au commencement de son cours, son intention, non de faire de l'expérimentation, ainsi que son prédécesseur le regretté Claude Bernard, mais de s'appuyer surtout sur des faits pour démontrer ses doctrines. « Les expériences en cette matière sont d'ailleurs, a-t-il dit, très-difficiles, car elles sont sous la dépendance d'une *irritation*,

(1) Voir dans le *Progrès Médical* de 1876, les comptes-rendus des discussions qui ont eu lieu à la Société de Biologie, à cette époque.

© BIU Santé

et elles échouent souvent. C'est ma confiance en la vérité, en les nombreux faits que j'ai rassemblés, qui me soutiendra dans la voie que je me suis tracée. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

M. LELOIR présente un tumeur osseuse de la mamelle, qui a été enlevée sur une chienne du laboratoire de M. Vulpian. Il y a eu ossification partielle du tissu fibreux. D'après M. Malassez, les tumeurs de cette nature ne sont pas rares chez les chiens.

A propos de la dernière communication de M. Graux, M. Mathias DUVAL fait remarquer qu'il n'est pas exact de dire qu'il existe des fibres commissurales entre le nerf moteur oculaire externe, d'un côté et le nerf moteur oculaire commun du côté opposé. C'est une véritable racine que le noyau du moteur oculaire externe fournit au moteur oculaire commun du côté opposé. Répondant à une question de M. Luys, M. Duval déclare ensuite qu'il lui a été impossible de reconnaître l'existence de cette racine par l'électrisation localisée qui est trop difficile sur le plancher du 4e ventricule.

Insensibilisation chez les individus non-hystériques.— M. DUMONTPALLIER rend compte d'expériences fort curieuses qu'il a faites, au point de vue de la sensibilité, sur plusieurs élèves de son service, à l'hôpital de la Pitié. On pulvérise de l'éther sur le bras droit ; la sensibilité disparaît peu à peu sur les points en contact avec l'éther. En même temps, dans la zone correspondante du bras gauche, la sensibilité s'amoindrit notablement. Ces phénomènes sont absolument analogues à ceux que l'on a observés sur des femmes hystériques, et cependant les jeunes gens sur lesquels opérait M. Dumontpallier n'avaient absolument rien d'hystérique.

Un de ses externes, soumis à la pulvérisation éthérée, a rédigé lui-même son observation, que M. Dumontpallier communique à la Société. M. Dumontpallier ajoute, pour rester dans la vérité, que d'autres expériences n'ont pas donné de résultats positifs.

M. LABORDE déclare que le phénomène du transfert est aujourd'hui bien démontré pour les organes des sens. Cependant il n'est pas entièrement convaincu de la réalité des faits avancés par M. Dumontpallier. Aussi conseille-t-il à son collègue de se choisir lui-même pour les expériences. D'après M. Laborde, on aurait peut-être avantage à employer des injections sous-cutanées d'aconitine dans certains cas pathologiques, pour voir si cette substance modifie l'hyperesthésie symétriquement.

Sur une question de M. Malassez M. DUMONTPALLIER affirme qu'il n'a ajouté foi aux phénomènes dont il a été le témoin que lorsqu'il a vu le thermomètre monter au moment même où se faisait le retour à la sensibilité.

Toxicité des sels de cuivre. M. GRÉHANT communique une note de M. Philippeaux relative à la toxicité des sels de cuivre. Voici les conclusions de cette note : 1° Ingérés directement les sels de cuivre sont toxiques. — 2° La même dose cesse d'être toxique, si les sels de cuivre ingérés ont été préalablement dissous dans les aliments. — 3° On peut retrouver des traces de cuivre dans le foie, 30 jours après l'ingestion d'un sel de cuivre.

De l'hématurie des vaches. M. ROBIN offre en hommage une brochure qu'il vient de publier sur l'hématurie des vaches. De ses recherches il résulte que l'urine des vaches atteintes de cette maladie ne contient presque pas de sang ; on constate dans cette urine : la présence de l'albumine et du chlorure de sodium, l'augmentation de l'urée, la disparition du carbonate et du phosphate de chaux, ainsi que de l'acide hippurique. Lorsque la guérison commence à s'effectuer, des gouttelettes de graisse apparaissent dans l'urine, qui reprend bientôt sa coloration et sa composition normales.

Tumeur de la circonvolution pariétale ascendante du côté gauche, chez une femme atteinte de paralysie générale. Convulsions du même côté pendant la vie.

M. MAGNAN présente l'hémisphère cérébral gauche d'une femme âgée de 48 ans, qui avait présenté pendant la vie tous les symptômes d'une paralysie générale progressive, avec des attaques convulsives unilatérales siégeant à gauche, et survenant à intervalles irréguliers depuis plus de huit ans.

A l'autopsie, on a trouvé une adhérence généralisée avec épaississement des méninges sur tout l'hémisphère droit. Sur l'hémisphère gauche, la dure-mère adhérait seulement en deux points très-limités, en avant et en arrière. De plus, on trouvait au voisinage du sillon de Rolando, sur la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante, une tumeur, du volume d'une amande, qui avait déterminé l'atrophie de cette circonvolution.

Ce fait constitue-t-il une exception à la loi des localisations cérébrales? M. Magnan ne le pense pas. D'après lui, la tumeur cérébrale s'est développée lentement et a rendu possible une suppléance fonctionnelle. Quant aux accidents convulsifs, ils ne doivent pas être rapportés à la tumeur, mais bien à la méningo encéphalite interstitielle diffuse du côté droit.

Sans vouloir, pour le cas actuel, contester l'explication de M. Magnan, M. HALLOPEAU croit que des tumeurs corticales de l'hémisphère peuvent fort bien produire des convulsions du même côté. Il a vu lui-même, à la Salpétrière, plusieurs faits du même ordre.

M. DURET rappelle les expériences concluantes qui ont été faites par différents physiologistes, et qui prouvent que les convulsions et les contractures unilatérales résultent parfois du pincement et de l'irritation de la face interne de la dure-mère du même côté.

Action physiologique de la benzine. — M. BOCHEFONTAINE présente, au nom de M. Benech, une communication sur l'action physiologique de la benzine. La benzine serait un poison convulsivant, rappelant assez bien la nicotine ; elle agirait principalement sur les centres, pour amener des convulsions et des mouvements coordonnés. Elle abaisse la tension artérielle et dilate les vaisseaux périphériques, tandis qu'elle accélère les mouvements du cœur et les mouvements respiratoires. Elle abaisse la température ; les anesthésiques empêchent les convulsions, mais non l'action toxique de la benzine. Dans quelques cas, la benzine produit la glycosurie chez le cobaye. Elle s'élimine par le poumon.

Ch. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 décembre 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. Jules GUÉRIN fait la lecture d'un travail *sur les courbures de la colonne vertébrale.* Ce travail se résume dans les conclusions suivantes : 1° la courbure commence où s'arrête la flexion de la colonne ; 2° à défaut de limite précise entre le rayon de la flexion et le rayon de la courbure, il existe des caractères matériels propres à les faire distinguer. Ces caractères sont : *sur le vivant* la persistance de la fixité des courbes soustraites à l'action verticale de la pesanteur et leur résistance aux tractions et efforts de redressement ; *sur le squelette* la réduction ou affaissement vertical des parties comprises dans la concavité de la courbure et le développement proportionnel des parties de la convexité ; affaissement et accroissement accompagnés du développement latéral des corps vertébraux ou de torsion de ces corps ; 3° il n'existe pas de déviation, à une seule courbure ; toujours deux, trois, quatre et cinq, et le plus souvent trois ; la limite de chacune d'elles est marquée par le déplacement latéral des corps vertébraux, parfois une même vertèbre est le point de départ de deux courbures alternes ; 4° En vertu du déplacement initial des corps vertébraux résultant de la torsion de la colonne autour d'un axe passant par le sommet des apophyses épineuses, les courbures ne sont accusées que tardivement par la ligne de ces dernières, et à toutes les périodes de leur développement elles ne trahissent que partiellement leur nombre et même leur degré ; 5° les courbures de l'épine peuvent siéger dans toutes les parties de la colonne dans la région dorsale moyenne, dorso-lombaire, dorsale supérieure, cervico-dorsale.

La plus grande fréquence est dans la région dorsale moyenne, leur convexité tournée à droite ; 6° Le mécanisme

© BIU Santé

des courbures vertébrales comprend toujours deux ordres de causes : *les causes pathologiques* et *les causes statiques*. Tout en conservant le caractère différentiel de leur origine, les premières se résolvent toutes dans les secondes dont elles reçoivent leur complément nécessaire pour former les courbures alternes ; 7° En dehors et au-delà de l'action statique de la verticale, et des actions complémentaires de la pesanteur et de la contraction musculaire pervertie, il existe des courbures multiples alternes qui procèdent d'un ordre ou plan primitif dont les nécessités statiques ne seraient que les intermédiaires ; 8° la courbure considérée comme élément de la déviation lui fournit un ordre de caractères qui se résument dans l'amplification des parties correspondantes à la connexité de la courbure et dans la réduction des parties correspondantes à sa concavité, amplification et réduction relatives tout à la fois à l'espace qu'elles occupent et au volume des parties qu'elles comprennent.

M. Poggiale lit plusieurs rapports sur diverses eaux minérales analysées dans le laboratoire de l'Académie.

M. Maurice Perrin fait une communication sur l'anesthésie par le chloroforme. Le chloroforme, employé comme anesthésique, est devenu un agent moins sûr et plus dangereux depuis quelques années. Il agit, en effet, moins rapidement et produit souvent des troubles du côté de l'estomac. M. Perrin a été témoin de plusieurs accidents, résultant de l'inhalation du chloroforme et se traduisant par un état de mort apparente. En présence de ces faits, qu'il convient d'atténuer dans la mesure du possible, M. Perrin croit pouvoir les attribuer à l'impureté du chloroforme, ainsi que le confirment les analyses des échantillons du chloroforme employé.

MM. Marc Sée et Richet déclarent n'avoir jamais eu d'accidents semblables à ceux rapportés par M. Perrin.

M. Guyon a bien observé des accidents analogues à ceux qui se sont produits chez les malades de M. Perrin ; mais, il ne les a pas attribués à l'impureté du chloroforme, car les personnes chloroformées étaient des femmes et l'on sait que, chez les femmes, les vomissements sont très-fréquents à la suite de l'anesthésie.

M. Perrin fait usage du chloroforme depuis vingt ans, et jamais il n'a constaté rien de semblable à ce qu'il vient de rapporter et il ne pense pas que le sexe ou l'âge ait une influence spéciale sur les effets du chloroforme.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 14 juin. — Présidence de M. Charcot.

6. Mal de Pott. — Scrofule des vieillards ; par M. Quenu.

P. M..., blanchisseuse, n° 18, salle Ste-Geneviève, est âgée de 72 ans, et paralysée des deux membres inférieurs. Ses antécédents, tant personnels qu'héréditaires sont excellents, elle n'a fait aucune maladie, les trois enfants qu'elle a eus sont tous vivants, et ses parents sont morts vieux (60 et 73). Sa maladie a commencé, il y a 7 mois, par des douleurs dans le dos, puis peu après est survenue une déviation de la colonne vertébrale ; la faiblesse des jambes s'est accentuée surtout depuis 4 mois ; à cette époque sont apparues, pour la première fois, des douleurs dans les jambes et des élancements, la privant quelquefois de sommeil pendant plusieurs nuits ; en même temps la paralysie a progressé rapidement et a condamné la malade à l'immobilité absolue.

Actuellement, 1er *mai*, P... a une paraplégie complète du mouvement ; la sensibilité qui persiste en certains endroits, est complétement anéantie dans la plus grande partie des membres inférieurs, les mouvements réflexes sont exagérés, la vessie et le rectum sont complétement paralysés. Il existe une eschare peu profonde à la région sacrée et au talon droit ; les membres inférieurs sont considérablement œdématiés.

La malade ressent encore des douleurs dans les deux jambes ; leur intensité est toutefois moins grande que les jours qui ont précédé l'entrée à l'hôpital ; elle accuse, en outre, des fourmillements et une sensation de froid dans les pieds. La colonne vertébrale vers la 4e ou 5e dorsale est fortement incurvée, et 3 ou 4 vertèbres semblent prendre part à cette déformation.

P... a maigri beaucoup depuis 4 mois, elle a un teint jaune-paille, qu'elle n'avait pas, prétend-elle, avant sa maladie. M. Desnos avait diagnostiqué d'abord une carie vertébrale due peut-être à la scrofule qu'on observe quelquefois chez les vieillards. Mais plus tard, la persistance des douleurs dans les membres paralysés, la courbure à grand rayon de la colonne vertébrale, l'âge, l'amaigrissement rapide et le teint, nous avaient fait penser à un cancer du rachis. La malade meurt le 2 juin.

Autopsie. La cavité rachidienne ouverte et la moelle enlevée, nous constatons que le corps vertébral de la 4e dorsale est en grande partie détruit ; il n'existe plus de traces du ligament vertébral postérieur, de sorte qu'il y a entre la 3e et la 5e dorsales, une cavité anfractueuse à laquelle le ligament vertébral antérieur et la plèvre épaissie, forment paroi en avant, tandis que le contenu caséeux vient en arrière se mettre en contact direct avec la dure-mère. Rien dans les autres corps vertébraux. Au niveau du foyer, la dure-mère est recouverte à sa face antérieure d'une plaque jaunâtre, caséeuse ; en incisant les méninges par la face antérieure, nous pouvons remarquer que les racines rachidiennes sont comprises dans la masse caséeuse ; nulle part trace de tubercule.

Poumons, sans tubercules. A la valvule mitrale, un peu d'endocardite ; pas de thromboses dans les veines des membres inférieurs.

Nous nous sommes assurés, après enlèvement de la moelle, que celle-ci ne pouvait pas être comprimée par une portion d'os, au niveau de la déviation. Nous retrouvons donc encore, comme dans une dernière présentation, la vérification des faits établis par Michaud, et sur lesquels M. Charcot insiste. De plus, un autre motif, notre erreur de diagnostic, nous a engagé à présenter ces pièces ; l'examen de celles-ci nous explique parfaitement la cause de notre paraplégie douloureuse, à savoir l'irritation des racines postérieures par la matière caséeuse au milieu de laquelle elles sont comprises. L'abolition de la sensibilité résulte probablement d'une myélite transverse secondaire, elle a été, du reste, un phénomène tardif.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 décembre 1878. — Présidence de M. F. Guyon.

M. Terrier lit un remarquable rapport sur un mémoire de M. Galezowski et relatif à l'excision des culs-de-sac de la muqueuse dans les cas de granulations conjonctivales. M. Galezowski a pratiqué 227 fois cette opération et a obtenu 213 succès ; il y a eu 7 insuccès ; 5 fois les malades n'ont pu être suivis après l'opération, et 2 fois l'intervention semble avoir provoqué la perte de l'œil. — Les succès ont eu ceci de remarquable que les ectropions et les entropions, toutes les rétractions inodulaires, si fréquentes lorsque les granulations sont abandonnées à elles-mêmes, ne se sont pas montrées après l'opération de M. Galezowski.

Cette affirmation n'a pas absolument convaincu M. Terrier : M. Galezowski n'a pu suivre tous ses malades bien longtemps et la rétraction inodulaire, qui faisait défaut au début, s'est peut-être manifestée plus tard. En effet, par son opération, M. Galezowski produit une plaie qui sera une première cause de rétraction ; d'autre part, il laisse subsister sur la conjonctive bulbaire et tarsienne les granulations qu'il traite par la cautérisation. M. Gazelowski semble donc ne faire qu'ajouter une nouvelle cause à l'ancienne cause de rétraction inodulaire.

Et puis cette opération paraît avoir donné des résultats bien divers à des époques différentes ! En 1874, M. Galezowski publie que l'excision des culs de sac de la muqueuse dans le cas de granulation lui a donné plus de 200 succès. Or, comme M. Galezowski n'accuse, en 1878, que 227 opérations, il n'aurait pratiqué de 1874 à 1876 que 26 opérations tout au plus, qui lui auraient donné 2 pertes de l'œil et 7 insuccès ; ce qui serait une statistique plus que médiocre, et certainement

© BIU Santé

M. Galezowski ne préconiserait pas comme bonne une opération qui donnerait de pareils résultats.

M. Després s'associe aux critiques adressées par M. Terrier au mémoire de M. Galezowski; il ne fera qu'une remarque, c'est que l'opinion émise par M. Galezowski, sur le siége habituel et la persistance plus grande des granulations dans les culs de sac est exacte. Cette notion, d'ailleurs, existe depuis longtemps dans la science, et M. Després, qui l'a reproduite dans son ouvrage, ne saurait dire dans quel auteur il l'a puisée. M. Terrier, ajoute-t-il, a bien fait d'insister sur ce point que M. Galezowski n'a pas assez suivi ces malades et a cru trop promptement à des guérisons; la cautérisation doit être faite, pratiquée longtemps et patiemment pour obtenir un triomphe définitif.

M. Penas. Je trouve justes et sages les critiques que M. Terrier nous a présentées; et je crois mauvaise l'excision des culs de sac de la conjonctive: on sait, en effet, que les granulations par leur organisation et la rétraction de leur tissu de formation nouvelle finissent par provoquer un état anatomique nommé xérophtalmie; je ne pense donc pas qu'il faille exciser la muqueuse lorsque l'accident le plus à redouter est justement la disparition de la muqueuse. Il est vrai que M. Galezowski nous dit que cet accident ne s'est pas montré. Eh bien! je crois qu'il est à redouter et s'il n'est pas encore arrivé il arrivera tôt ou tard. — M. Galezowski a obtenu des succès et les explique par la disparition des glandules des culs de sac. Cette existence des glandules n'est point encore solidement assise; les uns même la nient résolument et décrivent dans la muqueuse un réseau lymphoïde. Toujours est-il que, comme M. Terrier, je pense que ces glandules ne doivent pas être incriminées et les succès de M. Galezowski trouveraient, d'après moi, une explication plus rationnelle: par son excision des culs de sac l'auteur provoque une inflammation détersive de la muqueuse; les granulations disparaissent comme elles le font dans certaines inflammations intenses, dans l'inoculation curative du pus blennorhagique par exemple dont je vous ai rapporté, l'année dernière, un cas si remarquable; non-seulement le pannus kératique disparut, mais aussi toutes les granulations des culs-de-sac, et la conjonctive devint absolument nette.

M. Giraud-Teulon ne partage pas complètement la manière de voir de M. Panas; il croit que la conjonctive oculaire échappe, jusqu'à un certain point, à la loi de pathologie générale de la rétraction inodulaire; certaines opérations sont pratiquées sur la conjonctive: des ablations de fongosités, des tonsures, qui ne sont au demeurant qu'une excision partielle de la conjonctive. Eh bien, il ne se souvient pas avoir vu de renversement de la paupière ou de déviations. — Anssi ne pense-t-il pas que la muqueuse oculaire obéisse aux mêmes lois de rétraction que les autres tissus. — M. Giraud-Teulon ajoute, en réponse à M. Després, qu'il y a différentes sortes de granulations; que les unes affectent plus particulièrement les culs de sacs, qne d'autres se développent surtout au niveau des cartilages tarses; et que l'histologie n'a point encore dit son dernier mot à ce sujet.

M. Panas répond à M. Giraud-Teulon qu'en effet, dans les opérations dont il parle, la rétraction cicatricielle ne semble pas à craindre; aussi a-t-il dit simplement que ce n'était pas dans une maladie comme celle des granulations, où la rétraction de la muqueuse était surtout à redouter, qu'il fallait retrancher de la muqueuse. Ce n'est pas quand l'étoffe manque qu'on taille en plein drap.

M. Terrier reprend ce qui a été dit sur les granulations: la question n'est pas d'une grande netteté: l'histologie a voulu déterminer la valeur clinique de chaque variété, et ne paraît pas avoir réussi encore. Un travail important de Sœmisch a paru sur ce sujet: les élevures des culs-de-sac seraient de fausses granulations, une hypertrophie des glandes lymphoïdes; les vraies granulations siégeraient en d'autres points de la conjonctive et plus particulièrement à la région tarsienne. Ce serait leur organisation et leur développement qui provoqueraient la déformation du cartilage tarse.

M. Duplay lit son rapport sur le mémoire de M. Blum relatif à un cas de paralysie traumatique du médian et du cubital traité par la distension et l'élongation de ces nerfs. Il s'agissait d'un jeune homme de 29 ans qui, deux mois avant son entrée à l'hôpital, s'était blessé l'avant-bras sur la pointe d'un couteau; la lame avait pénétré profondément, mais la plaie s'était bien cicatrisée, seulement le bras était resté faible; il gonflait dès que le malade se mettait au travail; les muscles inervés par le radial étaient paralysés; la peau avait perdu ses divers modes de sensibilité en divers points; en d'autres existaient des plaques d'hyperesthésie. M. Blum pratique une incision du tégument, met à nu le radial qui lui semble rose et un peu enflammé; le médian dont la coloration est normale; il soulève l'un et l'autre de ces nerfs et les distend. Dès le lendemain, la sensibilité commençait à reparaître, la motilité se montrait dans les divers groupes musculaires, sauf dans les extenseurs, l'hyperesthésie disparaissait; en un mot, une amélioration considérable se fit qui ne tarda pas à s'affirmer progressivement.

Depuis que Billroth a signalé les résultats obtenus par l'élongation des nerfs, cette opération a été pratiquée un certain nombre de fois et souvent avec succès pour combattre certaines irradiations douloureuses, des spasmes musculaires, des paralysies; elle a été faite pour modifier l'excitabilité nerveuse, tantôt pour la réveiller et tantôt pour l'affaiblir. — M. Duplay a eu recours à cette méthode dans le cas suivant: un jeune homme de 26 ans entre dans son service quelque temps après s'être blessé. Il existe au niveau du poignet, un peu au-dessus du pisiforme une cicatrice. Une plaque fibreuse, adhérente au muscle cubital antérieur existe en ce point, ainsi qu'une petite tumeur qui semble absolument indépendante du muscle, mais qui est fort douloureuse à la pression; aussi, M. Duplay pense-t-il qu'il s'agit d'un petit névrome traumatique du cubital: comme il y a des troubles de sensibilité et de motilité, anesthésie en certains points, hyperesthésie, paralysie des interrosseux, l'intervention est jugée nécessaire. Une incision des téguments, permit d'arriver sur la petite tumeur que l'on croyait un névrome et qui se trouva être adhérente au tendon du cubital antérieur; elle exerçait une compression sur le nerf d'apparence normale; le nerf fut soulevé sur une épingle et distendu légèrement par quelques tractions modérées. Dès le lendemain, on put constater que les interosseux, dont la contractilité avait disparu, reprenaient leur fonction; la sensibilité réapparaissait et les irradiations douloureuses cessèrent complètement. Les jours suivants, l'amélioration s'affirma; il restait cependant, lorsque le malade quitta l'hôpital, un certain degré d'atrophie, mais M. Duplay pense que l'application plus longtemps continuée de l'électricité l'aurait fait disparaître. Certainement, ajoute M. Duplay, cette observation n'est pas absolument probante, puisque la paralysie pouvait être provoquée par la compression de la petite tumeur fibreuse. Néanmoins, elle présente trop d'analogie avec celle de M. Blum pour qu'on ne les rapproche pas.

M. Gaujot, professeur au Val-de-Grâce, présente un jeune engagé volontaire qui, en montant à cheval, sentit tout à coup une douleur vive au niveau du triangle de Scarpa et vit apparaître une tumeur assez volumineuse qui siége sur le côté interne, vers la masse des adducteurs. M. Gaujot établit, par exclusion, qu'il s'agit là d'une hernie musculaire, qui devient dure et résistante lors de la contraction des adducteurs.

M. Després est aussi d'avis qu'il s'agit là d'une hernie musculaire; il fait remarquer que cependant dès kystes hydatiques intra-musculaires ont été signalés en ce point.

M. Trélat en voyant le malade, et sans palper la tumeur, avait cru tout d'abord à ces dilatations variqueuses et lymphatiques dont il a observé autrefois un cas, mais le premier examen lui a prouvé que c'était bien une hernie musculaire. Comme M. Gaujot, il est d'avis qu'il n'y a point d'intervention opératoire d'aucune sorte, mais un bandage compressif ne serait point inutile.

M. Verneuil, pense que le doute n'est pas possible; il a observé un cas absolument analogue; aussi, à première vue, a-t-il déterminé la nature de la tumeur.

M. Farabeuf. J'ai pu autrefois, dans le service de M. Ver-

© BIU Santé

neuil, observer une hernie musculaire, et j'ai souvent réfléchi au mode de formation de ces tumeurs, sur lequel ne s'expliquent pas les auteurs. On semble dire qu'il se fait une déchirure de la gaine aponévrotique au travers de laquelle s'exprimerait une portion de muscle ; ainsi se produirait la hernie, Mais cette explication est peu physiologique. Lorsque, dans une opération, on ouvre une gaine musculaire a-t-on jamais vu apparaître une hernie ?

J'ajouterai que tous les cliniciens nous disent que la hernie musculaire forme une tumeur plus dure pendant la contraction ; mais pendant la contraction, la tension du muscle augmente et la tendance à sortir de la gaine devrait, par conséquent, diminuer; au lieu de devenir plus saillante, la tumeur devrait plutôt s'affaisser. Je crois pouvoir en conclure que les explications données jusqu'à ce jour sont insuffisantes, et je pense que, pour qu'une hernie se produise, il faut non-seulement la déchirure de la gaine aponévrotique, mais la déchirure ou la désinsertion d'une partie du muscle qui puisse, de cette manière, passer au travers de la solution de continuité.

M. Guyon fait remarquer que s'il restait le moindre doute sur la nature de la tumeur, l'exploration électrique le lèverait. Seule une hernie musculaire durcirait au passage du courant.

Pendant le cours de la séance, la Société a procédé à la nomination de deux commissions, pour la nomination des associés nationaux et étrangers. MM. Houël, Lucas-Championnière, Marjolin, Giraud-Teulon, Magitot constituent la première ; MM. Verneuil, Trélat, Panas, Terrier et Perrier, la seconde.

P. Reclus.

REVUE MÉDICALE

De la métalloscopie.

Nous trouvons dans les publications périodiques anglaises deux articles sur ce sujet intéressant. Nous allons en donner un résumé succinct et sans vouloir entrer dans une discussion détaillée nous les ferons suivre de quelques mots d'explication.

I. Metalloscopy and Metallotherapy; by A. Hughes Bennett. (*Brain, a Journal of Neurology ;* part III, p. 331.)

L'auteur a eu l'occasion de constater sur un *certain* nombre de cas d'anesthésie et d'analgésie, les faits signalés par M. Burq et étudiés récemment par M. Charcot. Il n'a pas eu à observer de cas d'achromatopsie. La partie essentielle de l'article est l'observation suivante dont voici la traduction textuelle : « A *Westminster Hospital*, chez une femme affectée depuis plus d'un an d'hémianesthésie et d'hémianalgésie complètes, après avoir essayé un certain nombre de métaux avec des résultats divers, j'ai appliqué deux boutons de bois sur le bras. En une demi-heure le bras était devenu normalement sensible au contact et à la douleur, et il resté tel depuis, c'est-à-dire depuis trois mois, les autres parties du corps restant anesthésiques et analgésiques comme devant. Cette observation avec les disques de bois a été souvent répétée et les résultats ont été entre les mains de l'auteur aussi certains et aussi constants qu'avec un métal quelconque. »

La conclusion de M. Hughes Bennett est que les effets attribués aux applications métalliques sont très-vraisemblablement dus à une *action mentale* et voici ses raisons : l'action des métaux est incertaine et inconstante ; il n'y a pas de métal spécialement appproprié à un malade donné et tel métal qui réussit un jour manque son effet le lendemain ; enfin, il n'est pas besoin de métaux, à preuve les boutons de bois.

Sans nous arrêter à relever la contradiction qui existe entre les conclusions et le corps de l'article au sujet de la constance d'action des métaux, cherchons la signification de cette expérience des boutons de bois. A l'importance que lui donne M. Hughes Bennett, il semble qu'elle aurait mérité quelque chose de plus que les quelques lignes que nous avons traduites. Il est difficile de savoir, en effet, s'il ne s'est pas introduit dans l'expérience quelque condition propre à en modifier le caractère, comme par exemple la constriction des liens dans le fait analogue cité par M. Westphal. On ne voit pas non plus sur qui et dans quelles circonstances l'observation aurait été répétée. Mais admettons pour établi que des disques de bois aient réellement agi comme des plaques de métal, que devons nous en conclure ? Nous avons trouvé que beaucoup d'autres agents sont aptes à produire les phénomènes métalloscopiques et nous n'avons pas la prétention d'en avoir clos la liste. Notre thèse est celle-ci : un certain nombre d'agents physiques produisent invariablement la série des phénomènes en question, tandis que d'autres agents ou les mêmes, dans d'autres conditions d'intensité, ne les produisent jamais. Après cela, que les disques ou *certains* disques de bois soient dans la première ou dans la seconde de ces catégories c'est en réalité une question d'ordre secondaire.

II. Remarks on metallic and magnetic Therapeutics; by Horatio Donkin. (*British medical Journal*, 26 oct. 1878.)

M. H. Donkin prend pour texte l'article du professeur Gamgee dont le *Progrès* a donné un extrait dans son numéro du 16 novembre. Il commence par mettre en doute les faits mesmériques qui ne sont souvent qu'une imitation involontaire. Quant aux plaques métalliques, l'expérience de M. Hughes Bennett avec les boutons de bois suffit à trancher la question dans le sens négatif. Il fait observer que les faits, dont a été témoin M. Gamgee, relativement à l'action des aimants et des solénoïdes, étaient dépourvus de toute rigueur expérimentale : ainsi les malades connaissaient déjà les expériences dont elles allaient être l'objet : elles n'avaient pas les yeux bandés ; on n'a pas essayé comparativement des appareils en action et des appareils en repos ; enfin il n'est pas nettement indiqué que les spectateurs observaient le silence.

L'auteur reproche à M. Gamgee d'avoir inféré hâtivement de la sensibilité de la *région ovarienne* au rôle présumable de l'ovaire dans l'hystérie.

Il est d'avis que l'action de l'aimant sur la sensibilité est d'ordre mental et il termine en insistant sur l'invraisemblance que présente à priori la cause physique attribuée aux phénomènes en question. Reprenons ces objections par ordre.

Pour ce qui est du mesmérisme, nous ne pourrions ici qu'opposer une assertion à une assertion ; faisons pourtant remarquer que les expériences de ce genre étaient tout à fait neuves à la Salpêtrière et que la plupart des malades qui y ont été soumises n'en avaient aucune idée préalable.

Ce qu'il faut penser des boutons de bois a été dit plus haut. Ajoutons ici que des applications de ce genre avaient été faites maintes fois soit par nous mêmes, soit par des médecins étrangers et *toujours* sans résultat positif. A ce propos, il faut noter une circonstance qu'on perd un peu trop de vue lorsque l'on parle des *expériences de la Salpêtrière*; c'est que si les démonstrations publiques ne se font que sur un petit nombre de malades toujours les mêmes, les recherches que résument ces démonstrations ont été et sont quotidiennement faites sur des centaines de malades de la ville.

M. Donkin indique avec beaucoup de justesse quelques unes des précautions expérimentales auxquelles on doit s'astreindre dans les recherches de ce genre. Il est vrai qu'elles n'ont pas été rigoureusement observées en présence de M. Gamgee. Mais il s'agissait alors non pas d'acquérir des faits nouveaux, mais seulement de montrer, dans le court espace d'une visite, le plus grand nombre possible des faits les mieux établis. Quant à la rigueur de la méthode de recherche, nous pouvons affirmer qu'elle n'a rien laissé à désirer ; il nous serait facile de composer un volume avec le récit d'expériences telles que celle-ci : 1° Un barreau aimanté agit lorsqu'on le présente par les pôles ; il n'agit pas si on présente la ligne neutre et l'expérience se fait derrière le malade. Une pile, un solénoïde, un électro-aimant, agissent lorsque le courant passe ; ils n'agissent plus lorsqu'il est interrompu par le simple desserrement d'une vis fait hors de la présence du sujet; une plaque de platine est inerte; elle agit si elle a été préalablement polarisée; etc., etc..

Nous laisserons à M. le professeur Gamgee le soin de défendre ce qu'il a pu dire relativement à l'ovaire dans l'hystérie. On sait que M. Charcot a toujours grand soin d'expliquer, lorsqu'il parle de l'ovarie ou de la compression ovarienne, qu'il a en vue la région ovarienne seule et qu'il ne prétend pas dire,

© BIU Santé

bien que cela semble probable, que l'hyperesthésie ait son siége dans l'ovaire lui-même.

Les dernières lignes de M. Donkin sur l'invraisemblance *a priori*, etc., offrent un exemple d'une tendance qui nous a déjà frappé chez plusieurs médecins anglais à propos précisément de métalloscopie. C'est l'abus de la logique. Nous savons combien cette maîtresse science est cultivée dans les universités anglaises. Cependant l'excès en tout est un défaut et nous ne comprenons guère qu'on traite la métalloscopie comme un syllogisme. Dans une science d'observation, lorsqu'un fait semble douteux, au lieu d'argumenter *a priori*, pourquoi ne pas observer et expérimenter ? ne serait-ce pas plus simple et plus.. logique ?

Dr Romain Vigouroux.

Le *PROGRÈS MÉDICAL* à l'Exposition

Instruments de chirurgie *(suite)*.

Maison Mariaud. Un modèle réduit et artistement construit du lit mécanique perfectionné de M. Mariand appelle d'abord

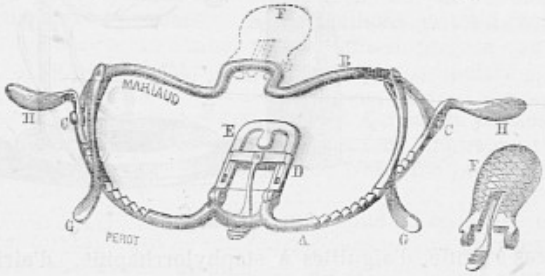


Fig. 91.

l'attention du visiteur. Ce lit est appelé à un grand succès ; il est devenu déjà indispensable pour les ovariotomies et les grandes opérations de la chirurgie abdominale. On n'a plus

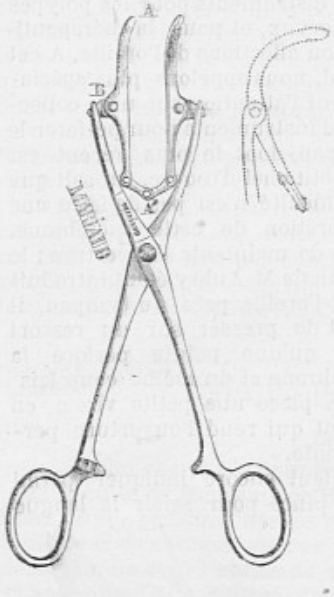


Fig. 92.

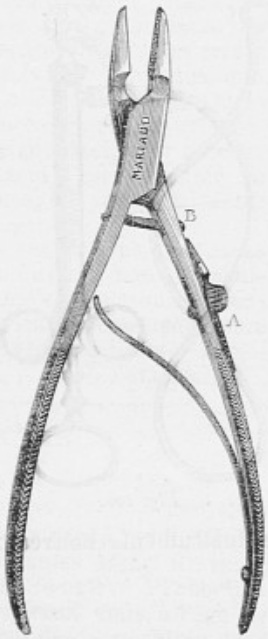


Fig. 93.

à transporter à bras les opérées d'un lit dans l'autre, ce qui leur imprimait des secousses toujours inutiles et souvent funestes. Le plan matelassé qui constitue le lit opératoire est pourvu de deux poignées de chaque côté. Deux aides peuvent ainsi le soulever et porter la malade sur le lit où elle doit définitivement reposer ; lorsqu'elle y est parvenue, il suffit de manœuvrer un levier placé sur un des côtés pour que le plan du lit opératoire se sépare en deux moitiés, qu'on peut alors enlever avec la plus grande facilité, sans produire la moindre secousse. Le lit opératoire Mariaud peut être incliné dans tous les sens, en avant, en arrière, à droite ou à gauche ; il pivote sur lui-même ; il s'élève ou s'abaisse tout entier, etc... L'ingéniosité et le perfectionnement du mécanisme le recom-

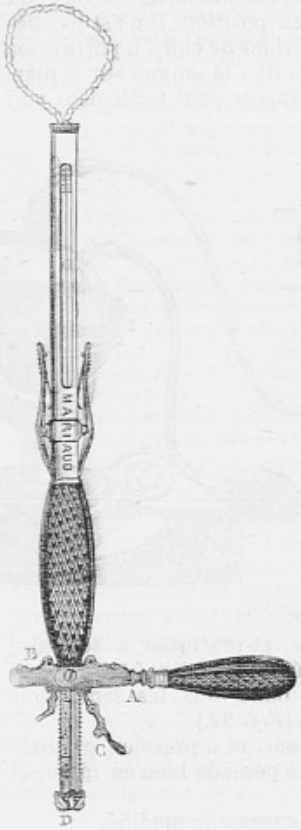


Fig. 94.



Fig. 95.



Fig. 96.

mandaient à l'attention de l'administration de l'Assistance publique, qui en a déjà fait installer plusieurs à l'hôpital Ménilmontant.

Il semble, du reste, que la maison Mariaud s'occupe avec

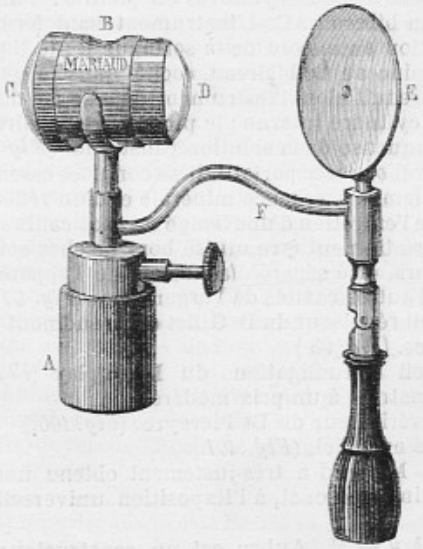


Fig. 97.

un soin particulier de l'appareil instrumental nécessaire à la chirurgie abdominale. Elle a exposé une boîte très complète d'instruments pour ce genre d'opérations, dans laquelle on re-

© BIU Santé

marque un ligateur Cintrat perfectionné, de nombreux modèles nouveaux de pinces à kystes, de pinces hémostatiques, diverses variétés de clamps, etc...

Nous signalerons parmi les instruments de la chirurgie générale exposés par M. Mariaud :

1° Un baillon ouvre-bouche, heureuse modification de ceux qui déjà existaient : une fois mis en position, il n'est pas nécessaire de le maintenir avec des brides de cuir ; il porte à son centre une plaquette qui abaisse et fixe la langue sur le plancher buccal de telle sorte que l'opérateur peut facilement voir toute la cavité bucco-pharyngienne, et pratiquer à son aise la staphylorrhaphie ou la palatorrhaphie... (*Fig. 91.*)



Fig. 99.

2° Une pince à mors s'articulant dans tous les sens, pour compression des tumeurs érectiles. (*Fig. 92.*)

3° Une pince porte-aiguille à ressort et à pression graduée (*Fig. 93.*) Elle est large, solide; on la possède bien en main, et le verrou est facile à pousser.

8° Un écraseur Chassaignac heureusement modifié.

La traction est centrale, et la force triple : on n'est pas exposé par le mécanisme à voir la chaîne se briser au milieu de l'opération. (*Fig. 94.*)

5° Un nouveau dilatateur de la vulve du Dr Minière d'Angers (*Fig. 95.*)

6° Le graphidomètre du Dr Minière d'Angers. Sous ce nom se désigne un appareil assez ingénieux, quoique compliqué, pour faire des injections caustiques liquides dans l'utérus.

Il se compose de deux cylindres en platine : l'un, interne, est muni d'un biberon AC. L'instrument étant fermé, on injecte la solution au moyen de la seringue E ; le liquide vient imbiber un pinceau de blaireau, caché dans le cylindre externe. On introduit alors l'instrument dans le col de l'utérus ; on pousse le cylindre interne ; le pinceau vient faire saillie et couvre la muqueuse de la solution caustique. (*Fig 96.*).

7° Un nouvel *otoscope* portatif. Il se compose essentiellement d'une petite lampe à essence minérale et d'un réflecteur ordinaire. Il évite l'entretien d'une lampe de gros calibre, et comme il est très-portatif, peut être utilisé hors de chez soi. La lampe peut, d'ailleurs, être séparée facilement de l'appareil et servir à l'examen d'autres cavités de l'organisme. (*Fig. 97.*)

8° L'appareil révulseur du Dr Gillet de Grandmont pour douches oculaires. (*Fig. 98.*)

9° L'appareil à fumigation du Dr Duplay (*Fig. 99*), très-simple et construit à un prix modéré.

10° Le pulvérisateur du Dr Piereyre. (*Fig. 100.*)

11° Un bras artificiel. (*Fig. 101.*)

La maison Mariaud a très-justement obtenu une médaille d'or du jury international, à l'Exposition universelle.

Maison Aubry. — M. Aubry est un constructeur très-ingénieux, et remarquable surtout par la ténacité avec laquelle il poursuit le perfectionnement d'un instrument. Il ne cesse de le modifier que lorsqu'il lui paraît répondre à toutes les indications principales. C'est ce qui explique pourquoi chez lui, on observe toute une série d'instruments de même nature, dont chacun souvent réalise un perfectionnement ou répond à une indication nouvelle. Ainsi nous avons pu voir cinq ou six modèles différents de coupe-amygdales, de pinces uréthrales,

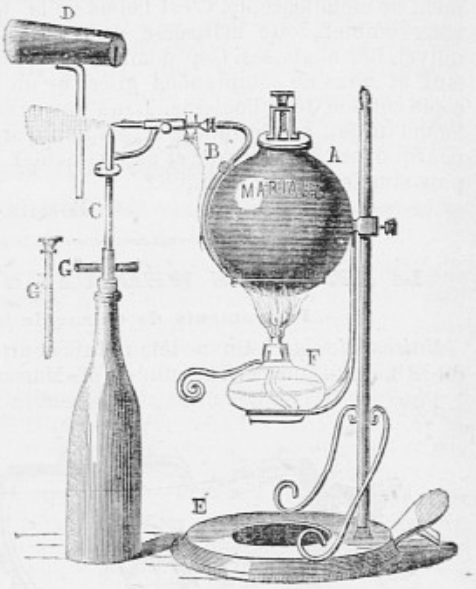


Fig. 98.

de pinces à griffe, d'aiguilles à staphylorrhaphie, d'airignes ou de pinces à pointes cachées, etc.

Il a construit des bistouris à lames mobiles dans tous les sens pour les autoplasties dans les cavités profondes, un nouveau dilatateur du col utérin, etc.

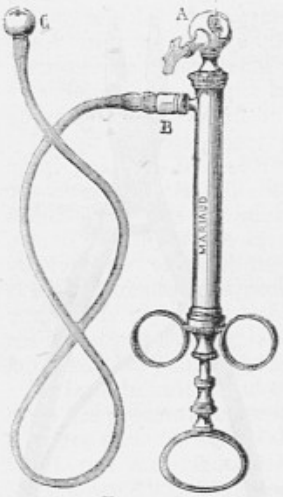


Fig. 100.

Il a modifié heureusement divers instruments pour les polypes du larynx, et pour la thérapeutique ou affections de l'oreille. A cet égard, nous appelons plus spécialement l'attention sur une collection d'instruments pour perforer le tympan, dont le plus récent est un petit chef-d'œuvre. On sait que la difficulté n'est pas de faire une perforation de cette membrane, mais de maintenir l'ouverture ; le trépan de M. Aubry étant introduit dans l'oreille près du tympan, il suffit de presser sur un ressort pour qu'une pointe perfore la membrane et du même coup laisse en place une petite virole en argent qui rend l'ouverture permanente.

Il faut encore indiquer parmi les instruments nouveaux une pince pour saisir la langue

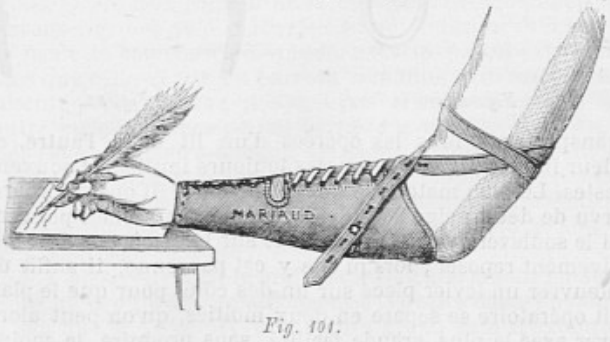


Fig. 101.

pendant la chloroformisation, le spéculum du Dr Bouveret,

© BIU Santé

plus facile d'introduction, moins douloureux pour les femmes, et plus rationnel, puisqu'il est modelé sur les courbures du canal vaginal; la seringue de Darsonval pour les injections sous-cutanées, qui se font avec elle en des proportions absolument mathématiques; la sonde et l'éclaireur du Dr Leblond pour les maladies utérines, etc.

M. Aubry a été récompensé de ses efforts intelligents et soutenus pour le perfectionnement des instruments chirurgicaux par une médaille d'or, et assurément, l'opinion du public médical applaudit à cette juste décision du jury.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine légale et de jurisprudence de la médecine ; par A. Dambre. — Un vol. de 600 pages. A. Delahaye..

Malgré son titre, le livre que nous analysons est loin d'être un traité de médecine légale et de jurisprudence de la médecine, ou, dans ce cas, on admettra avec nous que c'est au moins un traité bien incomplet, puisqu'il n'y est pas question des empoisonnements, puisque la folie y est passée sous silence, et qu'on n'y voit aucune trace de l'asphyxie par submersion, strangulation ou pendaison. Nous inclinons plutôt à croire, et l'auteur semble nous donner raison dans sa préface que nous avons ici, rassemblés et remaniés, plusieurs mémoires ou monographies parus à différentes époques, et dont l'union ne nous paraît pas suffisamment établie. Quelques parties sont très-écourtées; d'autres sont traitées fort longuement; cela est pardonnable dans un mémoire; c'est une faute pour un traité dogmatique.

Au point de vue médico-légal pur, nous n'avons rien trouvé dans cet ouvrage qui ne soit exposé dans nos auteurs français, et il nous serait facile de signaler des lacunes assez importantes dans les parties qui traitent de l'infanticide, du viol et de l'avortement; nous préférons recommander à nos lecteurs ce qui a trait à la jurisprudence, car c'est là surtout le côté neuf et instructif de cet ouvrage. Quelques points sont traités de main de maître, et avec une grande compétence; nous citeons particulièrement le chapitre qui a trait au mariage et aux causes de nullité. Pour chaque ordre de faits, les arrêts rendus contradictoirement sont signalés avec soin, ainsi que la solution définitive donnée par la Cour de cassation. Quelquefois nous trouvons des dissemblances entre la jurisprudence française et la jurisprudence belge; ainsi, pour ne citer qu'un exemple, la tentative d'avortement n'est pas punie en Belgique, tandis qu'elle l'est en France, en vertu du même texte du Code.

Le traité de M. Dambre, avec les rectrictions que nous avons cru devoir faire, reste donc un ouvrage bon à consulter mais qui ne fera pas oublier, même en Belgique, les ouvrages français qui servent et serviront peut-être encore longtemps à faire l'instruction des médecins légistes.

G. Peltier.

CORRESPONDANCE

Bordeaux, le 4 décembre 1878,

Mon cher Rédacteur en chef,

La Faculté de Médecine de Bordeaux a perdu lundi dernier l'une de ses personnalités les plus saillantes. Henri Gintrac, professeur de clinique interne vient d'être enlevé à l'affection de sa famille et à l'estime de ses nombreux amis, à l'âge de 58 ans. Fils d'Elie Gintrac, dont il reçut dès son entrée dans la carrière médicale les excellents conseils, il fut le collaborateur de son père dans son grand ouvrage de *Pathologie interne et de thérapie médicale*. Héritier d'un grand nom, praticien distingué il possédait surtout les qualités rares du professeur qui sait faire aimer d'emblée aux élèves la science qu'il est chargé de leur enseigner. Clinicien expérimenté il faisait du lit du malade son amphithéâtre quotidien. — Toujours heureux de lever les difficultés lorsque les questions d'un diagnostic tant soit peu hardi se présentait, il était autant l'ami que le professeur de ses élèves.

Les occupations nombreuses que lui imposait sa haute situation ne l'ont pas empêché de se livrer à des études particulières sur lesquelles il a publié les mémoires suivants :

Compte rendu des maladies observées à la clinique interne de l'Ecole de médecine de Bordeaux en 1841 et 1842 ; — Observation d'hydro-pneumothorax, suite de pleurésie chronique ; — Note sur les effets du tartre stibié à haute dose dans la bronchite chronique ; — De l'emploi des préparations arsénicales dans le traitement des fièvres intermittentes ; — Nouvelles observations relatives à l'emploi du tartre stibié à haute dose ; — Hémoptysie intermittente ; — De l'utilité des revaccinations ; — Observation de morve chez l'homme ; — Apoplexie nerveuse ; — Du chlorure de sodium dans les fièvres intermittentes ; — Etude sur les effets thérapeutiques du tartre stibié à haute dose. (Mémoire couronné par l'Académie de médecine de Paris, dans sa séance du 17 décembre 1850) ; — Etudes cliniques sur l'emploi des injections iodées dans l'ascite ; — Chlorose chez l'homme ; — Tétanos traumatique traité par le curare ; — Relation de l'épidémie de choléra qui a régné dans l'arrondissement de Bordeaux en 1854 ; — Epidémie de variole arrêtée dans sa marche par des vaccinations et des revaccinations générales (travail auquel l'Académie impériale de médecine de Paris a décerné une médaille d'or dans sa séance du 16 décembre 1856) ; — Compte rendu des services médicaux et chirurgicaux de l'hôpital Saint-André pendant l'année 1859 ; — Rapport général sur les travaux du conseil d'hygiène publique de la Gironde, 1861 ; — De la pellagre dans le département de la Gironde (travail présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans sa séance du 24 septembre 1862) ; — Recherches sur les dimensions de la poitrine, dans leurs rapports avec la tuberculisation pulmonaire (mémoire lu à l'Académie impériale de médecine de Paris, dans sa séance du 23 septembre 1862).

Membre de la Société médicale des hôpitaux, membre correspondant de l'Académie de médecine, de diverses Sociétés médicales et scientifiques de Province, du conseil d'hygiène de la Gironde aux travaux duquel il prenait une si large part, il était en outre le collaborateur de M. Jaccoud dans le dictionnaire de médecine pratique.

Une carrière aussi bien remplie méritait une récompense digne d'elle: aussi venait-il d'être appelé aux fonctions de doyen de la nouvelle faculté. La mort ne lui a pas permis de voir réussir cette œuvre à laquelle il avait consacré tous ses derniers efforts. Nous croirions manquer à nos devoirs, si en notre qualité d'élève de l'Ecole de Bordeaux, et d'ancien interne de Gintrac, nous n'offrions à la mémoire du maître le pieux témoignage de notre souvenir. P. B.

VARIA

Pose de la première pierre de l'Ecole pratique.

Mercredi dernier, à deux heures, a été posée la première pierre de l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine. Dès une heure, la circulation était impossible dans les rues avoisinant la Faculté; des gardiens de la paix, disposés en haie à la hauteur des rues Hautefeuille et Dupuytren, ne laissaient passer que les porteurs de lettres d'invitation. Cette mesure a causé un certain mécontentement parmi les étudiants qui croyaient pouvoir entrer sur la présentation de leur carte; ce n'est que quelques minutes seulement avant la cérémonie, que, sur l'ordre du doyen, ils ont pu pénétrer à l'intérieur de l'Ecole de médecine.

La cérémonie a eu lieu sous une tente vaste, bien disposée, élégamment décorée de nombreux drapeaux et d'écussons portant les initiales de la République française. Cette tente, reliée à la cour de l'Ecole par un passage couvert orné de la même façon, est garnie de banquettes en velours rouge où prennent place les invités.

A deux heures, M. le Ministre de l'Instruction publique accompagné des professeurs et des agrégés de la Faculté en grand costume et précédés de leur massier, pénètre sous la tente où sont déjà groupés des sénateurs, des députés, des conseillers municipaux de Paris avec leur président, M. Thulié, des professeurs des autres Facultés.

M. Vulpian, doyen de l'Ecole de médecine, a pris alors la parole en ces termes.

Monsieur le ministre,

Je viens vous remercier, au nom de la Faculté de médecine de Paris, d'avoir bien voulu présider cette cérémonie, et je saisis cette occasion pour vous exprimer toute notre gratitude.

Toutes les demandes que nous vous avons adressées pour obtenir l'amélioration des conditions de notre enseignement, vous les avez accueillies avec empressement et vous vous êtes hâté de leur donner satisfaction dans la mesure du possible: création de nouvelles chaires de cliniques, participation des

© BIU Santé

agrégés à l'enseignement, installation de nouveaux laboratoires, agrandissement et aménagement plus complet de ceux qui existaient déjà, transformation des salles d'examen en amphithéâtres de cours, réorganisation des études pratiques d'anatomie et de médecine opératoire; tels sont les principaux perfectionnements que vous doit la Faculté.

D'autre part, nous ne pouvons pas oublier l'infatigable persévérance de vos efforts pour faire disparaître une inégalité de situation dont souffrait notre dignité. Aussi, suis-je, je le sais, en pleine communion de sentiment avec la Faculté tout entière, lorsque je dis que jamais ministre de l'instruction publique n'a su apprécier, comme vous, le corps enseignant si profondément dévoué à ses devoirs, au nom duquel j'ai l'honneur de parler. Aucun de vos prédécesseurs n'a été animé d'un aussi ardent désir de rendre plus étendues, plus complètes, les études qui conduisent à l'une des plus utiles et des plus nobles professions. N'en donnez-vous pas une nouvelle preuve aujourd'hui en venant poser la première pierre de l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris? Ne voulez-vous pas montrer ainsi toute l'importance que vous attachez à organiser les études pratiques de médecine sur la base la plus large possible.

Nous sommes heureux de voir que les nécessités de notre enseignement sont si bien comprises. Quelle que soit l'utilité de nos cours théoriques, c'est l'instruction pratique qui constitue la partie la plus indispensable de notre enseignement. L'on ne peut exercer consciencieusement la médecine sans avoir acquis un fond de connaissances dont on n'entre en pleine possession que par des études pratiques. C'est ainsi seulement que l'élève en médecine peut apprendre la physique, la chimie, l'histoire naturelle médicale, l'anatomie, l'histologie, la physiologie, l'anatomie pathologique générale, la médecine opératoire. Ce sont ces diverses études pratiques préalables qui le mettent en état d'aborder les études fondamentales; je veux parler des études cliniques de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.

Jusqu'ici, les études pratiques préparatoires ne pouvaient pas, à cause de l'exiguïté des locaux, recevoir tout le développement qu'elles comportent. Grâce à la reconstruction de l'Ecole pratique sur un terrain plus vaste, les nouvelles salles de dissection et de médecine opératoire pourront enfin contenir tous nos élèves. Des laboratoires plus spacieux, des salles de démonstration plus amples, des amphithéâtres nouveaux, vont nous permettre de réorganiser les diverses parties de notre enseignement pratique dans des conditions moins défectueuses. Malheureusement cet emplacement dont nous allons disposer sera encore insuffisant. Mais lorsque nous comparons aux misères du présent les richesses relatives dont nous allons jouir, nous n'osons pas formuler de regrets.

Depuis longtemps, le gouvernement précédent avait projeté ces grands travaux de reconstruction de la Faculté de médecine et de l'Ecole pratique, mais il les avait sans cesse ajournés. Le Gouvernement de la République en a décidé l'exécution sans hésiter. C'est un devoir pour nous d'exprimer hautement ici toute notre reconnaissance pour les ministres qui ont pris l'initiative de cette entreprise et qui ont su trouver les ressources à l'aide desquelles son sort est assuré; pour le conseil municipal, dont le concours était nécessaire dans cette occasion et qui l'a accordé, de la façon la plus généreuse comme il le fait toujours lorsqu'il s'agit des vrais intérêts de l'enseignement; et pour vous, monsieur le Ministre qui avez bien voulu, en présidant cette cérémonie, nous donner un nouveau témoignage de votre sympathie et imprimer une nouvelle activité à des travaux dont vous savez si bien apprécier la patriotique importance.

M. le ministre de l'instruction publique a répondu :

Messieurs,

Ce n'est point, croyez-le, un médiocre honneur pour le ministre de l'instruction publique, que d'être appelé à poser la première pierre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine. Il est de ceux qui ont toujours considéré que l'enseignement médical donné à Paris était une des gloires de la France et qu'il y avait dans cette Faculté une longue tradition d'honneur professionnel, de respect de soi-même, d'amour de la jeunesse studieuse autant que de haute expérience et de profond savoir. Cette tradition, qui vous avait été léguée comme le meilleur des héritages, par vos illustres devanciers, vous l'avez conservée intacte pour la transmettre à votre tour à vos successeurs. De combien d'efforts, messieurs, de recherches, de découvertes ont été témoins ces murs noircis qui tomberont demain! Saluons-les une dernière fois! Ceux qui les ont vus remplis, comme une ruche, de jeunes gens dévorés du désir d'apprendre, de professeurs dévoués à leur tâche, comprendront qu'on ne leur dise pas adieu sans émotion.

La République a tenu à cœur de faire cesser la pénurie de vos moyens d'enseignement. Sans doute, le talent ne dépend pas de la grandeur des ressources mises à sa disposition; sans doute, de puissants esprits se sont développés parmi vous malgré l'insuffisance de l'installation scientifique; Mais devions-nous faire plus longtemps un système de cette pauvreté, et compter sur le génie pour vaincre tous les obstacles et suppléer à tout? Désormais, messieurs, le double enseignement théorique et pratique de la Faculté de médecine aura tout le développement qu'exigeait sa haute renommée. Les anciens bâtiments de la Faculté, où se donnent les leçons, où siégent les jurys d'examens, occupaient une superficie de 2,485 mètres; leur contenance sera de 6,930 mètres; au lieu de deux amphithéâtres, la Faculté proprement dite en aura six, avec huit salles de conférences; trois nouveaux laboratoires (chimie, physique et pharmacologie) disposeront de vingt-cinq salles. La superficie des galeries de collections sera triplée et l'espace attribué à la bibliothèque quatre fois plus étendu. L'école pratique réservée aux exercices anatomiques, à la physiologie, à l'histologie, était depuis trente ans l'objet des préoccupations de l'administration. Qui oubliera ce groupe de masures rangées autour de l'ancien réfectoire des Cordeliers, ces pavillons qu'on y avait ajustés pour la dissection, ces réduits pompeusement décrés du titre de laboratoires, où les professeurs trouvaient à peine l'espace nécessaire à leurs préparations, où la lumière, l'air faisaient défaut pour conduire les expériences, où les élèves ne pouvaient se réunir pour assister aux démonstrations du maître? Sans doute on avait, il y a dix ans, tenté d'atténuer pour la dissection des défauts plus regrettables là que partout ailleurs; mais est-ce qu'il suffisait de mettre à la portée des élèves des moyens d'étude plus complets? Ne devait-on pas avoir le souci non moins impérieux de les protéger contre des accidents parfois mortels? N'étaient-ce pas les conditions hygiéniques qui laissaient surtout à désirer? Tout cet ancien état de choses va être transformé: un de vos éminents collègues, M. Wurtz, a bien voulu accepter la mission d'étudier de près les laboratoires des universités étrangères; votre habile architecte, M. Ginain, est aussi allé visiter l'installation des établissements scientifiques les plus célèbres; tous les deux ont rapporté les plus utiles renseignements.

Les services de l'Ecole pratique occupent actuellement une superficie de 3,754 mètres; la convention passée entre l'Etat et la ville de Paris, approuvée par la loi du 14 décembre 1875, porte l'étendue des terrains concédés à 11,784 mètres; votre domaine est presque quadruplé. L'Ecole ancienne avait 6 laboratoires, étroits, humides; la nouvelle en possédera 14 spacieux, bien aménagés, disposant de 72 pièces, plus 20 laboratoires plus petits à l'usage spécial des professeurs. Vous aviez 80 tables de dissection, vous en aurez 180; vous n'aviez pas d'amphithéâtres, vous en aurez 6 et 6 salles de conférences. Les travaux essentiels à la carrière médicale, travaux réservés jusqu'à ce jour à un petit nombre d'étudiants, seront donc mis à la portée de tous; dans quatre années, ces améliorations si décisives pour votre enseignement, messieurs, seront complétement réalisées. Faut-il vous rappeler maintenant les récentes réformes antérieures? Le décret du 20 juin 1878 ayant rendu les exercices pratiques obligatoires, six cours auxiliaires de chimie, de physique, d'histoire naturelle, de pathologie, viennent d'être institués; des enseignements qui n'étaient que semestriels deviennent ainsi annuels. Le régime même des exercices de l'Ecole pratique est transformé par un règlement du 30 novembre dernier, et un arrêté du même jour institue, sous le nom de moniteurs, des auxiliaires chargés de diriger les manipulations qui, jusqu'ici, n'étaient pas à vos yeux l'objet d'une surveillance assidue et suffisante.

C'est ainsi que l'Université se fortifie et grandit, sans craindre une concurrence qui dispose de puissants moyens. C'est ainsi que cette glorieuse Faculté de médecine, qui attire à elle des étudiants venus de tous les pays civilisés, verra son autorité s'accroître, sa prépondérance indiscutable s'affermir encore dans le monde, en même temps que son œuvre scientifique s'élargira. La République passionnée pour tous les intérêts supérieurs, les Chambres unies dans une pensée commune, ont, sans hésitation, apporté leur concours à cette réédification depuis si longtemps réclamée; et il nous est impossible d'oublier que le conseil municipal de Paris, l'administration de la Seine, se sont énergiquement associés à cette importante entreprise. Il ne fallait rien moins que cet accord patriotique, qui ne s'est pas troublé un seul jour, pour exécuter un projet représentent plus de 11 millions de dépenses.

Et maintenant, Messieurs, scellons ensemble la première pierre de l'Ecole pratique. Puissent, sur cette première pierre, s'édifier aussi la science, le progrès, la vérité! Puissent de nouveaux bienfaits rendus à l'humanité justifier un jour ces immenses sacrifices? Puissent ces murs nouveaux abriter toujours le même dévouement professionnel, le même attachement au devoir, le même désintéressement, le même esprit libéral qui a toujours été la grandeur et l'originalité de l'Ecole de Paris, et qui a fait sa légitime renommée. Le gouvernement de la République et l'Université vous remercient, Messieurs, d'avoir bien voulu assister à cette cérémonie.

Des applaudissements chaleureux, mêlés aux cris de : Vive la République! ont fréquemment interrompu ces deux discours. Il a été alors procédé à la pose de la première pierre. C'est un bloc du Jura qui mesure 1 m. 85 c. de longueur, sur 1 m. 15 c. de hauteur et 1 m. 40 c. de largeur et qui est soutenu par un immense treuil destiné à le faire mouvoir. Sous la pierre, est scellée une boîte en plomb, rectangulaire, qui contient une plaque commémorative en cuivre, des monnaies au millésime de 1878, et un exemplaire du procès-verbal, ainsi conçu :

L'an mil huit cent soixante-dix-huit, le 4 décembre, M. le maréchal de Mac-Mahon, duc de Magenta, étant président de la République; M. Bardoux, ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts; M. Casimir Perier, sous-secrétaire d'Etat; M. Ferdinand Duval, préfet du département de la Seine; M. Tambour, secrétaire général; M. du Mesnil, conseiller d'Etat, directeur de l'enseignement supérieur; M. Vulpian, doyen de la Faculté de médecine:

A été posée la première pierre de l'Ecole pratique de médecine, recons-

© BIU Santé

truite aux frais de l'Etat et de la ville de Paris, sur l'emplacement de l'église et du cloître des frères mineurs des Cordeliers, fondés en l'an 1230 par le roi saint Louis.

M. Alphand, inspecteur général des ponts et chaussées, directeur des travaux de Paris; M. Léon Ginain, architecte de la ville de Paris.

Fait en trois expéditions, dont une placée avec la plaque en cuivre portant l'inscription ci-dessus, et une série de monnaies françaises frappées pendant l'année 1878, dans une boîte en plomb déposée sous la première pierre du pilier de gauche de la porte d'entrée.

Paris, le 4 décembre 1878.

M. le ministre et les professeurs se sont alors rendus à la Faculté de médecine, dont la cour était littéralement pleine d'étudiants. Au passage du cortége, des applaudissements éclatent de toutes parts, une ovation enthousiaste est faite au représentant du Gouvernement; en même temps, les élèves acclament leurs maîtres préférés. Les cris de : Vive la République ! ne cessent que pour être remplacés par le chant de la *Marseillaise*, entonné par plus de deux mille voix.

Tous ceux qui ont assisté à cette imposante cérémonie en garderont un profond souvenir. Ils ont senti vibrer leur cœur à cette généreuse manifestation de la vaillante jeunesse des Ecoles, saisissant cette occasion pour affirmer hautement sa foi à la science et au progrès, son dévouement à la République et son amour pour la liberté.

Règlement pour le doctorat en médecine.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts a adressé aux recteurs d'académie la circulaire suivante :

« Paris, le 20 novembre 1878.

» Monsieur le recteur,

» J'ai l'honneur de vous adresser un certain nombre d'exemplaires du décret du 20 juin dernier (1), portant règlement d'administration publique pour les études et les examens des aspirants au doctorat en médecine. Bien que ce règlement ne puisse recevoir un commencement d'exécution qu'à partir du 1er novembre 1879, et ne doive devenir obligatoire en toutes ses parties qu'en 1885, il me paraît utile de vous en exposer, dès à présent, l'économie, et, pour donner au nouveau décret toute sa signification, de comparer les dispositions qu'il renferme aux prescriptions qui l'ont précédé ; ces dispositions portent sur les points suivants :

1° Valeur des inscriptions dans les écoles préparatoires ; 2° obligation des deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences dès la première inscription ; 3° régime des examens ; 4° travaux pratiques ; 5° rétributions de toute nature; 6° conversion d'inscriptions d'officier de santé en inscriptions de docteur.

1° VALEUR DES INSCRIPTIONS DANS LES ÉCOLES PRÉPARATOIRES

» Le décret du 20 juin n'apporte aucune modification à la durée des études des candidats au doctorat. A diverses reprises, il avait été question de l'élever de quatre à cinq ans ; cette opinion n'a pas prévalu, mais on est tombé d'accord sur la nécessité de n'admettre tout au moins aucune réduction. Les quatre années règlementaires ne sont, du reste, qu'un minimum, et chacun sait que le nombre et la diversité des matières d'études aussi bien que les sérieuses exigences que comportent les examens, élèvent, en fait, la durée moyenne de la scolarité à six et sept ans.

» Jusqu'ici les inscriptions prises dans les écoles préparatoires ne conservaient toute leur valeur, en cas de passage dans une Faculté, que jusqu'à la huitième inclusivement ; au-dessus de huit, elles subissaient une réduction équivalente à trois ou six mois d'études. A l'avenir, les candidats au doctorat pourront prendre douze inscriptions dans les écoles préparatoires, et ces inscriptions seront admises pour toute leur valeur dans les facultés et les écoles de plein exercice. La quatrième année d'études devra être nécessairement faite dans une faculté ou dans une école de plein exercice.

» Ces mesures auront pour effet, sans doute, d'accroître la population des écoles préparatoires ; et il y a lieu de se féliciter de ce résultat, car ces établissements, réorganisés sur une plus large base par le décret du 10 août 1877, offrent désormais à l'université les plus sérieuses garanties au double point de vue des leçons théoriques, dont le cadre est agrandi, et des examens pratiques, rendus à l'avenir obligatoires.

2° OBLIGATION DES DEUX DIPLÔMES DE BACHELIER ÈS LETTRES ET ÈS SCIENCES DÈS LA PREMIÈRE INSCRIPTION

» Sous le régime du décret du 23 août 1858, les aspirants au doctorat peuvent prendre la première et la deuxième inscription en médecine avec le seul diplôme de bachelier ès lettres ; ils ont jusqu'à la troisième inscription pour produire le diplôme de bachelier ès sciences. A l'avenir, aux termes de l'article 2, paragraphe 1er, du décret du 30 juin 1878, les candidats seront tenus de produire les deux diplômes au début même de leurs études, c'est-à-dire en prenant leur première inscription. Les considérations qui ont déterminé le conseil supérieur et le conseil d'Etat à adopter cet avis peuvent se résumer comme il suit. Le régime de 1858 donnait lieu à des abus maintes fois signalés. Les bacheliers ès-lettres candidats au doctorat qui se jugeaient incapables de se préparer au baccalauréat ès-sciences dans un délai de six mois s'inscrivaient comme candidats au titre d'officier de santé, ce qui leur permettait d'ajourner la justification du baccalauréat ès sciences à un an, et quelquefois à deux ans et plus. La préoccupation de cet examen les accompagnait donc pendant une partie notable de leurs études, et il arrivait qu'ils ne parvenaient à le subir avec succès qu'après des échecs répétés.»

Si, au contraire, ils se proposaient de subir l'épreuve des sciences au terme voulu, après avoir pris régulièrement leurs deux premières inscriptions de doctorat, le premier semestre de leurs études médicales se trouvait compromis par un souci étranger à ces études. D'autre part, comme ils n'avaient pas acquis en temps utile les connaissances voulues pour suivre avec fruit à la Faculté les cours spéciaux de chimie, de physique et d'histoire naturelle, leur premier examen de fin d'année se ressentait de leur insuffisance, et ils se voyaient fréquemment ajournés au mois de novembre et de là à un an. C'est donc à la fois dans l'intérêt des études et dans l'intérêt des candidats que le décret a prescrit l'obligation des deux diplômes à l'époque de la première inscription. Il est bien entendu, d'ailleurs, que le diplôme de bachelier ès-sciences complet doit avoir la même valeur que celui de bachelier ès-sciences restreint. Vous aurez à répondre dans ce sens aux questions qui vous seraient soumises à ce sujet par les chefs d'établissements et par les familles.

3° RÉGIME DES EXAMENS

Depuis 1846, le nombre des examens est de neuf, savoir : 3 examens de fin d'année ; 5 examens de réception ; 1 thèse.

Le décret du 20 juin 1878 supprime les examens de fin d'année, mais en dédoublant le deuxième, le troisième et le cinquième examen de réception. Le nombre des épreuves imposées au candidat au doctorat est donc de neuf, comme par le passé. Les examens de fin d'année, dont la suppression était réclamée depuis longtemps, ne constituaient à vrai dire qu'un moyen de contrôle destiné à constater le profit que les étudiants avaient su tirer de leur assiduité aux cours. Ils avaient cet avantage de vérifier les aptitudes acquises et de permettre aux professeurs de frapper d'un avertissement, quand il y avait lieu, les élèves mal doués ou trop peu laborieux.

Mais, d'un autre côté, ces épreuves présentaient le grave inconvénient d'être sans valeur pour l'obtention du grade, d'imposer aux étudiants, en cas d'échec, un ajournement de trois mois ou même d'une année ; d'où cette double conséquence, chez les élèves, d'une émulation médiocre, et chez les juges d'une indulgence inévitable. En supprimant les examens de fin d'année, il importait néanmoins de ne pas abandonner les élèves à eux-mêmes et de ne pas laisser, pendant quatre années, leurs études sans vérification. C'est dans cette pensée que les conseils compétents ont résolu de placer trois des examens probatoires dans le cours de la scolarité.

Le premier examen, subi à la fin de la première année d'études, portera sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle médicale. Les élèves déjà bacheliers ès lettres et ès sciences étudieront à fond ces matières pendant les deux semestres de leur première année passée à la Faculté; les leçons accoutumées des professeurs seront complétées à leur intention par des cours complémentaires, auxquels viendront s'ajouter les exercices pratiques dont je presse l'organisation. Les résultats favorables de cette première épreuve seront acquis à l'étudiant, qui ne devra pas perdre de vue cependant qu'il retrouvera dans les cinq examens placés après la quatrième année tels objets d'études qui réclameront de lui des connaissances en chimie et en physique toujours présentes. Au sujet de ce premier examen probatoire, placé après la quatrième inscription et avant la cinquième, vous remarquerez que le troisième paragraphe de l'article 4 a soin de stipuler que :

Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès le premier examen, en novembre, au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de l'année. Il s'ensuit que l'examen dont il s'agit comporte deux sessions : la première, placée en juillet, immédiatement après la prise de la quatrième inscription; la seconde du 15 octobre au 15 novembre, avant la prise de la cinquième inscription. Tout candidat refusé à la session de novembre ne pourra se représenter qu'au mois de juillet de l'année suivante et n'aura licence de prendre sa cinquième inscription qu'après avoir été reçu.

Du reste, cette disposition n'est pas nouvelle; elle est actuellement en usage pour les examens de fin d'année; et il importait d'autant plus de la maintenir, que l'examen acquiert désormais un caractère infiniment plus sérieux, puisqu'il compte pour le grade. L'article 4 du décret du 20 juin paragraphe 2, fixe l'époque du troisième examen après l'expiration du seizième trimestre d'études, et c'est également à partir de cette époque que les étudiants peuvent, s'ils se jugent suffisamment préparés, subir le quatrième et le cinquième examen et la thèse. Aucun intervalle de temps ne leur est imposé entre chacune de ces épreuves. Toutefois, un candidat ajourné ne pourra se représenter à l'examen qu'après le délai réglementaire de trois mois au minimum.

L'article 5 du décret du 20 juin prévoit, en faveur des élèves des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires, des dispositions particulières. Il serait contradictoire, en effet, et peu équitable de déclarer que les élèves des écoles préparatoires peuvent faire trois années d'études complètes dans ces établissements, que les élèves des écoles de plein exercice peuvent y accomplir leur scolarité tout entière, et de les astreindre, d'autre part, à venir subir devant les facultés leur premier examen après leur quatrième

(1) Voir le n° 28.

© BIU Santé

inscription, et les deux parties du deuxième examen après la dixième et la douzième. Cette exigence, si elle était rigoureusement appliquée, imposerait à ces jeunes gens des déplacements onéreux; elle aurait, en outre, l'inconvénient de provoquer de fréquentes désertions. L'article 5 décide donc très-sagement que les élèves des écoles préparatoires sont autorisés à ne subir le premier examen qu'après la douzième inscription, c'est-à-dire au moment même où ils sont tenus de passer dans les facultés, et le même privilége est assuré aux élèves des écoles de plein exercice.

La facilité ainsi offerte à ces deux catégories d'élèves ne leur interdit d'ailleurs, en aucune manière, de se présenter devant les jurys dans les mêmes conditions que les élèves des facultés, c'est-à-dire après la quatrième inscription et avant la cinquième. Toutefois, il demeure entendu que ceux d'entre eux qui ne subiront le premier examen qu'après la douzième inscription n'en devront pas moins, comme les élèves des facultés, subir le deuxième examen (première et deuxième parties) avant la treizième inscription. A partir de la treizième inscription, quelle que soit leur origine, ils sont, en matière d'examen, soumis à la même règle.

Vous voudrez bien, monsieur le recteur, appeler sur ces divers points l'attention des directeurs d'écoles, en les invitant à donner aux familles et aux élèves tous les renseignements qui pourraient déterminer leur option entre les deux modes de scolarité. Une instruction ultérieure vous fera connaître le programme des interrogations que les élèves des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires auront à subir à la fin de chaque semestre, à partir de la deuxième année d'études. Cette instruction indiquera en même temps dans quelle forme seront rédigés les certificats qui devront être transmis aux facultés, pour qu'il en soit par elles tenu compte, conformément aux prescriptions de l'article 5. La réglementation de 1854 avait prévu que les candidats à l'officiat pouvaient, pendant le cours de leurs études, convertir leurs inscriptions en inscriptions de doctorat. L'article 6 du décret du 20 juin, donnant satisfaction à un vœu dès longtemps émis, interdit cette conversion, dont j'ai signalé plus haut les inconvénients.

Toutefois il n'aurait pas été équitable de fermer à tout jamais l'accès du doctorat aux praticiens du second ordre qui parviennent à concilier les obligations de leur clientèle avec la préparation au grade qui leur faisait défaut.

L'article 6 autorise, en conséquence, la conversion des inscriptions en faveur des officiers de santé qui ont exercé la médecine pendant deux ans au moins. Ces praticiens devront d'ailleurs subir les épreuves complètes du doctorat, dans les conditions prévues par l'article 5, en ce qui concerne les élèves des écoles préparatoires. L'article 9 porte que tout « candidat qui, sans » excuse jugée valable par le jury, ne répondra pas à l'appel de son nom » le jour qui lui a été indiqué, est renvoyé à trois mois et perd les droits » d'examen qu'il a consignés. » Il arrive assez fréquemment, en effet, que des étudiants qui ont pris jour pour subir un examen s'abstiennent, le jour venu, de se présenter devant le jury. Ici encore, l'abus était manifeste, le candidat n'ayant, en général, d'autre intention que de se dérober aux appréciations de tel ou tel professeur dont il appréhendait la sévérité. Je crois devoir vous faire remarquer, au surplus, que la disposition dont il s'agit deviendrait illusoire si le jury se montrait disposé à accepter, sans aller au fond, les excuses dont il est parlé. Je ne doute pas qu'il s'associe aux intentions du décret en exerçant rigoureusement le nouveau droit qui lui est attribué.

Le jury ne devra considérer comme excuses légitimes que les motifs ci-après : 1° la maladie constatée au moyen d'un certificat délivré par l'un de MM. les professeurs ou agrégés de la faculté, ou par un médecin des hôpitaux ; 2° l'éloignement du siége de la faculté, constaté par un certificat du père ou tuteur et visé par les autorités du lieu où le candidat se sera transporté. L'étudiant dont l'excuse aura été admise conserve le montant de sa consignation et est appelé à subir l'examen quand les causes qui l'ont empêché de se présenter ont cessé. MM. les doyens des facultés et directeurs des écoles prendront les mesures nécessaires pour assurer la publicité de ces dispositions.

Mais il ne suffisait pas de réorganiser le système des examens; il importait en même temps d'assurer aux élèves l'instruction pratique dont ils ont besoin et que nos établissements peuvent et doivent leur fournir. Tel est le but de l'article 7, qui rend obligatoires les travaux pratiques dès la première année d'études. Jusqu'à présent les travaux pratiques (dissection, médecine opératoire, manipulations chimiques, botanique, physique, histologie, physiologie et anatomie pathologique) n'étaient que facultatifs. La continuation d'un tel état de choses était inadmissible. Les sciences en général et, en particulier, les sciences médicales, n'ont pas de fondement plus solide que l'expérimentation. Les traités spéciaux les mieux conçus, la parole d'un professeur, si nette qu'elle soit, la vue des expériences, ne sauraient en aucune sorte suppléer à la recherche et à la constatation personnelle des phénomènes. Il est donc établi que désormais les élèves devront prendre part aux travaux pratiques afférents à l'année d'études dans laquelle ils sont placés.

Il y a là, comme vous en jugerez, toute une transformation qu'il importe de réaliser sans délai, et je dois prévoir que les facultés ne seront pas en tout lieu préparées à y faire face. Si donc elles ont à m'adresser à cet égard des demandes de crédits supplémentaires, vous voudrez bien me les transmettre immédiatement en les accompagnant de votre avis motivé.

L'article 8 indique les droits à payer par les élèves, tant pour les inscriptions que pour les examens et les travaux pratiques. La somme de ces droits ne s'écarte pas sensiblement des tarifs, puisqu'elle est de 1,360 francs au lieu de 1,300. Encore y a-t-il lieu de remarquer que, dans les 1,300 francs indiqués dans la précédente nomenclature, ne figuraient pas les droits facultatifs correspondants aux exercices pratiques.

L'article 10 décide que les droits acquittés par les élèves des Facultés seront versés au Trésor public et que les droits d'inscriptions et de travaux pratiques acquittés par les élèves des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires seront versés intégralement dans les caisses municipales, tandis qu'auparavant le Trésor opérait un prélèvement sur ces dernières prescriptions. Cette mesure compensera donc les sacrifices imposés aux municipalités par l'extension des travaux pratiques.

Le décret du 20 juin ne commencera, comme je l'ai dit, à devenir exécutoire qu'à dater du 1er novembre 1879. A cette époque, les candidats au doctorat en cours d'études auront, aux termes de l'article 11, la faculté d'opter entre le mode actuel d'examens et le mode nouveau. La commission des études médicales du comité consultatif m'a proposé, à cet égard, les dispositions suivantes, que j'ai approuvées :

1° Les élèves qui prendront leur première inscription au mois de novembre 1879 seront soumis aux prescriptions du décret relatives à la justification des deux baccalauréats et des exercices obligatoires ;

2° Tout élève qui, au 1er novembre 1879, n'aura que quatre inscriptions de doctorat révolues pourra opter entre l'ancien et le nouveau régime d'examens; mais, en cas d'option pour le nouveau régime, il subira son premier examen probatoire avant de prendre la cinquième inscription ;

3° Tout élève qui, au 1er novembre 1879, aura plus de quatre inscriptions de doctorat révolues pourra opter entre l'ancien et le nouveau régime d'examens, mais, en cas d'option pour le nouveau régime, il subira son premier examen probatoire après la douzième et avant la treizième inscription. Les élèves, quelle que soit leur situation scolaire, qui opteront pour le nouveau mode devront avoir acquitté les droits afférents aux exercices pratiques

Vous voudrez bien, monsieur le recteur, en notifiant aux doyens et aux directeurs des facultés et écoles comprises dans votre ressort académique le décret dont il s'agit, vous concerter avec eux pour en assurer la pleine exécution. Je vous prie de faire également auprès de MM. les préfets et MM. les maires les démarches nécessaires afin d'obtenir des municipalités que les locaux destinés au fonctionnement des travaux pratiques dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires soient appropriés le plus promptement possible aux besoins du nouveau régime d'études.

Recevez, monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Le ministre de l'instruction publique,
des cultes et des beaux-arts,
A. Bardoux.

Enseignement médical libre.

Pathologie interne. — M. le dr Lacombe fera son cours tous les mardis et samedis à 5 heures, Amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique. Maladies de l'appareil respiratoire.

Accouchements. — Le dr Thevenot commencera son cours le lundi 9 décembre à 5 heures et le continuera les mercredi et vendredi aux mêmes heures, 17, rue Séguier.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. —Pendant la semaine finissant le 5 décembre 1878, on a déclaré 902 décès, savoir: Fièvre typhoïde, 28 ; rougeole, 2 ; scarlatine, 1; variole, 7; croup, 17; angine couenneuse, 17; bronchite, 53; pneumonie, 66; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3 ; choléra nostras ; dysenterie, 1; affections puerpérales, 6; érysipèle, 4 ; autres affections aiguës 236; affections chroniques, 389, dont 146 dues à la phthisie pulmonaire, affections chirurgicales, 50; causes accidentelles, 22. — Les 902 décès ci-dessus donnent une proportion de 23,6 par 1,000 habitants et pour l'année.

Collége de France. — Les cours professés au Collége de France et annoncés dans notre *Numéro des Etudiants* ont commencé régulièrement à partir du lundi 2 décembre.

Faculté des sciences. — M. Joannes Chatin, maître de conférences, recommencera son cours le 11 décembre. Les leçons du premier semestre seront consacrées à l'étude du système nerveux et auront lieu les mercredis et vendredis de chaque semaine à 10 heures, dans le laboratoire d'anatomie comparée de la Faculté à la Sorbonne.

Chaire de pathologie mentale. — Lundi matin tout semblait arrêté pour la chaire de M. le professeur Ball, le soir, tout était remis en question. Attendons la fin de ce regrettable imbroglio. (*Gaz. des hôp.*)

La Société médicale *des bureaux de bienfaisance* tiendra sa prochaine séance mercredi 11 décembre, à 8 heures précises du soir, à la mairie du Louvre. — Ordre du jour : 1° Constitution médicale du mois de novembre, policlinique. — 2° Election du bureau pour l'année 1879. — 3° Pétition adressée à la Chambre des Députés dans le but d'accorder une pension aux familles des médecins morts victimes du devoir professionnel. — 4° Discussion du mémoire de M. Berrut : Les tribunaux et la policlinique.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 9 décembre 1878, à

© BIU Santé

3 heures précises, au Palais-de-Justice (salle d'audiences de la 3e chambre du tribunal civil.)

Ordre du jour : 1. Election pour le renouvellement du bureau. — 2. Communication de M. le docteur Caussé (d'Albi), sur les ecchymoses sous-pleurales. — Réponse de M. Legroux. — 3. Communication de la commission permanente. Rapport de M. Devilliers sur un cas d'infanticide. — 4. Rapport de M. Lunier, sur la responsabilité légale des sourds-muets. — 5. Discussion du rapport de M. Penard sur un projet de révision du tarif des expertises médico-légales.

Faculté de médecine de Lille. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 3 décembre 1878, la chaire d'anatomie pathologique et d'histologie de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille a été déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Ecole de Rennes. — Par arrêté en date du 29 novembre 1878, un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira le 1er mai 1879, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le dr Pihan-Dufeuillay, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Nantes, et de M. le dr Ecochard, créateur du jardin des plantes actuel de Nantes, professeur de botanique à l'école supérieure des sciences.

Le dr Ecochard, depuis une morsure de vipère qu'il avait reçue en herborisant, n'avait fait que décliner et était tombé dans un état de cachexie, comme on en voit fréquemment dans l'Ouest à la suite de l'empoisonnement vipérique. — (*Gazette des hôpitaux*).

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot continue ses conférences cliniques le dimanche à 9 heures 1/2.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hillairet a repris ses leçons de cliniques des maladies de la peau, le jeudi 5 décembre 1878, à 9 heures et demie, et les continuera les jeudis suivants.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. Jaccoud, salle Saint-Jérôme: 3 néphrite albumineuse; 9, tumeur cérébrale syphilitique; 15 *bis*, goutte; 19, Cachexie saturnine, hystérie; 24, pleurésie purulente.— Sainte-Claire, 2, fièvre typhoïde; 10, péritonite tuberculeuse; 19, pachyméningite cervicale; 19 *bis*, chorée; 30, tumeur abdominale.

Service de M. Siredey. Consultation externe des maladies des femmes le mercredi à 9 h. — Salle Sainte-Geneviève : nos 3, 5, 15, 20, 29, 33, 34, pelvi-péritonite; 15 *bis*, corps fibreux intra-utérin; 22, insuffisance aortique; 28, chorée, endocardite; 29, phlegmon du ligament large; 21 hémiplégie hystérique. — Sainte-Marthe *bis* (Crèche): 2, insuffisance mitrale; 5, syphilis secondaire, prolapsus utérin. — Saint-Augustin (*bis*): 11, 11 *bis*, intoxication saturnine; 12 néphrite catarrhale; 13, diabète, polyurie, azoturie; 10, cancer de l'estomac; 17, paralysie agitante; 18, laryngite syphilitique, trachéotomie; 20, chorée; 21, ictère chronique; 22, néphrite parenchymateuse; 24, insuffisance aortique; 27, cirrhose, hypertrophie; 28, insuffisance mitrale; 30, atrophie musculaire progressive d'origine saturnine.

Service de M. Raynaud. — Salle Sainte-Mathilde: 2, phlegmon péri-utérin; 19, chorée hystérique; 21, nymphomanie; 34, ulcère simple de l'estomac. — Salle Saint-Landry : 1, laryngite syphilitique; 3, dilatation des bronches; 15 *bis*, ataxie syphilitique; 26, fièvre intermittente hépatique; 28, diarrhée de Cochinchine.

Service de M. Fenéol. Salle Saint-Vincent de Paul, 3, maladie bronzée; 9, fièvre typhoïde; 17, cirrhose hypertrophique; 25, rhumatisme, endocardite; 33 *bis*, sclérodermie, vitiligo; 34, paralysie générale. — Sainte-Joséphine. 2, myôme interstitiel de l'utérus; 15, syphilis secondaire; 19, insuffisance aortique; 33 *bis*, chlorose; 34, kyste de l'ovaire.

Service de M. Proust. Salle Saint-Charles : 19, méningite spinale; 27, tubercule de la prostate; 39, paralysie radiale.—Salle Sainte-Marie : 7, hystérie; 13, chorée; 26, tumeur cérébrale; 31, agoraphobie.

Service de M. Ollivier.— Salle Sainte-Elisabeth : 13, Emphysème; 18, paralysie agitante; 19 *bis*, chlorose; 20 synovite chronique du genou; 31, psoriasis palmaire.—Salle Saint-Henri : 6, tumeur cérébrale; 15 *bis*, hémianesthésie; 18; obstruction intestinale; 19 *bis*, cirrhose hypertrophique; 30 nevrômes généralisés.

Chirurgie. Service de M. Panas. — Salle Sainte-Marthe. 1 *bis*, arthrite fougueuse du coude; 6, corps fibreux utérins; 12, 13, coxalgie, extension parallèle; 22, tumeurs kystique du sein; 26, mal sous-occipital; 30, résection du tibia. — Salle Saint-Honoré : 6, ablation du calcanéum; 7, résection tibio-tarsienne; 15, fracture de rotule; 20, fracture de rotule, suture osseuse; 33 *bis* talonalgie.

Service de M. Labbé. Salle Sainte-Jeanne : 2, fistule pelvirectale; 3, hypertrophie sus-vaginale du col opérée; 8, adénôme du sein; 25, arthrite blennorrhagique; accidents multiples. — Salle Saint-Augustin : 3, abcès par congestion; 6, plaie de l'avant-bras, fracture du cubitus; 16, phlegmon chronique de la fosse iliaque; lipôme diffus de la région cervicale; 22, plaie de tête, délirium tremens; 23, fistules urinaires; 33 *bis*, arthrite sèche; 34, fracture du fémur.

Hôpital Cochin. — *Médecine.* Service de M. Bucquoy. — Salle Saint-Philippe (H.) : 1, lésion aortique; 2, 10, pneumonie; 5, 9, 11, rhumatisme articulaire aigu; 8, péritonite chronique; 12, cancer de l'estomac; 14, ictère catarrhal; 15, 16, mal de Bright; 17, cirrhose hypertrophique; 18, ataxie locomotrice; 20, sténose laryngée syphilitique. — Salle Sainte-Marie (H.) : 2, cirrhose; 5, rhumatisme articulaire, endo-péricardite; 7, 9, pleurésie; 8, albuminurie aiguë; 10, cancer de l'estomac; 11, dysenterie de Cochinchine; 6, pneumonie. — Salle Saint-Jean (F.) : 1, rétrécissement de l'artère pulmonaire; 8, fièvre continue; 12, anévrysme de l'aorte; 13, rhumatisme articulaire; 15, encéphalopathie urémique; 18, manie puerpérale; 20, tumeur cérébrale.

Chirurgie. Service de M. Després. — Salle Saint-Jacques (H.) : 2, luxation ovalaire ancienne de la cuisse, réduction; 16, fracture intra-capsulaire du col du fémur; 11, hydrocèle de la tunique vaginale; 18, rétrécissement de l'urèthre, abcès urineux; 3, tumeur blanche du genou, amputation. — Baraque I (H.) : 1, fracture du calcanéum; 8, cancer de l'intestin; 29, fracture intra-capsulaire de l'humérus; 32, rectite suppurée. — Baraque II : Kyste de l'épididyme et du testicule; 13, hygroma chonique de la bourse séreuse trochantérienne; 17, hydrocèle. — Baraque III : 1, vaginalite chronique; 10, fracture de cuisse; 15, épithélioma du rectum; 17, fractures des os des cuisses.

Hôpital de Lourcine. — Cours de M. le dr Martineau, à 9 heures précises. Clinique du mercredi. 23, syphilis contractée au 4e mois de la grossesse, communiquée par le père de l'enfant; chancre de la petite lèvre gauche; accidents secondaires; 28, métrite scrofuleuse, légère antéflexion, adénolymphite pelvienne; 10, syphilis, métrite généralisée avec ulcération hypertrophique du col non spécifique; 18, syphilis, métrite avec ulcération gra-

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans constipation et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, débilité, consomption, anémie, chlorose, diabète*, etc.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine
DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de migraine venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer
QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon
0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

Chaque cuillerée doit être délayée dans un verre d'eau sucrée ou vineuse et lui donne une saveur d'eau de goudron un peu forte à laquelle on s'habitue facilement. Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les **chaleurs.**

Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Vins Titrés D'OSSIAN HENRY, Membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à l'École de pharmacie, etc., etc. — Prix Montyon de 2,000 francs pour ses travaux sur les quinquinas; Médaille d'or de l'Académie de médecine. — **Vin de Quinquina titré d'Ossian Henry :** *Composition : 1 gr. d'alcaloïdes, 12 gr. d'extratifs, 1,000 gr. de vin d'Espagne diastasé.* — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par ses alcaloïdes; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable* tel que doit le souhaiter le médecin, car non-seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation. **Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dispepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences**, etc., etc. — **Vin de Quinquina ferrugineux d'Ossian Henry :** *Composition : 10 centigr. de sel ferreux pour 50 gr. de vin de quinquina titré.* — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très-curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, en fait-elle tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables; l'opinion est unanime à le reconnaître. — Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — **Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies,** etc., etc. — **PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.**

© BIU Santé

nuleuse non spécifique ; 30, ancienne syphilis, métrite avec adénite et lymphangite, ictère ; 32, métrite chronique avec adénolymphite, antéversion, hypertrophie de l'utérus, ulcération granuleuse et folliculeuse, vaginite blennorrhagique.

Clinique du samedi : 33, métrite chlorotique, adéno-lymphite, végétations ; 31, métrite chronique, adéno-lymphite ; 23, chancre du col ; 32, syphilis traitée par les cautérisations au nitrate d'argent et le chloral ; 3, métrite ; tuberculose ; lymphadénite péri-utérine ; 9, syphilis contractée au 6e mois de la grossesse ; 18, syphilis datant de 15 mois, métrite généralisée avec lymphadénite péri-utérine, rétroversion notable.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DE DUCRO

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, Anémie, Convalescence.

Gros : Paris, 20, place des Vosges.—Détail : Toutes les Pharmacies.

GRANULES FERRO-SULFUREUX DE J. THOMAS

Chaque granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'**hydrogène sulfuré** et le **fer à l'état naissant** sans éructations ni **troubles** d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris — Pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie — Paris

INSTITUTION DES BÈGUES DE PARIS

90, Avenue d'Eylau. — Directeur, M. CHERVIN, officier d'Académie

Un nouveau cours a commencé le 2 décembre.

(Ecrire à l'avance).

LA MÉTHODE CHERVIN A ÉTÉ L'OBJET D'ÉLOGIEUX RAPPORTS DE LA PART DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES ET D'UN GRAND NOMBRE DE COMMISSIONS OFFICIELLES MÉDICALES ET PÉDAGOGIQUES

Enfants arriérés ou Idiots

Maison spéciale d'Education et de Traitement, fondé en 1847. Rue Benserade, 7, à Gentilly (Seine).

PILULES HÉMATIQUES DUROY

Les Pilules dragéifiées **d'Extrait de sang de bœuf** de J.-L.-P. DUROY, *pharmacien, Lauréat de l'Institut*, contiennent le fer même du sang, et tous ses autres principes nutritifs, organiques et minéraux concentrés ; c'est donc un fortifiant aussi complet que naturel, reconnu, par MM. les médecins qui l'ont expérimenté, supérieur aux ferrugineux ordinaires, au quinquina, à la viande crue, etc. — Dose : de 4 à 6 pilules par jour. — 4 fr. le flacon. — 10, rue du Faubourg-Montmartre, Paris. — Dépôt partout.

LES DRAGÉES GRIMAUD

Approuvées par plusieurs sociétés de médecine

(Plusieurs médailles)

GUÉRISSENT RADICALEMENT

Incontinence d'urine, maladies des femmes, chloroses, aménorrhée, leucorrhée, paralysie de la vessie chez les vieillards, pertes séminales, chute du rectum chez les enfants, etc. Succès constatés dans les hôpitaux.

Poitiers **Prix : 5 francs le flacon** Poitiers

POITIERS, *chez l'inventeur, M. GRIMAUD aîné.*

Envoi de brochure sur lettre affranchie.

Dépôt dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

A Morat (Suisse), chez M. Frédt. GOLLIEZ. — A Montréal, chez MM. FABRE et GRAVEL. — A la Nouvelle-Orléans, chez RIVET. — A New-York, chez MM. FOUGERA et MILAAU. — A San-Francisco, chez MM. GROS et LEFEVRE. ROTURIER et ZABALDANO. — A Rio-Janeiro, chez GELEY.

Dystocie spéciale dans les accouchements multiples, par le Dr I. Besson, vol. in-8 de 92 p. — Prix : 2 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, net 1 fr. 25.

L'Hygiène de l'Enfance, conseiller des mères de famille et de toutes les personnes qui s'intéressent au jeune âge, publié par le Docteur A. LAURENT, fondateur de la Société protectrice de l'Enfance de la Seine-Inférieure, etc. Revue paraissant tous les mois. Format in-4, 12 pages à 2 colonnes. Prix de l'abonnement annuel : Pour la France, 5 fr.; pour l'Europe, 6 fr.; le numéro, 60 centimes. — Bureaux du Journal : rue Pouchet, 9 bis, Rouen, France. Le montant de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste sur Rouen.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Elixir toni-radical au Colombo, de Blottière, pharm., 56, rue de Sèvres, Paris, contre les dyspepsies, gravides, chlorotiques, syncopales, flatulentes, cardialgiques, symptomatiques du cancer, diarrhées, dysenteries, fièvres pernicieuses, convalescences. 5 fr.

Vacance médicale. — La commune de Bèze (Côte-d'Or), canton de Mirebeau, demande un médecin. Allocation annuelle : 1,200 fr.

A céder bonne clientèle médicale, très-jolie petite ville, à 2 h. 1/2 de Paris (gare) ; conditions avantageuses. S'adresser chez M. Dubus, professeur, cité de la Mairie, 2, Montmartre-Paris.

A céder à Paris, bonne clientèle dans un quartier populeux. Bonnes conditions. Pour les renseignements, s'adresser au bureau du Journal.

Un jeune docteur demande à faire un remplacement à Paris, ou s'occuper comme secrétaire d'un docteur. — S'adresser aux bureaux du *Progrès médical*.

A céder, — dans le plus bref délai, — une belle clientèle médicale dans un chef-lieu de canton du département de l'Oise, à 12 lieues de Paris (ligne du Nord). — Clientèle facile à desservir. — **Recettes annuelles** : de **8,000** à **9,000 fr.** — S'adresser pour renseignements, 11, rue Toullier, hôtel de l'Europe, tous les jours, de 2 heures à 4 heures.

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et en 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie [illegible], à Bourg (Ain)

Grande médaille et diplôme très-élogieux à Philadelphie

MÉDAILLE D'ARGENT A BRUXELLES 1876

PAPIER RIGOLLOT

ou

MOUTARDE EN FEUILLES POUR SINAPISMES

Médailles et récompenses aux Expositions

DIPLOME D'HONNEUR A L'EXPOSITION DE 1875

Adopté par les hôpitaux de Paris, les Ambulances et les hôpitaux militaires, par la Marine française et par la Marine royale anglaise, etc.

Le seul dont l'entrée de l'Empire soit autorisée par le Conseil de santé de Russie

POUDRE RIGOLLOT

LE MEILLEUR SINAPISME

POUR LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

APPROUVÉ PAR LES ÉCOLES VÉTÉRINAIRES DE FRANCE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE, ITALIE

Adopté par le Ministre de la Guerre pour le service de la cavalerie française

Exiger la signature ci-contre sur les bandes qui ferment les boîtes. *Rigollot*

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 50. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES 6. 14 DÉCEMBRE 1878.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

De la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Leçon recueillie par E. COTTIN, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je consacrerai cette conférence à l'étude d'une lésion traumatique assez fréquente et qui, néanmoins, est souvent méconnue, et plus souvent encore mal traitée : je veux parler de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. J'envisagerai d'abord la question par son côté clinique.

Vous êtes appelé auprès d'une personne qui a fait une chute sur la paume de la main. Elle se plaint de ressentir une vive douleur dans le poignet et de ne pouvoir exécuter certains mouvements. En examinant la région malade, vous êtes immédiatement frappé de la déformation spéciale que présente le poignet. Sur la face dorsale, il existe une saillie anormale, arrondie, plus ou moins accusée selon les cas, et surmontée d'une dépression.

Sur la face palmaire, on constate également une saillie anormale, mais anguleuse, irrégulière, plus élevée que la précédente et correspondant à la dépression dorsale.

Velpeau a caractérisé cette forme anormale du poignet en la comparant *à un dos de fourchette*. On peut dire aussi que l'ensemble de cette déformation figure assez exactement un Z renversé, dont la branche inférieure est représentée par l'axe de la main, la branche supérieure par l'axe de l'avant-bras, et la branche moyenne par la partie intermédiaire correspondant à la saillie de la face dorsale.

Sur les parties latérales de la région, vous observez aussi des particularités importantes : en dedans, une saillie anormale et plus ou moins accentuée de l'apophyse styloïde du cubitus; en dehors, un effacement plus ou moins complet de l'apophyse styloïde du radius. En outre, cette apophyse n'occupe plus son niveau normal, elle se trouve située sur le même plan que celle du cubitus, ou même remontée plus haut. Or, on sait qu'à l'état normal, le sommet de l'apophyse styloïde du radius descend un peu plus bas que le sommet de l'apophyse correspondante du cubitus.

Indépendamment de ces divers symptômes, on constate encore une attitude vicieuse de la main qui s'est déviée en masse sur le bord radial de l'avant-bras. Cette attitude vicieuse qui se révèle par la saillie anormale de l'apophyse styloïde du cubitus deviendra plus évidente si l'on vient à tracer sur la face dorsale de l'avant-bras et de la main les axes de ces deux régions.

Il sera facile de voir, alors, que la ligne qui représente l'axe de l'avant-bras, au lieu de se continuer, comme à l'état normal, avec l'axe de la main tombe plus ou moins loin, en dedans de celui-ci.

Je vous signale particulièrement l'ascension de l'apophyse styloïde du radius et l'attitude vicieuse de la main, comme pouvant être des signes précieux dans certaines fractures d'un diagnostic difficile.

Quoique l'existence d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius soit suffisamment établie par la déformation du poignet, l'attitude vicieuse de la main, la saillie anormale de l'apophyse styloïde du cubitus, il importe de vous faire remarquer qu'il manque deux signes habituels des fractures : la mobilité anormale et la crépitation.

C'est qu'en effet ces deux symptômes classiques de toute fracture font habituellement défaut dans celle que nous étudions aujourd'hui, et bientôt l'étude de l'anatomie pathologique nous rendra raison de leur absence presque constante. Malgré cela, le diagnostic de la fracture de l'extrémité inférieure du radius est, ainsi que je l'ai dit, suffisamment établi par les signes précédemment énumérés.

A quelle autre lésion pourrait-on avoir affaire? L'existence de la déformation spéciale, de ces saillies anormales en avant et en arrière du poignet, pourrait en imposer pour un déplacement articulaire. Autrefois, cette erreur était presque toujours commise. Cependant le diagnostic entre la fracture et la luxation est bien facile. D'abord la luxation du poignet est une rareté pathologique. De plus les caractères des deux lésions sont très-différents.

Dans la luxation, les saillies anormales sont constituées par des surfaces régulières, représentant les extrémités bien connues des surfaces articulaires. Dans la fracture, au contraire, ces saillies sont irrégulières, anguleuses, et ne rappellent en rien les caractères des surfaces articulaires déplacées. Enfin, dans la luxation, les apophyses styloïdes ont conservé leurs rapports normaux.

J'ai supposé jusqu'à présent que la fracture s'accompagnait d'une déformation notable, et je viens de montrer que, dans ce cas, il est bien difficile de prendre la lésion pour une luxation du poignet.

Mais, dans certains cas de fracture, la déformation manque ou est à peine marquée. On peut alors croire à une simple entorse. Il est vrai que cette erreur serait peu préjudiciable au malade. Mais même dans ce cas difficile, le diagnostic exact me paraît presque toujours, sinon toujours, possible.

En effet, s'il s'agit d'une fracture, il est bien rare, même quand il n'existe pas de déformation apparente, que l'apophyse styloïde du radius ait conservé sa situation normale et qu'elle ne soit pas un peu remontée au-dessus de celle du cubitus.

En outre, le siége de la douleur diffère dans les deux cas. Dans l'entorse, la douleur est localisée au niveau même de l'interligne articulaire. Dans la fracture, elle siége un peu au-dessus de cet interligne.

Enfin, dans la fracture, on peut le plus souvent déterminer une mobilité anormale spéciale, comparable à cette mobilité particulière d'une tige de bois incomplétement brisée, et dont les extrémités, hérissées de dentelures, sont maintenues en contact par un engrènement réciproque. Dans de telles conditions, la tige peut bien ployer au niveau de la rupture, céder d'un côté, mais il n'y a pas de déplacement total. Il en est de même dans certaines fractures qui ne s'accompagnent pas de déformation.

En appuyant les doigts d'une main sur la face palmaire de la main, et en pressant avec les pouces un peu au-dessus du poignet, on parvient à faire plier le radius en arrière, un peu au-dessus de la jointure.

Il importe au plus haut point, si l'on veut comprendre la symptomatologie de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, aussi bien que les indications du traitement, de connaître exactement l'anatomie pathologique de cette lésion dont l'étude est singulièrement facilitée par l'examen de fractures produites artificiellement sur le cadavre.

Le trait de la fracture est situé à peu de distance de l'interligne articulaire, à 15 ou 20 millimètres au-dessus de cet interligne.

Ce trait est dirigé transversalement ou presque transversalement. Les fragments présentent souvent des dentelures et s'engrènent plus ou moins l'un dans l'autre. Dans certains cas, si la violence est très-considérable, le fragment supérieur pénètre dans l'inférieur et le fait éclater.

En tous cas, ce qui est à peu près constant, c'est un déplacement spécial qui offre toujours la même disposition. Le fragment inférieur se porte et remonte en arrière, tan-

© BIU Santé

dis que le supérieur fait en avant de lui une saillie plus ou moins accentuée.

C'est précisément à ce déplacement spécial qu'est due la déformation caractéristique *en dos de fourchette* que je vous ai rappelée plus haut.

Le fragment inférieur se porte en arrière et en haut, tandis que le supérieur fait saillie en avant de lui, et quelquefois le pénètre dans sa partie antérieure.

Par suite de ce déplacement et de cette pénétration réciproques, le radius devient plus court, la main et le carpe qui y sont attachés subissent un mouvement ascensionnel d'autant plus marqué que le raccourcissement est plus considérable. Et comme le carpe s'articule presque exclusivement avec le radius, c'est de son côté qu'il est entraîné ; ainsi s'explique la déviation de la main et du carpe sur le bord radial de l'avant-bras. Enfin, il suffit de connaître cette disposition des fragments pour comprendre immédiatement l'absence de mobilité anormale complète et de crépitation.

Le mécanisme de cette fracture a été expliqué de plusieurs façons différentes.

Un premier fait intéressant, c'est que toujours ou presque toujours, les blessés ont fait une chute sur la paume de la main. Il est fort rare qu'ils accusent une chute sur sa face dorsale. Il est d'ailleurs facile de reproduire sur le cadavre des fractures analogues à celle que je vous décris. Il suffit pour cela de placer la main fléchie à angle droit sur la face dorsale de l'avant-bras et de frapper sur l'extrémité supérieure du radius et du cubitus. On obtient ainsi des fractures semblables à celles que l'on observe journellement dans la pratique. Mais, quel est le mécanisme intime de la production d'une telle fracture ?

Pour l'expliquer, il existe trois théories principales : la théorie de la *pénétration*, celle du *choc* direct, enfin la théorie de l'*arrachement*.

La théorie de l'*arrachement* me paraît la seule acceptable. Voillemier, partisan de la *pénétration*, avait aussi indiqué le mécanisme de l'*arrachement*.

Mais c'est à M. O. Lecomte que l'on doit la notion la plus exacte et la plus complète du mécanisme de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Dans un mémoire publié, en 1866, dans les *Archives générales de médecine*, il a signalé les desiderata et les lacunes de toutes les théories généralement admises, et appuyé celle de l'arrachement sur des preuves tellement nombreuses et positives que je n'hésite pas à adopter cette doctrine, que je considère comme démontrée.

En effet, le siége de la fracture correspond en avant *immédiatement* au-dessus du ligament radio-carpien antérieur. Ce ligament, très-puissant, est distendu outre mesure dans la flexion exagérée de la main sur la face dorsale de l'avant-bras. Mais ce n'est pas lui qui se rompt, et l'extrémité osseuse correspondante est véritablement arrachée immédiatement au-dessus de ses insertions supérieures.

Ce mécanisme nous explique d'abord la direction transversale de la fracture ; il permet aussi de bien comprendre le déplacement. En effet, l'action de ce ligament est de rompre d'abord les fibres osseuses antérieures ; puis, si la violence continue de s'exercer, le fragment arraché par le ligament radio-carpien est entraîné par lui en arrière et se porte sur la face dorsale, tandis que le fragment supérieur passe au-devant de lui ou le pénètre.

En parlant des symptômes, je vous ai fait remarquer que, parfois, la déformation n'existait pas. Ce côté de la question a été bien étudié dans ces derniers temps par M. Trélat et par un de ses élèves, M. le Dr Schmit.

Ils ont d'abord mis en lumière le fait suivant : c'est que la déformation existe constamment chez les jeunes gens et les adultes. A partir de 50 ans, au contraire, elle fait le plus souvent défaut.

M. Schmit a cru trouver la raison de cette exception à la règle générale, dans la structure particulière de l'extrémité inférieure du radius chez les sujets âgés. On sait, en effet, que, par les progrès de l'âge, le tissu spongieux des os se raréfie de plus en plus au point d'acquérir une fragilité particulière. Cette altération sénile est bien connue pour l'extrémité supérieure du fémur ; il en est de même pour l'extrémité inférieure du radius d'après les recherches de M. Schmit, si bien qu'un faible choc est capable de la briser.

Or, d'après le mécanisme suivant lequel se produit la fracture, vous vous rappelez que le ligament radio-carpien arrache cette extrémité dont les fibres antérieures se rompent les premières. Chez les sujets jeunes, dont le tissu osseux est très-résistant, il est besoin, pour produire cet arrachement, d'une violence considérable ; et l'action de cette violence ne se borne pas à déterminer la rupture osseuse, mais a pour effet d'entraîner en arrière le fragment arraché, d'où résulte la déformation spéciale.

Au contraire, chez les vieillards, il suffit, pour produire la fracture, d'une violence assez faible, dont l'action s'épuise sur le champ, et est incapable d'entraîner le fragment inférieur en arrière. Il y a donc, dans ce cas, solution de continuité de l'os sans déplacement, et, par suite, pas de déformation.

Bien traitée, la fracture de l'extrémité inférieure du radius est d'un *pronostic* favorable. Dans le cas contraire, elle peut entraîner à sa suite des inconvénients assez sérieux. D'abord, la déformation non corrigée est des plus disgrâcieuses. En outre, on peut observer, longtemps après la consolidation, des roideurs articulaires et une impotence fonctionnelle très-marquée.

S'il n'existe pas de déplacement, il suffira d'immobiliser les deux fragments avec un appareil quelconque. Mais, s'il existe du déplacement, il faudra d'abord réduire, puis maintenir les fragments dans une bonne situation.

Il n'est pas toujours facile de remplir ces deux indications. Aussi a-t-on employé les méthodes les plus diverses. On est même allé jusqu'à fléchir le poignet en arrière et à le maintenir dans cette position essentiellement vicieuse, puisqu'elle tend à exagérer encore le déplacement du fragment inférieur, déplacement que nous avons vu être la cause principale de la déformation.

Aussi, devant ces difficultés, certains auteurs préfèrent s'abstenir de toute tentative de réduction ; mais c'est là, à mon avis, une conduite qui peut amener des conséquences fort désagréables pour le malade. La réduction doit donc être opérée, et voici comment je vous conseille de procéder :

La fracture a été produite dans une flexion exagérée en arrière. Pour opérer la réduction, vous devrez diriger vos efforts en sens inverse, c'est-à-dire fléchir fortement la main sur la région antérieure de l'avant-bras : Vous saisissez les deux extrémités fracturées et vous les ployez dans le sens inverse de leur courbure anormale, c'est-à-dire dans le sens de la flexion de la main sur la région antérieure de l'avant-bras. En même temps, vous devrez porter fortement la main sur le bord cubital, afin de corriger la déviation qui s'est effectuée sur le bord radial.

Quelquefois les douleurs sont si vives, les difficultés de réduction sont telles que vous serez parfaitement autorisé à employer le chloroforme. La réduction ainsi opérée, comment la maintenir ?

Je crois que le meilleur moyen de contention est un appareil plâtré confectionné de la manière suivante :

On taille dans de la tarlatane une attelle appropriée aux dimensions du membre. Cette attelle devra recouvrir la face dorsale et la face externe de l'avant-bras et du carpe. Elle sera assez longue pour descendre jusqu'à l'extrémité inférieure du métacarpe, enfin, son bord inférieur devra être coupé obliquement de façon à laisser libres les quatre derniers doigts.

L'attelle, préalablement imprégnée de plâtre, étant appliquée de cette façon, on devra maintenir les surfaces fracturées dans la situation que je vous ai indiquée plus haut,

© BIU Santé

jusqu'à ce que cette attelle soit complétement sèche et dure.

Malgré ces précautions, il arrive assez souvent qu'on ne fasse pas disparaître complétement la saillie anormale de l'apophyse styloïde du cubitus. L'appareil ne restera appliqué que pendant 20 à 25 jours. En général, la consolidation est déjà effectuée après ce court espace de temps. Et s'il existe consécutivement un peu de roideur du poignet, elle sera facilement vaincue. D'autre part, comme les doigts sont restés libres pendant toute la durée de l'application de l'attelle, on voit que le blessé n'aura pas à souffrir des inconvénients que je vous signalais tout à l'heure.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — **M. JULES SIMON.**

A. Quinquina. — B. Sulfate de quinine (1).

Leçon recueillie par S. CHAMBARD, interne des hôpitaux.

B. *Sulfate de quinine.*

Indications thérapeutiques. — La première et la plus importante, c'est l'emploi du sulfate de quinine et du quinquina contre les *empoisonnements palustres* et surtout les *fièvres intermittentes*.

Je ne vous rappellerai pas, Messieurs, les méthodes de Torti, de Sydenham, de Bretonneau pour l'administration de l'écorce du Pérou. Elles sont exposées dans nos ouvrages classiques du professeur Gubler, et de Trousseau et Pidoux. Je viens ici vous exposer le fruit de ma pratique dans la thérapeutique infantile, et permettez-moi de le faire sans plus de préambule.

Dans les fièvres intermittentes simples, franchement déclarées, dont le diagnostic n'est pas douteux, je ne suis pas les errements que je vous ai tant recommandés au sujet des autres agents thérapeutiques, je ne me contente pas ici du fractionnement des doses. Voici le mode d'administration que j'ai adopté chez les enfants comme chez les adultes. Je fais prendre une dose massive, en une, ou deux, ou trois fois, dans une heure ; puis j'échelonne une série de petites doses jusqu'au moment présumé de la fièvre, ou jusqu'aux symptômes de quinisme. La dose massive est, elle, de 10 à 20 centigrammes. Je prescris ensuite de deux en deux heures une dose de 5 centigrammes jusqu'à concurrence des bourdonnements des oreilles, et d'un peu de surdité ou d'un peu de pâleur du visage, ou d'un peu de ralentissement du pouls. L'accès coupé ou éloigné, diminué, je diminue la dose massive et les doses fractionnées, mais en ayant toujours soin de continuer l'emploi de la quinine quatre ou cinq jours après la cessation complète des symptômes de l'intoxication palustre, sans mettre jamais des jours de repos dans ma thérapeutique.

Une autre question domine la thérapeutique des affections paludéennes. C'est celle du moment où il convient de donner le sulfate de quinine. La physiologie enseigne que le maximum d'action survient trois heures après son ingestion, vous auriez cependant tort, Messieurs, d'établir sur ces données scientifiques les règles exclusives de votre intervention thérapeutique. Dans les affections, en effet, qui réclament l'action de la quinine, dans les fièvres intermittentes surtout, les fonctions d'absorption sont troublées. Il existe souvent une congestion de tout le système de la veine-porte ; le passage du médicament dans le sang est retardé, et ce n'est pas trois heures avant le moment présumé de l'accès à venir, mais bien dix à douze heures, qu'il devra être administré. M. Briquet avait déjà bien saisi ce désaccord apparent entre les résultats physiologiques et cliniques, qui s'explique le mieux du monde, si on a toujours présente à l'esprit la différence qui existe entre l'organisme sain et l'organisme malade.

En outre, suivant en cela la pratique des médecins des pays fiévreux, je donne le sulfate de quinine immédiatement avant la prise des aliments, qui atténuent l'irritation gastrique provenant de la présence du sel.

Dès qu'un enfant est guéri de ses accès de fièvre, je combats son empoisonnement palustre par des préparations de quinquina et d'arsenic. J'interdis les bains chauds, les débilitants, les purgatifs, les vomitifs, d'une manière générale.

Dans les formes graves, insidieuses, irrégulières, larvées, je double la dose massive que je fais toujours prendre douze heures avant certains symptômes paroxystiques et je continue l'emploi du sulfate de quinine, jusqu'à l'ivresse, la torpeur quinine. Je préfère cette formule à toutes les autres, par la bonne raison que les enfants présentent parfois une résistance apparente à l'action quinique, qui dépend sans doute de la préparation pharmaceutique et des conditions passagères de l'absorption gastro-intestinale. Je produis l'ivresse deux jours de suite, et après je ne recherche que l'action sur le pouls, dont le ralentissement est maintenu quelques jours encore.

Je termine ma médication par l'emploi du quinquina, de l'arsenic et du fer. Enfin je conseille souvent, à cette période, le changement d'air.

Quand les enfants ont été atteints par des accès sérieux, ou dangereux, ou larvés, recommandez aux parents d'exercer une surveillance de tous les instants sur leurs enfants, et, à la première constatation d'un refroidissement anormal des mains, ou bien à l'aspect dépouillé en demi-lune de la langue, ou même au moindre trouble, à la plus légère atteinte de fièvre, insistez, insistez encore, pour leur bien faire comprendre qu'il faut toujours commencer par donner du sulfate de quinine. Dites leur qu'ils n'ont pas à en craindre l'abus, et que c'est encore là le meilleur remède en attendant la visite et la direction du médecin. Je dois vous prévenir que ces derniers petits malades ont besoin de prendre du sulfate de quinine et du quinquina pendant de longues années.

On ne saurait préciser la durée de l'intoxication palustre. Soyez bien convaincus de l'exactitude de mes affirmations, mais attendez-vous à des luttes répétées de la part de la famille, et je dois l'avouer, du corps médical lui-même. Restez à votre poste d'observation, et quand il vous sera bien démontré que le malaise, le mouvement fébrile, ou telle autre manifestation appartient à l'empoisonnement palustre, ne cédez plus, votre conviction est complète, il n'y a pas à biaiser, à chacun sa responsabilité. Si on vous délaisse momentanément, on reviendra bientôt à vous et à votre méthode.

Dans les empoisonnements chroniques, le traitement est plus complexe. L'enfant prendra avant chaque repas du vin de quinquina ou plutôt du vin de quinium étendu d'eau. En outre, au milieu du repas, il prendra, pendant quinze jours chaque mois, à partir de deux ans, une cuillerée à café d'une solution arsenicale (Arseniate de soude 0,05 centigr., eau distillée 300 grammes), et pendant les quinze autres jours des préparations ferrugineuses, ou de la poudre de phosphate de chaux. Après le déjeuner, il est bon de donner une tasse à café de café noir, faible, mitigé avec du café de glands doux, mais additionné d'un peu d'extrait mou de quinquina.

Au-dessous d'un an, je n'agis guère que par des lavements de quinine, et des frictions de quinine dont l'usage est répété, non pas seulement à l'occasion des accès fébriles, mais avec un parti-pris, huit à dix jours par mois, tant que l'enfant reste pâle et amaigri.

Au-dessus d'un an, entre un ou deux ans, sans négliger l'emploi répété, stéréotypé de la quinine, j'ai recours au sirop de quinquina chargé de teinture de quinquina, que je fais prendre avant le principal repas de l'enfant, c'est-à-dire vers onze heures du matin, à l'heure ou un enfant d'un an peut prendre un petit potage et un œuf.

Quand les conditions sociales des parents le permettront, le changement de climat rendra le plus grand service. Cette observation s'applique surtout aux pays intertropicaux, et à ceux où la fièvre est endémique. Ce qui ne veut

(1) Voir les nos 48 et 49.

© BIU Santé

pas dire que la guérison s'effectuera par le seul fait du déplacement, et qu'on pourra parfaitement abandonner les préparations de quinquina. Souvent, en effet, en dépit de vos soins, des conditions d'hygiène meilleure, l'enfant est frappé d'une de ces autres causes qui favorisent le retour des manifestations palustres; ce sont les inflammations de la gorge, des bronches, des intestins; les fièvres éruptives, la coqueluche, etc., etc. Cependant les accès, les rechutes, sont bien moins accentuées dans ces conditions, et la médication moins sévère aura beaucoup plus de prise. Mais je le vois, plus je traite ces importantes questions, et plus je sens l'utilité de vous exposer en aussi peu de mots que possible, la symptomatologie de la fièvre intermittente chez les enfants. Avant d'aborder cette étude, permettez-moi de vous rappeler la physionomie de l'intoxication palustre en général.

Vous savez, Messieurs, que les affections paludéennes peuvent se présenter sous les formes cliniques les plus surprenantes, les moins attendues.

A côté des types classiques de fièvre intermittente, quotidien, tierce, quarte, etc., etc., dont les stades se dérouleront régulièrement avec leur période de frisson, de chaleur et de sueur, vous aurez l'occasion d'observer des formes irrégulières, dont l'ordre des stades est interverti, ou les premiers peuvent faire défaut, leur durée peut se prolonger dans certains cas, outre mesure, au point de simuler une fièvre continue à paroxysmes imprévus. Il n'est pas rare de voir le type s'altérer : de tierce, la fièvre passe au type quotidien. On voit même quelquefois les accès empiéter les uns sur les autres (forme subintrante) ou s'éloigner. Enfin, les intervalles qui les séparent peuvent n'être pas franchement apyrétiques (fièvre rémittente), forme plus connue dans les pays chauds que dans nos climats, et qui alors s'accompagne souvent d'accidents bilieux et typhoïdes. Jugez de quelles difficultés le diagnostic est entouré.

Il est des cas, cependant, où votre sagacité et votre expérience seront mises encore à de plus rudes épreuves. Je veux parler des formes pernicieuses et des formes larvées.

Sans vouloir insister sur les fièvres pernicieuses algide, ardente et sudorale, qui ne sont que les stades de frisson, de chaleur et de sueur, poussés à leur degré extrême et amplifiés au point de compromettre la vie des malades, vous pourrez vous trouver en présence de malades qui trahiront tous les symptômes d'une attaque de choléra, d'un arrêt urémique avec ses manifestations multiples; d'autres sont plongés dans un coma dont rien ne pourra les tirer, d'autres en proie à des accès délirants ou convulsifs qui vous feront croire soit à une méningite, soit à un accès de manie aiguë, soit à des attaques d'éclampsie essentielle ou symptomatique de quelque lésion cérébrale, d'autres enfin, seront subitement pris de syncope, de paraplégie ou d'accidents rappelant l'hydrophobie.

A côté de ces accidents si graves, vous pourrez en rencontrer d'autres qui, tout en menaçant le plus souvent la vie des malades d'une façon moins immédiate, n'en seront pas moins ou dangereux, ou incommodes, ou douloureux. Les uns, en effet, souffriront de névralgies rebelles, surtout dans la sphère du trijumeau et particulièrement du nerf sus-orbitaire, les autres se plaindront de gastralgies, de diarrhées et de douleurs intercostales opiniâtres. Chez quelques malades on observe des douleurs rhumatoïdes qui en imposent et font croire à une véritable attaque de rhumatisme. Dans d'autres cas enfin, la fièvre larvée menacera gravement l'existence, en se manifestant sous forme de vomissements incoercibles ou d'accès répétés d'angine de poitrine. Tous tomberont à la longue dans un état anémique et cachectique.

C'est qu'en effet, l'intoxication palustre imprime, par des atteintes sévères et prolongées, des lésions souvent irréparables. On observe alors des altérations indélébiles du foie (cirrhose hypertrophique, cirrhose pigmentaire), de la rate, de la muqueuse intestinale, de tout l'appareil hémato-poiétique, qui se traduisent par une anémie, une faiblesse, une dépression de toutes les forces de l'économie et se terminent, soit par suite des progrès de la consomption, soit par des accès pernicieux, soit par des symptômes d'ictère grave. Tel est, Messieurs, le tableau général et nécessairement très-incomplet, très-écourté à dessein, des effets multiples de l'intoxication palustre. En raison de son importance, vous me pardonnerez cette digression. Elle me conduit, d'ailleurs, en droite ligne à l'étude de la *fièvre intermittente chez les enfants*.

Je vais commencer par surprendre les personnes étrangères à la clinique infantile, en affirmant l'extrême fréquence de la fièvre intermittente chez les enfants.

A Paris, on l'observe beaucoup plus fréquemment depuis les nombreux terrassements nécessités pour le percement de nos grandes voies de communication. Plus aisément que chez les adultes, elle peut simuler toutes les affections du jeune âge. Elle est souvent très-difficile à reconnaître. Parfois, le problème est absolument insoluble et le traitement seul devient la meilleure pierre de touche. Notez enfin que la diathèse tuberculeuse, avant d'éclater sur tel ou tel appareil, prend à son tour les allures des affections intermittentes irrégulières. Je vais essayer cependant de vous guider dans ce dédale, et vous reproduire certains faits de mon expérience personnelle dont vous tirerez, je l'espère, quelque profit à l'occasion.

Les aspects de l'intoxication varient suivant l'âge de l'enfant. Je vais l'étudier successivement : 1° chez l'enfant à la mamelle, celui du premier âge ; 2° chez l'enfant qui a dépassé deux ans, jusqu'à 6 à 8 ans.

A partir de 6 à 8 ans, les affections palustres tendent à prendre le type et les formes de la fièvre intermittente des adultes.

1° Fièvre intermittente *des enfants au-dessous de 2 ans*. A cet âge, c'est le type quotidien qui prédomine. Tantôt l'accès apparaît pendant le jour, tantôt pendant la nuit, et il peut arriver qu'il se produise, dans les cas sérieux, deux fois en 24 heures.

Si déjà les accès diurnes présentent de grandes difficultés d'observation, jugez par là combien le diagnostic doit être épineux quand ils éclatent pendant la nuit. Que de causes, en effet, de réaction fébrile nocturne! Les inflammations de la gorge, des entrailles et des voies respiratoires, n'en sont-elles pas habituellement le point de départ le plus fréquent?

Voici les principaux indices qui pourront vous mettre sur la voie. Que l'accès soit diurne ou nocturne, il survient tout d'un coup. L'enfant devient subitement pâle et refroidi, ses yeux s'excavent, sa face et son corps semblent diminuer rapidement de volume. Pendant cette période algide, on constate un refroidissement considérable des extrémités. Les pommettes, le bout du nez, les doigts surtout se décolorent. La pulpe des phalanges se flétrit, pendant que les ongles deviennent bleuâtres. A la palpation, ces doigts engourdis, insensibles, donnent la sensation du froid cadavérique. La chaleur et la vie se sont retirées.

Ce qui rend difficile la constatation de ces signes particuliers, c'est que non-seulement ils peuvent apparaître la nuit, mais encore qu'ils sont de peu de durée. Souvent les mères et les gardes les plus dévouées ne vous les relateront pas à votre première visite. Attirez leur attention sur ce refroidissement glacial des doigts, cette fonte générale, sur l'abattement qui l'accompagne, et elles vous reproduiront la description qui précède. Si l'accès éclate après la tétée, pendant la digestion, l'enfant sera subitement pris de vomissements et quelquefois même, par contre-coup, de convulsions.

Pendant la nuit, la période algide échappe presque toujours à l'examen des nourrices, et l'enfant se réveille subitement en criant à une heure inaccoutumée. Quand on arrive à son berceau, les pommettes, les doigts seront déjà réchauffés, le teint est pourpre, parce que le stade de chaleur a eu le temps de succéder à celui du froid. C'est assez vous le dire, je le répète à dessein, le stade de froid ne

© BIU Santé

dure que quelques minutes. Pourtant, dans certaines affections palustres plus sérieuses, vous le verrez se prolonger un quart d'heure et même plus.

Le stade de chaleur, au contraire, domine tout l'accès. Ce n'est qu'au bout de 2 à 3 heures, qu'il fait place à une sorte de détente caractérisée par une transpiration établie lentement, et plus ou moins abondante à la tête, au cou et aux extrémités.

L'accès terminé, l'enfant ne reprend pas comme l'adulte récemment atteint de fièvre intermittente, son appétit, son entrain et son sommeil habituels. Il reste un peu pâle, dyspeptique, grognon et agité dans son sommeil. Presque toujours existe un état saburral des premières voies digestives. La langue est blanche, quelquefois jaunâtre, et, fait curieux, que je n'ai trouvé signalé par aucun auteur, mais que j'ai souvent observé, elle se dépouille sur les bords en demi-lune.

J'attire votre attention sur cette petite particularité. Quand vous la verrez se reproduire chez un bébé atteint d'accès de fièvre inexplicables par l'examen de tous les appareils, elle doit entrer comme un élément de diagnostic. J'ai observé un si grand nombre d'enfants du premier âge atteints de fièvre intermittente, que je n'hésite pas à vous assurer de l'exactitude et de la valeur de ce dépouillement semi-lunaire, qui se manifeste aussi chez les enfants au-dessus de deux ans.

Vous pourrez également constater l'intumescence de la rate. Mais je dois vous prévenir que ce signe n'est pas aussi facile à contrôler qu'on veut bien le dire. Assez souvent, la région hépatique semble douloureuse, et presque toujours le foie est troublé dans ses fonctions. De là, l'embarras gastrique bilieux, et des diarrhées et des vomissements bilieux.

Mais en dehors de la fièvre intermittente simple et à l'état aigu, les enfants à la mamelle, plus souvent encore que les adultes, sont frappés par la fièvre pernicieuse, de mille façons différentes. C'est la forme algide, convulsive, syncopale, cholérique, qui les emporte en quelques heures. Le fait est tellement de notoriété publique, que, dans les contrées à fièvre, on donne le sulfate de quinine à tout propos, dès qu'un enfant est saisi de refroidissement; dès qu'il est atteint d'un mouvement fébrile, on n'attend pas une minute, sachant bien que le second accès emporterait le petit malade, même si l'accès fébrile s'était développé à l'occasion d'une indigestion, d'une diarrhée, d'une bronchite, d'un coryza ou d'une amygdalite.

Quoique je m'efforce d'abréger cette digression, je ne puis omettre de vous entretenir de l'empoisonnement palustre chronique chez ces mêmes enfants à la mamelle. A l'état chronique, la fièvre palustre provoque rapidement une anémie profonde. Le teint est pâle, terreux. L'enfant tombe dans l'abattement, et ses digestions sont constamment difficiles, prennent l'aspect de lientérie, ou deviennent franchement diarrhéiques. Tantôt l'empoisonnement ne dépasse pas les limites compatibles avec la vie, tantôt au contraire, il revêt les signes de la cachexie.

Dans le premier cas, le baby anémique, jaunâtre, grognon, dyspeptique et diarrhéique est sujet à des accès de fièvre irrégulière, revenant à toute heure de jour et de nuit, se traduisant par ce refroidissement spécial des doigts marmoréen, promptement suivi d'une chaleur anormale, et s'accompagnant : soit d'une prostration excessive avec décoloration cadavérique de la face, soit d'excitation passagère à laquelle succèdera bientôt une faiblesse extrême. Chez ces petits enfants à la mamelle, la rate augmente notablement de volume, mais pas en proportion mathématique de la durée de l'empoisonnement.

Il est clair que, dans les contrées où la fièvre intermittente est endémique, le diagnostic ne saurait guère rester en suspens après l'élimination des maladies diathésiques congéniales. Dans dans d'autres conditions, au contraire, il est souvent malaisé de dégager les inconnues du problème, sans des investigations patientes et répétées, dans lesquelles le sulfate de quinine jouera le rôle de pierre de touche.

Quand l'empoisonnement paludéen provoque l'état cachectique, ce qui est loin d'être rare, vous verrez l'enfant devenir plus pâle et plus faible que dans le premier cas, qui d'ordinaire précède la cachexie. Son teint prend une couleur cireuse, ses chairs deviennent flasques. Il maigrit à vue d'œil. Puis, bientôt les accidents diarrhéiques s'accompagnent de bouffissure de la face, des jambes, du tronc, en un mot d'une véritable hydropisie généralisée ; parfois vous observerez une coloration sanglante dans les garderobes, ce qui, par parenthèse, fait affirmer aux parents que leur enfant est atteint de dyssenterie. Rien n'est moins exact. La dyssenterie, c'est-à-dire l'inflammation ulcérative du gros intestin est très-rare chez les enfants, et à plus forte raison chez les enfants à la mamelle. Les émissions sanguines d'origine anale ou rectale sont, au contraire, assez fréquentes et n'impliquent nullement le diagnostic de l'affection dyssentérique. Je ferme cette parenthèse, et je reviens à l'état cachectique palustre.

Vous comprenez, Messieurs, que l'enfant aux prises avec un tel degré d'empoisonnement ne saurait longtemps résister aux causes de désorganisation, et que le moindre accident suffise pour l'enlever. C'est ainsi que les événements se déroulent. La mort survient parfois tout d'un coup; l'enfant meurt en syncope, ou dans le coma qui se prolonge pendant quelques heures. D'autrefois, ce sont des accidents urémiques, des convulsions, ou l'exagération de la diarrhée, colliquative, cholériforme, qui terminent la scène.

Chez ces enfants cachectiques, vous trouverez toujours la tuméfaction de la rate, portée quelquefois à un degré considérable ; et souvent aussi l'hypertrophie du foie. L'un et l'autre de ces organes, ainsi que les reins, peuvent être frappés de dégénérescence amyloïde.

Conséquemment, s'il vous est donné d'être appelé à vous prononcer sur la nature d'un état cachectique d'un baby, vous aurez à faire le diagnostic différentiel de l'empoisonnement palustre, avec l'état cachectique produit par la syphilis congéniale et l'atrophie.

Il est rare qu'on ne puisse arriver à reconnaître l'origine de ces différentes cachexies. Prenez la syphilis et rappelez-vous ce que vous observez à votre consultation du samedi. Si la syphilis est en cause, la mère raconte d'ordinaire qu'après plusieurs fausses couches, elle a enfin donné le jour à un ou plusieurs enfants qui n'ont pas vécu. Fût-il le fruit de la première conception, celui qui vous est présenté a été atteint et est encore atteint de coryza chronique. Il a rendu du muco-pus, des croûtes, sanglantes quelquefois; puis son front a pris une couleur grise des éruptions, des taches, des plaques muqueuses se sont développées au pourtour de l'anus et de l'orifice buccal. Puis un œdème naissant aux malléoles a gagné les jambes, et parfois les cuisses. Les doigts sont souvent le siége d'onyxis, et la paume des mains de psoriasis et d'eczéma fendillé. Enfin, ces malheureux petits êtres sont en proie la nuit à une agitation et à un mouvement fébrile qui ne les abandonne guère qu'au lever du soleil.

Quant à l'émaciation athreptique, elle donne bien lieu à la décoloration des traits et à un profond amaigrissement. Mais elle ne leur imprime pas cette teinte cireuse et terreuse, spéciale à la cachexie palustre. Dans l'athrepsie, il n'existe qu'un défaut d'alimentation ; dans l'empoisonnement palustre, l'anémie s'accompagne de troubles fonctionnels de la glande hépatique et par là de coloration pigmentaire de la peau. En outre, dans l'état cachectique, le volume excessif de la rate et du foie, les circonstances, le pays, la relation d'accidents fébriles antérieurs, contribueront à vous décider dans le sens de la cachexie palustre.

Il existe, cependant, un certain nombre de cas entourés de plus grandes obscurités. Si, par exemple le médecin, n'a pas suivi l'enfant depuis sa naissance, s'il n'est pas au courant de la santé antérieure et actuelle des parents, son jugement peut très-bien rester en suspens.

(A suivre.)

© BIU Santé

PATHOLOGIE EXTERNE

Sur les lésions artérielles dans les traumatismes;

Par **H. DURET**, aide d'anatomie de la Faculté.

L'étude des lésions des vaisseaux et des nerfs, à la suite des traumatismes des membres, est un point de pathologie chirurgicale encore entouré d'obscurités.

Pour les artères, en particulier, on a admis un type uniforme de lésions des tuniques, qui paraît devoir conserver à lui seul, avec ténacité, le privilége de rester classique. On dit que les tuniques moyenne et interne du vaisseau se recroquevillent à l'intérieur de celui-ci et en obturent la lumière, tandis que la tunique externe s'effile et se déchire beaucoup plus loin. Sur les tuniques internes recroquevillées se forme un caillot, qui descend parfois jusque dans la tunique externe, et y présente un renflement ; de manière, à simuler un clou sanguin, selon l'expression pittoresque de J. L. Petit, clou dont la pointe serait interne, et la tête à l'extérieur. Ainsi aurait lieu l'hémostase primitive dans le bout *supérieur* : on ne parle jamais des lésions du bout inférieur et de la manière dont ses tuniques se comportent.

Or, les faits ne se passent pas toujours aussi simplement. La description classique, telle que nous venons de l'exposer, ne correspond exactement qu'aux plaies par arrachement, et surtout à celles qu'on peut produire expérimentalement en étirant les tuniques artérielles.

En observation clinique, on est bien plus fréquemment en présence d'écrasements des membres tels que ceux qui sont produits par un corps pesant, par une pierre, une roue de voiture ou de wagon. Alors les lésions des tuniques artérielles offrent un aspect différent. Les deux tuniques internes sont contuses dans une certaine étendue et ne se recroquevillent pas.

La tunique externe s'évide tantôt sur le bout supérieur, tantôt sur le bout inférieur.

On comprend toute l'importance de ces notions pathologiques pour l'explication du mode de production et d'apparition des hémorrhagies primitives et secondaires, à la suite des traumatismes des membres.

Déjà, pour notre compte, nous avons, sur ce point spécial, appelé l'attention de la Société anatomique, dans une communication. (Mai 1875, p. 317). M. Chuquet, interne de M. Verneuil, qui depuis longtemps inspire à ses élèves des recherches sur ce point de pathologie, a récemment publié une observation du même genre, dans nos *Bulletins*.

C'est pour ces motifs que nous avons choisi pour en faire l'objet de notre rapport, une observation très-remarquable de M. Kirmisson, notre collègue, où les lésions des vaisseaux et des nerfs dans un écrasement de la cuisse, ont été étudiés avec le soin et la compétence qu'il possède pour les recherches anatomiques. Un excellent dessin de M. P. Richer est annexé à cette observation.

OBSERVATION. — *Écrasement de la cuisse droite. — Rupture de l'artère et de la veine fémorales. — Anévrysme diffus primitif. — Amputation de la cuisse. — Examen des vaisseaux rompus.*

Le nommé Roger Henri, âgé de 53 ans, est entré à la Pitié, dans le service de M. VERNEUIL, le 26 décembre 1877, pour un traumatisme de la cuisse droite. L'accident est arrivé le 29 novembre. Le malade qui est charretier, marchait au côté droit de sa charrette traînée par deux chevaux et lourdement chargée. Tout d'un coup, son pied droit a tourné, et il est tombé. Menacé de voir la voiture lui passer sur le corps, il s'est glissé dessous à plat ventre ; mais le membre inférieur droit est resté en arrière, et la roue de la charrette a passé sur la partie postérieure de la cuisse. Le malade a pu se relever et faire quelques pas ; puis, on l'a porté chez lui. Dès le moment où on l'a déshabillé, on a remarqué un gonflement énorme du membre, depuis le tiers inférieur de la cuisse jusqu'au cou-de-pied ; le pied lui-même était intact. Des applications de sangsues furent faites à deux reprises différentes pendant les jours suivants ; mais le volume du membre ne diminua pas sensiblement. Quinze jours après l'accident, les douleurs devinrent plus vives ; la flexion de la jambe était impossible. Le malade avait la sensation d'une corde tendue dans le jarret. M. le Dr Bastien, qui fut appelé à ce moment, reconnut l'existence d'un anévrysme et un commencement de sphacèle du pied ; il y avait, de plus, une insensibilité complète de la jambe du côté malade.

Quand cet homme vient à la Pitié, la gangrène, de forme sèche, occupe les orteils, la moitié antérieure de la face dorsale du métatarse, et toute la région plantaire. La sensibilité existe à la jambe, mais beaucoup plus faible que du côté sain. A la partie inférieure de la cuisse, il existe une tumeur arrondie, régulière, lisse, rénitente en certains points, beaucoup plus marquée au côté interne qu'en arrière et en dehors. Cette tumeur offre un mouvement d'expansion peu prononcé. Les battements ne sont pas non plus très-énergiques ; ils sont perceptibles dans toute la moitié inférieure de la cuisse, mais leur maximum existe au côté interne. Le souffle est très-nettement intermittent ; il est doux, pas très-intense, ne se propage pas au loin : il a son maximum au niveau de l'anneau du troisième adducteur. Il existe un œdème et une induration très-prononcés de tout le membre. Le genou est douloureux ; en pressant sur la rotule, on provoque une vive sensibilité. En un point situé au côté interne de la cuisse, il y a une fluctuation très-évidente ; de plus, toute la tumeur présente une coloration rouge diffuse.

La douleur du genou faisait craindre une communication de l'articulation avec la tumeur anévrysmale, et le développement d'une arthrite aiguë. L'inflammation du foyer sanguin révélée par la marche ascensionnelle de la température qui le 29 décembre, au soir, atteignait 39°,2 ; l'amincissement de plus en plus marqué de la peau au côté interne de la cuisse, l'extension de la gangrène, tout commandait une prompte intervention.

Mais ici, les méthodes de traitement habituelles, telles que la compression et la ligature, ne pouvaient être employées. Elles exposaient à faire progresser encore la gangrène. Aussi M. Verneuil se décida-t-il pour l'amputation de la cuisse au tiers supérieur qui fut pratiquée le 2 janvier.

Immédiatement après l'amputation, nous commençâmes la dissection du membre. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont infiltrés d'une grande abondance de sérosité sanguinolente. Au côté interne du genou, dans le point qui présentait une fluctuation si manifeste, la peau est très-amincie, et le caillot sanguin faisant hernie en dehors de la poche anévrysmale, est immédiatement en contact avec sa face profonde. Les veines superficielles sont très-développées ; les muscles jumeaux pâles, augmentés de volume, çà et là infiltrés de sang, comme tous les muscles de la jambe. Le nerf sciatique est rouge et infiltré dans le point où il rampe à la surface externe de la tumeur.

La poche anévrysmale elle-même présente le volume d'une tête de fœtus à terme ; elle proémine surtout au côté interne de la cuisse, mais elle gagne aussi le creux poplité et le côté externe du membre. Dans ce dernier point, elle est limitée par le vaste externe, mais sa limite est vague ; elle se perd peu à peu dans le tissu cellulaire voisin. Il n'existe pas encore, à proprement parler, de sac anévrysmal bien constitué. En bas, la tumeur gagne la partie inférieure du creux poplité au dessous des insertions supérieures du jumeau interne. Supérieurement, la poche se termine en pointe, et sa limite, très-nette de ce côté, est constituée par les fibres musculaires du grand adducteur, qui, très-distendu, enveloppe la plus grande partie de la poche. Du côté interne, le sac est ouvert en deux points. D'abord, sur le bord antérieur du muscle droit interne, par là s'échappe une masse fibrineuse qui vient se mettre directement en contact avec la face profonde de la peau très-amincie, comme nous l'avons déjà signalé. La seconde perforation existe au niveau des insertions charnues du grand adducteur au fémur, au-dessous du tendon du même muscle.

© BIU Santé

Par cette perforation s'échappe une volumineuse masse fibrineuse, qui, sous forme de champignon, fait hernie au-dessous du vaste interne du triceps. Le contenu de la poche est formé en très-grande partie de caillots cruoriques, entremêlés çà et là de caillots fibrineux ; ces derniers deviennent beaucoup plus abondants au voisinage du bout supérieur de l'artère rompue où ils forment une masse cohérente.

Mais le point qui doit surtout nous arrêter dans cette description, c'est celui qui concerne l'état des vaisseaux du membre. L'artère et la veine fémorales sont complétement rompues. La rupture siége à 5 centimètres au-dessous de l'anneau du troisième adducteur. Les vaisseaux rompus pénètrent de 4 centimètres dans l'intérieur de la poche par leur bout supérieur. Sur le bout inférieur, la rupture siége à 8 centimètres de l'interligne articulaire du genou. La veine est nettement sectionnée. Son bout supérieur est vide ; le bout inférieur est rempli en partie par un caillot adhérent. La section de l'artère est, au contraire, irrégulière. Le bout supérieur se termine par une section assez nette en avant, frangée et plus longue en arrière, de sorte que, dans son ensemble, il est taillé en biseau de haut en bas et d'avant en arrière. Le bout inférieur est effilé sur une grande étendue, formé en ce point par la tunique externe seule, sauf une parcelle de la tunique moyenne qui a été détachée. Il est oblitéré par un caillot en partie fibrineux, en partie cruorique et adhérent. Il existe un écartement considérable entre les bouts des vaisseaux divisés. Un excellent dessin que nous devons à notre collègue, M. Richer, et que nous joignons à notre observation, permet de bien saisir la disposition que nous décrivons ici.

L'observation que nous venons de rapporter nous semble importante à plus d'un titre. Mais, laissant de côté ce qui a trait à l'anévrysme lui-même et à la question de thérapeutique chirurgicale soulevée par la complication de gangrène, nous voulons nous attacher à faire ressortir surtout l'intérêt que présentent ici les lésions vasculaires.

La rupture complète de la veine poplitée est une lésion fort rare. Nous tenons de notre maître, M. Verneuil, que c'est là le premier exemple qu'il en ait constaté *de visu*. Dans un cas, il a diagnostiqué cette rupture, à cause de la présence d'un énorme épanchement dans l'articulation du genou ; mais le malade ayant guéri, on n'a pas eu la confirmation du diagnostic. Le fait d'une rupture veineuse très-nette est digne de remarque ; mais il a été depuis longtemps signalé.

Nous le trouvons noté dans l'article *Veines* du Dictionnaire en 30 vol. : « A la suite des contusions, dit l'auteur de l'article, il n'est pas rare de voir la veine coupée aussi nettement que si elle eût été tranchée avec un couteau. » — Nous devons encore nous demander quelle part peut avoir eue la rupture complète de la veine principale du membre dans le développement de la gangrène. On sait combien les auteurs ont différé d'opinion à ce sujet. Les uns ont nié l'influence des blessures veineuses ; les autres l'ont admise, et ont prétendu que, pour éviter la gangrène, dans les blessures des veines, il fallait lier les artères. M. Verneuil pense que, chez les sujets en bon état, l'oblitération veineuse n'amène pas la gangrène. D'ailleurs, ici la circulation veineuse paraissait suffisamment établie par les veines collatérales. Nous avons noté sur la pièce la dilatation des veines superficielles, et déjà, pendant l'amputation, on avait été frappé par l'écoulement abondant de sang fourni par les veines sous-cutanées du membre. La gangrène doit donc être attribuée plutôt ici à la blessure artérielle. Sans doute, les artères collatérales étaient peu dilatables chez un homme déjà âgé, et présentant un certain degré d'athérome. En outre, l'énorme distension du membre a dû gêner encore la circulation collatérale. Peut-être aussi faut-il faire jouer un certain rôle à l'état de stupeur du membre qui s'est traduit par la perte absolue de la sensibilité, constatée par M. le Dr Bastien. Le nerf sciatique, avons-nous dit, était rouge et infiltré ; nous avons remis une partie de ce nerf à M. Gombaut pour l'examen histologique. Il n'y a pas constaté de lésion bien appréciable.

Quant à la rupture de l'artère, il existe ici une disposition très-remarquable, et que nous ne trouvons nulle part consignée dans les traités classiques. Dans les plaies d'artères par arrachement, nous dit-on, les tuniques interne et moyenne d'une part, la tunique externe d'autre part, sont rompues à un niveau différent ; cette dernière forme un tube effilé qui reste adhérent au bout cardiaque ; et, grâce aux inégalités qu'elle présente, il se produit à son niveau un caillot solide, adhérent, qui s'oppose aux hémorrhagies primitives. Sur le bout périphérique, au contraire, la tunique externe manque sur une certaine longueur. Il ne se fait pas de coagulum sur ce bout ; dès lors, pas d'hémostase solide ; aussi est-ce lui qui donne lieu le plus souvent aux hémorrhagies secondaires. — Mais ici les choses se passent tout différemment ; la tunique externe effilée est restée attenante au bout périphérique ; c'est lui qui renferme un caillot solide, ainsi que le montre la figure jointe à notre observation ; le bout cardiaque est vide, et dépouillé de sa tunique externe dans une certaine étendue.

Déjà, au début de l'année dernière, nous avions pu observer une disposition toute semblable à celle-ci dans un cas de rupture d'artère par écrasement. La pièce a été disséquée par nous, et présentée par M. Chuquet à la Société anatomique, dans la séance du 20 avril 1877. Il s'agissait d'un homme qui avait eu le bras droit écrasé par un tampon de wagon. La désarticulation de l'épaule fut pratiquée. A la dissection de la pièce, on constata que la tunique celluleuse manquait sur le bout supérieur, tandis que, sur le bout inférieur, elle formait un manchon celluleux assez long pour permettre le dépôt d'un caillot.

On comprend sans peine de quelle importance est cette disposition contraire aux descriptions classiques. Si, dans les cas habituels, l'anatomie pathologique nous explique l'absence d'hémorrhagie primitive, et la production facile des hémorrhagies secondaires, ici, il en sera tout autrement. L'oblitération du bout inférieur mettra obstacle à la production des hémorrhagies éloignées ; mais rien du côté du bout supérieur ne s'opposera à un écoulement primitif de sang abondant. Aussi est-ce bien ainsi que se sont passées les choses dans les deux cas que nous rapportons.

Chez notre malade à la rupture de l'artère fémorale, l'hémorrhagie primitive fut considérable, puisque immédiatement le membre prit un très-grand volume.

Chez le jeune homme à l'écrasement du bras, la perte de sang fut primitivement si grande qu'on dut appliquer un tube d'Esmarch à la base du membre, en attendant qu'on pût pratiquer la désarticulation de l'épaule.

Ce fait d'anatomie pathologique nous rend compte des différences existant entre les plaies artérielles, au point de vue des hémorrhagies, tant primitives que consécutives. Il nous montre, en outre, combien il est nécessaire, dans l'étude des lésions artérielles, de porter son attention, aussi bien sur le bout périphérique que sur le bout cardiaque des vaisseaux rompus. C'est enfin une preuve en faveur de la nécessité qu'il y a d'établir une classe à part pour les plaies d'artères par écrasement, et de ne pas leur appliquer sans réserves tout ce que l'expérience nous a appris au sujet des plaies par arrachement de ces mêmes vaisseaux.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 décembre étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement expire à cette date, de ne point attendre la fin du mois pour nous adresser leur renouvellement.*

Nous leur rappellerons que le meilleur mode de paiement consiste en l'envoi d'un mandat-poste ou d'un chèque sur Paris.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Le Budget des enfants assistés.

Le rapport présenté cette année par M. Thulié, au nom de la 3e Commission (1) sur le service des enfants assistés se compose de deux parties bien distinctes. La première a trait aux comptes financiers et au fonctionnement de l'assistance des enfants telle qu'elle est instituée par les lois actuelles ; c'est le rapport ordinaire sur le budget.

M. Thulié y constate d'abord que, selon le vœu du conseil, l'Inspection départementale se borne désormais à inspecter, et n'intervient plus dans l'administration ; les responsabilités sont ainsi mieux partagées, chacun restant dans son rôle, l'Inspection d'un côté et l'Assistance de l'autre. Nous ne dirons rien des inspecteurs qui ont abusé de leurs fonctions dans un intérêt électoral ; c'est là un fait individuel, dont le Conseil a demandé l'exemplaire répression, et dont l'Inspection en elle-même est innocente. Mais nous aurions désiré savoir si elle a cessé de mériter tous les reproches que lui adressait M. Thulié dans son dernier rapport (2) et notamment si elle vérifie plus sérieusement qu'autrefois la situation des enfants assistés. Malheureusement M. Thulié ne nous dit pas que cette vérification se fasse maintenant à domicile, peut-être parce que lui-même n'était pas renseigné à cet égard.

L'administration a proposé pour le budget de 1879 une augmentation que la Commission, en la réduisant de 30,000 francs accepte, jusqu'à concurrence de 236,731 fr. 78, dont 20,530 fr. pour le service intérieur. L'élévation des frais de ce service tient surtout à la suppression de la catégorie des enfants dits hospitaliers, c'est-à-dire des enfants légitimes de Paris qui n'étaient point, à l'inverse de ceux de la banlieue, considérés comme abandonnés. Pour cette raison, ils restaient à la charge de l'Assistance publique, tandis qu'à l'avenir ils seront, comme il est juste, à celle du département. Elle est due aussi pour un peu à l'accroissement des abandons, constaté en 1877, malgré les fâcheux efforts de l'Inspection pour forcer les mères à accepter des secours. Cet accroissement se continuant en 1878, et pouvant persister en grandissant les années prochaines, il importe de noter dès à présent et de retenir qu'il s'est manifesté alors que l'Inspection s'évertuait à éloigner les enfants de l'hospice dépositaire, pour n'être pas tenté plus tard de l'attribuer au rejet d'un système et de procédés qui n'ont pas su le prévenir.

Si l'on en croyait les chiffres administratifs, la durée moyenne du séjour des enfants à l'hospice ne serait que de 4, 4. Mais comme dans les calculs sont compris les enfants qui, pour une raison quelconque, ne sauraient être transportés sans danger, comme d'autre part on ne compte pas les jours intermédiaires à la date du dépôt et à celle de l'immatriculation, ce chiffre ne représente aucune réalité et ne mesure en aucune façon la longueur des enquêtes destinées à établir le domicile de secours. M. Thulié espère qu'une nouvelle loi supprimera la recherche de ce domicile ; en attendant, ne pourrait-on, dût-on y perdre un peu d'argent, accélérer les départs comme si la réforme était faite. Ce serait peut-être le meilleur moyen de restreindre dans les services intérieurs la mortalité qui s'est accrue en 1877.

La dépense en secours, dont le département ne fournit que la moitié, s'est élevée en 1877 à 813,272 fr. 39. Le bien fait à l'aide de cette somme dépend surtout de la manière dont elle est répartie. Or, les tableaux donnés par M. Thulié montrent que la tendance de l'administration est de multiplier le nombre des enfants secourus en réduisant la quotité du secours et sa durée. Avec ce système, on ne peut aboutir à rien de bon, car il est clair que mieux vaut, si dur que cela paraisse de prime abord, ne secourir qu'un enfant sur deux et le secourir efficacement, que donner à tous deux un secours insuffisant et inutile. M. Thulié pense qu'il serait intéressant de savoir combien on a ainsi évité d'abandons et quelle a été la mortalité des enfants ainsi secourus. C'est une statistique difficile à établir, mais on peut affirmer que ce système de dissémination entraîne des pertes considérables d'argent et de vies.

Une somme de 4.200 fr. est destinée à indemniser deux dames déléguées, chargées de la surveillance des mères, auxquelles des secours sont alloués pour allaiter elles-mêmes leurs enfants. C'est là une innovation heureuse, dont on ne saurait trop étendre les applications. C'est surtout dans l'inspection des enfants placés en nourrice dans les départements, que des femmes dévouées peuvent rendre de grands services.

Dans la seconde partie de son rapport, M. Thulié répond à l'invitation de la circulaire ministérielle, saisissant les Conseils généraux de la réorganisation du service des Enfants assistés, des questions qui s'y rattachent, et notamment du rétablissement des tours.

Nous avons vu (n° 12) que l'Inspection, préoccupée surtout de réaliser des économies, sacrifiait à cet objet secondaire le but principal de la loi de 1869, la conservation de la vie des enfants. De plus, la loi elle-même, en imposant la recherche du domicile de secours, en menaçant par conséquent le secret de la mère, tendait aussi à faire substituer l'avortement ou l'infanticide à l'abandon. Ce n'est pas à dire qu'il faille rendre la fermeture des tours responsable de tous les crimes commis contre les nouveau-nés ou contre les produits d'une faute. Les tableaux publiés par M. le sénateur Bérenger et reproduits par M. Thulié, montrent que, la suppression des tours ayant commencé en 1830, le nombre des infanticides a d'abord décru pendant cinq années (102 à 94), puis s'est rapidement élevé jusqu'en 1856 (214), pour redescendre ensuite jusqu'en 1871 (106). La seule conclusion à tirer de ces chiffres, c'est qu'il est illusoire de vouloir appliquer aux sciences biologiques et sociologiques une méthode mathématique. M. Thulié a grandement raison de « ne pas trop faire fond sur un chiffre quand on ne connaît pas l'influence des milieux ou des circonstances qui l'ont produit. » Mais ce qui est vrai des tableaux de M. Bérenger, l'est aussi de ceux de l'Assistance publique, et de ce que ces derniers constatent que depuis 1868, le nombre des crimes, infanticides et avortements, est resté stationnaire dans la Seine, alors que les abandons diminuaient de moitié, il ne faut pas conclure que « la diminution des abandons n'influe pas

(1) La 3e Commission (*Assistance publique*) du Conseil général de la Seine, est composée de MM. Thulié, *Président*, Bourneville, *Secrétaire*, Béclard, Cadet, Delpech, Dubois, Dujarrier, Forest, Grimaud, Lauth, Loiseau, Métivier.

(2) *Progrès médical*, 1878, n° 12.

© BIU Santé

d'une façon sérieuse sur le chiffre des crimes commis contre l'enfance. » Il faudrait, pour que la démonstration fût parfaite, établir que, dans la même période, le nombre des conceptions est resté relativement le même, ou a diminué, et c'est un point difficile à éclaircir. Qu'on laisse donc une bonne fois de côté ces belles additions, dont la seule utilité est de justifier l'existence et le traitement de quelques bureaucrates.

C'est sur d'autres raisons qu'il faut s'appuyer pour dire que, dans la majorité des cas, ce n'est pas la difficulté d'abandonner l'enfant, qui pousse à l'infanticide et à l'avortement. Dans son désir d'être impartial et de ne point attribuer à la loi actuelle et à la façon dont elle est appliquée, une trop grande part dans la totalité des crimes contre l'enfance, M. Thulié a exposé ces raisons avec une ampleur qui va quelque peu au-delà du but. « On peut affirmer, dit-il, que toute femme qui a accouché devant une personne quelconque ne tuera pas son enfant. Ce sera celle qui aura voulu cacher sa grossesse, qui, pour être sûre du secret, mettra sa main ou sa couverture sur la bouche de l'enfant à sa naissance pour empêcher le premier vagissement d'être entendu. De même pour les avortements, la mère s'inquiète surtout de cacher sa grossesse, pour sauver son honneur, et recherche l'avortement au risque d'en mourir. Ou bien des filles galantes, dont l'avortement est quelquefois involontaire, le provoquent pour ne pas suspendre leur commerce et arrêter la source de leurs profits. Quant à l'infanticide qui consiste à laisser mourir l'enfant, sans le tuer de mort violente, ce n'est pas la crainte de faire connaître sa faute, qui empêche la femme d'apporter son enfant à l'hospice puisqu'elle le garde, et ce n'est pas l'économie puisqu'elle peut l'abandonner.»

Il serait facile aux partisans du système actuel, de s'emparer de cette argumentation pour soutenir que, de l'aveu même de M. Thulié, la suppression des tours a été une excellente mesure, qui n'a causé aucun infanticide. Ils pourraient même prétendre qu'elle en a diminué le nombre, le tour offrant autrefois un moyen de faire disparaître le cadavre, si bien que cette considération avait motivé la surveillance des tours. Ils répéteraient que les femmes qui apportent leurs enfants au bureau des abandons, sont celles qui voudraient les conserver, et ne se résignent à cette séparation que contraintes par la misère. Au lieu de dire, comme M. Thulié, que c'est là le cas du plus grand nombre des abandons, ils diraient qu'il n'y en a pas d'autre. La conclusion serait le maintien des enquêtes et contr'enquêtes que M. Thulié accuse ailleurs d'avoir certainement décidé des femmes à cacher leur faute par le crime. C'est pourquoi, convaincus de la vérité de cette dernière assertion, nous reprochons à M. Thulié de s'être trop attaché à exonérer le mode d'assistance en vigueur aujourd'hui, et de donner à cette partie de son rapport un développement relativement trop grand. Il est bon d'être équitable et quand il y a des circonstances atténuantes de les admettre dans le réquisitoire, mais il faut se garder de trop appuyer sur elles, en passant légèrement sur les preuves de culpabilité; on risquerait d'aboutir à un acquittement injuste et funeste. En eux-mêmes d'ailleurs les arguments apportés par M. Thulié, malgré leur apparente rigueur logique, ou plutôt à cause d'elle, ne sont pas irréfutables. Sur les motifs qui peuvent pousser une femme à tuer son enfant, au lieu de le porter à l'hospice des Enfants trouvés, M. Thulié raisonne en personne intelligente, instruite, de sang froid et désintéressée dans la question. Il oublie que bien différent est l'état mental des malheureuses dont il s'agit. Le nombre est grand des crimes, qu'un peu de bon sens, à défaut de toute moralité, aurait dû empêcher de commettre, et parmi ceux-là, combien ont pour auteurs des gens intelligents ! Qui dira jamais les mobiles, quelquefois incompréhensibles, mais raisonnés quoique déraisonnables, qui ont déterminé certains infanticides, en dehors de tout trouble intellectuel morbide. Il est des femmes, on n'en peut douter, qui ont tué leur enfant, parce que, désirant s'en débarrasser pour un motif quelconque, elles ont eu peur des commérages qu'aurait provoqués l'enquête nécessitée par l'abandon: tant la nature humaine est pleine de bizarreries et de contradictions !

Mais nous insistons trop, nous aussi, sur une inadvertance de M. Thulié, dont le seul tort n'est après tout que de n'avoir pas répété ce qu'il avait déjà dit dans son rapport précédent, et de ne s'être étendu cette fois que sur un côté de la question. La conclusion qu'il formule est d'ailleurs irréprochable : « Ce n'est pas à la suppression du tour qu'il faut attribuer la totalité des crimes contre l'enfance et l'augmentation entière de la mortalité du premier âge ; mais d'autre part il est évident pour tout le monde que l'organisation actuelle du service des Enfants assistés, contribue très-sérieusement à ces malheurs publics. » Il est aussi deux autres causes qui apportent leur contingent, l'interdiction de la recherche de la paternité et l'impossibilité du divorce. M. Thulié les signale en passant, ne pouvant faire plus dans un rapport sur l'assistance des enfants.

Pour empêcher, pour diminuer au moins considérablement le nombre des attentats contre l'enfance, il est nécessaire d'une part que l'abandon soit facile et d'autre part que le secret de la mère soit à l'abri. Le tour dont l'existence était connue par tous, remplissait ces deux conditions, mais il avait des inconvénients graves que M. Thulié relève judicieusement, et qui tenaient, qu'on nous passe l'expression, à sa matérialité. D'abord, il faussait l'état civil, l'enfant déposé étant souvent inscrit deux fois, à la mairie du lieu de sa naissance avant l'abandon, puis à l'hospice dépositaire. Ensuite quand la mère voulait reprendre son enfant, elle n'avait aucune garantie de l'identité de celui qu'on lui rendait ; souvent, en effet, le dépôt était fait par des commissionnaires dont c'était l'industrie et qui n'hésitaient guère, en s'appropriant les vêtements de l'enfant, à faire disparaître les marques de reconnaissance mises par la mère. Elle pouvait supposer anssi que son enfant était tombé pêle-mêle avec d'autres abandonnés. Cette crainte d'une substitution a dû faire renoncer à un certain nombre de reconnaissances. Puis, il y avait les difficultés judiciaires. Rien ne prouvant que l'enfant disparu d'une femme récemment accouchée avait ou n'avait pas été mis au tour, une coupable pouvait échapper, une innocente être compromise. Enfin et surtout, les dépôts se faisant ordinairement la nuit, par des porteurs, à juste titre mal vus de la justice, allant recruter dans des maisons attitrées, ou dans des tournées assez longues, toute une cargaison d'enfants dont ils opéraient le dépôt en bloc, l'enfant presque nu, dépouillé par ces porteurs, souffrant du voyage, jeté dans un tour glacé, avait bien des chances de n'arriver à l'hospice que

© BIU Santé

pour y mourir. A ces inconvénients graves, on avait opposé des palliatifs : on faisait surveiller les tours, on traquait les porteurs; c'était éloigner les mères du tour et leur interdire l'usage d'un intermédiaire : l'infanticide était fatal. Aussi M. Thulié a-t-il raison de rejeter l'article 2 du projet présenté au Sénat, article punissant quiconque sera convaincu de déposer habituellement des enfants au tour, et doublant la peine contre les personnes appartenant à la profession médicale? Le tour surveillé n'est plus le tour, et s'il n'est pas surveillé comment reconnaître ceux qui feront métier d'y apporter des enfants ?

Mais il est possible, comme nous le disions, de conserver les avantages du tour, c'est-à-dire les conditions de secret et de mystère qu'il présente et d'en supprimer les dangers. Il suffit de remplacer cette boîte, sourde et muette, par un bureau ouvert jour et nuit, communiquant avec la voie publique. Là un employé, astreint au secret par serment, pouvant sans exercer aucune pression offrir un secours, énumérer les dangers de l'abandon, les difficultés de la reprise. Dès lors, on ne verrait plus arriver des enfants presque nus, des cadavres; certains abandons seraient prévenus ; après refus des secours, l'enfant serait immatriculé devant la mère ou l'intermédiaire qui verrait river au cou de l'enfant le numéro établissant son idendité; enfin les doubles inscriptions à l'état civil seraient plus rares. Ce système proposé par la Commission et par M. Thulié nous semble satisfaire, autant que possible, à tous les desiderata de la question. Il a pour corollaires toutefois la suppression de la recherche du domicile de secours et la proximité suffisante de l'hospice dépositaire. Aussi propose-t-on que dans chaque chef-lieu d'arrondissement il y ait un hospice dépositaire pourvu d'un bureau des abandons, et il n'est guère aujourd'hui de ces chefs-lieux qui n'aient leur hospice. La suppression du domicile de secours exigée par la nécessité du secret absolu, aura sans doute pour effet de grever le budget de certains départements ; ce sera dans les grandes villes que l'on viendra abandonner l'enfant pour mieux cacher une faute. Mais il convient de ne pas exagérer l'importance de ce fait incontestable ; et sans aller jusqu'à charger l'Etat de toutes les dépenses du service des enfants abandonnés, on peut l'y faire contribuer pour une part, en cas d'insuffisance des ressources propres du service.

M. Métivier avait proposé la création d'hospices spéciaux où les femmes pourraient se rendre deux mois avant l'accouchement. La réalisation de ce vœu aurait certainement pour effet de soustraire à une vie misérable quantité de malheureuses femmes que leur grossesse fait chasser de partout, et de diminuer la mortalité des nouveaunés. Mais on doit reconnaître que ce serait une création fort coûteuse, dont il est difficile d'évaluer la dépense même approximativement. Par contre, rien ne s'oppose à ce que toute femme à terme puisse être reçue dans un service d'accouchements sans être obligée de se faire connaître, à la seule condition de laisser au Directeur de l'hospice, son nom, son adresse, le lieu et l'époque de sa naissance, sous pli cacheté qui serait rendu à la sortie. Cette mesure n'a que le défaut d'être en général assez inutile; la femme qui ne voudra pas se cacher donnera volontiers ces renseignements ouvertement ; celle qui tiendra absolument à rester inconnue, remettra au Directeur un pli vide ou contenant de fausses indications. Pourtant comme il y aura des cas où la précaution rassurera, et qu'elle n'a pas d'inconvénient, il est bon de l'adopter. Ce qui est plus important, c'est de charger les directeurs d'hôpitaux et de maternités d'offrir aux mères des secours suffisants pour leur permettre d'allaiter leur enfant elles-mêmes ; c'est d'ouvrir à ces mères les hospices de convalescence après l'accouchement, afin qu'elles puissent être des nourrices sérieuses au moment de leur sortie ; c'est enfin de supprimer les dérisoires secours de quelques francs, donnés une fois pour toutes et de s'en tenir aux secours de dix mois assez élevés pour suppléer au travail de la mère entravé par l'allaitement.

Avec ces réformes complémentaires, la nouvelle organisation proposée par la 3e commission nous paraît appelée à porter d'heureux fruits, quand une fois les mères seront convaincues de la discrétion absolue du bureau des abandons. Il n'y aura de difficulté réelle qu'à faire pénétrer cette conviction dans des esprits effarouchés par l'habitude d'entendre parler d'enquêtes et de recherches. Aussi serait-il désirable de donner au bureau des abandons la vieille qualification de *tour* qui réveillera des idées de secret et de mystère absolus.

Le projet de loi adopté par la 3e commission attribue, dans chaque arrondissement, la direction du service aux commissions hospitalières, sous la surveillance du Conseil général, votant leur budget. Ces commissions, habituées déjà aux services hospitaliers, possèdent un personnel et un outillage ne demandant que quelques adjonctions; en outre, on leur adressera plus facilement des dons et des legs qu'à l'Etat ou au département que l'on estimera toujours assez riche pour tout payer. Et, comme le dit M. Thulié, ce serait un grand bien si, dans chaque arrondissement, les enfants assistés pouvaient avoir leur fortune propre. C'est aussi notre avis ; seulement nous rappellerons que le mode de composition des commissions hospitalières, appelle lui-même des modifications qui les rendent plus compétentes. M. V. Plessier (1) avait présenté un projet de loi sur ce sujet, nous ne savons ce qu'il en est advenu. Quant aux commissions spéciales qui devront jouer le même rôle que la commission hospitalière dans les chefs-lieux d'arrondissement où elle n'existe pas, le projet, qui y fait entrer deux conseillers municipaux, un conseiller général, le député et deux membres nommés par le Préfet aurait dû, ce nous semble, adjoindre à cette liste au moins un représentant de la science médicale. M. Thulié constate que, dans beaucoup d'hospices de province, on garde trop longtemps les enfants, et que les nourrices sédentaires étant insuffisantes, il en résulte une mortalité considérable. Mais, dit-il, si tous les frais de séjour sont à la charge de la commission hospitalière, sans qu'elle puisse jamais en poursuivre le recouvrement, si l'inspection accroît ces frais en tenant la main à ce que les nourrices soient toujours en nombre suffisant, on s'empressera d'évacuer les enfants sur le service extérieur. C'est bien possible ; mais la présence d'un médecin au sein de la commission ne nuirait en rien à l'obtention de ce résultat.

Nous voudrions aussi qu'on donnât accès dans la commission hospitalière ou spéciale aux donateurs notables,

(1) *Progrès médical*, n° 6, 1878.

© BIU Santé

c'est-à-dire à ceux qui auraient fait à l'hospice des dons d'une valeur considérable, d'un *quantum* à fixer. On provoquerait ainsi des générosités plus fréquentes et on serait assuré du concours de personnes s'intéressant vraiment à la bonne direction de l'œuvre. Tout au moins pourrait-on accorder à ces donataires qualité pour pénétrer dans l'hospice et prendre connaissance du service ; ils nous paraissent y avoir autant de droit que toute commission nommée à cet effet par le Conseil général, que tout sénateur, que tout député. L'exercice de l'initiative privée est si rare chez nous en matière publique, qu'on ne doit négliger aucune occasion de lui donner libre cours et d'en encourager les manifestations.

Pensions aux médecins.

S'inspirant de la loi hongroise qui accorde une pension aux veuves et la gratuité de l'éducation aux enfants des médecins morts d'une maladie contagieuse dans l'exercice de leurs fonctions, le *Moniteur de la policlinique* a pris l'initiative d'une pétition à la Chambre des Députés, demandant la même faveur pour les médecins français. Il nous est arrivé souvent de combattre et de déclarer funeste l'habitude de donner des pensions à telle catégorie de personnes pour cette seule raison qu'elles avaient, pendant de longues années, rendu des services rétribués. Si l'assimilation était possible, nous n'hésiterions pas à soutenir que le principe étant admis, il ne serait que juste de l'appliquer aux médecins et nous joindrions notre voix à celle de notre confrère, sans craindre d'être accusés d'inconséquence. A plus forte raison applaudissons-nous à sa pensée dans le cas tout différent qu'il a en vue. Il ne s'agit point ici de subtituer la prévoyance de l'Etat à celle de l'individu ; il ne s'agit pas non plus de rémunérer une seconde fois des services déjà payés. La situation est tout autre. Le médecin qui tombe victime de son dévouement, d'un dévouement que ne lui prescrit aucune loi, que lui imposent seuls sa conscience et l'amour de l'humanité, ne peut se comparer au fonctionnaire qui succombe en remplissant strictement les devoirs de sa charge, ni même au soldat qui meurt en défendant son pays, sa famille et lui-même. Et cependant, le pays prend soin et il fait bien, de ceux que laissent derrière eux ce fonctionnaire et ce soldat. Pourquoi, demanderons-nous aussi, pourquoi ne témoignerait-on aucune reconnaissance au médecin qui fait plus que son devoir légal, qui, en affrontant le danger, ne défend contre lui rien qui le touche personnellement ? Il n'est pas de dévouement qui soit plus pur que le sien, plus volontaire, plus dégagé de tout alliage égoïste, conscient ou inconscient. Nous félicitons donc notre confrère de son excellente et charitable pensée, et nous souhaitons vivement que la Chambre, faisant à sa pétition l'accueil qu'elle mérite, ne laisse pas plus longtemps les nations étrangères dépasser la France dans la voie de la justice et de l'équité. E. T.

Hôpital Ménilmontant

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur l'article que nous reproduisons plus loin sur ce nouvel hôpital, article emprunté à *The Lancet*. Tout en reconnaissant les mérites de l'architecte, M. Billon, le rédacteur du journal anglais confirme et complète quelques-unes des critiques que nous avons déjà formulées nous-mêmes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

Impuretés des alcools. — M. RABUTEAU soumet à la Société les nouvelles recherches qu'il vient de faire sur les alcools livrés à la consommation. En étudiant les huiles de pommes de terre, M. Rabuteau a trouvé dans ces huiles, indépendamment de l'alcool amylique ($C^5 H^{12} O$) qui en forme la plus grande partie et qui bout à 132°, de l'alcool propylique ($C^3 H^8 O$) qui bout à 97°, de l'alcool isopropylique qui bout à 85°, et de l'alcool butylique ($C^4 H^{10} O$) qui bout à 109°.

Tous ces alcools existent également dans l'eau-de-vie que l'on sert dans les cafés du boulevard. Cela constitue, d'après M. Rabuteau, un grand danger pour la santé publique, car tous ces alcools provenant des huiles de pommes de terre ou de betteraves sont toxiques, tandis que l'alcool de vin ou alcool éthylique est presque inoffensif.

M. RABUTEAU profite de cette occasion pour attaquer avec véhémence la pratique du vinage qui a été autorisée à la suite d'un avis conforme de l'Académie de médecine. Il termine en répétant ce qu'il ne cesse de soutenir depuis dix ans : le vin naturel, non frelaté, ne donne pas l'alcoolisme qui provient uniquement de l'usage d'alcools impurs.

M. GRIMAUX élève quelques doutes sur la possibilité d'isoler dans les huiles de pommes de terre des alcools comme l'alcool propylique et l'alcool isopropylique qui ne présentent qu'une faible différence dans le degré d'ébullition.

M. BALL croit que l'usage immodéré du vin est suffisant pour produire les désordres de l'alcoolisme. Non-seulement les ouvriers de Paris, mais encore beaucoup d'hommes du monde, deviennent alcooliques. Il est vrai que même dans les classes riches, on peut boire aussi du vin falsifié.

M. MAGNAN est d'avis que pour résoudre cette grave question qui a été si discutée, et sur laquelle beaucoup de médecins diffèrent, il faudrait recueillir de nouvelles observations plus complètes. Jusqu'à présent il semble difficile de conclure.

La maladie du café au Brésil. M. JOBERT, qui arrive du Brésil où il avait été envoyé en mission par M. le Ministre de l'Instruction publique, fait une intéressante communication sur une maladie grave qui a envahi les plantations de café dans la province de Rio-Janeiro. La maladie est assez grave pour inspirer de sérieuses inquiétudes au gouvernement brésilien. En moins de deux ans, l'épidémie a fait disparaître dans la seule province de Rio, 450,000 pieds de café, ce qui équivaut à une perte brute de 450,000 francs.

Les caféiers les plus vigoureux, de 7 à 10 ans, sont attaqués de préférence : les feuilles jaunissent et l'arbuste meurt en huit jours. Sur les caféiers morts, les racines apparaissent coupées ou rongées : au microscope, on trouve dans le chevelu des cupules avec des spores de mycélium.

Sur les caféiers voisins qui paraissent sains à première vue, M. Jobert a trouvé dans les racines des nodosités qui avaient débuté par les spongioles et qui étaient absolument analogues aux nodosités phylloxériques.

Le faisceau fibro-vasculaire est détruit, on trouve à la place de petits kystes contenant chacun un ver enroulé analogue à une trichine. Dans la terre du voisinage, ces vers existent à l'état libre : ce sont des anguillules analogues aux anguillules de terre décrites par M. Pérez.

Ces anguillules du café ne sont pas réviviscentes comme les anguillules du blé. La sécheresse les tue, ce qui explique le développement de la maladie dans les terrains humides, le long des fleuves. Ch. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 décembre 1878 — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER

M. TRASBOT, professeur de clinique médicale à l'école vétérinaire d'Alfort, et candidat à la place vacante dans la section

© BIU Santé

de médecine vétérinaire, lit un travail intitulé : *Sur l'incubation et la contagion par contact de la maladie dite des chiens, et sur la vaccination comme moyen préservatif de cette affection.* Voici les conclusions de cet intéressant mémoire, qui vient augmenter les titres, déjà nombreux, du savant professeur. *Première série d'expériences* : 1° La maladie dite des chiens est virulente et inoculable aux animaux de cette espèce qui n'en ont pas été atteints antérieurement ; 2° elle se communique également par contact ; 3° transmise par inoculation ou par contact, elle est souvent mortelle pour les animaux très-jeunes, et l'est, au contraire, très-rarement pour ceux qui, étant plus âgés, sont plus robustes ; 4° elle ne peut être transmise aux chiens adultes qui, tous, en ont subi les atteintes pendant la première année de leur existence ; 5° elle n'est pas inoculable aux animaux des espèces dont l'organisme constitue pourtant le terrain le plus favorable à l'évolution du vaccin. *Deuxième série d'expériences* : 1° Le vaccin est inoculable aux animaux qui n'ont pas été atteints de la maladie dite des chiens à une époque antérieure ; 2° il ne l'est jamais sur ceux qui ont été affectés de cette même maladie ; 3° il n'empêche pas absolument le développement ultérieur de celle-ci ; 4° si le vaccin n'est pas préventif de la maladie dite des chiens, il n'en résulte nullement qu'elle n'est pas l'analogue de la variole des autres espèces animales, car le vaccin ne préserve pas davantage le mouton de la clavelée.

Election d'un membre correspondant national dans la section de chirurgie. — Sont présentés : En première ligne, M. Notta (de Lisieux) ; en deuxième ligne, M. Azam (de Bordeaux) ; en troisième ligne, M. Védrène ; en quatrième ligne, *ex-æquo*, MM. Bourguet (d'Aix), Duboué (de Pau) et Michel (de Nancy). Votants : 69 — majorité : 35. — M. Notta obtient 55 voix, M. Azam 5, M. Védrène 4, M. Duboué 3, bulletin blanc 1. En conséquence M. Notta est proclamé membre correspondant de l'Académie de médecine.

M. Colin fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Sur les causes de la mort dans les affections charbonneuses.* M. Colin après une série d'expériences, déclare qu'il y a une mort par le sang, résultant de l'inaptitude de ce liquide à entretenir la vie des cellules et des autres éléments anatomiques. Cette espèce est à ajouter à celles que Bichat a distinguées et caractérisées. Elle est commune à un grand nombre de maladies charbonneuses, putrides, typhiques, pestilentielles, etc. A la suite de cette lecture une vive discussion s'engage entre MM. Colin, Pasteur, Rochard et Bouillaud sur l'existence des voies et des bactéridies, sur le rôle de ces dernières et sur les déductions pathologiques qui découlent de leur existence.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 décembre. — Présidence de M. J. Guyon.

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Guyon, Verneuil et Marjolin, il est décidé que le mercredi 25 étant le jour de Noël, la séance serait renvoyée au jeudi 26 décembre, à 4 heures et demie. La séance sera consacrée à l'élection du bureau, à celle des membres correspondants, à la lecture des rapports sur les prix.

M. Th. Anger, lit le rapport sur deux observations communiquées M. Turgis. La première a trait à une résection partielle du tibia et du péroné de la jambe gauche, pratiquée chez un enfant pris par un engrenage. Les pieds furent retenus dans une rainure pendant que la machine entrainait le corps. A droite se fait une disjonction des épiphyses au niveau de l'extrémité inférieure du fémur et de l'extrémité supérieure du tibia ; à gauche une fracture des deux os de la jambe avec issue considérable de fragments ; la réduction fut tentée en vain ; M. Turgis pratique alors la résection de 5 c. du tibia et du péroné. Le membre put alors reprendre sa rectitude et la consolidation se fit. Les épiphyses de l'autre côté se ressoudèrent facilement. Lorsque le malade a été revu, 12 ans après l'opération, le chirurgien a constaté qu'il existait sur le membre droit un raccourcissement de 5 c. juste l'étendue de l'os que l'on avait réséqué ; et cela malgré la conservation du périoste ; le rapporteur pense que ce raccourcissement aurait peut-être pu être évité dans un appareil plâtré. Il en explique l'apparition par la fracture des deux os : le tibia réséqué n'a plus d'atelle pour maintenir écartés les fragments que rapproche la contractilité des muscles.

La deuxième observation est relative à l'extraction d'une tasse à chocolat introduite dans le rectum et dégagée par la rectotomie linéaire. Le médecin appelé peu après « l'accident » ne put par ces manœuvres que fracturer le rebord de la tasse qui s'enclava plus étroitement dans l'intestin. M. Turgis vit le malade le quatrième jour, et jugeant toute tentative inutile, se décida à une intervention chirurgicale plus active : il fit pénétrer un trocart courbe dans l'orifice anal et le fit ressortir à 5 ou 6 millimètres au-dessus de la pointe du coccyx et sur le bord gauche de cet os. Puis, il introduisit l'écraseur linéaire et pratiqua la section sans qu'il s'écoulât une seule goutte de sang ; la tasse put alors être saisie et extraite avec une certaine facilité. Les suites de l'opération furent simples et le malade guérit malgré les pertes de sang assez considérables qu'il avait faites, malgré la déchirure de la muqueuse rectale et une plaie de la prostate.

M. le rapporteur appelle vivement l'attention des chirurgiens sur cette opération qui ne paraît pas avoir été pratiquée pour l'extraction des corps étrangers avant que M. Turgis ne l'ait préconisée. M. Boyer, au commencement du siècle, en avait eu l'idée cependant et l'avait conseillée ; cette méthode si simple donnera, sans doute, de meilleurs résultats que le broiement et l'extraction du morceau.

M. Verneuil. — La rectotomie linéaire pour l'extraction d'un corps étranger du rectum, a été pratiquée une fois en 1860 par le docteur Raffy. Je trouve ce renseignement dans une thèse qui vient d'être soutenue par un de mes élèves, et que j'ai déposée aujourd'hui même sur le bureau. M. Raffy ne pouvant retirer le corps étranger, sectionna le sphincter d'un coup de bistouri et put alors manœuvrer dans le rectum avec une facilité beaucoup plus grande. Le fait de M. Turgis est des plus intéressants ; il va faire entrer dans la pratique une opération presqu'innocente par elle-même, et qui pourra rendre de très-grands services, car il ne faut pas oublier que la mortalité pour cause d'introduction de corps étrangers dans le rectum, est de 20 pour 100 environ.

M. Perrier lit un intéressant rapport sur un cas d'ovariotomie double pratiquée à Moscou par M. Dobrawraboff, sur une femme de 35 ans, bien portante et mère de deux enfants. Une ponction exploratrice et une palpation des plus attentives, contrôlée par le toucher vaginal, avait permis de conclure à l'existence d'un kyste multiloculaire de l'ovaire, avec quelques adhérences antérieures, mais sans adhérences dans le petit bassin. L'auteur énumère les minutieuses précautions qui furent prises pour assurer le succès de l'opération pratiquée dans une chambre inoccupée de l'aile excentrique de l'hôpital du prince Galitzin ; les murs reçurent de fréquentes pulvérisations d'acide salicylique ; le chauffage fut commencé 4 heures avant l'opération ; les douze aides étaient habillés de vêtements neufs, etc., etc.

L'incision pratiquée, les kystes multiloculaires, à parois fragiles, vinrent faire hernie au travers de l'ouverture : plusieurs s'ouvrirent dans le péritoine ; mais le liquide en fut enlevé avec le plus grand soin. Les adhérences furent rompues ; mais bientôt on put constater qu'il y avait, non pas un, mais deux pédicules implantés chacun sur l'un des ovaires ; les deux kystes furent enlevés. La toilette du péritoine ne dura pas moins d'une demi-heure ; les sutures furent faites. — Et la guérison totale était obtenue au bout du 27e jour. — Cette observation est accompagnée de réflexions de M. Dobrawraboff qui se déclare partisan de la prompte opération, une fois que l'intervention a été jugée nécessaire. Il ne pense pas qu'il faille attendre que la malade soit affaiblie et cachectisée et sur le point de mourir. Il faut au contraire agir le plus tôt possible.

M. Lucas-Championnière. M. Dobrawraboff et avec lui M. le rapporteur, se demandent si, pour éviter les nausées et les vomissements pendant le sommeil anesthésique, il ne vaudrait pas mieux substituer au chloroforme le bichlorure de méthylène. Je demande à M. Perrier et à mes collègues s'ils ont une opinion sur l'emploi de cette substance que j'ai en

© BIU Santé

vain cherché à me procurer pour en faire l'expérimentation ; j'ai bien lu ce que les chirurgiens étrangers en disent ; mais je ne sais vraiment pas si le bichlorure de méthylène donne de meilleurs résultats que le chloroforme bien administré.

M. Perrier répond que, comme M. Lucas-Championnière, il n'a, à ce sujet, que des renseignements puisés dans Spencer-Wells.

M. Pilatte, candidat au titre d'associé national, lit un mémoire sur un kyste multiloculaire probablement congénital de la région axillaire. L'enfant sur lequel il l'a extirpé était bien portant, d'ailleurs ; la tumeur existait sans doute lorsque la nourrice l'aperçut pour la première fois dans le cours de la première année. Comme le kyste faisait des progrès considérables, soulevait déjà le bras, que l'enfant ne pouvait plus rapprocher du corps, l'opération fut jugée nécessaire, bien qu'il n'existât ni douleur ni altération de la santé générale. On put constater, après l'incision de la peau, l'existence, dans le tissu cellulaire sous-cutané, d'une multitude de kystes agglomérés, et dont la masse poussait des prolongements dans toutes les directions à travers les traînées de tissu cellulaire de la région. Les kystes avaient un volume qui allait d'une tête d'épingle jusqu'au volume d'une noix ou d'un petit œuf. La paroi était formée d'un tissu d'épaisseur variable et constituée par du tissu fibreux, au sein duquel on trouvait des capsules cartilagineuses. Le contenu était séreux, tantôt incolore, tantôt teinté en rouge par du sang. M. Pilatte a recherché, dans la science, la relation de tumeurs analogues à celle-là. Il la rapproche des kystes séreux multiloculaires du tissu cellulaire du cou. Comme eux, cette tumeur de l'aisselle paraissait congénitale, comme eux elle était formée par des cavités dont les parois ont un stroma de structure variable et un contenu liquide tantôt simplement séreux, tant mêlé à une certaine quantité de sang. Ces tumeurs, selon la structure du stroma, sont de nature bénigne ou maligne.

M. Lannelongue apporte à la Société deux observations importantes qui éclaireront quelques points obscurs de la pathogénie des rétrécissements du rectum, et présente à l'appui un moule en plâtre admirablement fait et qui reproduit exactement les lésions encore existantes sur l'enfant vivant. Il s'agit d'un rétrécissement situé à 6 centimètres et demi au-dessus de l'orifice anal ; ce rétrécissement est annulaire et forme comme une valvule ostiale saillante dans l'ampoule rectale ; son bord libre est souple ; mais son bord adhérent repose sur une base un peu indurée.

M. Lannelongue raconte que, l'année dernière, on lui amena un enfant atteint de prolapsus rectal, accompagné de quelques phénomènes inflammatoires du côté de la muqueuse ; or, cet enfant, qu'il revit plusieurs mois après, offrait à la paroi postérieure du rectum une bride cicatricielle qui oblitérait partiellement la lumière de cet intestin. Néanmoins, comme les fonctions n'étaient que modérément troublées, toute intervention fut jugée inutile. Mais l'attention de M. Lannelongue était éveillée sur la relation qui pouvait exister entre le prolapsus du rectum et son rétrécissement.

Cette année, on lui conduit à l'hôpital un enfant qui présentait un prolapsus rectal ; le bout supérieur s'était invaginé dans l'inférieur et formait au niveau de l'orifice anal une tumeur rouge, saillante de quelques centimètres et terminée par un orifice dans lequel on pouvait introduire le doigt et par lequel s'écoulait une certaine quantité de muco-pus, car ici encore, on constatait des phénomènes inflammatoires. M. Lannelongue donna à la mère les conseils qu'il donne en pareil cas : maintenir la liberté du ventre, réduire avec le plus grand soin le prolapsus lorsqu'il se produit ; maintenir les fesses serrées après la défécation ; et pria de lui ramener l'enfant. Or, à un examen nouveau il constata l'existence d'une surface ulcérée, granuleuse, puis une végétation se fit, et peu à peu se constitua sous les yeux de l'observateur le rétrécissement valvulaire dont il présente aujourd'hui le moule. M. Lannelongue a cru intéressant de signaler ce fait car il prouve qu'on ne doit point négliger les prolapsus parce que leur inflammation peut être une cause de rétrécissement : désormais, il faudra remonter jusqu'à l'enfance dans les antécédents des malades lorsqu'on recherchera l'origine d'un rétrécissement de nature inconnue ; il faudra s'enquérir de l'existence possible d'un prolapsus rectal antérieur.

M. Després. Depuis quelque temps je m'occupe de la pathogénie des rétrécissements du rectum et je veux donner à la Société les prémisses du mémoire que je compte publier plus tard. On connaît fort bien maintenant les vices de conformation de l'anus et du rectum ; et M. Trélat, ici même, nous exposait avec sa lucidité habituelle, les causes de l'imperforation. Nous connaissons l'atrésie complète du rectum, nous savons d'autre part comment l'anus et le rectum se soudent pour former l'intestin normal, mais l'état intermédiaire, le rétrécissement congénital, la transition qui, de l'imperforation, nous mène au calibre normal, nous ne la connaissons pas. Or, elle doit exister, car la nature ne fait point de saut.

C'est de ce rétrécissement congénital, dont il n'est point fait mention dans les auteurs, que je me suis occupé, et je l'ai rencontré sur le vivant : j'ai trouvé un rétrécissement valvulaire situé à une hauteur variable dans le rectum ; il est souple et son signe caractéristique, c'est que la muqueuse glisse facilement, à son niveau, sur les tissus sous-jacents. En effet, l'embryogénie nous apprend que les soudures des coalescences des bourgeons se font pendant la vie intra-utérine sans adhérence des tissus, sans formation de tissu cicatriciel. Voici donc comment je comprends la pathogénie des rétrécissements congénitaux. On sait que l'anus et le rectum se développent isolément ; que l'anus soit frappé d'arrêt de développement ou bien le rectum, et nous aurons une des variétés quelconques de l'imperforation ; mais que le cul-de-sac anal et le bout de l'intestin postérieur arrivent au contact, que même la fusion, puis la résorption des membranes adossées qui les cloisonnent un moment, commence à se faire, mais s'arrête avant la complète disparition, et l'on aura un rétrécissement congénital. Je crois que les observations que nous présente M. Lannelongue ont trait à cette variété : ce sont, d'après moi, des rétrécissements congénitaux ; ils auront provoqué de la constipation, des efforts plus grands d'expulsion et le prolapsus aura été non la cause, mais la conséquence du rétrécissement.

M. Lannelongue. Je ne crois pas que le rétrécissement congénital soit aussi mal étudié que le dit M. Després, et il trouvera, dans les classiques, une description aussi étendue et aussi nette que celle qu'il vient de fournir. Mais ces rétrécissements congénitaux n'ont rien à faire avec ceux que j'étudie maintenant : M. Després oublie que j'ai suivi mes malades et que j'ai vu le rétrécissement se former ; que j'ai constaté d'abord le prolapsus et les phénomènes inflammatoires qui l'accompagnaient ; que j'ai pratiqué le toucher rectal ; que je n'ai point senti alors de rétrécissement, mais un tissu granuleux et végétant qui a donné naissance à la bride valvulaire ; j'ajouterai que le rétrécissement siége à 5 centimètres et il ne peut exister, que je sache, de rétrécissement congénital à une pareille hauteur.

M. Farabeuf. Je retiens surtout ce dernier argument de M. Lannelongue. Il me semble, en effet, que jamais la dépression anale qui marche à la rencontre de l'intestin postérieur ne doit se creuser assez profondément pour amener, par résorption incomplète, un rétrécissement siégeant à plus de 5 c. chez un enfant de 21 mois. Le rectum, en effet, descend jusqu'au niveau de la région membraneuse de l'urèthre et, chez l'adulte, il existe un vestige de ce fait, car on peut suivre quelques fibres musculaires du rectum en arrière de la prostate et nous savons encore que le cordon musculaire qui remplace le rectum oblitéré dans les cas d'imperforation vient souvent s'implanter en ce point. Je pense donc que c'est là, c'est-à-dire à une hauteur qui n'égalera jamais 5 cent. que l'on doit trouver les rétrécissements congénitaux du rectum.

M. Després. Comme je désire revenir amplement sur cette question et que M. Trélat a demandé la parole, je me réserve de répondre à propos de la lecture du procès-verbal.

M. Trélat. L'histoire du rétrécissement congénital du rectum est mieux connue que ne le dit M. Després et peut-être un peu moins que ne semble le penser M. Lannelongue. C'est en 1846, qu'il a été signalé pour la première fois par

© BIU Santé

M. Benoit de Montpellier; depuis M. Donisson en a parlé, puis A. Bérard, et dernièrement M. Reignier a publié un petit mémoire d'après des faits recueillis chez son maitre, M. Tillaux. Ils ont été étudiés par deux genres d'observateurs: ceux qui les ont cherchés en disséquant sans choix tous les fœtus, tous les nouveau-nés qui leur tombaient sous la main; puis d'autre part, ceux qui ont été mis, chez les vivants, sur la trace d'un rétrécissement grâce à des troubles dans les fonctions du rectum; de ces dernières observations, il n'en existe pas qui se rapportent à de très-jeunes enfants; c'est vers 16, 18, 20 ans qu'on les a reconnus et l'on a trouvé des rétrécissements valvulaires, mobiles, peu indurés, à peu près semblables à celui que représente le malade de M. Lannelongue; aussi à première vue ai-je cru, moi aussi, à un rétrécissement congénital. Mais il est deux raisons qui m'éloignent de ce diagnostic: d'abord l'histoire du malade: M. Lannelongue a constaté d'abord le prolapsus, puis l'inflammation, puis le tissu bourgeonnant qui s'est transformé en valvule. Puis l'argument développé par M. Farabeuf a aussi une grande importance: les rétrécissements congénitaux ne naissent pas si haut; ce n'est pas à plus de cinq centimètres qu'on les rencontre. En effet, la coalescence entre la dépression anale et le cœcum de l'intestin postérieur se fait au niveau de la région membraneuse, et lorsqu'on constate une imperforation le doigt introduit par l'anus ne peut pas s'enfoncer au delà de 3 centimètres.

M. Lannelongue. Les réflexions de M. Farabeuf et les faits si précis que vient d'énoncer M. Trélat me dispensent de répondre plus amplement aux objections de M. Després. Je me contenterai d'ajouter que je ne venais point faire de théorie; j'ai observé quelques faits sur les rétrécissements du rectum consécutifs au prolapsus; je suis venu les exposer devant la Société, là se borne toute ma prétention. P. Reclus.

REVUE D'ÉLECTROTHÉRAPIE

I. Du Traitement des névralgies par l'électricité et l'hydrothérapie; par M. S. Dubois.

I. Il en est de l'hydrothérapie et de l'électricité comme de tous les autres agents usités en thérapeutique: on ne doit les employer que suivant certaines règles. Celles-ci sont assez difficiles à préciser et varient dans les détails suivant les malades, l'acuité ou la chronicité de la maladie etc. etc., cependant il y a des indications générales que tout médecin devrait connaitre, mais que, malheureusement, presque tous ignorent complètement. Un praticien saura toujours comment il convient d'administrer le sulfate de quinine ou l'opium dans un cas de névralgie, bien peu sauront utiliser l'hydrothérapie et l'électricité.

J'ai vu des malades auxquels on avait prescrit pour des douleurs rhumatismales une douche froide de quelques minutes suivie d'une douche chaude!! D'autre part, pour beaucoup de médecins l'emploi de l'électricité consiste uniquement dans la faradisation à intermittences rapides et aussi douloureuses que possible, tandis qu'au contraire on n'utilise guère aujourd'hui que les courants continus, faibles et n'occasionnant aucune douleur, ou bien les courants faradiques à intermittences éloignées et, par conséquent, peu douloureuses quand bien même le courant serait énergique. Il résulte de là, la chose est facile à prévoir, une grande différence entre les résultats obtenus dans des cas similaires; tantôt, lorsqu'on les emploie comme il convient, l'électricité et l'hydrothérapie produisent les effets les plus heureux, tantôt au contraire, employées sans méthode, elles conduisent à des résultats nuls ou déplorables.

On ne saurait donc trop louer les travaux qui ont pour but, comme celui de M. S. Dubois, de faire connaitre aux praticiens le mode d'emploi de ces agents dans des cas donnés.

M. Dubois a, du reste, mis à profit l'expérience de son père, qui, depuis près de vingt ans, dirige un établissement d'électro-hydrothérapie.

Le mémoire qu'il publie est relatif au traitement des névralgies. Il n'y a rien de nouveau dans ce travail, mais on y trouve réunies les notions nécessaires et indispensables à tout médecin qui veut recourir à cette médication dans des cas de névralgies récentes ou anciennes.

L'auteur insiste avec raison sur l'utilité de l'emploi simultané de l'hydrothérapie et de l'électricité.

Après avoir rappelé la méthode, dite révulsive, de Duchenne de Boulogne, (faradisation cutanée énergique, à intermittences très-rapides) et la méthode, dite hyposthénisante, de Becquerel (faradisation énergique du nerf, à intermittences très-rapides) l'auteur conseille de préférence les courants continus faibles, et d'une durée assez courte, 5 à 10 minutes dans la plupart des cas.

L'auteur attache une certaine importance à la direction du courant; nous ne pensons pas que dans la pratique il y ait lieu de s'en préoccuper et nous croyons que le résultat sera le même avec un courant ascendant ou un courant descendant; cependant on devra employer moins d'éléments si l'on se sert d'un courant ascendant.

Les pôles doivent être mis sur le trajet du nerf, l'un d'eux près de son origine et l'autre au-dessous des points douloureux.

M. Dubois a soin de rappeler que l'on doit employer, comme le veut Remak, des éléments à large surface, à action chimique très-faible, et qu'en conséquence on doit rejeter absolument l'usage des appareils portatifs à courants continus.

Du reste, l'association des courants induits et des courants continus donne souvent d'excellents résultats, même en dehors des cas où à la névralgie se joint l'atrophie musculaire (si fréquente dans la sciatique), et pour laquelle on devra toujours employer concurremment les deux sortes de courants.

Il est enfin un accident très-fréquent des névralgies dont l'auteur aurait pu parler. En même temps qu'il y a des points douloureux, en même temps que l'on constate fréquemment l'existence de zones d'hyperthésie, on trouve des zones d'anesthésie parfois fort gênantes pour les malades. La faradisation cutanée très-énergique et à intermittences rapides produit rapidement leur disparition comme l'a démontré M. Vulpian.

Après avoir parlé de l'électricité, M. Dubois passe à l'étude des moyens hydrothérapiques que l'on devra employer, la douche froide en pluie, ou en jet, de 10 à 60 secondes, est mise par lui au premier rang, et tous les médecins expérimentés seront de cet avis. Puis vient la douche écossaise, non moins puissante, mais peut être plus difficile à manier.

Les sudations en étuve sèche ou humide, les douches locales de vapeur, l'aquapuncture, les bains chauds ne viennent qu'ensuite et il est hors de doute que l'on n'obtiendra pas d'eux autant que la douche simple ou écossaise.

L'auteur parle aussi de la douche filiforme, mais comme si elle ne servait que pour l'aquapuncture. Il eut été bon de signaler l'emploi mitigé de la douche filiforme produisant simplement une excitation localisée de la peau et une rubéfaction très-prononcée. Cette méthode n'est pas sans analogie avec la faradisation cutanée de Duchenne de Boulogne.

Dans la dernière partie de son travail, M. Dubois passe en revue les principales variétés de névralgies et à propos de chacune d'elles il donne des indications aussi précises que possible sur la manière dont on devra procéder, principalement pour le traitement par l'électricité. Il indique soigneusement le nombre des éléments que l'on doit employer, les points où l'on doit placer les tampons, la durée des applications, etc., et de la sorte il permet aux médecins qui ne seraient que peu expérimentés en cette matière de recourir eux-mêmes et avec sureté à l'électricité et à l'hydrothérapie. A ce point de vue, ce travail mérite d'être signalé tout particulièrement à l'attention des praticiens.

II. Application de l'électricité au traitement du varicocèle par Raphael Percepied (Th. de Paris. — nos 354-1877.)

II. Après avoir rappelé toutes les tentatives faites par les chirurgiens les plus distingués pour arriver même au prix d'opérations dangereuses à la cure radicale du varicocèle, M. Raphael Percepied propose l'emploi de l'électrolyse. Dans ces derniers temps, ce moyen a donné de remarquables résultats pour

© BIU Santé

le traitement des anévrysmes, voire même de ceux de la crosse de l'aorte. Le moyen proposé par M. Percepied est le même. Il est très-rationel, nous paraît beaucoup moins dangereux que les opérations auxquelles on avait recours pour obtenir la coagulation du sang dans les veines et nous ne doutons pas que l'expérience ne montre l'avantage de cette méthode sur celles connues jusqu'à ce jour.

A. Joffroy.

VARIA

Le nouvel hôpital de Ménilmontant : opinion de the Lancet.

Cet hôpital, le plus nouveau et assurément le plus parfait des établissements hospitaliers de Paris, est situé à l'extrémité Est de la ville, sur une hauteur, juste derrière le cimetière du Père-Lachaise. On ne pouvait souhaiter une meilleure situation, et si l'édifice prête, sous plusieurs rapports, le flanc à la critique, tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il est néanmoins l'un des mieux appropriés au traitement des malades. Il se compose de pavillons séparés, et rappelle par ses grandes lignes l'Hôtel-Dieu et l'hôpital Lariboisière ; mais si l'on étudie ses détails et ses aménagements, il diffère très-sensiblement de ces deux hôpitaux. Il est disposé pour recevoir en temps ordinaire 630 malades ; mais en temps d'épidémie, ou si d'autres circonstances l'exigent, on peut, sans arriver jusqu'à un encombrement nuisible, y loger 850 malades. L'espace occupé par l'ensemble des bâtiments est de six hectares, soit, aussi exactement que possible, quinze acres anglaises. Il y a par conséquent quarante-deux malades pour un acre de surface, proportion qui doit largement satisfaire l'hygiéniste le plus scrupuleux, car l'espace alloué à chaque malade est plus que double de celui qui est considéré comme nécessaire par les auteurs anglais les plus éminents.

Les quatre pavillons principaux s'étendent du Nord-Est au Sud-Est. Les deux pavillons du centre forment, avec le bâtiment d'administration, la chapelle et les bains, un parallélogramme qui entoure la cour d'honneur. Cette cour a environ 220 pieds carrés, et son milieu est occupé par un jardin disposé avec goût. Cette cour centrale est flanquée de chaque côté de deux cours plus petites, également pourvues d'un jardin, et dont les dimensions sont d'environ 220 pieds sur 150. Ainsi les quatre pavillons forment trois cours, et toutes les salles de l'hôpital s'étendent du Nord-Est au Sud-Ouest. Les pavillons ont quatre étages et sont entièrement consacrés aux malades ; mais l'étage supérieur, qui est moins élevé de plafond que les autres, n'est utilisé que pendant le nettoyage des salles des étages inférieurs, ou dans des circonstances imprévues. A chaque extrémité des pavillons, se trouve un escalier large, presque monumental, en sorte que pour les quatre pavillons, il y a huit grands escaliers, soit un grand escalier pour 80 malades ; c'est là un véritable luxe d'escaliers, car si, à Paris comme chez nous, la durée moyenne du séjour d'un malade à l'hôpital est de vingt-un jours, il en résulte que la proportion des malades qui monteront chaque jour ces escaliers sera de 38 ; la proportion des malades qui les descendront étant nécessairement la même. Outre ces escaliers, il y a des ascenseurs (un par pavillon) et des escaliers de service (un par pavillon) ; il nous semble donc que cette richesse d'escaliers a coûté, sans grand profit, beaucoup d'argent et beaucoup de place. Et à propos de cette observation, nous devons rappeler au lecteur qu'il n'y aura pas de cliniques dans le nouvel hôpital, et qu'il n'y avait par conséquent pas lieu de ménager des escaliers pouvant livrer passage à une foule d'étudiants. Dans chaque pavillon, chaque étage est occupé par deux salles, dont l'une des extrémités donne sur le grand escalier ; le centre du pavillon est occupé par les dépendances nécessaires au service des malades. C'est là une bonne disposition qui réalise une économie de surveillance, une seule religieuse pouvant ainsi surveiller deux salles de vingt-deux lits chacune. Les salles ont 27 pieds de largeur, 70 de longueur, 19 de hauteur, et contiennent chacune vingt-deux lits. A chaque lit correspond par conséquent un espace d'environ 1600 pieds cubes, mais en raison de la hauteur du plafond des salles, la surface attribuée à chaque malade ne dépasse que de très-peu 80 pieds carrés. Cela est insuffisant suivant les idées qui ont cours parmi nous, et nous n'hésitons pas à dire que dans un hôpital comme celui de Ménilmontant, la surface allouée à chaque lit, aurait dû être supérieure au moins de moitié. On reconnaîtra facilement, en effet, que, si l'on se place au point de vue du malade, la surface qui lui est attribuée dans l'intérieur de l'hôpital est bien autrement importante que celle dont il dispose hors des salles. Dans le cas actuel, nous avons, en chiffres ronds, 600 malades répartis sur une surface de quinze acres, ce qui donne presque 1000 pieds carrés de surface par malade : or l'architecte s'est arrangé de façon à ce que chaque malade, pendant l'hiver, soit resserré dans un espace de 10 pieds sur 8, et réduit à regarder de temps en temps, à travers les carreaux de sa fenêtre, les 920 pieds carrés dont il est appelé à bénéficier — sur le papier.

Les cours de récréation, les jolis jardins, sont assurément des choses charmantes et très-utiles au point de vue de l'hygiène ; mais on doit avant tout se souvenir que, dans un grand hôpital général la proportion des malades qui peuvent sortir des salles ne dépasse pas 10 0/0, en sorte qu'à l'hôpital de Ménilmontant, un jardin disposé pour soixante-trois malades, hommes et femmes, serait parfaitement suffisant. Tous les efforts qui tendraient à combiner dans le même établissement un hôpital de convalescents avec un hôpital général seraient des efforts stériles, car le convalescent qui s'améliore en restant au jardin pendant la journée, perd les avantages de la journée dès qu'il s'enferme la nuit dans une salle où sont couchés vingt et un autres malades, la plupart atteints d'affections aigües. Ces immenses jardins, en séparant les diverses parties de l'établissement, ne font que rendre le service plus difficile et plus dispendieux. Ils ouvrent carrière aux tendances artistiques de l'architecte et du jardinier ; mais nous ne saurions admettre qu'ils soient nécessaires, et au point de vue du service et de la surveillance, nous doutons fort de leur utilité.

Les salles ont des plafonds un peu en forme de dôme, et leurs quatre coins sont arrondis, le parquet est en chêne poli, et il n'y a au-dessus des portes aucun rebord sur lequel la poussière puisse se loger. On a ainsi essayé d'assurer la constante propreté des salles ; en revanche, et par suite de motifs qu'on ne s'explique pas, les plinthes sont en bois peint et présentent un rebord horizontal ; elles sont en outre mal ajustées et mal finies, en sorte que la poussière s'accumulera nécessairement sur et derrière elles. Les fenêtres ne s'élèvent pas jusqu'au plafond et ne descendent pas non plus jusqu'au parquet. Elles sont divisées en trois sections, dont les deux inférieures peuvent s'ouvrir à volonté. Mais la partie la plus élevée, qui est arrondie à son sommet, et qui devrait s'ouvrir, ne s'ouvre pas. Entre chacune des fenêtres se trouvent deux ouvertures destinées au passage de l'air ; l'ouverture supérieure fait entrer l'air frais ; l'inférieure donne issue à l'air contaminé. Ces deux ouvertures sont en communication avec l'appareil de chauffage et de ventilation. Il y a quatre calorifères à eau chaude dans chaque salle. Les lits sont pourvus de rideaux ainsi que les fenêtres. Les rideaux de lit dans un hôpital ne supportent pas la discussion, et toutes les garnitures de fenêtre devraient être placées en dehors et non à l'intérieur.

Au milieu de chaque pavillon se trouve un espace réservé au service des deux salles. Le milieu de cet espace dont la superficie est d'environ 1200 pieds carrés est occupé par un passage large d'environ 10 pieds. D'un côté de ce passage on trouve 1° une petite chambre pour la religieuse ; 2° une salle de réunion pour les malades. De l'autre côté, on voit l'escalier de service, qui est étroit et en bois et qui va du rez-de-chaussée au grenier ; autour de cet escalier se trouvent une petite cuisine pour la salle et une salle de bain, contenant une baignoire pour les cas imprévus. Là encore, et contre l'escalier se trouvent des réceptacles destinés aux ordures et au linge sale. Un peu plus loin que la cuisine de la salle se trouve l'ascenseur qui va des fondations au grenier, et autour de l'ascenseur les *water-closets* et les urinoirs. Toutes ces dépen-

© BIU Santé

dances n'ont de fenêtres que d'un seul côté, et chaque fois qu'on ouvre ces fenêtres des bouffées d'air venues des *water-closets* pénétreront presque directement dans les salles chaque fois que la porte sera ouverte.

Des tourelles contenant les *water-closets*, la ventilation croisée de ces water-closets, aussi bien que des salles de bain, l'existence de couloirs bien ventilés qui y conduisent, telles sont les dispositions qui sont généralement adoptées en Angleterre, et dont l'expérience a démontré les avantages, encore méconnus en France. Il suffit de signaler le très-grand désavantage et le danger possible qui résulte de la présence d'escaliers et d'ascenseurs qui mettent en communication directe l'air provenant des différentes parties de l'établissement. Il aurait été également avantageux de ménager entre les deux salles un couloir à ventilation croisée. Dans les conditions actuelles, l'air de l'une des salles pénétrera dans l'autre et, en outre, l'air des deux salles se répandra dans les escaliers, les ascenseurs, et dans toutes les dépendances, parcourant la voie qui lui conviendra, car on n'a rien fait pour lui barrer le passage. Tout autour du parallélogramme central se trouve un corridor, qui atteint le niveau du premier étage; il y a aussi des corridors ouverts qui s'étendent entre les extrémités des pavillons centraux et latéraux. Toutes les parties de l'édifice, en somme, sont reliées par une galerie couverte. La façade du parallélogramme principal est occupée par les appartements du personnel administratif, et par les salles affectées à l'admission des malades. Le derrière de ce bâtiment est occupé par la chapelle, construction très-élégante flanquée de chaque côté d'un bâtiment à un étage, affecté au service des bains de tout genre, pour les deux sexes. Derrière la chapelle se trouve un vaste bâtiment destiné à la congrégation religieuse à laquelle est confié le soin des malades; c'est aussi dans ce bâtiment que se trouve la lingerie de l'hôpital. Le logement des sœurs forme les trois côtés d'un carré, au centre duquel se trouve un jardin qui leur est exclusivement réservé.

De chaque côté du logement des sœurs se trouvent des bâtiments dont l'un, celui du côté Ouest est destiné à la cuisine, tandis que l'autre, celui du côté Est est affecté à la pharmacie. La disposition de ces deux bâtiments est très-soignée et très-complète. La vapeur et le gaz sont largement utilisés dans la cuisine. Les bassines de cuivre sont disposées en cercle, et au point de vue de la détermination de la température et de la facilité avec laquelle on peut les nettoyer et les vider, leur aménagement nous semble absolument parfait. Les cuisines de l'Hôtel-Dieu ainsi que celles de Ménilmontant méritent d'être visitées par tous ceux qui s'intéressent à la construction et à l'aménagement des hôpitaux.

Un passage souterrain s'étend au-dessous des diverses parties de l'hôpital: il est pourvu d'un tramway qui sert au transport des aliments, des médicaments, du combustible, etc. Grâce à ce tramway souterrain et aux quatre ascenseurs hydrauliques, le service de cet immense édifice devient relativement simple, bien que le couloir souterrain ait une longueur qui atteint presque un demi-mille. Dans ces conditions, avec un couloir souterrain et des cages verticales qui aboutissent à chaque étage de chaque pavillon, il est évident qu'il ne peut exister aucun isolement réel, et que, virtuellement, l'air qui vient des salles, de la cuisine, du dispensaire, et de la salle des morts, se mélange librement dans le couloir souterrain, et rentre ensuite pour être respiré de nouveau, après avoir été plus ou moins dilué dans l'air pur.

Le chauffage et la ventilation de l'hôpital s'effectuent par un système exactement semblable à celui qui fonctionne à l'Hôtel-Dieu. L'air pur est attiré vers l'intérieur par un ventilateur, puis transporté au moyen de tuyaux dans toutes les salles de l'édifice. L'air contaminé est entraîné au dehors par des tuyaux qui aboutissent à une tourelle située sur le toit de chaque pavillon. L'air qui est ainsi distribué aux différentes salles peut être facilement chauffé en hiver. Un détail digne d'être remarqué, c'est que la prise d'air frais est située sur le sol et juste contre un mur qui sépare la surface occupée par le bâtiment principal d'un petit hôpital spécial destiné au traitement des *maladies infectieuses*. La prise d'air frais aurait dû être aussi éloignée que possible de toutes les sources de contamination, et il est à peine croyable que la moindre réflexion ait présidé au choix de l'emplacement qu'elle occupe.

Outre le bâtiment principal, il existe quelques petits bâtiments accessoires. A l'Ouest, se trouvent l'hôpital des maladies contagieuses, dont nous venons de parler, ainsi que les écuries; à l'Est se voient un petit bâtiment affecté aux femmes en couche, et la salle des morts. Le pavillon des maladies infectieuses ne présente rien de particulier à noter, si ce n'est que son service est absolument indépendant du reste de l'hôpital, et qu'il est, à notre avis, beaucoup trop rapproché de la prise d'air « pur. »

Le pavillon des femmes en couches est une construction intéressante, destinée à recevoir seize lits; il a deux étages, qui contiennent chacun huit chambres donnant sur une galerie ouverte. Il est impossible dans ce bâtiment d'aller d'une chambre à l'autre sans passer en plein air. C'est là une disposition excellente que nous voudrions voir rigoureusement réalisée dans les hôpitaux généraux. Chacune des chambres de ce pavillon d'accouchements a des murs et un plancher construits avec une substance à surface unie et parfaitement polie; et immédiatement après chaque accouchement l'appartement tout entier est nettoyé à fond et complétement aéré. Chacune des chambres a sa prise d'eau particulière, et le service de ce petit établissement est tout à fait indépendant de celui du bâtiment principal. Le pavillon d'accouchements présente une disposition si parfaite que nous ne pouvons que regretter davantage sa situation, qui est loin d'être avantageuse, puisqu'il n'est séparé du bâtiment principal de l'hôpital que par environ trente pieds, et de la salle des morts que par une distance à peu près deux fois plus grande. En plaçant un pavillon d'accouchements, ingénieusement aménagé d'ailleurs, entre deux sources différentes de miasmes, il semble en vérité qu'on ait voulu tenter une expérience.

La salle des morts ne présente rien de particulier à noter. Elle occupe l'extrémité Est du terrain sur lequel est construit l'hôpital, et elle est reliée au bâtiment principal au moyen d'un passage souterrain. Les cadavres sont enlevés des salles à l'aide des ascenseurs, puis transportés dans la salle des morts au moyen des tramways qui parcourent le tunnel.

Médecins militaires.

Par décret en date du 17 novembre 1878, rendu sur la proposition du Ministre de la guerre, ont été promus dans le corps de santé militaire.

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe* (choix.) : M. Raoult-Deslongchamps (Victor-Alexandre), médecin principal de 2e classe à l'école d'application de cavalerie, en remplacement de M. Navarre, retraité. 2° *Au grade de médecin principal de 2e classe* (choix.) : M. Aron (Jules), médecin-major de 1re classe à l'hospice civil de Joigny, en remplacement de M. Arnaud, retraité. — M. Muller (Cyrille-Adolphe-Auguste), médecin major de 1re classe à l'hôpital Saint-Martin, en remplacement de M. Raoult-Deslongchamps, promu. 3° *Au grade de médecin major de 1re classe* (choix.) : M. Marvaud (Joseph-Louis-Angel), médecin major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Remy, retraité. — (Ancienneté) : M. Bucquoy (Eugène), médecin major de 2e classe au 142e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Leroy, retraité. — (Choix.) : M. Claudot (Maurice), médecin major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Grazietti, retraité. — (Ancienneté.) : M. Blanche (Emmanuel-Eugène), médecin major de 2e classe au 12e régiment de hussards, en remplacement de M. Didion, retraité. — (Choix.) : M. Breton (Ernest), médecin major de 2e classe au 25e bataillon de chasseurs à pied, en remplacement de M. Aron, promu. — (Ancienneté.) : M. Daguenet (Marie-Eugène-Victor-Alexis), médecin major de 2e classe au 5e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Muller, promu. — (Choix.) : M. Renard (Ernest), médecin major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Lereboullet, démissionnaire.

Médecins de la marine.

Par décret du Président de la République, en date du 6 décembre 1878, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine, pour prendre rang du 2 novembre précédent.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe : Jardon (Henri-Charles-Casimir), Nicomède (Louis-Marie-Olive-Gaston.)

Société de médecine et de chirurgie, de Bordeaux.

Prix fauré a décerner en 1879. — *Programme.* — Les variations dans la consommation de la viande se lient intimement avec le mouvement de la

© BIU Santé

population. A une augmentation dans la viande consommée correspond un accroissement de la population ; une diminution dans le régime animal est suivie d'une décroissance de la population. En France, la consommation de la viande, dans la classe peu aisée des villes et surtout dans les campagnes, est insuffisante pour satisfaire à une bonne alimentation; aussi, la population ne s'accroît qu'avec une lenteur inquiétante. Le prix élevé de la viande, l'insuffisance de sa production, surtout dans certains départements sont les causes de cette consommation restreinte qu'on cherche à combattre depuis des années par la préparation ou l'importation de viandes conservées.

Mais quelle est la valeur nutritive de ces viandes salées, séchées, fumées, pressées, conservées dans le vide, par le froid, etc. etc. ? Le prix auquel on les livre doit-il en favoriser la consommation, eu égard à leur pouvoir alimentaire? Les animaux qui les fournissent sont souvent, surtout à la Plata, amaigris, surmenés, malsains ; cela ne peut-il offrir de dangers? Les travaux de MM. Girardin, Caneaux et Thorel, (de Rouen) (1855), ont déjà démontré que la salaison diminue la valeur nutritive des viandes qui abandonnent à la saumure le tiers et même la moitié de leurs principes nutritifs, tant salins qu'organiques. Quelle est l'influence, sur cette valeur nutritive, des autres modes de préparation? La Société, désireuse de voir élucider ces questions, met au concours le sujet suivant.

Etudier les avantages et les inconvénients de l'alimentation de la classe peu aisée, par les diverses viandes conservées, tant françaises qu'étrangères.

Le prix, d'une valeur de 600 francs, sera décerné à la fin de l'année 1879. — Les mémoires, écrits très lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés, *francs de port*, à M. Douaud, secrétaire général de la Société, allée de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1879, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Du 9 au 14 décembre 1878. — 468. M. Gérard : Des corps étrangers du rectum, leurs inspirations dans l'intestin et leur histoire. — 469. M. Namin : Relations des néoplasmes avec l'arthritis. — 470. M. Dessois : De la langue noire (glossophitie). — 471. M. Hébert : Essai sur l'ictère grave pendant la grossesse. — 472. M. Leriche : Etude sur les pleurésies gangréneuses et sur les pleurésies fétides. — 473. M. Augé : Hémiplégie faciale (paralysie de la 7me paire). Essai de séméiotique.

Faculté de medecine de Lyon.

Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la nomination de M. J. Teissier, agrégé de la Faculté. C'est là une nomination que nous apprenons avec plaisir à nos lecteurs. La lutte, paraît-il, a été vive : six candidats étaient inscrits et quatre ont subi les épreuves jusqu'à la fin. Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes :

1er jour (Anatomie et physiologie). Des nerfs vaso dilatateurs.
2e jour (Pathologie interne). De l'angine de poitrine.
3e jour (Hygiène et thérapeutique). Traitement des néphrites.
4e jour (Clinique). Emphysème et tuberculose.
5e jour (Clinique). Tumeur cérébrale chez un enfant de 14 ans à localiser.

Les trois premières questions ont dû être traitées par écrit. La cinquième épreuve était aussi une consultation par écrit.

Nous croyons savoir que les candidats sont très-nombreux à la chaire vacante de médecine légale. On cite entre autres MM. G. Bergeron et Boisseau du Val-de-Grâce.—M. Bouveret, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chef de clinique médicale et M. Cusset, chef de clinique chirurgicale, tous les deux à la suite d'un concours brillant.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont (Puy-de-Dôme).

Elèves en médecine de première année. — 1er prix : M. Gautrez ; 2e prix : M. Brisson ; mention honorable : M. Deschamps.

Elèves en médecine de deuxième année. — 1er prix : M. Delanef ; 2e prix : M. Thibal ; mention honorable : M. Podevigne.

Elèves en médecine de troisième année. — 1er prix : M. Dauge ; 2e prix : M. Manissolle ; mention honorable : M. Champomier.

Prix des hospices (accordé à l'élève qui a montré le plus de zèle à soigner les malades). — M. Domas; mentions honorables : MM. Dauge et Manissolle.

Elèves en pharmacie. — Prix unique ; M. Rouvet ; mention honorable : M. Cochet. — *Travaux pratiques.* — Mention honorable : M. Rouvet.

Prix Fleury (médaille d'argent et livres). — M. Dauge, élève interne à l'Hôtel-Dieu ; mention honorable : M. Chabory.

Le fauteuil de Cl. Bernard à l'Académie des sciences.

OPINION DE LA PRESSE MÉDICALE

« Désormais, quand un fauteuil devient vacant à l'Académie des sciences, dans la section de médecine, deux courants se produisent, l'un en faveur de la science pure, représentée par la physiologie, l'autre en faveur de la science appliquée, représentée par la clinique. Le premier de ces courants devient de plus en plus fort et menace de détourner l'autre à son profit. Par exemple, dans l'élection de lundi dernier, qui a donné M. Marey pour successeur à Claude Bernard, la physiologie a obtenu 55 suffrages et la médecine clinique 4.

» La section de médecine, fidèle au nom qu'elle porte et à ses traditions, avait donné la préséance à la clinique et présenté les candidats dans l'ordre suivant : 1° M. Gubler; 2° M. Charcot; 3° M. Marey; 4° M. Paul Bert; 5° M. A. Moreau. L'Académie, tenant peu compte des propositions de la section a, pour employer un langage mathématique, transposé l'ordre des facteurs, et réparti ses suffrages de la manière suivante : M. Marey, 40 voix; M. Paul Bert, 15 voix; M. Charcot, 3 voix; M. Gubler, 1 voix; total : 59 voix. Si, de l'aveu de tout le monde, la physiologie a pris, de nos jours, un grand essor, il faut reconnaître aussi que la médecine clinique n'a pas démérité ; de là une conclusion logique qui s'impose à tout esprit impartial : faire, dans la section de médecine, mais sans nuire aux droits traditionnels de la clinique, une place à la physiologie, place proportionnée au rang que celle-ci a conquis parmi les différentes branches de la science. (*Gazette médicale de Paris.*)

» Deux médecins et trois physiologistes briguaient les suffrages de l'Académie. Fidèle à son origine et aux traditions du passé, la section avait placé en première ligne les deux médecins. Le nombre de voix obtenues par MM. Marey et Paul Bert prouve quelle importance l'Académie des sciences attache à la physiologie. Mais les physiologistes, qui n'ont pas de section à l'Académie, doivent-ils, pour y être représentés, remplacer les médecins et les exclure de l'Académie ? Il y aurait là une injustice contre laquelle protestent les travaux et les découvertes des nombreux savants qui ont illustré la médecine française. Ne serait-il pas plus juste de créer une section de biologie ? Cette section serait occupée dignement, par un grand nombre de ceux qui, s'inspirant des travaux de Magendie, Claude Bernard et Robin, ont assuré à notre pays une part importante dans les progrès que les sciences biologiques ont fait depuis quarante ans. (*La France médicale.*)

Enseignement médical libre.

Pathologie interne. — M. le dr Raymond commencera son cours, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 1, le lundi 23 décembre, à 5 heures du soir. Il continuera les lundis et jeudis, à la même heure.

Académie des sciences. — Dans la séance du 2 décembre, l'Académie des sciences a élu membre titulaire de la section de chirurgie et de médecine, M. Marey, qui a obtenu 40 suffrages sur 59 votants, contre 15 donnés à M. Paul Bert, 3 à M. Charcot et 1 à M. Gubler.

Concours. — *Internat.* Questions orales : Artères de la main ; plaies de la paume de la main. — Col de l'utérus ; délivrance. — Oreillettes du cœur; syncope.

Externat. Brûlure. — Fractures de l'extrémité inférieure du péroné. — Traitement des hémorrhagies artérielles. — Fractures de côtes. — Symptômes de la phthisie pulmonaire chronique.

Concours des prix de l'internat. — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

1re *Division :* Médaille d'or : M. Letulle ; — médaille d'argent : M. Barth; — 1re mention : M. F. Dreyfous ; — 2e mention : M. H.-Cl. de Boyer. — Les concurrents ont eu à traiter les questions orales suivantes : *Des ulcérations linguales ; — De l'anurie.*

2e *Division :* Prix ; M. Arnozan, interne de deuxième année à Saint-Louis ; mention honorable, M. Merklen, interne de deuxième année, à la Charité ; premier accessit, M. Gaucher, interne de première année à la Pitié; deuxième accessit, M. Vimont, interne de deuxième année à Beaujon.

Hôpitaux : mutations. — Par suite de la retraite de M. Alphonse Guérin, arrivé à la limite d'âge, les mutations suivantes ont eu lieu dans les services de chirurgie dans les hôpitaux de Paris. M. Panas passe de Lariboisière à l'Hôtel-Dieu ; M. Duplay, de Saint-Louis à Lariboisière ; M. Le Dentu, de Saint-Antoine à Saint-Louis ; M. Périer, de Ménilmontant à Saint-Antoine; M. Delens, de Lourcine à Ménilmontant ; M. Nicaise, de Bicêtre à Lourcine ; M. Gilette, du bureau central à Bicêtre.

La Société d'anthropologie de Paris a, dans sa dernière séance, renouvelé son bureau pour 1879. Ont été élus : *Président*, M. A. Sanson; *Vice-Présidents*, MM. Ploix et le dr Parrot; *Secrétaire général*, le dr P. Broca; *Secrétaire général adjoint*, le dr Magitot; *Secrétaires annuels*, les drs Callineau et Bordier; *Conservateur des collections*, le dr Topinard; *Archiviste*, le dr Dureau; *Trésorier*, M. Leguay.

Révocation. — On lit dans le *Patriote* :

« Nous avons le plaisir d'annoncer que M. Granier de Cassagnac, officier de santé à Guitres, et bonapartiste militant bien connu, vient d'être révoqué des fonctions de médecin des chemins de fer de l'Etat. Au mépris des règlements, qui exigent le titre de docteur, M. Granier de Cassagnac, grâce à nous ne savons quelles influences, avait réussi à obtenir ce poste de la Compagnie des Charentes. Nous revenons aujourd'hui à la lettre et à l'esprit du règlement, et — nous pouvons bien le dire — à la morale politique. Le Gouvernement de la République se prive des services de M. *l'officier de santé* Granier de Cassagnac et le remplace par M. le *docteur* Guignard. »

© BIU Santé

Faculté de médecine de Lille. — M. Hallez, licencié ès-sciences naturelles, est chargé des fonctions de maître de conférences de botanique à la faculté de médecine de Lille. — M. Morelle, licencié ès-sciences, pharmacien de 1re classe, préparateur à la Faculté de médecine de Lille, est chargé des fonctions de maître de conférences de chimie toxicologique à ladite Faculté. — M. Cuigniet, médecin en chef de l'hôpital militaire, est chargé du cours complémentaire d'ophthalmologie à la Faculté de médecine de Lille, en remplacement de M. Huidiez. — M. Folet, docteur en médecine, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Une chaire de médecine expérimentale est créée à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. Merget, docteur ès-sciences, est chargé du cours de physique à la faculté de médecine de Bordeaux, en remplacement de M. Jolyet, appelé à d'autres fonctions. — M. Jolyet, chargé du cours de physique à la faculté de médecine de Bordeaux, est chargé du cours de médecine expérimentale à ladite faculté (emploi nouveau). — M. Bitot, ancien professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur honoraire de la Faculté de médecine et de pharmacie de cette ville.

Ecole préparatoire de Rennes. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 2 décembre, l'ouverture d'un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, a été fixée au 1er juin 1879. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine de Nantes. — MM. Jossa et Dortel sont institués aides de clinique à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de MM. Olive et Gergaud, dont le temps d'exercice est expiré. — (*Union médicale*).

Ecole de médecine d'Alger. — Sont prorogés, pendant l'année scolaire 1878-79, dans leurs fonctions de suppléants à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger : MM. Stephan, suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements ; — Bourlier, suppléant des chaires de médecine.

Journalistique. — A partir de l'année prochaine les *Archiv für Augen und Ohrenheilkunde* (Archives des maladies des yeux et des oreilles) se diviseront en deux publications distinctes ; la partie ophthalmologique sous le titre d'*Archiv für Augenheilkunde* (Archives d'oculistique), la partie otologique sous celui de *Zeitschrift für Ohrenheilkunde* (Journal d'otiatrie). La direction et les tendances de ces publications resteront les mêmes que par le passé ; paraissant tous les trois mois, elles contiendront, avec des travaux originaux, le compte rendu des progrès accomplis dans ces deux branches de la médecine. En raison de ses autres obligations, le dr L. Mauthner cesse de collaborer aux Archives, où il est remplacé par le dr J. Hirschberg, de Berlin.

Nécrologie. Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. le Dr Schneiter, le doyen d'âge des médecins de Strasbourg. Attaché pendant une longue suite d'années à l'hôpital de Strasbourg, dont il était il y a peu d'années encore, médecin en chef, notre vénéré confrère emporte avec lui les sympathies et les regrets de ses anciens élèves et collègues. — (*Gazette médicale de Strasbourg*).

La *France* nous apprend la mort du Dr Mallet, député et ancien médecin de la marine.

Librairie Asselin et chez Fournier, 15, rue de Londres.

Ossian Henry. — Du titrage du quinquina et de son application à la préparation du vin de quinquina à doses fixes. 1 broch. in-12.

Joseph Bain. — De la coca du Pérou et de ses préparations, faits relatifs à son action physiologique et thérapeutique. 1 broch. in-12.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot continue ses conférences cliniques le dimanche à 9 heures 1/2.

Hôtel-Dieu. — Service de M. Quinquand. Salle Sainte-Martine ! 4, hystérie grave avec hémorrhagies nasales ; 6, corps fibreux utérins ; 7 hystérie anormale, avec hémorrhagies ; 8, herpès bucco-pharyngien ; 12, pleurésie séreuse chez une puerpérale ; 15, rougeole ; 17, arthrites tuberculeuses ; 24, rhumatisme déformant. — Salle Saint-Denis : 1, syphilis cérébrale ; 2, fièvre typhoïde ; 3, carcinôme épiploïque ; 4, cardiaque ; 5, ataxie au début ; 8, éléphantiasis de la jambe ; 10, rétrécissement pulmonaire ; 11, paralysie générale syphilitique ; 12, impaludisme ; 19, accidents cutanés de rhumatisme ; 24, atrophie musculaire progressive.

Service de M. Oulmont. Salle Saint-Thomas (H.) ; 5, 7, fièvre typhoïde 10, hémiplégie, contractures ; 11, endo-péricardite ; 12, aphasie, hémiplégie ; 13, hémianesthésie de cause cérébrale, aphasie, hémiplégie droite ; 18, pneumonie caséeuse ; 21, rhumatisme, insuffisance mitrale. — Salle Ste-Anne (F.) : 1, emphysème, bronchite chronique ; 4, pleuro-pneumonie bilieuse ; 8, phlegmon du ligament large ; 15, périmétrite, paralysie ; 21, ulcération de l'estomac, phthisie pulmonaire au début.

Service de M. Richet. Salle Saint-Landry : 2, abcès de l'espace pelvi-rectal inférieur ; 5, gangrène de la verge et des bourses consécutive à un paraphimosis ; 7, fracture des côtes et anthrax ; 10, fractures bi-malléolaires des deux jambes ; 11, ulcère phagédénique de l'anus et du rectum ; 14, abcès froid du sternum ; 19, fracture de l'extrémité supérieure du tibia ; 22, panaris sous-périostique du pouce ; 23, paralysie du plexus brachial, élongation du radial ; 24, exostose de la cloison des fosses nasales.

Service de M. Cusco. Salle Saint-Côme (H.) : 1, ongle incarné ; 2, mal vertébral (région lombaire) ; 4, altération trophique de l'œil, consécutive à une lésion de la 5e paire ; 6, luxation du coude en arrière ; 10, conjonctivite granuleuse ; 12, synovite fongueuse de la gaine des péroniers ; 13, abcès urineux ; 14, arthrite chronique ; 21, orchite tuberculeuse ; 23, paralysie de la 3e paire ; 24, sacro-coxalgie.

Hôpital de la Charité. — *Chirurgie.* Service de M. le professeur Gosselin. Leçon de clinique chirurgicale et opérations les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures. Visite des malades à 8 heures. Consultation : mardi, jeudi et samedi. Spéculum le mardi. — Salle Sainte-Catherine (F.) : 1, corps étranger, articulaire du genou ; 2, arthrite blennorrhagique du coude ; 7, fracture du col du fémur ; 12, hydarthrose rhumatismale du genou ; 14, scrofulides de la peau ; 23, abcès du sein ; 24, cataracte double ; 26, rétrécissement du rectum ; 26 bis, phlébite variqueuse.

Service de M. le professeur Trélat. Visite à 10 heure. Consultation : lundi, mercredi ; vendredi. Speculum le mardi. Opérations le jeudi. Ophthalmologie le samedi. — Salle Saint-Jean (H.) : 1, ankylose tibio-tarsienne ; 3, sarcôme récidivé de l'aine ; 11, encéphaloïde du testicule ; 13, tumeur du coude ; 18, fracture de la cuisse. — Salle Sainte-Rose (F.) : 2, antéversion de l'utérus ; 3, gomme ulcérée de la jambe ; 7, abcès du sein ; 10, kératite ulcéreuse de l'œil droit ; 13, arthrite rhumatismale du coude droit ; 15, fissure à l'anus ; 18, adeno-phlegmon de l'aisselle droite ; 19, scrofulides ulcéreuses du cou ; 21, kyste du corps thyroïde.

Médecine. — Service de M. le professeur Vulpian. Visite à 9 heures. Consultation le jeudi. — Salle Saint-Jean-de-Dieu (H.) : 4, rhumatisme chronique, atrophies musculaires consécutives ; 6, pleurésie purulente ; 7, pachyméningite cervicale hyperthrophique ; 9, hémiplégie gauche avec contracture, monoplégie droite ; 10, pleurésie chez un tuberculeux ; 12, ulcération tuberculeuse de la langue, albuminurie ; 13, insuffisance aortique ; 16, fièvre intermittente ; 17 bis, atrophie musculaire progresive ; 20, insuffisance mitrale ; 21, pleurésie aigue ; 23, rétrécissement mitral ; 25, goutte ; 30, cancer de l'estomac. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 3, corps fibreux utérin ; 5 bis, exostoses syphilitiques ; 7, tic douloureux ; 9, paralysie labio-glosso-laryngée ; 10, rétrécissement et insuffisance mitrale ; 11, pleurésie aiguë ; 12, Hématocèle retro-utérine ; 16, ataxie ; 18, hystérie.

Service de M. Bourdon. Visite à 9 heures. Consultation le mardi. Speculum : lundi et vendredi. — Salle Saint-Louis (H.) : 1, atrophie musculaire ; 2, tuberculose ; 4, cirrhose hypertrophique, insuffisance mitrale ; 8, tremblement mercuriel ; 11, scarlatine ; 15, saturnisme ; 18, saturnisme, insuffisance mitrale ; 19, sciatique. — Salle Sainte-Bazile (F.) : 4, insuffisance mitrale ; 12, 14, insuffisance mitrale ; 13, sciatique ; 15, tuberculose ; 18, érysipèle ; 20, bronchite chronique ; 23, ulcère simple de l'estomac. — Salle Sainte-Julie (nourrices) : 1, fièvre typhoïde ; 2, péritonite puerpérale guérie ; 6, arthrite ; 7 et 14, tuberculose.

Service de M. Empis. Visite à 8 heures. Consultation le vendredi. — Salle Saint-Michel : 1 bis, ataxie locomotrice ; 3, Lithiase biliaire, ictère chronique ; 7, paralysie générale progressive ; 8, paralysie faciale a frigore ; 15, pleurésie gauche ; 24, rhumatisme articulaire aigu, emphysème avec bronchite, insuffisance mitrale ; 27, rhumatisme articulaire aigu, péricardite avec épanchement ; 28, broncho-pneumonie tuberculose. — Salle Sainte-Marthe (F.) ; 2, rhumatisme articulaire, péricardite ; 4, rein sénile ; 7, phlegmon du ligament large ; 14, ramollissement cérébral, hémiplégie avec contracture ; 18, chloro anémie ; 26, mal de Pott, compression de la moelle.

Service de M. Bernutz. Visite à 9 heures. Consultation le lundi. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 1, pleurésie tuberculeuse ; 2, pleurésie ; 3, mal de Bright ; 4, anévrysme de l'aorte ; 6, ataxie locomotrice ; 9, tuberculose et insuffisance aortique ; 10, sciatique ; 11, ostéo-sarcome du pubis ; 14, tœnia ; 17, phlegmon de la paroi abdominale ; 18, paralysie générale ; 22, fièvre typhoïde ; 25, mal de Pott ; 26, phlegmon de la paroi abdominale. — Salle Saint-Joseph (F.) : 1, rétrécissement aortique ; 5, polyurie ; 6, pelvi-péritonite ; 8, corps fibreux ; 13, phlegmon du ligament large ; 15, vomissement hystérique ; 17, pelvi-péritonite ; 19, albuminurie ; 24, corps fibreux.

Service de M. Laboulbène. Visite à 9 heures. Consultation le samedi. Speculum le jeudi. — Salle Saint-Felix (H.) : 1, pneumonie ; 2, sciatique avec atrophie ; 3, mal de Pott cervical ; 6, emphysème ; 10, pleurésie sèche ; 12, myélite ; 15, insuffisance mitrale ; 19, pachyméningite cervicale ; 20 et 24, paralysie saturnine ; — Salle Saint-Vincent (F) : 3, fièvre typhoïde, convalescence ; 6, emphysème, dilatation cardiaque, albuminurie ; 10, Grossesse au début ; 13, chloro-anémie ; 15, apoplexie pulmonaire ; 16, phlegmon suppuré de la fosse iliaque ; 21, insuffisance aortique ; 23, Dilatation cardiaque.

Service de M. le professeur Hardy. Clinique : mardi et samedi à 10 heures. Visite à 9 heures. Speculum le vendredi. Consultation le mercredi. — Salles Sainte-Anne (F.) et Saint-Charles (H.).

Hôpital de Lourcine. — Clinique du Dr Martineau, à 9 heures précises. Clinique du samedi : 15, métrite strumeuse généralisée, adéno-lymphite périutérine ; 16, métrite scrofuleuse, vaginite blennorrhagique, herpès du vagin et des grandes lèvres ; 34, syphilis, chancre de la petite lèvre droite, métrite granuleuse ; 3, lymphangite et adénite généralisée du petit bassin, tubercu-

© BIU Santé

lose pulmonaire, métrite chronique du corps ; 15, métrite strumeuse généralisée, adénolymphite péri-utérine. — Clinique du mercredi : 2, vaginite blennorrhagique, métrite avec adénolymphite, inflammation de la glande vulvo-vaginale ; 15, syphilis, métrite avec ulcération granuleuse du col, non spé-

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. » (*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*).

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure et Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Camphre pur.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'**Essence de Santal**, associée au Copahu et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.

« Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

NOTA. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

GROS : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du Dr **Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules**.

Les Préparations du Dr **Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr **Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du Dr **Clin**.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr. U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr E. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Leçons sur les localisations dans les Maladies du cerveau, par J.-M. Charcot, recueillies et publiées par Bourneville. In-8 de 168 pages avec 45 figures dans le texte. Prix : 5 fr. Pour les abonnés, 4 fr. (*franco*).

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou.

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très-succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca**, envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de **Coca**. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles** de **Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent, et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très-agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. **L'Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*. — **Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

Ancienne Maison BAUMÉ

Maladies de l'Estomac, GOUTTES DE GIGON ou VÉRITABLES GOUTTES AMÈRES DE BAUMÉ

Dyspepsies flatulentes, Gastralgies, Pyrosis, stimulant énergique de l'estomac.

4 à 6 gouttes, suivant prescription médicale, *avant* les deux principaux repas.

Prix : Le flacon, accompagné d'un compte-gouttes, 3 fr.

ELIXIR DE COLOMBO COMPOSÉ DE GIGON.

Au *Colombo*, *Quinquina*, *Écorces d'oranges amères* et acide *chlorhydrique* Q. S. pour rendre solubles les principes de ces substances.

Perte de l'appétit, Dyspepsies, Gastralgies, Dysenteries, etc. Un petit verre à liqueur *après* chaque repas. — Prix : le flacon, 5 fr.

Dépôt : Pharmacie ADRIAN, GIGON, successeur, 25, rue Coquillière. Paris.

TONIQUE BITTER-HOLLANDAIS APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

COTON IODÉ

Préparé par *J. THOMAS*, pharmacien de 1re classe

Lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris

48, AVENUE D'ITALIE, 48, PARIS

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut garantir les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc..., ont été guéris sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Le prix du flacon 3 francs 50. Se trouve dans toutes les pharmacies.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Sirop gastrothénique anti-nerveux, d'écorces d'oranges amères au vin de Madère, de Blottière, pharm., rue de Sèvres, 56. Employé avec succès contre les *gastrites, gastralgies, coliques d'estomac et d'intestin, constipations, affections du cœur, hypochondrie, hystérie, scrofules, lymphatisme*, 5 fr.

Vacance médicale. — La commune de Bèze (Côte-d'Or), canton de Mirebeau, demande un médecin. Allocation annuelle : 1,200 fr.

A céder bonne clientèle médicale, très-jolie petite ville, à 2 h. 1/2 de Paris (gare) ; conditions avantageuses. S'adresser chez M. Dubus, professeur, cité de la Mairie, 2, Montmartre-Paris.

A céder à Paris, bonne clientèle dans un quartier populeux. Bonnes conditions. Pour les renseignements, s'adresser au bureau du Journal.

Un jeune docteur demande à faire un remplacement à Paris, ou s'occuper comme secrétaire d'un docteur. — S'adresser aux bureaux du *Progrès médical*.

A céder, — dans le plus bref délai, — une belle clientèle médicale dans un chef-lieu de canton du département de l'Oise, à 12 lieues de Paris (ligne du Nord). — Clientèle facile à desservir. — **Recettes annuelles** : de **8,000** à **9,000 fr.** — S'adresser pour renseignements, 11, rue Toullier, hôtel de l'Europe, tous les jours, de 2 heures à 4 heures.

Dystocie spéciale dans les accouchements multiples, par le Dr I. Besson, vol. in-8 de 92 p. — Prix : 2 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, net 1 fr. 25.

De l'influence des Maladies du foie sur la marche des traumatismes, par F.-E.-Maurice LONGUET. In-8 de 124 pages. Prix : 2 fr. 50.

© BIU Santé

cifique ; 25, syphilis, tuméfaction considérable de la grande lèvre gauche, plaques syphilitiques ulcéreuses, métrite ; 40, vaginite granuleuse chronique métrite ; 20, ancienne syphilis, herpès circiné ; 30, ancienne syphilis, vaginite, ictère.

SOLUTION
De Salicylate de Soude
Du Docteur Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris (PRIX MONTYON)

La Solution du Dr Clin, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Cette solution très-exactement dosée contient :

2 grammes de *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche
0,50 centigr. — — par cuillerée à café.

VENTE EN GROS . CHEZ CLIN & Cie, RUE RACINE, PARIS.

Détail dans toutes les Pharmacies.

D'après l'opinion des Professeurs

BOUCHARDAT — *Tr. Pharm.* page 300.
GUBLER — *Comment. du Codex*, page 813.
TROUSSEAU — *Thérapeutiq.*, page 214.

LE VALÉRIANATE de PIERLOT

est un névrosthenique et un puissant sédatif

DES NÉVROSES, DES NÉVRALGIES, DU NERVOSISME

Une cuillerée à café, matin et soir, dans un demi-verre d'eau sucrée.

THÉ SAINT-GERMAIN (Codex, pe 538) DE PIERLOT : Purgatif sûr et agréable.

Marque (P. E. K.) de Fabrique

BIÈRE DE GOUDRON

Brevetée S. G. D. G.

DÉPÔT CENTRAL à l'Etablissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, PARIS.

SOLUTION-AUBIN
AU PHOSPHATE FERRIQUE ARSÉNIÉ

Médication névrosthénique et reconstituante par l'emploi simultané du Phosphore, du Fer et de l'Arsenic combinés à doses thérapeutiques équivalentes, contre : *Anémie, chloroses, névroses, chorée, dyspepsie, scrofule, rachitisme, tuberculose, cachexies paludéennes, maladies de la peau, cachexies des maladies chroniques, atonie* sous toutes ses formes. Vente dans les principales pharmacies de France. Dépôt à Paris, Pharmacie Centrale, rue de Jouy, 7, et chez E. Fournier et Cie, rue de Londres, 15 ; Détail : rue d'Anjou-Saint-Honoré, 56. — En gros : chez J. Aubin, Traverse du Chapitre, 13, à Marseille.



VIN TANNIQUE
DE BAGNOLS - SAINT - JEAN
NATUREL
Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies ; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



De la Tête du Fœtus au point de vue de l'Obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Par P. BUDIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut et de la Faculté, etc. Gr. in-8° de 112 p., avec de nombreux tableaux, dix figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. Prix : 10 fr.
Pour les abonnés du *Progrès* : 5 fr. *franco*.

LES DRAGÉES GRIMAUD
Approuvées par plusieurs sociétés de médecine
(Plusieurs médailles)
GUÉRISSENT RADICALEMENT
Incontinence d'urine, maladies des femmes, chloroses, aménorrhée, leucorrhée, paralysie de la vessie chez les vieillards, pertes séminales, chute du rectum chez les enfants, etc. Succès constatés dans les hôpitaux.
Poitiers — Prix : 5 francs le flacon — Poitiers
POITIERS, *chez l'inventeur, M. GRIMAUD aîné.*
Envoi de brochure sur lettre affranchie.
Dépôt dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.
A Morat (Suisse), chez M. Fred. GOLLIEZ. — A Montréal, chez MM. FABRE et GRAVEL. — A la Nouvelle-Orléans, chez RIVET. — A New-York, chez MM. FOUGERA et MILAAU. — A San-Francisco, chez MM. GROS et LEFEVRE. ROTURIER et ZABALDANO. — A Rio-Janeiro, chez GÉLEY.

VIN PACOTTE
Au QUINQUINA, au CAFÉ
Et à l'écorce d'oranges amères
Médaille de bronze. Paris 1875

Ce vin doit à sa composition d'être essentiellement digestible et agréable à prendre. Préparé au malaga, il contient la dose de quinquina exigée par le *Codex*, il se recommande donc à l'attention des médecins.

VENTE EN GROS : pharmacie centrale, 7, rue de Jouy, et chez l'inventeur, H. PACOTTE fils, pharmacien à Pont-de-Vieux (Ain).

MALTINE GERBAY
Véritable spécifique des dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET
Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et en 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, algreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
Gros : Pharmacie GERBAY, à Bonne (Loire).

Grande médaille et diplôme très-élogieux à Philadelphie
MÉDAILLE D'ARGENT A BRUXELLES 1876
PAPIER RIGOLLOT
ou
MOUTARDE EN FEUILLES POUR SINAPISMES
Médaillés et récompensés aux Expositions
DIPLOME D'HONNEUR A L'EXPOSITION DE 1875
Adopté par les hôpitaux de Paris, les Ambulances et les hôpitaux militaires, par la Marine française et par la Marine royale anglaise, etc.
Le seul dont l'entrée de l'Empire soit autorisée par le Conseil de santé de Russie

POUDRE RIGOLLOT
LE MEILLEUR SINAPISME
POUR LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE
APPROUVÉ PAR LES ÉCOLES VÉTÉRINAIRES DE FRANCE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE, ITALIE
Adoptée par le Ministre de la Guerre pour le service de la cavalerie française

Exiger la signature ci-contre sur les bandes qui ferment les boîtes. *Rigollot*

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 51. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 21 DÉCEMBRE 1878.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Catalepsie et somnambulisme hystériques provoqués.

Compte rendu par P. RICHER, interne des hôpitaux.

Certaines hystériques sont susceptibles, sous des influences diverses, d'entrer dans un état de somnambulisme ou de catalepsie provoqués, qui a permis à M. Charcot d'étudier sur de nouvelles bases tout un ordre de phénomènes pathologiques ou physiologiques qui, depuis les travaux publiés par Braid (de Manchester) en 1842, par MM. Azam, Broca, Lasègue, Mesnet, etc., vers 1860, étaient à peu près restés dans l'ombre.

Malgré les difficultés de toutes sortes que devait présenter un pareil sujet, M. Charcot n'a pas craint d'en aborder l'étude; car il pense que tous les phénomènes d'ordre naturel, quelle que soit leur apparence de complication ou de mystère, n'en sont pas moins susceptibles d'observation méthodique, et qu'il est d'un véritable observateur de se garder également des négations faciles du parti pris et des entraînements de l'imagination. Il n'est pas plus permis de nier les faits rigoureusement observés, que d'étayer sur une observation incomplète des théories pour le moins prématurées.

L'étude actuelle est le complément des recherches depuis longtemps entreprises par M. Charcot sur la *grande hystérie* « *hysteria major*. » Une connaissance plus approfondie des divers états désignés sous les noms de *catalepsie* et *somnambulisme*, permettra une conception plus juste de l'attaque hystéro-épileptique et facilitera la description des variétés de l'attaque résultant de l'immixtion parmi les symptômes habituels, de phénomènes qui souvent surviennent spontanément chez les hystéro-épileptiques dans l'intervalle des crises. Tel est le cas de la catalepsie et du sommeil dit somnambulique.

Les faits récemment observés par M. Charcot ont été reproduits publiquement au cours clinique du dimanche sur plusieurs de nos malades, Gl..., Bar..., et se sont toujours montrés identiques. Chez les autres malades hystéro-épileptiques, les résultats obtenus n'ont pas toujours été aussi complets. Mais nous n'avons trouvé là qu'une différence de degré et il semblerait résulter d'expériences multipliées, que la production artificielle des divers états dont nous allons essayer de donner la description détaillée, soit sinon un des symptômes constants, du moins un symptôme fréquent de la grande névrose hystéro-épileptique.

1° La malade est placée devant un vif foyer lumineux (lampe Bourbouze, lumière de Drummond, lumière électrique) qu'on la prie de fixer du regard. Au bout d'un temps généralement court (de quelques secondes à plusieurs minutes) et parfois d'une façon instantanée survient l'*état cataleptique*. La malade est comme fascinée, immobile, l'œil grand ouvert fixé sur la lumière, la conjonctive injectée et humide. L'anesthésie est complète (1). Si la malade était préalablement hémianesthésique, elle devient anesthésique totale. Elle n'est point contracturée et tous ses membres ont la souplesse de l'état normal ou à peu près (quelquefois ils sont le siége d'une certaine roideur); mais ils ont acquis cette propriété singulière de conserver l'attitude qu'on leur imprime. C'est bien là ce que tous les auteurs ont décrit sous le nom de catalepsie; et la malade peut garder pendant longtemps des poses qu'elle aurait même peine à prendre quand elle n'est point dans cet état. Toute communication de la malade avec le monde extérieur semble interdite, et elle ne donne aucun signe d'intelligence aux diverses interpellations qu'on peut lui adresser. Une particularité fort intéressante est l'influence du geste sur la physionomie. Les traits reflètent l'expression du geste. Une attitude tragique imprime un air dur à la physionomie, le sourcil se contracte; si, au contraire, l'on rapproche les deux mains de la bouche, comme dans l'acte d'envoyer un baiser, le sourire apparaît immédiatement aux lèvres. C'est là un exemple de ce que dans le langage de Braid, on appelle le phénomène de la *suggestion* (1). Cet état de catalepsie dure aussi longtemps que l'agent qui l'a provoqué, la lumière, continue à impressionner la rétine.

2° Si la lumière disparaît subitement, ou si l'on empêche le rayon lumineux de parvenir à l'œil de la malade en interposant un écran, ou simplement en baissant ses paupières supérieures avec la main, la catalepsie fait place à un nouvel état qui en diffère essentiellement et qui répond à ce que l'on a désigné sous les noms de somnambulisme, somniation provoquée, de sommeil nerveux, sommeil magnétique, etc... Le mot sommeil est peut-être assez improprement employé ici, car nous verrons que cet état spécial diffère par bien des caractères du véritable sommeil. M. Charcot préfère le désigner, en attendant mieux, sous le nom vague de léthargie.

La léthargie hystérique, dans ce cas particulier, débute brusquement avec la cessation de l'impression lumineuse; si elle était debout, la malade tombe à la renverse, la tête rejetée en arrière, le cou saillant. Les yeux se ferment et une inspiration sifflante se fait entendre, accompagnée de quelques mouvements bruyants de déglutition. Ces derniers signes et la chute en arrière rappellent, jusqu'à un certain point, les débuts de l'attaque hystéro-épileptique, mais la ressemblance s'arrête là, car les membres et tout le corps, loin de présenter la tétanisation de la période épileptoïde sont dans la résolution la plus complète.

Un phénomène musculaire fort remarquable se développe immédiatement, c'est ce que M. Charcot désigne sous le nom d'*hyperexcitabilité musculaire* : il suffit d'exciter mécaniquement un muscle au travers de la peau, soit en pressant, soit en frottant, même légèrement, pour provoquer sa contraction, à la façon de ce qui a lieu, quand on pratique l'électrisation localisée. La contraction du muscle sur les membres persiste après l'excitation, pour peu que celle-ci soit un peu forte et un peu prolongée, et se transforme facilement en contracture permanente; l'excitation d'un nerf provoque la contraction des muscles qu'il innerve. Ainsi, *il suffit d'une légère pression faite en avant du lobule de l'oreille, au point où émerge le facial, pour amener la contraction des muscles du même côté de la face*; chaque muscle de la face, touché isolément, se contracte isolément; une légère friction sur le sterno-mastoïdien fait tourner la tête suivant l'action connue de ce muscle, c'est-à-dire que la face est dirigée du côté opposé au muscle excité. L'excitation de l'antagoniste, c'est-à-dire du sterno-mastoïdien de l'autre côté, ramène la tête dans la situation droite et si l'on insiste, la tourne inversement. Sur un bras, l'excitation des fléchisseurs amène la contracture du membre dans la flexion, laquelle cesse par l'excitation des extenseurs et inversement. En résumé, tous les muscles sont susceptibles de se contracter ainsi et suivant la durée

(1) Les points hyperesthésiques persistent habituellement. En excitant les zones hystéro-épileptogènes, on provoque, chez la malade somnambule ou cataleptique, le développement d'une attaque convulsive.

(1) Voir à ce propos l'excellent article *Hypnotisme* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par M. Mathias Duval.

© BIU Santé

et l'intensité de l'excitation, on obtient à volonté une contraction ou une contracture.

A cet état des muscles, se joignent pour caractériser la léthargie hystérique provoquée, un frémissement constant de la paupière supérieure, la convulsion des globes oculaires dans diverses directions (1), et la persistance de l'anesthésie totale et absolue.

Tel est ce qu'on pourrait appeler le *carus hystérique*, ou première phase de la somniation provoquée.

Mais la malade, jusque-là inerte, peut, sous l'influence de certaines excitations, entrer dans une seconde phase qui est à proprement parler le somnambulisme. Si on l'appelle un peu vivement, elle se lève et se dirige, les yeux toujours fermés ou demi-clos, vers l'interpellateur. On peut la faire écrire, coudre, etc.

Elle exécute tous ces différents actes, les yeux fermés, à peu près avec autant de précision que dans l'état de veille. Le sens musculaire, suivant la remarque de M. Azam, semble ici remplacer la vue. Elle répond parfois aux questions qu'on lui pose avec plus de précision qu'elle ne le saurait faire dans son état normal ; il semble que l'intelligence soit plus excitée.

Pendant cette seconde phase de la somniation provoquée, les phénomènes musculaires de la première phase persistent au même degré (hyperexcitabilité musculaire, frémissement des paupières, etc).

Pour faire sortir la malade de cet état, comme de l'état cataleptique, il suffit de lui souffler sur le visage ou de comprimer brusquement l'un des ovaires, celui qui chez la malade est le siége *d'ovarie*. Au moment où elle revient à elle, la malade est prise d'un spasme pharyngien qui amène un peu d'écume entre ses lèvres, témoignant ainsi de la connexité qui existe entre ces différents états et l'attaque convulsive vraie. Dans aucun cas, nous ne l'avons vue conserver le souvenir de ce qui s'est passé pendant ce sommeil (2).

En résumé on voit que les deux états que nous venons d'étudier sont ainsi caractérisés :

1° *Etat cataleptique*. — L'œil est grand ouvert ; anesthésie totale et absolue; aptitude des membres et des diverses parties du corps à conserver la situation qu'on leur imprime; peu ou point de rigidité musculaire; impossibilité de faire contracter le muscle par excitation mécanique.

2° *Etat léthargique*. — Les yeux sont fermés ou demi-clos : frémissement persistant de la paupière supérieure ; convulsion des globes oculaires; anesthésie totale et absolue ; *hyperexcitabilité musculaire* : les membres dans la résolution ne conservent plus la situation qu'on leur donne, en dehors de celle que peut leur imprimer la contracture provoquée : *carus* ou *sommeil* (première phase). *somnambulisme* (deuxième phase) (3).

Quelle est la nature et le mécanisme intime de ces phénomènes, observés maintes et maintes fois, du moins pour la plupart, par divers observateurs, mais dont l'étroite connexité, ne paraît pas avoir été jusqu'ici suffisamment relevée ? M. Charcot déclare ne le savoir en aucune façon. Le médecin observe, c'est au physiologiste de résoudre le problème. Mais quels que soient les désidérata de la science à ce sujet, l'observateur enregistre les faits bien et dûment constatés, laissant à l'avenir le soin de leur interprétation. En bonne méthode, il faut d'abord faire l'énumération complète des faits et établir leur groupement naturel avant d'en chercher l'explication.

Quelques expériences entreprises par M. Charcot et répétées à son cours permettent de serrer de plus près les phénomènes et d'arriver à une détermination plus rigoureuse encore.

Nous avons vu la catalepsie produite par l'impression lumineuse et suivie de la léthargie par la suppression brusque de la lumière. Le retour de la lumière ramène la catalepsie, il suffit de soulever les paupières de la malade léthargique pour faire revenir tous les signes de l'état cataleptique. Dans cette expérience, la catalepsie et la léthargie se succèdent tour à tour au gré de l'expérimentateur suivant qu'il maintient ouverts ou fermés les yeux de la malade.

Cette expérience peut être variée de la façon suivante : Supposons la malade plongée dans l'état cataleptique sous l'influence d'une vive lumière. Nous fermons avec la main un seul de ses yeux, l'œil droit par exemple et aussitôt elle devient *léthargique* du côté droit seulement, pendant qu'elle demeure *cataleptique* du côté gauche, c'est-à-dire que les membres et la face du côté droit sont dans la résolution et jouissent seuls de l'hyperexcitabilité musculaire caractéristique de la léthargie, pendant que les membres du côté gauche seulement ont la propriété de conserver les attitudes qu'on leur communique (1).

La malade est à la fois, on peut le dire, hémi-léthargique et hémi-cataleptique. L'hémi-léthargie ou l'hémi-catalepsie peuvent indifféremment occuper l'un ou l'autre côté du corps.

Les contractures variées que l'état de léthargie permet de donner à la malade se résolvent d'elles-mêmes et immédiatement si on vient à la faire passer directement de la léthargie à l'état normal par les divers procédés : souffler sur le visage, compression ovarienne. Mais si au lieu de la réveiller on la rend cataleptique, la *contracture persiste tout le temps que dure la catalepsie pour se résoudre au moment où on la plonge de nouveau dans le sommeil*. Si l'on provoque le réveil pendant qu'elle est cataleptique et contracturée, la *contracture persiste alors indéfiniment* et la malade, complètement revenue à elle, offre toutes les apparences d'une hystérique atteinte de contracture permanente. Il n'est alors possible de la débarrasser complètement de la contracture qu'en la plongeant de nouveau dans l'état de somniation (2).

L'hystérique ainsi affectée de contractures permanentes artificielles, par le procédé que nous venons d'indiquer, est sous le coup d'un état spécial du système musculaire, que l'on pourrait appeler la *diathèse de contracture* c'est-à-dire que les muscles sont susceptibles de se contracturer sous l'action d'agents très-divers, de l'aimant par exemple, et la contracture ainsi attirée, en quelque sorte, sur un autre point du corps, quitte les muscles qu'elle avait primitivement atteints. Ainsi, supposons notre malade affectée de contracture permanente artificielle du bras droit ; si l'on fait agir l'aimant sur le bras gauche, en pla-

(1) Tantôt en haut et en dedans, tantôt en bas et en dedans, ou directement en bas. Le phénomène est, on le voit, fort variable.

(2) Plusieurs fois nous avons compté le pouls de nos malades et nous n'avons trouvé aucune différence sous ce rapport entre la léthargie et la catalepsie. Dans ces deux états le pouls est régulier, il bat de 80 à 100 pulsations à la minute. La respiration est faible, irrégulière, suspendue par moments. Il est fort difficile de compter le nombre des mouvements respiratoires.

(3) Il est une troisième espèce de sommeil, que nous avons eu occasion d'observer quelquefois dans le cours de nos expériences, mais dont nous n'avons pu encore faire l'étude complète. Il semble qu'on puisse le considérer comme la troisième phase ou phase ultime de la léthargie hystérique provoquée. Pour en citer un cas, voici ce qu'il nous a été donné d'observer sur Gl... Après avoir répété sur elle les diverses expériences dont il est question, elle tomba dans un sommeil qui dura jusqu'au lendemain matin et dont il fut impossible de la faire sortir, quels que soient les excitants employés, mécaniques ou électriques. Elle était dans la résolution la plus complète, les paupières fermées, et les globes oculaires convulsés en bas. La respiration était très-faible et irrégulière. *Les muscles avaient perdu la propriété spéciale désignée sous le nom d'hyper-excitabilité. — L'excitation des points hystéro-épileptogènes ne provoquait aucune crise. La compression des ovaires demeurait également sans résultat.* Nous étions évidemment en présence d'un sommeil d'un autre genre que celui que nous avions étudié jusque-là. Il en différait encore par ceci, que la malade une fois revenue à elle, avait conscience d'avoir dormi longtemps, et pouvait raconter, dans ses moindres détails, un long rêve qu'elle avait eu.

(1) Cette expérience a été faite pour la première fois par M. Descourtis, élève du service.

(2) Le mot *somniation* est emprunté à Joseph Frank. M. Moissenet s'en est servi dans son intéressante étude publiée dans le 1er fascicule de la Société médicale des hôpitaux.

© BIU Santé

çant ses pôles actifs à peu de distance de la peau, le bras gauche, au bout de peu d'instants se contracture en même temps que le bras droit retrouve sa souplesse normale. Ce procédé de déplacement de la contracture sous l'influence de l'aimant a été utilisé pour le traitement d'une contracture permanente hystérique, survenue spontanément chez une religieuse, la sœur P., dont l'observation a été publiée tout au long dans le *Progrès médical*.

Comme complément de cette étude de la catalepsie produite par l'impression lumineuse, M. Charcot rappelle l'expérience, bien connue, qui consiste à faire tomber un coq ou une poule dans un état assez analogue à la catalepsie de l'homme, en lui plaçant le bec devant une ligne blanche tracée sur le sol. L'expérience est reproduite en plaçant un coq devant une lumière de Drummond; survient bientôt un état qui ressemble à la catalepsie, mais qui n'est jamais suivi de léthargie. Ces faits ont déjà été reconnus depuis longtemps par le père Athanase Kirscher, qui pensait que la cause de ces phénomènes résidait dans *l'imagination de l'animal*. Récemment, en Allemagne, cet état cataleptiforme a été reproduit par divers procédés sur divers animaux, tels que le pigeon, le lapin, le moineau, le cobaye, la salamandre, l'écrevisse, par M. Preyer, qui l'attribue à la terreur ou au saisissement. M. Charcot, sans chercher à donner la raison de ces phénomènes, se contente de les rapprocher de ceux qu'on observe chez les hystériques, indiquant un chapitre de pathologie comparée qui ne manque certes pas d'intérêt (1).

Mais la lumière n'est pas le seul agent qui puisse plonger les hystéro-épileptiques dans les états de catalepsie et de léthargie; les mêmes expériences ont été reproduites, sous l'influence des vibrations sonores. Les malades Gl. et B. sont assises sur la boîte de renforcement d'un fort diapason, ce diapason, en métal de cloche, vibre soixante-quatre fois à la seconde. Il est mis en vibration au moyen d'une tige de bois qui en écarte violemment les branches ou d'un archet qui frotte son extrémité ouverte. Au bout de peu d'instants, les malades entrent en catalepsie; les yeux restent ouverts, elles paraissent absorbées, elles n'ont plus conscience de ce qui se passe autour d'elles et leurs membres conservent les diverses attitudes qu'on leur imprime (2). Si l'on arrête brusquement les vibrations du diapason, immédiatement se fait entendre le bruit laryngien, les membres tombent dans la résolution et les malades sont plongées dans la léthargie. — Ici la léthargie possède tous les caractères décrits précédemment. Au milieu de l'état léthargique, de nouvelles vibrations du diapason ramènent la catalepsie.

Il semblerait donc que la suppression de l'agent qui a provoqué la catalepsie soit la condition nécessaire de sa disparition pour faire place à la léthargie. Mais il faut que la transition soit brusque, la lumière par exemple éteinte tout d'un coup, ou bien les vibrations du diapason arrêtées soudainement; si on laisse les vibrations s'épuiser d'elles-mêmes, la catalepsie persiste.

L'action de l'agent qui a produit la catalepsie peut donc s'épuiser, disparaître, et la catalepsie n'en persister pas moins. En effet, nous voyons la malade, sur laquelle on a répété ces diverses expériences, demeurer pendant quelque temps, un quart d'heure ou une demi-heure, — jusqu'à ce que les distractions, une petite promenade au grand air, aient tout fait disparaître, — dans un état de prédisposition tout spécial qui fait qu'elle entre en catalepsie toute seule sans l'intervention appréciable d'aucun agent extérieur, comme par les seules tendances de son organisme ébranlé.

Enfin, des effets absolument semblables à ceux que nous venons d'exposer sont obtenus sans l'intervention d'un foyer lumineux ou des vibrations sonores. — Il suffit de fixer la malade dont le regard est dirigé sur celui de l'expérimentateur; quelle que soit la personne qui la regarde fixement, B..., dont la sensibilité à ce genre d'expériences est très-grande, tombe presque immédiatement dans le carus hystérique, précédé de l'inspiration sifflante habituelle. Chez les malades plus longues à endormir par ce moyen, la léthargie semble précédée d'une sorte d'état cataleptique. Tout ceci s'obtient sans manœuvres particulières, et sans que la personnalité de l'expérimentateur y soit pour quelque chose.

Une fois la malade endormie de cette façon, il suffit de lui ouvrir les yeux pour la rendre cataleptique; et l'on peut répéter à volonté, et nous ajoutons sans grande fatigue pour la malade, toute la série des expériences reproduites plus haut.

(1) L'expérience attribuée à Kirscher (1646), était déjà connue de Schwenter : *Delieiae physico-mathematicae*. Nürenberg, 1636, qui l'avait empruntée à un ouvrage publié sans nom d'auteur, par un Français. Sur l'état cataleptique chez les animaux voir, en outre, des travaux du Dr Michéa, de Czermak. (*Archives de physiologie de l'homme et des animaux*. Bonn, 1873; de Preyer, *die Kataplexie und der Thierische Hypnotismus*, avec planches, Iena, 1878).

(2) Nous avons vu que, lorsque les malades étaient rendues cataleptiques par la lumière, il suffisait de leur fermer les yeux pour les plonger dans l'état léthargique. Dans le cas présent, la même manœuvre ne conduit pas au même résultat. Tant que dure la vibration sonore, on peut fermer les yeux de la malade et la catalepsie n'en persiste pas moins.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — **M. JULES SIMON.**

A. Quinquina. — B. Sulfate de quinine (1).

Leçon recueillie par S. CHAMBARD, interne des hôpitaux.

B. *Sulfate de quinine.*

Passons à la fièvre intermittente *des enfants qui ont dépassé la seconde année.*

Chez ces enfants, le type prédominant n'est plus exclusivement quotidien. Parfois, il est tierce, ou double tierce. Souvent diurne, il devient encore aisément nocturne à la longue. La fièvre affecte fréquemment aussi des allures très-surprenantes. Tantôt l'enfant semble frappé d'une méningite au début, d'autrefois d'une fièvre continue. Dans d'autres cas, on le voit atteint de contractures, de douleurs articulaires, et en dépit de votre instruction sur ce point, vous pourrez encore vous trouver momentanément surpris par l'étrangeté des accidents.

Laissez-moi vous rapporter ici deux ou trois types de ces manifestions anormales de l'intoxication palustre. Je vis un jour entrer dans mon cabinet un enfant atteint de torticolis très-prononcé, dont la démarche me fit songer avant tout interrogatoire et tout examen à un mal de Pott de la partie supérieure de la colonne vertébrale. A peine est-il assis que les réponses de la mère viennent renverser tout mon échafaudage de présomptions. « Mon enfant, me dit la mère, est atteint de torticolis depuis onze heures seulement. Comme il est une heure et demie en ce moment, il y a donc deux heures et demie; et s'apercevant de mon étonnement, elle continue, sans désemparer : Ce torticolis lui revient tous les jours à peu près à la même heure depuis cinq jours; il se dissipe vers 4 à 5 heures, et l'enfant reprend à peu près sa gaieté et son entrain habituel. Toutefois, il jouit d'un moins bon appétit, il maigrit, pâlit, et, ajoute-t-elle, je soupçonne fort qu'il a besoin de sulfate de quinine parce que la périodicité est manifeste, et qu'à Bukarest, son pays natal, cet enfant, âgé de quatre ans aujourd'hui, avait été souvent atteint de fièvre palustre. »

Vous devez bien penser avec quelle attention je recueillis ces renseignements, et quel soin j'apportai à l'exploration de la colonne vertébrale et des muscles adjacents. En peu de temps, je pus me convaincre que cet enfant était atteint d'un torticolis musculaire, avec contracture douloureuse du sterno-cléido-mastoïdien dont le point de départ, en raison de l'intermittence manifeste, devait être l'empoisonnement palustre.

Je lui administrai 50 centigrammes de sulfate de quinine par jour. Dès le lendemain, l'accès était reculé, amoindri; au 3e jour, il avait à peu près disparu. L'enfant continua

(1) Voir les nos 48, 49 et 50.

© BIU Santé

l'usage du sulfate de quinine pendant 5 à six jours encore, et ce torticolis palustre cessa complétement. Cet enfant ne m'a plus été présenté, et j'ignore ce qu'il est devenu.

Voici deux autres observations de petits malades dont les accidents simulaient la méningite ou la fièvre typhoïde, et qui n'ont dû leur salut qu'au sulfate de quinine administré à haute dose.

Un enfant de trois ans, dont la sœur avait succombé quelques mois auparavant à une fièvre anormale, fut pris pendant un mois 1/2, de malaises éphémères auxquels succédèrent, dans la matinée, du refroidissement des extrémités, de l'agitation nocturne et cela sans qu'il cessât de s'alimenter, ni de sortir. Ce nouvel état dura 8 à 10 jours, sans revêtir un caractère plus tranché, quand un jour à la promenade, un accès de fièvre, survenant deux heures après le déjeuner, détermina des vomissements et des convulsions éclamptiques.

Pendant une nouvelle période d'un septénaire, l'enfant assez gai le matin, change de physionomie pendant l'après-midi, vers 2 heures. Les mains deviennent glacées à ce moment, et le pouls monte à 124 pulsations. Les nuits sont agitées, et enfin, à part ce refroidissement des mains, que j'ai eu de la peine à préciser, et qu'on attribuait au seul début d'un paroxysme vespéral, le pouls n'offre plus guère de rémission. Il reste élevé. Puis viennent s'ajouter de nouveaux symptômes alarmants. L'enfant se plaint de céphalalgie, de roideur du cou. Toutefois, on n'observe ni strabisme, ni vomissements, ni respiration irrégulière, ni dépression de l'abdomen. Mais en peu de temps, la roideur du cou augmente, l'enfant évite à tout prix les mouvements de la tête, le pouls atteint 140, et les voies digestives présentent un état saburral.

Comme la sœur de ce petit garçon, âgée de 10 ans, avait succombé, 3 mois avant, en moins de huit jours, à une maladie d'allure typhique, mais très-mal définie, la famille, naturellement saisie d'effroi, me manda en consultation avec son médecin ordinaire, un de mes meilleurs amis. J'inclinai dans le sens de la fièvre intermittente pernicieuse. Bien des raisons militaient en faveur de cette opinion sans toutefois offrir le caractère de certitude. Après 15 jours révolus, une méningite a d'ordinaire une physionomie plus tranchée. La fièvre typhoïde n'est guère reconnaissable dans cette observation où il n'est point relaté de phénomènes abdominaux et thoraciques. La tête et le cou semblent néanmoins le siége principal du mal, avec cette autre particularité que le pouls reste élevé (140), que les mains sont saisies de refroidissements étranges, succédant à une série d'accès de malaises quotidiens, revenant presque à la même heure. J'ajoute que la famille avait passé une saison d'été à la campagne, dans le voisinage d'eaux stagnantes, que la jeune fille était morte en novembre suivant, et le frère suivait la même voie trois mois après. A entendre cette exposition raisonnée, la conclusion nous semble forcée. Le doute n'était pas possible.

Détrompez-vous, des hommes d'une grande autorité avaient été appelés à examiner cet enfant, et ne s'étaient pas trouvés en mesure d'établir les bases certaines du diagnostic. Ces symptômes que je déroule devant vous, je les dégage à dessein de toutes les obscurités qui les masquaient et dont l'enchaînement paraissait confus. C'est plutôt par exclusion, que par une analyse directe et précise, que je suis arrivé à me renfermer dans cette opinion de fièvre palustre, insidieuse. Enfin, notre diagnostic posé, je mis immédiatement en œuvre la pratique que je viens de vous faire connaître.

Je fis prendre le sulfate de quinine jusqu'à l'ivresse. Une dose de 30 centigrammes fut d'abord administrée, et d'heure en heure cet enfant, âgé de trois ans, prit 10 centigrammes de ce sel. Il atteignit ainsi 70 centigrammes. Ce traitement fut commencé le 5 mars 1876. Le lendemain, 6 mars, amélioration du côté de la tête; le pouls descend à 120. L'enfant présente une physionomie plus ouverte. Même état saburral, mais moins de dégoût. Je prescris encore d'atteindre, ce second jour, l'ivresse quinique qui se manifeste à la dose de 50 ou 60 centigrammes.

Après ces deux jours de traitement actif, l'enfant demandait à se lever ; on le levait, et il me recevait dans la matinée du troisième jour, avec sa gaieté, son entrain et les allures les plus naturelles.

Depuis cette époque, il reste soumis à mon observation. Il a été atteint de rechutes ébauchées, et n'a guère cessé de prendre du sulfate de quinine, de l'arsenic ou des préparations variées de vin de quinquina.

Dernières remarques, fort importantes, et qui vous indiquent la ténacité des empoisonnements : Dans cette même année 1876, je vis un enfant d'un de mes amis, âgé de trois ans environ, pris de symptômes cérébraux fort étranges, accompagnés de fièvre, d'agitation nocturne, de vomissements, de constipation, qui cédèrent au sulfate de quinine administré à haute dose.

J'ai encore observé chez les enfants des attaques plus étonnantes. Certains de mes petits clients, vivant l'été dans le Poitou, ne guérissent de certaines bronchites, en revenant à Paris, qu'avec le sulfate de quinine. Vient-on à le cesser trop tôt, tout le cortége de malaise, de fièvre et de catarrhe bronchique reparaît. Chez d'autres enfants, j'ai vu des accès de délire, des états comateux, des hallucinations, des terreurs nocturnes, des sueurs profuses, des états diarrhéiques qui ne reconnaissaient point d'autre origine que l'empoisonnement palustre.

En 1871, un enfant habitant d'ordinaire San-Francisco me fut amené dans mon cabinet ; le but était de me demander une simple ordonnance de sulfate de quinine. La mère, qui arrivait d'Amérique avec son enfant, avait épuisé pendant son long voyage toute sa provision de quinine. Elle me montra son ancienne prescription, et c'est par elle que j'appris l'administration et le transport de la quinine dans de la glycérine. Son enfant avait été atteint d'accès de fièvre manifeste, mais depuis un an environ il était sujet à la diarrhée que les astringents et les narcotiques ne guérissaient point. La quinine seule en avait raison.

Je m'arrête à ces seules observations, et je vous préviens que chez les enfants au-dessus de deux ans, vous pourrez vous trouver en présence des formes larvées, les plus anciennes et les plus insidieuses.

Quelques auteurs, forts de la théorie anémiante du sulfate de quinine, ne craignent pas de contester l'origine palustre de semblables accidents. Ils invoquent en faveur de leur opinion que les sels de quinine guérissent d'autres manifestations que celles de l'empoisonnement palustre. Rien n'est plus exact, et j'en tombe d'accord. Mais quand tous les remèdes en crédit ont épuisé en vain leur action pour combattre ces accidents et que le sulfate de quinine les dissipe en un tour de main, et quand ensuite, remontant le cours des antécédents du malade, vous arriverez à découvrir l'origine palustre, il faudra bien s'incliner.

Notez bien que la théorie n'est pas seule en jeu. C'est la véritable pratique de notre art qu'on ébranle, et dans une des régions où elle triomphe d'une manière éclatante.

Les enfants de plus de deux ans présentent également les symptômes de l'empoisonnement chronique. Mais ici, je dois vous l'avouer, je n'ai rien observé de spécial à l'enfance. Comme chez l'adulte, le teint se décolore, l'enfant maigrit, s'épuise en diarrhée, pendant que son ventre se gonfle sous l'influence du météorisme, et de l'intumescence du foie et de la rate. Souvent les urines sont chargées d'albumine qui s'accompagne de bouffissure du visage et d'œdème des jambes. Il n'est pas rare non plus de remarquer dans ces états cachectiques une très-grande tendance aux hémorrhagies nasales, intestinales et cutanées.

Je ne veux pas terminer cette trop courte étude de la fièvre intermittente et de l'empoisonnement palustre chez les enfants, sans vous signaler un dernier trait vraiment caractéristique. C'est la ténacité, la longue durée de cet empoisonnement, c'est la tendance aux récidives, à la chronicité de toutes les manifestations symptomatiques, qui reconnaissent cette origine.

Les accidents aigus, la fièvre simple, cèdent aisément à la quinine, mais soyez assurés que l'enfant en subira de

© BIU Santé

nouvelles atteintes, non pas aussi violentes d'ordinaire, mais enfin assez accentuées pour vous indiquer que le poison n'est pas épuisé. Ce pronostic sérieux, cette propension à la longue durée est naturellement plus frappante chez les enfants vierges de tout traitement, malgré une série d'accès, et chez ceux dont les accès ont une violence effrayante.

Pourtant, tous les accès atténués, cachés, larvés et insidieux sont loin d'être des indices d'une intoxication légère et de courte durée.

En résumé, n'oubliez jamais que les affections palustres, en dépit des préparations de quinine et de quinquina, sont les affections les plus sujettes à récidiver. On ne saurait jamais prévoir le nombre de mois et d'années de leur durée.

Dans les formes chroniques, par exemple, je donne la quinine et le quinquina comme le mercure aux malades atteints de syphilis, c'est-à-dire pendant un temps considérable et quelquefois, pendant toute leur vie, mais en en suspendant de temps en temps l'emploi pour rendre au médicament toute son énergie et éviter l'accoutumance.

Dans ces cas, Messieurs, la maladie se compose de deux éléments distincts que vous ne devrez pas perdre de vue, sous peine de faire une thérapeutique incomplète. L'élément causal, l'élément paludéen que vous tiendrez en respect par le traitement suffisamment prolongé et réitéré par la quinine; et l'élément anémique qui est la conséquence de l'action prolongée du premier. A cet état anémique et adynamique, vous devrez opposer les toniques et les reconstituants sous toutes leurs formes : le quinquina, le fer, l'arsenic aux mêmes doses que pour les affections dartreuses, les bains de mer, l'hydrothérapie et surtout le changement de climat.

Névralgies. — Névroses. — La quinine est très-efficace contre les névralgies qui sont une manifestation larvée de l'impaludisme. Son action n'est pas douteuse, quoique plus faible, contre celles qui dépendent de toute autre cause : rhumatisme, chlorose, hystérie, froid, etc.

Elle agit également dans les névroses; moins dans celles d'origine encéphalique que dans celles qui se rattachent aux systèmes spinal et ganglionnaire. C'est ainsi qu'on la voit réussir dans certains cas de toux nerveuse aboyante, dans certaines dyspnées, et que son action spéciale sur l'innervation cardiaque doit la faire préférer à la digitale, dans des cas d'angine de poitrine et de palpitations nerveuses du cœur. Mais ces faits sont trop complexes et ces symptômes dépendent de causes trop diverses, pour que je m'y étende davantage.

Maladie de Ménière. — Il est, Messieurs, une affection singulière : le vertige de Ménière, dans laquelle le sulfate de quinine a rendu, il y a peu de temps, des services éclatants, entre les mains de M. le professeur Charcot. Cette maladie décrite par Ménière en 1861, signalée par Trousseau en plusieurs points de ses cliniques, étudiée récemment par M. Duplay dans les Archives de médecine; consiste, vous le savez, en crises vertigineuses annoncées par un sifflement ou un ronflement perçu par le malade, et terminées par des vomissements. Cet état extrêmement pénible peut rendre la marche et la station impossibles, comme chez certaine malade de la Salpêtrière, et se compliquer, comme chez elle, d'attaques d'hystérie.

Bien qu'il semblât difficile de guérir radicalement une affection qui semble, dans beaucoup de cas, liée à une lésion de l'oreille interne, comme le montrent l'anatomie pathologique et les expériences physiologiques. M. Charcot pensa que le sulfate de quinine, dont l'action sur les centres auditifs et l'oreille interne est démontrée par les bourdonnements d'oreille et la surdité qu'ils déterminent, pourrait au moins amender les phénomènes les plus pénibles du vertige *ab aure læsa*. Il administra ce sel à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour, pendant près de trois mois, et aujourd'hui la malade peut marcher et se tenir librement, et est débarrassée des crises vertigineuses terribles dont elle souffrait autrefois et que le moindre ébranlement suffisait à réveiller.

Rhumatisme. — Je ne donne jamais de fortes doses de quinine aux enfants atteints de rhumatisme articulaire aigu, tant je crains la suppression brusque des manifestations articulaires, et l'apparition de phénomènes cérébraux. Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse de la nature de l'encéphalopathie rhumatismale, que l'on la considère comme une intoxication ou comme une méningite, l'expérience prouve qu'il est dangereux de couper brusquement les attaques de rhumatisme par quelque moyen que ce soit. De longues discussions ont porté sur les causes de ces complications redoutables. Les uns accusaient le sulfate de quinine, d'autres, avec MM. Briquet et Trousseau, le déclaraient inoffensif, d'autres invoquaient l'action débilitante de la saignée. Trousseau pense que ces médications n'ont pas l'influence qu'on leur a attribuée et que l'alcoolisme et la prédisposition névropathique sont seuls en cause; nous avons vu cependant, en vous parlant de l'action physiologique du quinquina, que le sulfate de quinine à haute dose pouvait exciter le cerveau jusqu'à production de délire, et je craindrais, en le donnant à doses élevées, sinon de provoquer un véritable rhumatisme cérébral, du moins de m'exposer au délire quinique qui peut le simuler.

Affections cardiaques. — Le quinquina jouit, comme je vous l'ai montré, d'une action sédative sur l'innervation cardiaque qui lui a valu le nom d'opium du cœur. Dans les palpitations nerveuses de cet organe et dans ses lésions organiques avec phénomènes nerveux disproportionnés à la cause locale, il mérite à cet égard d'être préféré à la digitale, à la scille et peut remplacer, avec avantage, le bromure de potassium, dont il n'a pas les propriétés altérantes.

Etats fébriles. — Fièvres intermittentes symptomatiques. — Sans avoir la propriété d'arrêter les fièvres continues et la fièvre typhoïde dans leur marche, le sulfate de quinine peut, comme l'a montré M. Briquet, diminuer la température, ralentir le pouls et atténuer les désordres nerveux dans les formes ataxiques. Il est digne de remarque que ses plus grands succès aient été observés dans les cas où l'on pouvait constater des rémissions et des exacerbations bien prononcées et bien régulières, et qui, à cet égard, se rapprochaient des fièvres rémittentes.

Hémorrhagies. — Le quinquina et le sulfate de quinine ont été préconisés contre les hémorrhagies nasales et utérines. J'ai cru remarquer, cependant, que ce dernier facilitait l'écoulement menstruel. Il faut distinguer, du reste, l'action du quinquina de celle de la quinine : le premier peut être un hémostatique comme tonique général et astringent, peut-être le second n'agit-il que contre les hémorrhagies périodiques qui sont souvent des manifestations larvées de l'impaludisme ?

Chlorose. — Anémie. — Le quinquina en poudre ou en teinture, sirop, vin, soit seul, soit associé au fer, à la rhubarbe, à l'opium, la belladone ou les strychnées, est fréquemment employé contre les diverses formes de dyspepsie liées à la chlorose et à l'hystérie. Aux vins de quinquina que l'on emploie communément, je préfère les vins titrés comme le quinium ; je prescris également la teinture à la dose de 10 à 20 gouttes. Vous me voyez également ordonner le vin ou le sirop de quinquina, mêlé au sirop d'iodure de fer et au sirop antiscorbutique; en hiver, à l'huile de foie de morue, dans les diverses formes de la scrofulose : la dose est de une cuillerée, le matin et le soir.

Permettez-moi, Messieurs, en terminant, d'insister de nouveau sur ce fait que le quinquina administré aux enfants à la mamelle les rend dyspeptiques ; donné à hautes doses et sans relâche aux enfants plus âgés, il provoque de la constipation, de la céphalalgie, de l'irritation cérébrale. Ces réserves faites, le quinquina constitue un médicament précieux dont les vertus sont pour ainsi dire doubles. Par ses principes toniques et astringents, il est un excellent tonique ; par ses alcaloïdes, c'est un anti-périodique puissant, un bon anti-pyrétique et un agent thérapeutique de premier ordre, un spécifique, comme on disait autrefois, contre les fièvres intermittentes régulières ou non, légères ou graves, franches ou larvées, à une condition, toutefois,

© BIU Santé

et que vous n'oublierez pas, Messieurs, c'est qu'il convient, même aux enfants, de donner de hautes doses et des doses prolongées, quand il s'agit de combattre les manifestations d'un empoisonnement palustre avéré.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

La fièvre jaune (1).

Un des points à l'étude desquels les médecins américains se sont plus particulièrement livrés pendant l'épidémie, c'est l'anatomie pathologique microscopique. Le docteur Marion en sa qualité de médecin résidant à l'hôpital des fiévreux de Louisville a été à même de faire de nombreuses recherches dans cette voie. Les résultats de ses études se trouvent consignés dans le « *Louisville medical News* » du 26 octobre. Nous résumons en quelques mots l'article très-intéressant de ce médecin.

Une goutte de *sang* extraite du doigt d'un homme atteint de fièvre jaune, et portée sur le champ du microscope, présentait des globules rouges à surface inégale, crénelés ; la proportion des globules blancs était considérablement augmentée au moins dans les cas graves. Au milieu de ces globules se voyaient des corps de forme ovalaire, ou allongée, d'une couleur jaunâtre et doués de mouvements. C'était probablement, dit l'auteur, des bactéries, mais elles ne ressemblaient à aucune espèce qu'il eût vue jusque là. Le *foie* est, on le sait, le principal siège des lésions que produit la fièvre jaune ; la couleur de l'organe malade varie du jaune clair au brun muscade, elle peut même être normale ; il est en général augmenté de volume, mais cette augmentation est parfois très-peu marquée ; sa consistance est dure ; à la section on constate que les cellules hépatiques sont teintées de bile et qu'elles ont subi la dégénérescence graisseuse ; le tissu conjonctif proliféré étouffe les cellules.

Les reins sont toujours congestionnés et parfois considérablement augmentés de volume. A la section on trouve des hémorrhagies dans les deux substances. Les tubes urinifères sont, les uns remplis d'une substance granuleuse et de cellules épithéliales ; les autres complétement vides et dépouillés d'épithélium. Il y a souvent un léger degré de dégénérescence graisseuse ; en un mot d'après l'auteur, les reins présenteraient toutes les apparences du rein Brightique. La rate ne présente pas de lésion constante : tantôt elle est normale, tantôt légèrement hypertrophiée. Le Dr Collins Mac Elroy (*The Cincinnati Lancet and Clinic*) a *toujours* trouvé la rate *énormément hypertrophiée*. La muqueuse du tube digestif ne présente d'autres lésions qu'une congestion généralisée et s'étendant à toute la longueur de ce tube. Les *parois cardiaques* sont également le siége d'une dégénérescence graisseuse ainsi que les parois vasculaires ; cette dernière condition jointe à la plus grande fluidité du sang rend compte des nombreuses hémorrhagies, des ecchymoses sous-cutanées, des infarctus pulmonaires qu'on rencontre toujours dans les cas graves. M. Marion a placé devant la bouche de ses malades un verre parfaitement nettoyé sur lequel il versait une légère couche de glycérine ; après avoir ainsi exposé cette plaque à l'air expiré, il la portait sur le champ du microscope et il y a constaté la présence d'une grande quantité de vibrions très-actifs ; il n'en donne malheureusement qu'une description très-succincte en disant qu'ils étaient *courts* et *pointillés*. C'est surtout l'étude des modifications de l'urine qui a préoccupé la plupart des médecins. On y constate d'une façon constante des tubes granuleux, et de l'épithélium rénal, ainsi que de l'épithélium vésical ; on y trouve aussi de la bile. Les tubes granuleux appparaissent dans les urines au bout de 48 heures dans les cas graves, plus ordinairement vers le 3e ou 4e jour.

L'albumine s'y montre dès les premières heures ; c'est même là pour le Dr Bell (*Cincinnati medical News*. Octob.) le meilleur signe distinctif entre certaines formes frustes de la fièvre jaune et certains accès de fièvre intermittente.

En comparant cet aperçu rapide des recherches américaines avec ce que nous possédions jusqu'alors en fait de connaissances anatomo-pathologiques sur la fièvre jaune, voire même avec l'ouvrage consciencieux de M. Bérenger Féraud, on reconnait qu'on a fait faire au-delà de l'Atlantique, un grand pas à la science.

Nous ne nous arrêterons pas à la symptomatologie qui n'a pas été durant cette épidémie l'objet d'études spéciales. Les quelques articles, qui ont paru sur ce point dans les revues américaines (Dr Bell, *Cincinnati medical News*. — October).—(*Boston Medical and Surgical Journal* — Oct.), ne renferment rien qui ne se trouve dans le remarquable travail que nous venons de citer.

Un point qui a été souvent en litige et qui a donné lieu à de nombreuses polémiques médicales, c'était le diagnostic de cette affection d'avec certaines formes de fièvres intermittentes. Cette discussion a donné naissance à un long article du docteur Compton (*The Canada Lancet*, oct.), où il trace tous les caractères distinctifs des deux affections. — Le maximum de la douleur dans la fièvre jaune, siége à la partie postérieure de la tête et dans la région cérébro-spinale. — Dans la fièvre intermittente, il siége à la région frontale. La périodicité des attaques n'appartient nullement à la fièvre jaune, et le quinquina n'a ici aucune action. Les vomissements noirs sont le propre de cette maladie, et ne se rencontrent jamais dans la fièvre intermittente.

La première s'attaque aux voies digestives, la nutrition est immédiatement entravée. — Dans la seconde, ces organes jouissent, au contraire, d'une immunité complète ; entre les accès, les malades peuvent se nourrir et mangent de bon appétit.

Contrairement à ce qu'on aurait pu croire, nous trouvons peu de renseignements sur les méthodes de traitement mises en usage. Dans une lettre adressée de la Nouvelle-Orléans au *Boston Medical and Surgical Journal*, il est question de lotions froides dans les cas de température excessive. Les purgatifs répétés, alliés aux diaphorétiques dès le début de la maladie, plus tard les applications de flanelle chaude sur la région lombaire, à la période algide, constituent la méthode la plus généralement adoptée.

Quelques vieux médecins croyant encore à une identité de nature entre la fièvre jaune et la fièvre intermittente, donnaient du quinquina et de l'opium ; les statistiques qui établiront d'une façon décisive, laquelle de la jeune ou de la vieille école a raison, ne sont pas encore faites ; quand elles paraîtront, nous verrons quelle conclusion nous devrons en tirer.

(1) Voir le n° 48.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un président perpétuel. Dans le comité secret qui a suivi la dernière séance, les membres présents ont décidé à l'unanimité de présenter M. Paul Bert comme seul candidat.

Au dépouillement du scrutin, sur 35 votants, M. Paul Bert obtient 31 voix, M. Vulpian 3, et M. Marey 1.

En conséquence, M. Paul Bert est proclamé président perpétuel de la Société de biologie.

Les alcools de pomme de terre. Après avoir traité des huiles de pomme de terre, qui sont le résidu de la distillation de l'alcool brut, M. RABUTEAU entretient la Société de la composition de cet alcool brut, autrement dit des *flegmes* de pomme de terre, qui étaient autrefois, en Suède, livrés à la consommation sans avoir été épurés. On s'explique alors comment l'alcoolisme s'est rapidement étendu dans ce pays, et comment le grand médecin suédois Magnus Huss a pu faire dès 1849 un tableau clinique parfait de l'alcoolisme.

Les flegmes de pomme de terre contiennent des gaz toxiques que fait disparaître l'épuration à froid par le charbon. C'est l'alcool ainsi épuré à froid, qui laisse comme résidu les huiles de pomme de terre. Dans les flegmes, on trouve toutes les substances contenues dans les huiles, mais dans une plus faible proportion.

M. Rabuteau fait circuler une bouteille de cet alcool brut, qui n'a pas d'odeur désagréable. Il contient 50 0/0 d'alcool éthylique, 15 pour 1000 d'alcool isopropylique, des traces d'alcool propylique, de l'alcool amylique ordinaire et de l'alcool amylique secondaire.

M. Rabuteau a fait de nouvelles expériences sur la toxicité de ces différents alcools.

Les animaux choisis sont la grenouille et le cochon d'Inde. On les soumet aux vapeurs de ces divers alcools. Une solution aqueuse d'alcool éthylique à $\frac{1}{5}$ n'exerce pas d'action nuisible sur les grenouilles; la même solution d'alcool isopropylique les tue en quelques heures; l'alcool propylique agit de la même façon en une heure; enfin une solution à $\frac{1}{50}$ d'alcool amylique amène la mort instantanée des grenouilles qui en respirent les vapeurs. L'alcool amylique est même toxique pour les grenouilles quand il est employé en solution à $\frac{1}{500}$.

D'après M. Rabuteau, si les vins blancs offrent plus de danger que les vins rouges, c'est qu'ils contiennent 2 gr. 50 par litre d'éther acétique. Les vins vieux contiennent aussi un éther, qui est l'éther œnanthilyque.

Pour les éthers, M. Rabuteau établit une distinction entre les éthers qui sont brûlés dans l'organisme des animaux à sang chaud (éther acétique, acétate de méthyle, formate d'éthyle) et les éthers qui, comme le chloroforme et le chlorure d'éthyle, ne changent pas de nature dans l'organisme et sont éliminés tels quels.

Les éthers du premier groupe existent en plus ou moins grande quantité dans différentes liqueurs: c'est ainsi que certains distillateurs font du rhum en ajoutant à l'alcool du formiate d'éthyle. Naturellement ce rhum est un poison comme le kirsch à la nitrobenzine.

M. Rabuteau conclut en disant qu'aujourd'hui plus que jamais, il est nécessaire d'établir pour l'alcoolisme une distinction qu'il avait déjà signalée en 1870. Il y a d'abord l'*éthylisme*, l'ébriété souriante du vieux Bacchus et l'*amylisme* ou mieux le *polyalcoolisme* qui produit l'ivresse stupide et lourde de la plupart des buveurs de notre époque.

Fabrication du curare. M. JOBERT donne d'intéressants détails sur la fabrication du curare, qu'il a vu préparer, devant lui, par les Indiens Tecunas, au Calderoao (Brésil), non loin de la frontière Péruvienne.

Le curare des Indiens Tecunas est peut-être le meilleur des curares américains. L'élément principal qui entre dans la composition du curare provient d'une plante de la famille des strychnées (*strychnos castelna*). Toutes les strychnées produisent d'ailleurs l'effet du curare.

Les Indiens ont deux espèces de curare : le *curare médicinal*, dont ils se servent pour combattre les convulsions et d'autres accidents nerveux, et le *curare de chasse*, destiné à tuer instantanément le gibier.

Pour le curare médicinal, les Indiens prennent l'écorce râpée de diverses strychnées et y ajoutent un cinquième d'une ménispermacée qui porte au Brésil le nom d'*Eko* ou *Pani*. Ce mélange, pétri à la main, est épuisé à l'eau froide qu'on reverse sept ou huit fois. Le liquide rouge qui en résulte est le curare médicinal.

Pour avoir le curare de chasse, les Indiens ajoutent, à la préparation précédente, de nouvelles substances: une aroïdée, le *Taja*, dont le suc est très-corrosif et dont on fait usage pour cautériser les plaies, et quatre pipéracées, dont l'écorce, placée sur les lèvres, produit une insensibilité locale de quelques heures. On fait bouillir, et l'on obtient ainsi le *curare rapide* ou curare de chasse, dont on enduit les flèches. L'animal blessé par une flèche imbibée de ce curare, meurt instantanément.

Hygiène de la vue. M. JAVAL soumet à la Société les résultats de ses recherches persévérantes sur l'hygiène de la vue. Si le nombre des myopes s'est accru en France, c'est parce qu'on n'a pas tenu assez de compte des causes de fatigue de l'œil.— Chacun sait que si l'on regarde fixement une étoffe à carreaux la vue se trouble très-vite; ces alternatives d'impressions lumineuses de couleur différente fatiguent l'œil. Il en est de même lorsqu'on lit un livre qui reste immobile sur la table.

Mais si le lecteur mobilise le livre, une cause de fatigue est du même coup supprimée.

Les lignes noires sur fond blanc, telles qu'elles existent sur la plupart des livres, augmentent encore la fatigue.

L'œil n'est pas achromatique, et si l'on supprime le bleu du spectre solaire, on évite, dans une certaine mesure, le spectre de diffusion sur la rétine. Les fabricants de bréviaires l'ont bien compris, puisque, sans être guidés par la physiologie, ils ont donné une teinte jaune chamois à leurs produits qui doivent servir journellement. Le papier en pâte de bois répond aux conditions physiologiques; mais les fabricants le gâtent en y ajoutant de l'outre-mer, pour faire disparaître la coloration jaunâtre.

Une cause de fatigue tout à fait spéciale, c'est la lecture de lignes trop longues, comme elles existent dans les journaux et les livres allemands.

De toutes ces considérations, M. Javal tire quelques préceptes généraux, dont l'application permettrait d'éviter la myopie progressive. 1° L'éclairage dans les écoles doit être suffisant: c'est reconnu depuis longtemps; 2° Les caractères doivent être bien voyants c'est-à-dire assez grands et sur papier jaune. 3° Il faudrait enjoindre aux éditeurs une réglementation dans la justification de l'impression. Les lignes de six centimètres de long conviennent mieux que toutes les autres.

CH. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 décembre 1878. — PRÉSIDENCE DE M. RICHER.

M. PANAS fait la lecture de son rapport sur le travail de M. Lannelongue : *l'ostéo-myélite pendant la croissance.*

M. COLIN, à propos du rapport de M. Panas, déclare qu'il n'a jamais observé l'ostéo-myélite putride dans les cas où le canal médullaire des os était exposé à l'air. Pour lui il existe une cause encore inconnue, comme point de départ des accidents putrides : il s'agit peut-être de la mort des éléments anatomiques accasionnée par une influence quelconque.

M. PANAS est d'avis qu'il existe une ostéomyélite maligne, pouvant se développer sans le contact de l'air; mais, en thèse générale, pour infecter les os, comme pour engendrer la septicémie, il faut que cet air contienne des germes putrides. Ce qui est difficile à expliquer c'est la production spontanée de l'ostéomyélite, variant avec les constitutions.

M. JULES GUÉRIN fait remarquer que tous les tissus divisés

© BIU Santé

à l'abri du contact de l'air n'engendrent jamais la septicémie.

M. Colin. — Il y a une distinction à établir entre ce qui doit se produire à la suite d'une opération et ce qui peut arriver à la suite de lésions quelconques sans déchirure des téguments. Toutefois, si les parties sous-jacentes à la peau, bien qu'à l'abri du contact de l'air, sont gangrénées, il pourra survenir des accidents de putridité. La septicémie et la gangrène sont des accidents qui se manifestent sans la présence de l'air.

M. Bouley. — Ce que l'on peut déclarer d'une manière absolue, c'est que la septicémie peut ne pas exister, bien que les tissus sous-cutanés soient mortifiés et gangrenés ; dans le bistournage notamment, on a tous ces résultats de gangrène sans le moindre inconvénient putride. Si donc le chirurgien respecte la peau, il empêchera le plus souvent la manifestation des accidents de putridité.

M. Colin ne partage pas l'avis de M. Bouley qui paraît confondre la mort réelle avec la mort apparente des tissus. Dans le bistournage le testicule n'est pas toujours mort et peut se résorber. Il fait allusion aux cas où le testicule a été lésé d'une façon complète sans lésion de la peau, et dans lesquels les accidents de gangrène sont cependant survenus.

M. Bouillaud croit que la présence de l'air vicié est nécessaire pour amener la septicémie.

M. Chauveau. M. Colin prétend que lorsque l'on pratique l'opération du bistournage il y a encore une circulation possible dans le testicule. Eh bien, au lieu de faire le simple bistournage, on peut pratiquer la torsion un grand nombre de fois, jusqu'à ce que le cordon soit rompu, la circulation ne saurait être invoquée et le testicule est un organe mort. Lorsqu'on prend ces précautions, que je viens d'indiquer, on n'observe jamais de putréfaction. Si maintenant on empêche le testicule de se greffer sur les parties avoisinantes, en faisant des manipulations qui triturent, malaxent le testicule, on assiste à la formation d'un vaste abcès au milieu duquel se trouve le testicule lui-même non putréfié. Renversant l'expérience, si je veux avoir un testicule putréfié, j'introduis, avant de pratiquer le bistournage, un liquide septique dans le courant sanguin. Cette expérience est péremptoire pour démontrer la nécessité de l'introduction des germes dans l'économie pour provoquer la septicémie.

M. Trélat. Il existe dans la science un certain nombre de faits de nécrose osseuse et de séquestres qui ont pu, suivant les cas, séjourner dans les os durant plusieurs années. Dans ces conditions pathologiques particulières, la séparation vasculo-névro organique crée des conditions absolument nouvelles; ce qui est certain, c'est que ces parties n'ont déterminé autour d'elles aucun caractère de putridité. Chaque fois qu'une portion de matière organique quelconque reste dans l'économie, en dehors des lois physiologiques, on peut être assuré qu'elle a quelque chose pour vivre, que cet organe soit enkysté ou réduit dans ses dimensions, il y aura un mode qui viendra attester l'influence qu'il subit des tissus voisins.

En résumé, et sans insister sur la communication de M. Chauveau qui, dans le bistournage, trouble tout et provoque la formation d'un abcès dans le scrotum, M. Trélat tient à mettre en relief les cas de séquestres osseux qui séjournent longtemps dans l'économie sans déterminer des phénomènes putrides.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 21 juin. — Présidence de M. Charcot.

5. Carcinome primitif du foie. — Thrombose par végétations cancéreuses de la veine porte; par A. Mossé, interne des hôpitaux.

Ollivier Ph., 74 ans, cordonnier, entre le 17 mai 1878, salle Saint-Thomas, lit n° 11, à l'Hôtel Dieu (service de M. Oulmont). En s'approchant du malade ce qui frappe d'abord, c'est sa maigreur extrême. La face, les membres et le thorax ont un aspect entièrement squelettique. Les membres inférieurs sont œdématiés; l'abdomen est très-distendu. Cet état de maigreur, dit-il, remonte à trente ans, tandis que le gonflement des extrémités ne s'est montré que depuis quinze jours, pour faire ensuite de rapides progrès ; l'émaciation est tellement prononcée, il y a une telle absence de muscles, que la main est simienne et que l'on peut se demander s'il n'y a pas quelque lésion trophique du système musculaire; cette idée paraît ensuite devoir être écartée : sa cachexie actuelle aurait simplement exagéré un état de maigreur très-marquée depuis fort longtemps. La cornée est subictérique ; la coloration des téguments est légèrement bistrée ; la teinte est plus foncée à la face que dans tout le reste du corps. L'œdème des membres inférieurs remonte jusqu'aux cuisses. L'abdomen, très-distendu, ne contient cependant qu'une quantité de liquide très-peu considérable : en effet, la percussion fait entendre une sonorité tympanique depuis l'épigastre presque jusqu'au pubis. Sur les parties latérales, sonorité et matité irrégulièrement distribuées.

Le *foie* est volumineux par la palpation simple, mais surtout en déprimant et refoulant un peu les parois abdominales, on trouve un plan résistant, dur, irrégulier, et qui paraît être formé par les bosselures du foie ; celui-ci étant un peu abaissé, la main ne sent pas précisément des masses distinctes dans le reste de l'étendue de l'abdomen, mais elle éprouve cette sensation particulière qui a été désignée sous le nom de ventre marécageux. La sonorité irrégulièrement distribuée, et ce dernier symptôme joint à la forme de l'abdomen, font penser qu'il y a aussi, outre l'affection du foie, une péritonite chronique ; l'âge du malade, son état cachectique, donnent l'idée d'une péritonite d'origine cancéreuse. Les fonctions digestives sont troublées : insomnie, hyperesthésie générale ; mais le malade n'accuse pas de vives douleurs dans une région plutôt que dans une autre. Traitement : Eau de Vichy ; vin de quinquina ; pilule d'extrait thébaïque.

Pendant quinze jours l'état est resté sensiblement le même; le malade se plaint surtout de ne point dormir la nuit, les urines ont une couleur acajou, sont très-chargées de sels, d'abord assez abondantes au moment de l'entrée du malade, puis ayant progressivement diminué de quantité; pas d'albumine. Examinées deux fois au moyen de l'appareil Regnard, elles ont été trouvées très-pauvres en urée (6 gr. d'urée). D'ailleurs il faut dire que le malade ne se nourrissait presque plus à ce moment. Ni diarrhée, ni constipation.

1er *Juin.*— La teinte de la peau, simplement bistrée au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, devient jaune maintenant. L'ascite est plus abondante qu'au début.

4 *juin.* — Apparition de quelques taches de purpura sur la face et les bras ; dans la journée, le délire, qui la veille et les jours précédents n'avait été constitué que par un simple subdélirium, augmente maintenant, diarrhée jaune depuis deux ou trois jours. Le malade, avant cette période, se levait pour aller à la garde-robe, et ne peut dire si les selles étaient décolorées ou au contraire jaunes comme elles le sont maintenant. Mort le 5 juin à une heure du matin.

Autopsie le 6 juin, trente heures environ après la mort (faite en présence de M. Rendu suppléant M. Oulmont). — Epanchement peu abondant dans les cavités pleurales : quelques adhérences au sommet du poumon droit. Poumon droit : pneumonie du lobe supérieur et du lobe moyen : le lobe inférieur est sain. — Le poumon gauche offre seulement de la congestion hypostatique. Le cœur n'offre rien de particulier à noter.—*Abdomen.* La cavité péritonéale contient environ 4 à 5 litres d'un liquide citrin foncé : le péritoine, le mésentère, le grand épiploon sont absolument sains ; il n'existe pas de péritonite chronique. L'intestin, ouvert dans toute son étendue, ne présente aucune lésion. La muqueuse est saine : les parois abdominales sont cependant plus friables qu'elles ne le sont à l'état normal.

Les reins ont leur aspect normal : la capsule n'est pas adhérente : quelques petits kystes au-dessous de la capsule, mais sans irrégularités ni adhérences du parenchyme. Il n'y a rien dans la vessie ni dans la prostate. Rate dure à la coupe, sans autre particularité : aspect normal. Pancréas un peu induré également, mais paraissant très-sain : la colonne vertébrale n'offre pas non plus de lésions ; les corps vertébraux sciés sur une grande étendue ne contiennent pas de noyaux cancéreux.

© BIU Santé

Foie irrégulier, offrant à la surface des nodules de volume inégal, mais généralement assez petits : ils sont disséminés sur toute la surface convexe du foie et plus particulièrement à gauche. A la coupe, ces nodules ont cette couleur blanchâtre et cette rénitence caractéristiques du cancer du foie ; la vésicule biliaire est saine. La face inférieure du foie demande une description spéciale ; sur le lobe gauche, quelques nodules semblables à ceux qui siégent sur la face convexe : sur le lobe droit, en arrière et en haut près du bord postérieur, saillie d'une tumeur ramollie : à ce niveau, le foie, recouvert par le diaphragme, a gardé sa coloration gris-rouge habituelle, et c'est la substance de cet organe qui forme la limite de la tumeur : une autre tumeur ramollie, presque fluctuante mais plus petite et faisant à peine saillie, est située à côté de celle-ci avec laquelle elle paraît d'ailleurs avoir des rapports plus immédiats. A la coupe, on constate que ces tumeurs sont formées par des masses rougeâtres, ramollies, très-probablement carcinomateuses et ayant détruit en ce point le tissu du foie ; elle se laisse enlever assez facilement et il reste alors une cavité anfractueuse environ du volume d'une orange.

Le tronc de la veine porte est occupé par un caillot noir et jaunâtre, irrégulier : la branche de division droite de la veine contient aussi une matière jaune, très-molle, et qui est probablement du carcinome ayant envahi secondairement le vaisseau. La branche gauche ne présente rien de semblable. Il n'y a pas de cancer dans l'estomac : les parois de celui-ci sont saines, la muqueuse offre seulement une teinte grise dans toute son étendue, sauf dans la région du cardia où elle est rouge et où les veines sont un peu dilatées.

L'examen histologique du foie a été fait au laboratoire du Collége de France par M. Chambard, qui a reconnu un carcinome. Les caillots de la veine porte s'étaient formés autour de bourgeons carcinomateux qui avaient envahi les parois vasculaires.

Réflexions. — Dans l'observation qui précède, nous signalerons surtout deux points : 1° Nous avons eu affaire à un cancer primitif du foie, affection assez rare pour avoir pu être presque niée par quelques anatomo-pathologistes : deux cas semblables ont été apportés cette année devant la Société, l'un par M. Letulle, l'autre par M. Routier. Dans celui qui nous est personnel, on ne peut songer également qu'à un cancer primitif, et cela par exclusion : tous les organes abdominaux étaient sains. Dans ces cas, en effet, l'examen d'aucun viscère ne doit être négligé : Nous tenons de M. le Dr Raymond, chef de clinique de la Faculté, et qui assistait à l'autopsie, que, dans une circonstance particulière où l'on avait cru avoir affaire à un cancer primitif du foie, mais où la vessie n'avait pas été ouverte, cet organe fut incisé d'après le conseil de M. le professeur Vulpian dans le service duquel était mort le sujet : il contenait un fongus carcinomateux. Ici, il semble que l'on puisse placer, non sans quelque vérité, le point de départ de la lésion dans le lobe droit du foie, elle s'est ensuite propagée au reste du parenchyme par l'intermédiaire des vaisseaux. C'est ce que nous explique l'aspect si différent des deux lobes : à droite, masse carcinomateuse, volumineuse, ramollie, dont la consistance rappelle l'encéphaloïde ; à gauche, au contraire, nodules blancs et petites tumeurs offrant l'aspect du cancer secondaire.

2° Il existait une thrombose de la veine porte et l'ascite était très-peu développée : M. Rendu, pendant son internat à Saint-Louis, avait déjà observé un cas analogue qu'il a présenté à la Société anatomique.

7. Tuberculose pulmonaire. — Lésions tuberculeuses de l'utérus et des trompes. — Péritonite chronique simple; par Maurice Letulle.

V..., Jeanne, 20 ans, était entrée dans le service du docteur Constantin Paul, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une tuberculose pulmonaire arrivée à la période cavitaire. Depuis quatre mois ses règles se sont arrêtées, mais elle n'a jamais ressenti dans aucune partie de l'abdomen la plus légère douleur. Elle est malade depuis un an. Les forces de la malade s'épuisent rapidement, l'amaigrissement devient extrême ; les cavernes se multiplient dans la moitié supérieure des deux poumons. Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, arrivée au terme d'une cachexie profonde, V... meurt le 10 juin.

A l'autopsie, les poumons sont creusés de cavernes nombreuses entourées d'îlots de tubercules plus ou moins confluents. L'abdomen présente des lésions intéressantes dont les plus remarquables sont les suivantes : La cavité péritonéale dans toute son étendue est cloisonnée par des adhérences anciennes, très-solides, lamelleuses, manifestement vasculaires sur un grand nombre de points. C'est surtout autour du foie, de la rate, et au milieu des anses intestinales que ces adhérences péritonéales sont le plus solides ; on laisse même une certaine quantité de parenchyme hépatique adhérent aux néo-membranes sous-diaphragmatiques.

La cavité pelvienne est presque libre d'adhérences, sauf au pourtour des deux ovaires et de l'extrémité libre des trompes qui sont accolées aux parois pelviennes dans le voisinage du détroit supérieur. Il est important de noter ici *qu'il n'existe aucun tubercule dans le péritoine* non plus que dans les néo-membranes, sauf en un point : On trouve dans l'épaisseur du méso-cœcum *deux* granulations tuberculeuses grises, grosses comme une tête d'épingle. Cette intégrité de la séreuse péritonéale au point de vue de la tuberculose était d'autant plus curieuse que nous découvrions en même temps des altérations tuberculeuses très-avancées de l'utérus et des trompes. La trompe droite est épaisse et dure ; mais ayant conservé sa forme, elle rappelle absolument comme aspect et comme consistance un canal déférent, envahi par l'infiltration tuberculeuse diffuse.

Le canal de la trompe est ouvert jusqu'au bord de l'utérus et l'on remarque que la muqueuse paraît saine, mais que la paroi est transformée en un tube rigide d'un gris blanchâtre ; les tissus qui constituent le canal ne sont nullement ramollis. La trompe gauche, au contraire, offre un aspect bien différent. Elle est déformée par deux bosselures jaunâtres, arrondies, lisses, du volume d'une petite noisette, manifestement fluctuantes. En effet, à l'incision du canal, on voit le contenu des deux tumeurs s'échapper sous forme d'un liquide purulent très-épais, jaune blanchâtre, grumeleux.

Ces deux abcès tuberculeux vidés, on aperçoit leurs parois qui sont extrêmement minces, formées en grande partie par le péritoine. Il est bon de remarquer qu'il n'existe pas d'adhérences péritonitiques au niveau des deux trompes.

L'utérus était encore plus altéré. Au niveau de l'angle supérieur et gauche, au point même d'abouchement de la trompe dans le corps utérin, on aperçoit une énorme tumeur, atteignant le volume d'une grosse noix, cette tumeur recouverte encore par une certaine épaisseur de fibres utérines est arrondie, très-lisse, largement fluctuante. Cet abcès caséeux de l'utérus ne communique aucunement, en apparence du moins, avec la trompe, non plus qu'avec la cavité utérine. En effet, après ouverture de cette cavité, on ne peut par des pressions énergiques faire sourdre le pus contenu dans l'abcès. — La cavité utérine est profondément atteinte. La plus grande étendue de la muqueuse du corps utérin a disparu, détruite par une ulcération grisâtre superficielle, déchiquetée sur son bord qui s'arrête assez exactement au niveau de l'union du corps avec le col. Cette ulcération de profondeur inégale, suivant les points, est recouverte par un muco-pus jaune verdâtre visqueux, très-cohérent, dans lequel l'examen microscopique ne fait reconnaître qu'un grand nombre de leucocytes granuleux accumulés souvent en amas épais et quelques hématies.

Le col est arrondi, petit ; l'orifice inférieur est très-petit, rond, mais une érosion très-superficielle rosée, granuleuse, large de 3 millimètres environ, le borde inférieurement. La muqueuse vaginale est intacte, l'hymen imperforé ; les ovaires sont sains. Quelques granulations tuberculeuses dans les deux reins.

Réflexions. — 1° Nous croyons pouvoir faire remarquer l'intérêt de cette observation au point de vue de la péritonite chronique simple chez une femme tuberculeuse avancée. Le péritoine a dû être anciennement atteint, dans l'enfance peut-être, d'une inflammation franche aiguë, dont nous avons pu constater les traces. D'où nous tirerons la conclusion qu'une

© BIU Santé

péritonite chronique simple peut exister chez un tuberculeux.

2° Chez une fille vierge, la tuberculose peut se localiser sur les organes génitaux et y produire des désordres étendus à l'insu de la malade. L'aménorrhée peut persister malgré toutes les causes d'irritation existant au niveau de l'utérus malade et de ses annexes.

10. Abcès de presque tout le lobe moyen du poumon droit.— Pneumonie interstitielle du lobe inférieur.— Expectoration gangréneuse ; par le Dr Gouguenheim, médecin des hôpitaux.

H... âgé de 61 ans, entré à l'hôpital Temporaire, salle Sainte-Marthe, n° 17, le 25 avril 1878. Cet homme est malade depuis six semaines seulement, antérieurement sa santé a toujours été bonne, et il n'avait jamais souffert d'une affection thoracique quelconque. Au début de sa maladie, il eut un point de côté, du frisson et de la fièvre, et il était permis de rapporter ces quelques symptômes à l'existence d'une pneumonie franche. Cette affection parut s'amender peu de temps après, mais il se plaignit toujours d'un point de côté à droite et ses forces au lieu d'augmenter diminuèrent sensiblement. Il perdit l'appétit et maigrit. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, la dyspnée augmenta ainsi que la faiblesse et l'expectoration prit un caractère de fétidité de plus en plus prononcé. A son entrée, nous constatons une dyspnée telle que le malade est obligé de rester assis, dans son lit. Le pouls est accéléré, petit et dépressible. La température variable de 38° à 39° tout au plus, s'élève légèrement dans la soirée. La peau est sèche, l'appétit est nul, et la langue d'une sécheresse remarquable ; la soif est assez vive. L'expectoration très-abondante, est compacte, grisâtre et excessivement fétide.

A la percussion, nous constatons de la matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit .Les vibrations thoraciques sont conservées. A l'auscultation nous entendons, au dessous de l'épine de l'omoplate, et jusqu'au niveau de l'angle de cet os, un souffle amphorique, excessivement étendu. Pas de succussion hippocratique; à la base, on entend un souffle légèrement tubaire et peu prononcé. Les deux sommets sont parfaitement sains. L'auscultation du côté gauche ne présente rien qui attire notre attention. Le bruit respiratoire paraît à peu près normal. Je prescris une potion à l'extrait de quinquina(4 grammes), légèrement alcoolisée et phéniquée, ainsi que l'application de ventouses sèches à la base de la poitrine.

Le diagnostic fut longuement discuté, après élimination de la tuberculose et de la dilatation chronique des bronches, en raison de la marche de la maladie, je repoussai ensuite l'idée d'un kyste hydatique; j'admis, malgré l'excessive rareté de cette lésion, l'existence d'un abcès consécutif à une pneumonie aiguë. Je me fondais surtout, sur la chronologie des accidents et l'absence de toute bronchite antérieure. La gangrène me sembla plutôt être consécutive que primitive dans ce cas, car les symptômes de fétidité se développèrent fort longtemps après le début de la maladie, et la cavité dont nous constations l'existence nous paraissait, malgré son étendue n'avoir pas été le résultat d'une élimination gangréneuse : la fétidité, s'était montrée trop tardivement.

Du reste les symptômes aussi s'amendèrent rapidement, le pouls se releva, l'appétit revint, la dyspnée fut moins intense, et je pensai que le malade triompherait de ces accidents, lorsque 24 heures avant sa mort la dyspnée augmenta et il succomba dans un état de prostration excessif.

Autopsie. — Poumon droit. Sommet intact, pas de granulations tuberculeuses, anciennes ou récentes, le lobe moyen n'existe plus; à sa place se trouve une poche immense, d'où s'écoule un liquide purulent et fétide très-abondant; à la partie supérieure, les parois de cette poche sont aussi épaissies, et semblent creusées dans le parenchyme de l'organe, très-anfractueux à ce niveau ; les parois de cette poche, à la partie inférieure sont constituées par la plèvre très-épaissie et la face interne est lisse et à peine tomenteuse. Le lobe inférieur est induré, rougeâtre, il est manifestement le siége d'une pneumonie chronique interstitielle.

Le poumon gauche est à peu près sain, il est légèrement congestionné. Rien aux autres organes.

Examen microscopique par F. Balzer.— Durcissement dans alcool, gomme, alcool, coloration par le picro-carminate d'ammoniaque. La coque pleurale est formée par les deux feuillets pariétal et viscéral adossés : elle est extrêmement épaisse, constituée par de larges faisceaux de tissu conjonctif dans lesquels rampent de gros vaisseaux. Cette disposition se retrouve à la fois au niveau de la portion hépatisée du poumon, et au niveau de l'énorme caverne. En ce point, une mince couche de tissu pulmonaire est restée adhérente à la plèvre, tissu pulmonaire d'abord difficile à reconnaître à cause du développement considérable qu'ont pris les parois des alvéoles envahies par la sclérose qui se continue avec celle de la plèvre. Cependant il existe en beaucoup de points, dans les espaces situés entre ces parois sclérosées, des exsudats vermiformes constitués par de la fibrine condensée, des éléments cellulaires en voie de désintégration granulo-graisseuse, et enfin des gouttelettes graisseuses libres.

Dans la partie indurée du poumon, les coupes montrent d'abord la sclérose de la plèvre et des alvéoles sous-pleuraux semblable à celle que nous avons vue au niveau de la peau de la caverne. Cette sclérose des parois alvéolaires se continue dans l'épaisseur du parenchyme hépatisé, mais tout en diminuant d'intensité à mesure qu'on s'éloigne de la plèvre. Elle ne se présente pas partout avec les mêmes caractères : tantôt l'épaississement est dû à l'adjonction de tissu conjonctif aux fibres élastiques encore parfaitement reconnaissables, tantôt celles-ci ont disparu, et la substitution du tissu conjonctif paraît absolue. Enfin, en différents points, les parois alvéolaires ont conservé leur épaisseur normale. Il existe, en outre, un certain degré d'épaississement des tuniques conjonctives des vaisseaux et des bronches, et des travées interlobulaires et inter-acineuses. Mais il est à noter que cette sclérose est loin d'être comparable à celle des parois alvéolaires, et les bronches notamment ne sont pas déformées ni dilatées. Enfin, le contenu des alvéoles est presque partout constitué par des réseaux de fibrine condensée dans le voisinage des parois, plus larges au centre où ils englobent de grandes cellules granuleuses. Ce contenu fibrineux est d'autant plus abondant et mieux conservé que les parois des alvéoles sont moins envahies par la sclérose. Dans les points où elles sont les plus épaisses, le contenu n'est plus guère formé que par des cellules granuleuses ou des gouttelettes de graisse libres. Nulle part n'existe la disposition caractéristique des exsudats autour des bronchioles qu'on observe dans les broncho-pneumonies. L'uniformité de la lésion dans toute l'étendue du lobule, l'intégrité des bronches, la sclérose des parois alvéolaires, tels sont les principaux caractères qui ont été observés et qu'on ne peut rapporter qu'à une pneumonie lobaire chronique avec symphyse pleurale, ne paraissant pas remonter à une date très-ancienne, vu l'état de conservation encore assez parfait des exsudats fibrineux.

11. Pelvi-péritonite tuberculeuse chez une petite fille de 6 ans. — Tubercules des ovaires. — Métrite suppurée enkystée. — Méningite tuberculeuse ; par M. Ch. Talamon, interne des hôpitaux.

T .., Marie, âgée de 6 ans, entrée le 17 avril 1878 à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Triboulet. — Cette petite fille, née et élevée à la campagne, n'habite Paris que depuis l'âge de trois ans; elle a eu, à quatre ans, la rougeole et la coqueluche. La mère raconte qu'il y a quatre mois, l'enfant a été soignée pour une maladie que le médecin a regardée comme une inflammation de la vessie. Depuis lors, elle a continué à se plaindre du ventre, avec des alternatives de constipation et de diarrhée, de la fièvre le soir, un amaigrissement et dépérissement progressifs. Il y a trois semaines, elle est devenue plus triste, plus somnolente; elle a accusé des maux de tête et elle toussait de temps en temps, avait perdu tout appétit. Avant hier, elle a eu un vomissement, qui s'est répété hier. Le médecin l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic de méningite tuberculeuse. L'enfant a le facies triste et renfrogné; les chairs sont flasques et amaigries. Elle répond encore assez volontiers quand on lui parle, et se plaint d'avoir mal à la tête. Pas de strabisme; un peu de fixité

© BIU Santé

du regard par moment. Pas de troubles moteurs ni sensitifs. Petite toux sèche, peu fréquente. Respiration soufflante dans les deux fosses sus-épineuses. Langue blanche, ventre plat, flasque, un peu douloureux partout ; pas de selle depuis son entrée. Pouls lent à 62 pulsations ; irrégularités très-marquées. T. R. 37°,2.

18 avril. — Même état. Un vomissement ce matin. Somnolence dans la journée. T. M. 38° ; pouls, 64. — T. S. 38°,4 ; pouls, 76.

19. — Assoupissement entrecoupé de gémissements et de cris aigus. Rougeur vive de la face. L'enfant a encore sa connaissance, et quand on lui demande pourquoi elle pleure elle répond que c'est parce que la tête lui fait mal. — T. M. 38°,6 ; pouls, 80. — T. S. 39°,2 ; pouls, 86.

20. — Ce matin, le côté gauche de la face, la joue et les lèvres restent flasques, sans contraction, quand l'enfant pleure ou crie ; la commissure droite est légèrement déviée. Pas de paralysie des membres. — T. M. 38°,4 ; pouls, 80. — T. S. 39° ; pouls, 82.

21. — Torpeur demi-comateuse ; yeux vagues, sans regard, à demi entr'ouverts ; pas de strabisme. Pupilles égales sans dilatation. — T. M. 38°,2 ; pouls, 80. — T. S. 39°,2 ; pouls, 96.

22. — La torpeur est plus profonde aujourd'hui. Pas de paralysie, ni de contracture des membres. La bouche est un peu tirée à droite. Nystagmus à oscillations lentes ; pupilles égales. Alternatives de pâleur et de rougeur vive de la face. La déglutition est gênée ; quand on verse du lait dans la bouche de l'enfant, tantôt elle ne fait aucun mouvement pour l'avaler et le liquide s'écoule par les côtés de la bouche ; tantôt le mouvement de déglutition a lieu, et alors une partie du liquide tombe dans le larynx et détermine une quinte de toux. — Le pouls devient fréquent et petit. — T. M. 38°,6 ; pouls, 112. — T. S. 39°,2 ; pouls, 112.

23. — Convulsions généralisées qui ont duré une partie de la nuit, le matin, coma absolu ; résolution générale. Les pupilles sont dilatées, la gauche plus que la droite ; la conjonctive droite est injectée, rouge. Les joues sont violacées ; les extrémités refroidies. Pouls insensible, filiforme. — T. M. 40°,6. — Mort une heure après la visite.

Autopsie faite 24 heures après la mort. — *Crâne.* — A l'incision de la dure-mère, écoulement d'une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Les veines de la pie-mère sont gorgées de sang noir. Injection vive des méninges sur les lobes postérieurs. Infiltration œdémateuse des parties antérieures et moyennes. Pas d'adhérences de la pie-mère qui s'enlève facilement sans entraîner de substance cérébrale. Granulations de Pacchioni très-abondantes tout le long de la scissure inter-hémisphérique. Il n'y a pas trace d'exsudat, ni de granulation tuberculeuse visible à l'œil nu, à la base de l'encéphale, au niveau du chiasma, de l'hexagone ou de la protubérance. C'est seulement sur les parties latérales de la base des hémisphères que l'on voit une infiltration purulente, verdâtre, presque concrète, semée de tubercules grisâtres, et surtout le long des cérébrales moyennes, dans les scissures de Sylvius, dont les lèvres sont adhérentes et ne se séparent qu'avec désagrégation de la substance cérébrale. Exsudats analogues au niveau de la partie antérieure du vermis superior ; tubercules disséminés le long des vaisseaux de la face interne des deux hémisphères cérébraux. Les ventricules latéraux sont un peu dilatés, leurs parois ramollies, la substance blanche ambiante se désagrége sous un filet d'eau. Les noyaux, la protubérance, le bulbe, le cervelet, sont de couleur et de consistance normales à la coupe.

Thorax. — Adhérences celluleuses de la plèvre aux deux sommets. Les deux lobes supérieurs, dans leur moitié postérieure, sont le siége d'une induration grisâtre semée de petits nodules caséeux et de granulations miliaires. A droite, au milieu des parties indurées, on trouve une petite caverne pouvant loger une noisette. Congestion hypostatique des bords postérieurs. Dans l'épaisseur du lobe inférieur droit noyau de pneumonie noirâtre, de la grosseur d'une noix, piqueté de grains caséeux, jaunâtres. Granulations grises, dures, disséminées dans toute l'étendue des deux poumons. Les ganglions bronchiques sont noirâtres, ramollis, assez volumineux. Aucun n'est caséeux. Un peu de sérosité dans le péricarde. Caillot fibrino-cruorique dans l'oreillette droite. Caillots cruoriques dans le cœur gauche. Pas de lésion valvulaire.

Abdomen. — *Foie* violacé ; deux tubercules jaunes, gros comme des lentilles, à la face convexe. — *Rate*, un peu molle ; pas de tubercules. — *Reins*, mous, décolorés, la capsule s'enlève facilement. La substance corticale apparaît pâle, grisâtre, semée de rares étoiles veineuses. La vessie est saine. L'estomac est vide, ratatiné ; la muqueuse de coloration grisâtre. Vu par sa face externe, l'intestin grêle est tacheté de distance en distance de plaques ovalaires, de couleur violacée. L'intestin ouvert, on voit que ces taches correspondent aux plaques de Peyer qui sont toutes, sans exception, le siége d'ulcérations déchiquetées, à bords irréguliers, saillants, plus ou moins profondes, d'un rouge grisâtre, les unes occupant toutes les plaques, les autres limitées à une moitié ou à un quart de son étendue. Les follicules isolés ne sont pas apparents ; le reste de la muqueuse intestinale est de couleur gris-cendré, normale, sans injection. Dans le cœcum on trouve une seule ulcération, tout à fait semblable à celles de l'intestin grêle, ovalaire, ayant à peu près les dimensions d'une amande. La muqueuse cœcale est ardoisée ; le reste du gros intestin est semé d'arborisations et de larges plaques vasculaires. Les ganglions mésentériques sont assez volumineux, d'un rouge violacé, un peu ramollis. La partie abdominale du *péritoine* est absolument saine, ne présente ni injections, ni adhérences, ni granulations. Mais au niveau du détroit supérieur, deux anses de l'intestin grêle sont réunies par des adhérences celluleuses, peu résistantes d'ailleurs, à l'os iliaque et à la vessie. Ces anses enlevées, on tombe dans une cavité remplie de pus, limitée en avant par la vessie, l'utérus et les ligaments larges, latéralement par les parois de l'excavation pelvienne, en arrière par le rectum, en haut par les anses de l'intestin grêle qui forment comme un couvercle, toutes ces parties sont recouvertes d'exsudats plus ou moins épais, jaunâtres, grisâtres. Il n'existe aucune perforation ni du rectum ni de l'intestin grêle qui puisse expliquer la formation de cette péritonite purulente. C'est dans les organes génitaux qu'il faut en chercher l'origine. L'*utérus*, en effet, forme une poche arrondie, fluctuante, à parois très-minces, de la grosseur d'une noix. Cette poche est constituée par la dilatation du corps et d'une grande partie du col qui est réduit à un petit tubercule de quelques millimètres d'épaisseur. L'orifice du col est oblitéré ; car en pressant sur la poche on ne voit pas le contenu s'écouler par la partie inférieure. L'utérus incisé, la cavité est trouvée remplie d'un pus fluide, très-visqueux, d'un vert clair. La muqueuse utérine est pâle, nullement injectée ; on n'y voit pas à l'œil nu de granulations tuberculeuses. Les *trompes* sont oblitérées. Les deux *ovaires* sont de la grosseur d'une amande, indurés, bosselés ; à la loupe ils sont infiltrés de matière jaunâtre, caséeuse.

Remarques. — Trois faits méritent d'être relevés dans cette observation : — 1° la marche classique de la température et du pouls, qui est loin d'être constante dans la méningite tuberculeuse ; 2° les ulcérations intestinales localisées aux plaques de Peyer, forme de tuberculose de l'intestin qui n'est pas rare chez l'enfant, mais qui est remarquable ici par son extrême généralisation ; 3° l'état des organes génitaux et du péritoine du petit bassin.

La tuberculisation de l'appareil utérin au-dessous de quatorze à quinze ans, n'est pas une lésion commune. M. Brouardel n'en a trouvé que huit cas sur les 56 malades dont il a analysé les observations. Dans notre cas les tubercules paraissaient localisés aux ovaires qui avaient subi une transformation caséeuse complète. La lésion de l'utérus semblait de nature différente ; il n'existait pas de granulation apparente à l'œil nu ; la matière contenue dans la cavité utérine, était non de la matière caséeuse mais du muco-pus liquide, visqueux, enkysté après oblitération de l'orifice du col. Hutchinson, qui a rapporté un cas identique de dilatation purulente de l'utérus chez une petite fille phthisique de quinze ans (*Path. soc. of London*, 1857, p. 269), considère cependant la matière renfermée dans l'utérus comme du tubercule ramolli mêlé à du mucus et à du pus.

© BIU Santé

Quant à la péritonite du petit bassin, elle peut être regardée comme vraisemblablement de même nature que la lésion des ovaires. La péritonite suppurée circonscrite a été signalée chez l'enfant soit à la partie supérieure de l'abdomen, entre le diaphragme et le foie, comme conséquence d'abcès hépatique (Habershon), à la face inférieure du foie par ulcération de la vésicule biliaire (Rilliet et Barthez), soit dans la fosse iliaque droite par perforation de l'appendice cœcal, soit enfin à la partie antérieure de l'abdomen avec tendance à s'ouvrir à l'ombilic. Ce sont les péritonites idiopathiques circonscrites décrites par le professeur Albers, de Bonn, et qui font le sujet de la thèse de M. Gauderon (th., Paris, 1876). Mais, aucun de ces auteurs ne parle de péritonite localisée au petit bassin ; il n'en est pas fait mention non plus dans les diverses observations publiées comme exemples de tuberculisation de l'appareil génital chez la petite fille.

Séance du 21 *juin*. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

12. Phénomènes typhiques chez un malade atteint d'insuffisance aortique et d'abcès ganglionnaires du cou. — Mort. — Infarctus de la rate et des reins ; par COSSY.

F. Julien, 19 ans, garçon marchand de vins, entré à l'Hôtel-Dieu le 25 mai 1878. Le malade, qui depuis longtemps se plaignait de palpitations, entre dans le service de M. Cusco pour un abcès de la région sterno-mastoïdienne gauche ; cet abcès est ponctionné au moyen du thermo-cautère ; quelques jours après l'entrée du malade, on constate tous les signes d'une insuffisance aortique, caractérisée surtout par un souffle extrêmement fort au second temps et à la base du cœur ; pas de fièvre, l'abcès du cou paraît tout à fait en voie de guérison.

Dans les premiers jours de juin surviennent deux ou trois frissons assez violents, accompagnés d'élévation de la température et d'un état gastrique ; en même temps, le cou redevient douloureux au niveau de l'abcès, et M. Berger pratique une contre-ouverture à quelques centimètres au-dessous de la première, par laquelle il s'écoule du pus.

Le 4 juin, la température est, le soir, de 40° 8.

Le 5 juin, elle redescend légèrement (40° 4) pour remonter le 6 au soir à 41°. Le 7, matin 39°, soir 41. Le ventre n'est guère ballonné. On rattache cet état gastrique et cette fièvre à la poussée nouvelle du côté de l'abcès.

Les jours suivants, la température reste élevée, comprise entre 40° et 40° 6 ; le ventre se ballonne, la diarrhée survient, et le malade passe dans le service de M. Hérard, le 11.

Le 11 au soir, la température est à 40° 4 ; le pouls 116 ; peau très-chaude, langue sèche, tremblante, délire, râles sous-crépitants nombreux dans les deux côtés de la poitrine ; diarrhée abondante, météorisme considérable ; quelques petites taches sur l'abdomen, rappelant de très-loin seulement les taches lenticulaires rosées ; céphalalgie modérée ; le malade raconte avoir saigné du nez les jours précédents ; à l'auscultation, le souffle très-fort d'insuffisance aortique a complétement disparu ; dès le début de la fièvre du reste, il était allé s'effaçant peu à peu ; à part sa fréquence, le pouls est régulier, assez fort, et ne présente pas de caractères particuliers. Albuminurie. On diagnostique *fièvre typhoïde*, et l'on ne songe pas le moins du monde à une endocardite aiguë, vu l'absence de signes anormaux du côté du cœur, toutefois les battements de cet organe étaient sourds.

Le 12 juin, température, matin 39° 8, pouls 120 ; soir 43° 3, pouls 140.

Le délire a augmenté ; congestion pulmonaire très-intense, état général très-mauvais, le malade meurt dans la nuit.

Autopsie faite le 14 juin, à 10 heures du matin, 30 heures après la mort. Le *péricarde* contient environ 50 grammes d'une sérosité louche et purulente ; à la surface interne de cette séreuse, on trouve quelques petites ecchymoses sous forme de points rouges ; à la partie antéro-inférieure du feuillet viscéral existe une fausse membrane très-blanche, adhérente, la surface externe du cœur est plus congestionnée que normalement ; peut-être y avait-il là une péricardite tout à fait au début.

Le *cœur* est très-volumineux, poids 600 grammes, hauteur 0, 15 c. m., largeur 0, 12 c. m. Au niveau de la partie inférieure du bord droit existe une petite élevure jaunâtre entourée par une zone rouge, offrant tous les caractères d'un infarctus. Les cavités droites sont normales, les valvules tricuspide et pulmonaire sont saines ; le ventricule droit paraît légèrement dilaté, l'épaisseur de ses parois est de 3 mm. Le ventricule gauche présente une dilatation très-considérable ; l'épaisseur de ses parois est de 13 mm. ses deux colonnes charnues sont très-volumineuses ; l'orifice aortique est dilaté et insuffisant. Les valvules sigmoïdes présentent en leur milieu un épaississement très-marqué ; mais elles ne présentent aucune trace de dégénérescence athéromateuse ou calcaire ; dans la cavité du ventricule gauche se trouvait un caillot cylindrique, mou, brun jaunâtre ne se prolongeant pas dans l'aorte. La surface interne du cœur, examinée avec beaucoup de soin, ne laisse voir aucune trace d'endocardite récente, qui puisse expliquer la production d'embolies ; cependant il est probable que des embolies ont dû partir des valvules sigmoïdes. *L'aorte* ne renferme pas de caillots et ne présente en aucun point de son étendue des traces d'athérome.

Les poumons sont congestionnés ; au sommet droit, existe un point de dégénérescence crétacée ; pas de tubercules ni d'infarctus. Le volume, le poids et la coloration du *foie* sont normaux, la coupe ne fait découvrir aucune trace d'infarctus. Dans les *reins*, on trouve de nombreux infarctus, dans le gauche ils sont nombreux, mais de la grosseur d'une tête d'épingle ; le rein droit, au contraire, présente à ses deux extrémités des infarctus considérables ; ils font saillie à la surface du rein sous forme de légères élevures jaunes ; à la coupe, ils se présentent sous forme de plaques jaunes environnées d'un cercle rougeâtre.

La *rate* présente au niveau de son extrémité inférieure des infarctus très-volumineux ; les uns, à la première période : le tissu splénique est ramolli, de couleur presque noire ; les autres, à la période de dégénérescence granulo-graisseuse.

L'intestin ne présente aucune trace d'inflammation ni d'ulcérations ; aucune lésion qui puisse faire admettre une fièvre typhoïde. Pas d'engorgement des *ganglions mésentériques* ; estomac normal, encéphale et méninges normaux.

Le foyer de l'abcès cervical n'existe plus ; aucune trace de pus ; les muscles voisins sont de coloration normale, les os voisins sont sains ; pas de phlébite de voisinage.

Réflexions. Les particularités intéressantes que renferme cette observation sont les suivantes :

1° Les phénomènes typhiques très-marqués dus à la présence d'infarctus dans divers organes et ayant fait croire à une fièvre typhoïde.

2° L'origine probable, mais non évidente, des embolies. Le lieu d'origine de ces dernières ne paraît pas être l'abcès du cou, qui était parfaitement guéri, mais bien le cœur. — Quoique nous n'ayons pas trouvé de traces d'endocardite récente, malgré l'altération peu prononcée des valvules aortiques, la dilatation énorme et l'hypertrophie du ventricule gauche nous font penser que cet organe a été le point de départ des embolies. Y a-t-il eu une poussée d'endocardite aiguë sur les valvules épaissies ? Y a-t-il eu fragmentation d'un caillot formé dans le cœur sous une influence inconnue ? ; c'est ce que nous ne pouvons établir.

13. Contusion de l'abdomen. — Déchirure légère du foie. — Rupture d'un kyste hydatique du rein. — Mort très-rapide ; par MM. A. CHEVALLEREAU et E. GAUCHER, internes des hôpitaux.

La femme Elisa T... fut écrasée le dimanche matin 9 juin, vers 10 heures, par une machine-balayeuse. La voiture passa sur le tronc. Amenée presque immédiatement à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. POLAILLON, cette femme est en pleine connaissance, elle se plaint seulement de ressentir une douleur assez violente dans le côté droit de la poitrine ; elle cause facilement avec ses voisines, mais vers midi, brusquement, elle cesse de parler, reste immobile, tombe dans le coma et c'est alors seulement qu'on vient nous prévenir à la salle de garde.

Quand nous arrivons auprès de la malade, nous la croyons d'abord morte et c'est au bout de quelques secondes seule-

© BIU Santé

ment que nous voyons se produire un mouvement respiratoire brusque et rapide, et que nous percevons une contraction cardiaque ; il y a à peine 7 ou 8 pulsations et 2 ou 3 respirations par minute. Toute thérapeutique nous paraît inutile. Cette femme meurt une demi-heure après.

L'autopsie ne put être faite que le mercredi. Nulle part on ne trouve la moindre altération de la peau ; il y a de l'emphysème sous-cutané à la racine de la cuisse gauche, mais il n'y a trace de contusion en aucun point. Le ventre est très-ballonné ; on trouve des ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-cutané. En coupant les cartilages costaux pour ouvrir le thorax, nous entendons un sifflement dénotant la sortie de l'air de la cavité pleurale droite, ce qui peut faire supposer la rupture de vésicules pulmonaires et de la plèvre viscérale de ce côté. Les poumons présentent de nombreuses adhérences, mais ils sont sains à la coupe. On ne trouve pas de liquide dans la plèvre. De même le péricarde et le cœur ne présentent aucune altération.

Dans la cavité abdominale il n'y a aucun épanchement de liquide, il n'y a aucune trace de péritonite ; on trouve seulement de nombreuses ecchymoses sur l'épiploon gastro-hépatique, la face antérieure de l'estomac et sa grande courbure au voisinage du pylore, sur la partie moyenne du côlon transverse à sa face antérieure, sur le rectum à sa partie supérieure, enfin dans le bassin, sur le péritoine pariétal, sur celui qui recouvre la vessie et dans le tissu cellulaire qui sépare la vessie de l'utérus.

En retirant successivement avec beaucoup de soin tous les organes de l'abdomen, nous avons constaté que sur tout le tube digestif il n'y avait autre chose que les ecchymoses légères sous-péritonéales dont nous avons déjà parlé. Le pancréas, la rate, le rein droit n'avaient rien d'anormal. Le rein gauche et le foie présentaient seuls des altérations.

Dans le rein gauche on trouvait aux deux extrémités supérieure et inférieure un kyste hydatique ; l'inférieur était absolument rempli de sang. Sur le foie, sain d'ailleurs, il y avait des ecchymoses légères à la face convexe ; sur cette même face et au niveau du lobe droit, on voyait un petit kyste hydatique gros comme un œuf de pigeon. Sur la face inférieure de l'organe on trouve deux déchirures très-superficielles antéro-postérieures, l'une avec rupture de la tunique propre au niveau de la moitié postérieure du lobe gauche ; l'autre sans rupture de cette tunique au niveau de la partie moyenne du sillon antéro-postérieur ; dans cette dernière on trouve du sang ressemblant à de la gelée de groseille. Chacune de ces déchirures a environ 5 centimètres de long. On trouve en outre à la face inférieure et au niveau du côté droit, deux petits kystes hydatiques, à peine plus volumineux que celui de la face convexe. Le cerveau ne présente rien d'anormal.

La seule lésion sérieuse que présente cette femme ; c'est donc cette double déchirure à la face inférieure de chacun des côtés du foie ; cette déchirure n'avait même pas donné lieu à un épanchement de bile dans la cavité péritonéale, car nous n'en avons pas trouvé trace ; il n'y avait même pas de coloration jaunâtre des viscères au voisinage du foie.

M. Martineau a signalé à la Société médicale des hôpitaux le cas d'un malade mort subitement après une simple ponction capillaire d'un kyste hydatique du foie ; cet auteur attribue la mort à la paralysie réflexe du pneumogastrique. Peut-être cette explication pourrait-elle s'appliquer au cas actuel ; l'extrême lenteur du pouls et de la respiration quand nous sommes arrivés auprès de la malade donnerait à cette hypothèse quelque fondement.

Malgré cette rupture du foie et les nombreuses ecchymoses sous-péritonéales, il n'y avait aucune trace de contusion de la paroi abdominale elle-même. Cela suppose un relâchement complet des muscles de l'abdomen qui pouvait s'expliquer par la brusquerie de la chute et de l'accident ; rien ne permettait de supposer en effet que cette femme fût ivre. Le siége de ces déchirures et leur direction antéro-postérieure pouvaient s'expliquer par le redressement de la courbure de la face concave du foie, sous le poids de la voiture-balayeuse passant transversalement.

Les cinq kystes du foie et des reins sont curieux par leur multiplicité ; signalons de plus ce fait que le kyste de l'extrémité inférieure du rein gauche était plein de sang parfaitement conservé ; les globules rouges y étaient encore aussi intacts que sur du sang frais. Le microscope permit de reconnaître dans tous ces kystes la structure ordinaire et la présence des crochets d'échinocoques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. F. GUYON.

M. DESPRÈS. — J'ai dit, dans la dernière séance, que je désirais ne parler qu'après avoir pris connaissance du petit mémoire de M. Reignier, sur les rétrécissements congénitaux du rectum. J'ai lu ce travail et je vois, qu'en effet, il arrive aux conclusions que je formulais, mais que j'ai cherchées en vain dans les classiques ; Nélaton en parle bien, mais à propos de vices de conformation du rectum et de l'anus ; quant aux auteurs étrangers ils sont muets à égard, et Allingham, lui-même n'y fait pas le moindre allusion.

Je ne ferai qu'une réserve au sujet du mémoire de M. Reignier. Il prétend, avec les auteurs qui ont signalé avec lui les rétrécissements congénitaux, que ces rétrécissements sont constitués par un repli valvulaire de la muqueuse. Je ne le crois pas et je pense que la tunique fibreuse participe elle aussi au rétrécissement. Voici, d'ailleurs, le fait que j'ai observé ; il s'agit d'un homme de 51 ans, atteint de dysenterie et de tuberculose ; il se plaignait d'hémorroïdes, je pratique le toucher rectal et je suis tout étonné de constater un rétrécissement *relatif* du rectum ; le doigt pouvait le franchir ; à son niveau la muqueuse était normale et glissait sans peine sur les tissus sous-jacents, au-dessus et au-dessous du rétrécissement il n'y avait pas tant d'inflammation ; je me trouvais donc en présence d'un cas peu ordinaire ; je cherchai dans les antécédents du malade, il n'y avait rien qui pût expliquer l'apparition de la coarctation. C'est ainsi que je fus amené à songer au rétrécissement congénital. A ce propos, le malade me raconte que, dans sa jeunesse il s'était aperçu que ses matières fécales étaient plus effilées que celles de ses camarades.

M. DELENS fait un rapport oral sur deux observations de M. Pilate, observations que nous avons reproduites dans un précédent compte-rendu. La première a trait, on s'en souvient, à une taille vésico-vaginale par incision postérieure et suivie de guérison rapide.

M. GUYON. M. le rapporteur propose d'insérer l'observation de M. Pilate dans nos Bulletins ; aussi je crois bon d'y ajouter un fait nouveau : c'est le deuxième de ma pratique, car l'on se souvient que M. Pilate, dans sa communication, s'appuyait sur une observation que je vous avais présentée antérieurement.

Il s'agit d'une femme qui me fut envoyée pour de graves troubles de la miction ; je pratiquai le cathétérisme et je pus constater l'existence d'un calcul de la grosseur d'une noix environ ; mais la vessie était le siége d'une violente inflammation et le cathétérisme provoqua des accès fébriles. J'étais déjà décidé à faire la taille, l'existence de cette cystite ne pouvait que m'ancrer dans mon opinion. Je modifiai un peu le manuel que j'avais suivi dans mon opération première, où j'avais suturé sans avivement préalable. Je fis une incision médiane, antéro-postérieure, bien supérieure à l'incision transversale de Valette d'Orléans. Je commençai par faire une ponction, puis j'introduisis le lithotome que j'ouvris très-modérément, car le calcul était peu volumineux ; par cette ouverture, nous pûmes constater que la muqueuse vaginale était d'un rouge vineux, épaissie, ardoisée, recouverte de fausses membranes. L'extraction du calcul fut des plus faciles ; avec des ciseaux j'abrasai assez largement la muqueuse vaginale le long de l'incision, les bords cruentés furent affrontés et maintenus par neuf points de suture, dont les fils passaient au-dessous de la muqueuse vésicale. Il n'y eut pas de fièvre après l'opération, bien que le cathétérisme antérieur ait été suivi de frissons intenses. Au bout de trois jours, la sonde mal tolérée par la vessie fut retirée ; le onzième jour, la ma-

© BIU Santé

lade était complétement guérie, la cicatrisation était parfaite, pas un point de suture n'avait lâché, les accidents de cystite avaient eux-mêmes disparu. Il est certain qu'en pareil cas, la lithotritie eût été dangereuse et n'aurait certainement pas donné un aussi brillant résultat.

La deuxième observation de M. Pilate, sur laquelle M. Delens appelle l'attention, est relative à ce kyste multiloculaire du creux de l'aisselle dont nous avons parlé dans le dernier numéro du *Progrès*.

M. Panas. Un point qui me frappe dans cette observation, c'est l'existence de ces kystes innombrables, dont les parois présentent dans leur trame des éléments cartilagineux. L'auteur suppose, d'après cela, qu'il s'agit d'une tumeur maligne ; mais il y a une hypothèse qu'il n'a pas faite et qui me semble très-soutenable. Je vous ai montré, il y a un an, une tumeur coccygienne polykystique, remplie d'un liquide colloïde, les parois des cavités étaient embryonnaires et parsemées de capsules cartilagineuses. On sait quelle est la pathogénie que l'on prête à ces tumeurs : il s'agit, pense-t-on, de l'inclusion d'un germe. Ne pourrions-nous pas supposer que la tumeur enlevée par M. Pilate est analogue à ces kystes hétérotopiques et que nous avons affaire à l'inclusion d'un germe, tout comme dans la région coccygienne ; l'existence d'éléments cartilagineux me ferait admettre cette hypothèse.

M. Terrier. Si j'entretiens la Société d'un cas d'ovariotomie que j'ai pratiquée avec M. Pozzi, c'est qu'il me paraît présenter quelques détails intéressants. Il s'agit d'une jeune fille de 25 ans, mal réglée et qui eut à plusieurs reprises des douleurs qualifiées de péritonite par les médecins qui la soignèrent. En 1876, il se fit un épanchement abdominal que l'on ponctionna ; bien que le médecin ait cru à une ascite, il ne craignit pas de faire dans le ventre une injection de teinture d'iode. Une péritonite en fut la conséquence. Les accidents disparurent, mais l'ascite se reproduisit. Nouvelle ponction, nouvelle injection iodée, nouvelle péritonite. C'est en 1878, après la cinquième ponction, que la malade fut envoyée à M. Pozzi. Celui-ci, dans un but de diagnostic, évacua le liquide et reconnut l'existence d'une tumeur solide, qui semblait avoir l'ovaire gauche pour point de départ, et être très-adhérente à l'utérus. Une opération radicale fut proposée, et je la pratiquai avec M. Pozzi. Dès que la paroi abdominale fut ouverte, nous pûmes voir une énorme tumeur recouverte de végétations en chou-fleurs ; elle s'élevait du petit bassin, en refoulant les intestins dont les anses étaient agglutinées et formaient une masse séparée de la tumeur ovarique par de fausses membranes épaisses. Il semblait donc qu'il y eût dans le ventre deux cavités distinctes, l'une supérieure remplie par les intestins, l'autre inférieure qui contenait la tumeur. Un plus ample examen montra que cette dernière pouvait être séparée en deux tumeurs secondaires, dont le pédicule s'insérait l'un sur l'ovaire droit, l'autre sur l'ovaire gauche. Les deux pédicules furent sectionnés par le serre-nœud ; mais ils étaient si courts, qu'on ne put ramener leur extrémité à l'extérieur au niveau de l'incision, et l'on dut faire des ligatures perdues.

Les intestins, maintenus par les fausses membranes, ne purent combler la cavité devenue libre par l'extirpation des tumeurs : il y avait donc à craindre la suppuration. M. Pozzi insista pour qu'on drainât cette cavité, et l'on fit passer un épais cylindre de caoutchouc, qui, traversant le bassin, sortait à la fois par le vagin et par l'incision et fut noué au dehors. Les suites de l'opération furent des plus simples ; toutefois, dans les premiers jours, une énorme quantité de liquide s'écoula par le drain. Mais peu à peu les intestins descendirent, la cavité fut remplie, le tube fut retiré, la guérison était complète.

M. Lucas-Championnière. J'ai vu Spencer-Wells opérer un kyste dans des conditions à peu près semblables. Les masses intestinales étaient agglutinées de la même manière ; l'extirpation de la tumeur fut difficile, il tira sur elle avec une véritable violence ; lui aussi dut faire des ligatures perdues et pratiqua le drainage. Mais au lieu de faire passer un caoutchouc par le vagin, il plonge un tube de verre dans le petit bassin, ce qui permet de faire des injections détersives. On évite ainsi les suppurations abondantes qui ont été si souvent notées lorsqu'on draine la cavité abdominale en ressortant par le vagin ; la cicatrisation est plus rapide.

M. Panas. J'ai pratiqué l'année dernière une ovariotomie qui aurait été des plus simples si le pédicule n'avait été fort court. Je le maintins par un anse de fil de fer qui venait sortir à l'extérieur vers la partie inférieure de l'incision ; par cette ouverture, je pratiquais des lavages fréqaents. Cette méthode me semble préférable au drainage par le vagin ; les intestins descendent, refoulent le liquide qui peut s'écouler au dehors et puis l'on évite les décompositions putrides qui se font si facilement dans la cavité vaginale. Je crois donc qu'il faut autant que possible éviter cette pratique.

M. Boinet conseille à M. Terrier de suivre avec soin sa malade. Il redoute la repullullation de la tumeur. Trois fois il a opéré des kystes recouverts de semblables végétations et au bout d'un mois, 18 mois et 2 ans, la tumeur a reparu.

M. Terrier répond à M. Lucas-Championnière qu'il n'a point mis de tube de verre parce qu'il n'en avait point sous la main. Il ne sait pas d'ailleurs si, dans l'espèce, le liquide se fût écoulé aussi facilement par l'ouverture abdominale qu'il l'a fait par le vagin.

M. Tillaux présente des pièces très-remarquables provenant d'un enfant amputé de la cuisse pour une ostéo-périostite phlegmoneuse diffuse. L'articulation du genou, celle du cou-de-pied étaient atteintes, les cartilages érodés ; sur la diaphyse le pus avait décollé le périoste ; le canal médullaire du tibia et du fémur était rempli de pus. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette remarquable observation lors de la discussion qu'elle doit provoquer.

M. Guyon met sous les yeux de la société des appareils fort ingénieux fabriqués par M. Colin et destinés à diagnostiquer et à extraire plus facilement les corps étrangers de la vessie chez l'homme et chez la femme. Paul Reclus.

REVUE CHIRURGICALE

XIII. Traitement du prolapsus du rectum ; par le Dr Settimio Basevi.

XIV. Ostéôme de la muqueuse trachéale ; par le Dr H. Chiari, assistant à l'Institut anatomo-pathologique de Vienne. (*Wiener Medizinische Wochenschrift* du 24 août 1878).

XV. Ueber das Quecksilberchlorid, -chlornatrium und seine subcutane Anwendung. (*sur le chlorure double de mercure et de sodium et de son emploi en injections hypodermiques*) von Dr Emil Stern, in Breslau (*Berl. Klin. Wochenschr, 1878 n° 5*).

XVI. Etat sanitaire de l'armée russe en Europe pendant la dernière guerre (*Der Militärarzt* du 6 septembre 1878).

XIII. Le Dr Settimio Basevi décrit (*Beitrag sur Therapie der Prolapsum Recti bei Kindern*, in *Wiener medizinische Presse du* 15 septembre 1878) un mode de traitement qu'il emploie contre la chute du rectum chez les enfants, et qui lui donne d'excellents résultats. — Lorsque c'est la première fois que le prolapsus se produit, il se contente de cautériser légèrement la muqueuse avec la pierre, de réduire et de donner quelques lavements au tannin et à l'alun avec de l'eau glacée. Si le prolapsus dure depuis longtemps, ou s'il se reproduit souvent, il emploie un bandage qu'il applique de la manière suivante :

L'enfant est placé à plat ventre sur le lit, une infirmière lui maintenant le haut du corps, une autre lui élevant au-dessus du lit les genoux légèrement écartés ; on réduit ainsi très-facilement le prolapsus. Alors le chirurgien, se tenant à droite du lit, presse avec la main gauche les deux fesses de l'enfant l'une contre l'autre, le pouce appliqué sur la gauche, les autres doigts sur la droite ; il applique alors de la main droite des bandes de sparadrap larges de un doigt et demi, imbriquées de bas en haut, qui vont d'un trochanter à l'autre en passant par dessus les fesses. Pour soutenir les bandes de sparadrap, on fait avec une bande de toile un double spica se croisant sur le dos. En ville on peut faire une sorte de manchette avec une feuille de gutta-percha, pour empêcher les enfants de salir l'appareil en allant à la selle.

Ce bandage reste appliqué 10 à 15 jours, il rend le prolapsus impossible et n'empêche pas la défécation. S'il y a diarrhée, on fait prendre chaque jour à l'enfant deux lavements à l'alun ou au tannin, et en cas de constipation des lavements émollients.

Il y a longtemps déjà que l'on a conseillé, dans les cas de

© BIU Santé

prolapsus rectal se reproduisant facilement, de faire rapprocher les fesses du malade au moment où il va à la selle, et pour cela le moyen le plus commode est de le faire coucher. C'est également ce but que se propose le Dr Basevi avec le bandage que nous venons de décrire, et il paraîtrait, au dire de l'auteur, qu'il lui a parfaitement réussi. Il semble au premier abord qu'un semblable appareil appliqué sur des enfants doit souvent se déranger, qu'il doit être bien vite souillé par les matières fécales, que s'il descend un peu trop bas il doit gêner la défécation, que s'il ne descend pas assez bas il ne rapprochera plus suffisamment les fesses, mais ce ne sont là que des objections à priori, c'est à dire sans valeur; le meilleur moyen de savoir si ce procédé est bon est de le mettre à l'essai, ce qui est d'autant plus facile que son extrême simplicité le met à la portée de tout le monde.

Nous trouvons dans *The Lancet du* 28 septembre 1878 deux cas de prolapsus du rectum traités à Guy's hospital par M. Bryant, et guéris par la cautérisation.

L'un d'eux est des plus simples.

Une petite fille de 4 ans, chétive, mal nourrie, entre à l'hôpital le 21 juin 1877 avec un prolapsus du rectum, long de trois pouces environ, existant depuis plusieurs mois, facilement réductible, mais ne pouvant être maintenu; en même temps il y a un écoulement purulent par le vagin. — Le 25 juin, après chloroformisation, cautérisation de toute la surface du prolapsus avec le nitrate d'argent, réduction et application d'un tampon. Vive douleur; incontinence des matières. — 19 juillet. Le prolapsus ne s'est pas reproduit depuis la cautérisation; une selle par jour, le sphincter semble avoir recouvré sa tonicité, il n'existe qu'un très-faible écoulement par le rectum et aucun par le vagin.

L'autre cas est beaucoup plus grave. Il s'agit d'une femme de 20 ans entrée à l'hôpital le 11 juin 1877. Elle n'a jamais été malade, mais ses parents et plusieurs de ses frères et sœurs sont morts de phthisie. Il y a douze ans, l'intestin sortit pendant qu'elle allait à la selle, et après être resté plusieurs jours dehors, il fut réduit par un chirurgien.

Il y a deux mois, prolapsus après un lavement; comme les efforts suffisent pour le reproduire, la malade est obligée de conserver sur l'anus un tampon pendant quatre jours. Depuis trois mois, écoulement glaireux par l'anus, et hémorrhagies pendant la réduction du rectum.

Lors de l'admission, anus large, muqueuse rectale très-lâche, congestionnée lorsqu'elle est en prolapsus. — Le 19 juin, après chloroforme, cautérisation longitudinale et transversale du rectum en prolapsus avec le thermo-cautère, et réduction. Insomnie due à la douleur rectale, puis les douleurs et l'écoulement diminuent et cessent, — 27 juin, léger prolapsus rentrant spontanément. — Dans le courant de juillet la malade va tantôt mieux, tantôt pis, mais le prolapsus se produit à chaque selle. Le 24 juillet, seconde cautérisation semblable à la première, suivie de l'application d'un suppositoire à la morphine, la nuit suivante et le lendemain vives douleurs dans l'abdomen et le rectum; le 26, l'intestin sort deux fois dans des efforts de vomissement et saigne un peu, on le maintient avec un tampon; le 27, la malade va mieux, on la sonde pour la faire uriner. — Le 28 août, troisième cautérisation suivie de vomissements, de douleurs abdominales et de rétention d'urine. — 11 septembre, prolapsus d'un demi-pouce, rentrant de lui-même; le 22, prolapsus d'un pouce et demi qui ne rentre que par des manœuvres et qui se reproduit le jour suivant. — 9 octobre, quatrième cautérisation; le 12, douleurs vives, écoulement abondant; le 19, cinq selles provoquées par un lavement causent de vives douleurs. — 1er novembre, prolapsus rentrant de suite, l'écoulement et le suintement sanguin continuent; au bout d'une semaine, il y a une fissure de l'anus. — Le 27 novembre la malade se promène dans les salles, pendant quelques jours sans inconvénients; il n'y a plus alors qu'un léger prolapsus qui se produit au moment du passage des matières et qui rentre immédiatement après; très-légère douleur.

Ces deux cas nous montrent bien toute la différence clinique qui existe entre le prolapsus rectal chez l'enfant et chez l'adulte. Dans un cas, il suffit d'une cautérisation légère pour tout terminer; dans l'autre on est obligé de pratiquer à quatre reprises des cautérisations énergiques qui sont loin d'être sans danger, et encore n'a-t-on qu'un demi-succès; en outre la muqueuse donne un suintement sanguin, ce qu'on ne voit presque jamais chez l'enfant. Nous voyons que dans ces deux cas le prolapsus existe chez des gens débilités, comme il arrive le plus ordinairement.

XIV. Le Dr Chiari a trouvé cette lésion sur le cadavre d'une fille de vingt-cinq ans, morte de tuberculose aigüe au mois de mai dernier. Lors de l'autopsie, le couteau éprouva pour inciser la trachée une résistance considérable que l'on n'observe pas d'habitude chez les sujets de cet âge; les cartilages n'étaient cependant ni calcifiés ni ossifiés, mais il y avait entre la muqueuse et ces cartilages des productions de consistance osseuse. Ces productions existaient partout, sauf sur la paroi postérieure de la trachée; elles étaient de volume fort variable, l'une avait la forme d'une plaque ayant 4 centimètres de longueur, 1 cent. 5 de largeur et 3 millimètres d'épaisseur, d'autres avaient l'aspect de petites lamelles, d'autres enfin ressemblaient à des grains de chanvre. Elles s'étendaient au-delà de la trachée jusque dans les grosses bronches, mais en étant plus clair-semées. Le larynx était intact; en aucun point de l'arbre aérien, il n'y avait trace d'inflammation ni d'ulcération.

L'examen montra qu'il s'agissait là d'un véritable tissu osseux de nouvelle formation; c'était du tissu spongieux avec espaces médullaires remplis de moelle riche en graisse. Les coupes faites sur des morceaux de paroi trachéale, durcis dans l'acide chromique, font voir que ces productions sont toutes situées immédiatement au-dessous de la couche la plus interne de la muqueuse trachéale, en dedans des glandes sous-muqueuses. Pour ce qui concerne leurs rapports avec les parties voisines, contrairement à ce qu'il semblait naturel de croire, on ne put trouver aucune connexion entre le tissu osseux de nouvelle formation et les cartilages trachéaux qui en étaient séparés par toute la couche sous-muqueuse. Il y avait d'ailleurs intégrité épithéliale de la couche de la muqueuse, des glandes et des cerceaux cartilagineux; toutefois ces derniers offraient une légère infiltration calcaire appréciable à l'examen microchimique.

Nous avons donc là un cas d'ostéôme de la muqueuse trachéale, sans connexion, au moins appréciable, avec les cerceaux cartilagineux. C'est là un fait très-rare; il n'y a dans la littérature qu'un cas analogue, c'est celui de Steudener qui trouva en 1865 de nombreux ostéômes miliaires dans la muqueuse trachéale d'un aliéné. On trouve au musée anatomo-pathologique de Vienne une préparation semblable déposée par Rokitansky en 1850.

XV. Les injections sous-cutanées de sublimé corrosif sont employées depuis plusieurs années contre la syphilis, mais ce mode de traitement a le grand inconvénient de donner lieu à des abcès et des plaques de gangrène là où on a fait la piqûre. Aussi a-t-on fait de nombreux essais pour remplacer dans ces injections sous-cutanées le sublimé par une autre préparation mercurielle. L'auteur de ce mémoire propose l'emploi d'un sel double, chlorure mercurique et chlorure sodique avec excès de ce dernier sel. Il se sert de la solution suivante :

Bichlorure de mercure.....	0 gr.	25
Chlorure de sodium pur.....	2	50
Eau distillée.....	50	»

dont il injecte habituellement 2 grammes chaque jour, ce qui fait une dose quotidienne de 0.01 de sublimé.

Il a déjà traité ainsi 53 syphilitiques. Il résume les avantages de cette méthode dans les conclusions suivantes : Elle fait disparaître les symptômes de la syphilis secondaire dans un temps relativement court, et elle est surtout indiquée dans les cas ou l'on doit agir rapidement; elle ne nécessite que de faibles doses de mercure; l'inflammation au niveau de la piqûre est très-légère; elle affaiblit très-peu l'organisme, ne donne qu'un très-faible degré de stomatite; enfin, elle ne dérange pas les habitudes du malade.

XVI. Les chiffres que nous trouvons dans les documents officiels permettent de constater ce fait remarquable que l'hygiène générale de l'armée s'est rapidement améliorée dès qu'on a pu évacuer les blessés en Russie. Le nombre des malades qui, le 18 juin était de 49,080, tomba, le 14 juillet, au chiffre de 29,047, c'est-à-dire qu'en vingt-six jours, il diminua de 20,033; or, pendant ce temps, on en avait évacué 12,054 sur la Russie. — Les évacuations par mer, qui dans aucune guerre n'avaient pris de telles proportions, se faisaient sur Odessa, Nicolaïeff, Sébastopol et Théodosia; du commencement de mai au 17 juillet, 36,000 malades furent évacués et, sur ce nombre, il n'y eut que 41 morts pendant le transport.

Ce fut en avril que les maladies furent le plus nombreuses; elles atteignirent 12, 6 0/0 de l'effectif total; les plus fré-

© BIU Santé

quentes furent le typhus et la fièvre intermittente; il y eut aussi des bronchites, pneumonies, dysenterie, scorbut, etc.

Ce fut en mars que la mortalité fut le plus élevée; elle atteignit le chiffre de 0, 79 0/0 de l'effectif total ou 6, 33 0/0 du nombre des malades, c'est-à-dire 2 0/0 de moins que pour l'armée prussienne dans les guerres de 1864 et 1866.

G. MAUNOURY.

REVUE D'HYDROLOGIE.

Des eaux bicarbonatées sodiques fortes de Vals.

I.

Lorsque, pour la première fois, nous attirions l'attention du corps médical sur l'existence des eaux de Vals, ce fut presque une révélation. Ces eaux étaient bien connues de nom depuis longtemps, mais elles n'étaient pas encore entrées dans le courant thérapeutique. Les plus grands cliniciens, Trousseau en tête, savaient tout le parti que l'on pouvait en tirer; mais on ne s'en servait pas d'une manière générale. Il a fallu peu à peu montrer au corps médical le rôle qu'elles étaient appelées à jouer à côté des eaux de Vichy. Aujourd'hui le monde entier connait les eaux de la Saint-Jean et de la Dominique, les deux plus remarquables de la station. Leur emploi, sur une échelle immense, n'a pas tardé à exciter toutes les convoitises et explique, sans les excuser, les assertions inexactes de la concurrence la plus effrénée et la moins délicate. Mais les médecins ne se trompent point en ces matières.

Nous n'avons plus à établir les qualités des sources faibles de Vals; la source-type (Saint-Jean) est assez connue, et la dyspepsie a trouvé dans son usage le meilleur des modificateurs.

La Dominique est universellement connue, et sa composition arsenico-ferrugineuse, si curieuse, lui a fait prendre un rang à part parmi les eaux de Vals. Cette eau n'a pas, selon nous, donné encore toute la mesure de sa valeur thérapeutique. Nous aurons un jour à revenir sur les bénéfices que l'on peut en tirer dans le traitement des maladies de peau et même de certaines lésions traumatiques. Il y a là un point de vue trop laissé dans l'ombre.

Nous venons de nommer seulement deux groupes des eaux de Vals.

Ces groupes avaient été très-nettement indiqués dès 1865 par l'inspecteur de la station, M. le docteur Chabannes.

« Toutes les sources minérales de Vals actuellement connues peuvent se ranger en trois groupes très-distincts répondant chacun à des indications thérapeutiques différentes.

» Le premier groupe comprend les eaux bicarbonatées sodiques fortes, eaux minérales types. Nous ne connaissons pas ailleurs une minéralisation aussi puissante que celle qui nous est offerte par les sources de ce premier groupe : sources Désirée, Précieuse, Magdeleine, etc. » (Chabannes, médecin-inspecteur des eaux de Vals). Il est inutile de poursuivre cette citation, car notre attention est de borner notre étude à ce premier groupe.

Mais, avant de commencer l'étude de chaque source, nous préciserons avec soin la composition chimique de ces eaux. Nous ne saurions nous borner à citer le chiffre du bicarbonate de soude qu'elles contiennent. Ce procédé, qui semble très-heureux aux yeux de la foule ignorante, ne saurait satisfaire le médecin; car il n'ordonne pas seulement du bicarbonate de soude, — autant lui vaudrait alors se confier à une ordonnance magistrale. Les eaux minérales ne valent pas par un seul de leurs éléments, mais bien par l'ensemble de leurs substances. Sans cette vérité élémentaire, irait-on si loin chercher un médicament que chaque pharmacien pourrait facilement fabriquer ?

Toutes les eaux de ce groupe ont une thermalité invariable à la source :

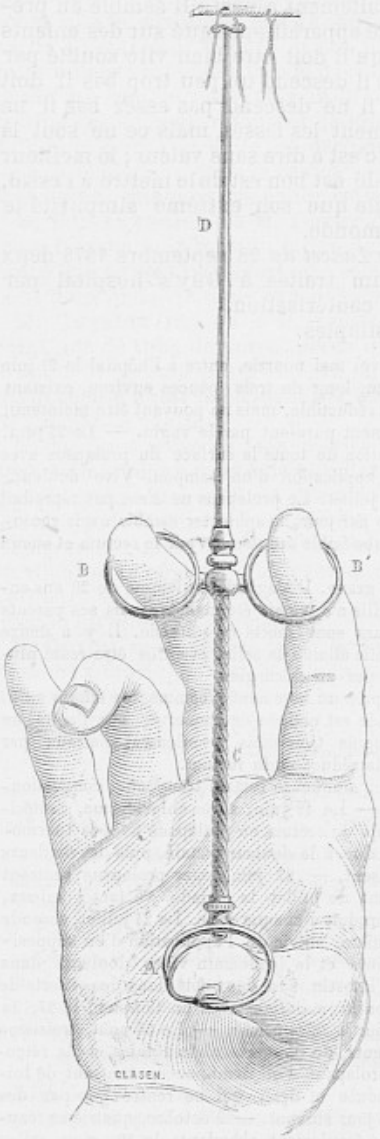
De 13° pour la Précieuse ;

De 14° pour la Rigolette ;

De 15° pour la Désirée et la Magdeleine.

Comme toutes les eaux du bassin de Vals, ce sont des eaux froides. Vals ne possède aucune source chaude; c'est une station minérale et non une station thermale. — (*Gazette des Hôpitaux*).

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE



Torsion des fils dans les sutures métalliques.
(*Fig. 102*).

M. G. CLASIN, fabricant d'instruments de chirurgie, à Bruxelles, soumet au jugement de l'Académie, un nouvel instrument de son invention, se trouvant chez MM. Mathieu, fils, fabricants d'instruments de chirurgie, à Paris, et destiné à faciliter la torsion des fils dans les sutures métalliques. Il se compose d'une tige D, dont la partie supérieure est transversalement surmontée soit de l'S de M. Marion Sims, soit d'un disque percé de deux trous ; la partie inférieure en est formée par une colonne torse C, à pas multiples terminée elle-même par un anneau mobile A. Sur cette colonne torse chemine un écrou muni latéralement de deux autres anneaux B et B.

A l'aide de cet instrument, l'opérateur pratique la torsion de la manière la plus rapide et la plus régulière : Après avoir passé le fil métallique à travers les lèvres de la plaie, il en place les deux chefs entre les crochets de l'S, ou s'il emploie le disque, dans les deux trous de ce dernier, puis, les maintenant de la main gauche, il rapproche avec les doigts de la main droite les anneaux dont nous avons parlé, ce qui imprime à la tige surmontée de l'S ou du disque, un vif mouvement de rotation, lequel entraîne et tord sur eux-mêmes, les deux chefs du fil métallique.

BIBLIOGRAPHIE

De la psoïte traumatique, par le Dr G. MARCANO (Th. de Paris, 1878).

L'auteur a eu l'heureuse idée de jeter dès l'abord un coup d'œil d'ensemble sur les effets que le traumatisme peut produire sur le tissu musculaire, avant d'en venir au cas particulier du psoas. On trouvera donc dans la première partie de cette thèse l'historique des affections traumatiques des muscles, et, chemin faisant, la rectification d'une erreur accréditée depuis Sédillot, suivant lequel Bichat aurait prétendu que les muscles ne se rompaient jamais. L'histoire de la psoïte traumatique commence en 1682 avec Fabrice de Hilden qui en rapporte une observation, mais elle n'a jamais été décrite avec tout le développement qu'elle comporte.

Les causes de la psoïte traumatique sont directes ou indirectes (travail et fatigues musculaires); ces dernières, de beaucoup les plus importantes, amenant quelquefois une rupture qui a lieu alors pendant la contraction du muscle. Certaines psoïtes survenues dans l'état puerpéral, après un accouchement laborieux, doivent entrer dans la classe des

© BIU Santé

psoïtes traumatiques (Obs. XVII); il n'en est point de même des phlegmons iliaques qui compliquent parfois certaines opérations sur les viscères de l'abdomen, bien qu'on leur ait donné quelquefois le nom de psoïtes.

Rarement, les lésions que l'on constate à l'autopsie sont limitées au psoas, car il n'existe pas d'autopsies faites immédiatement après l'accident ; dans les cas les plus intéressants, le muscle forme lui-même la paroi d'une cavité qui loge le pus formé dans son intérieur et à ses dépens. Quelquefois le psoas contient plusieurs kystes purulents et conserve néanmoins sa forme normale. Les lésions concomitantes sont celles de tous les phlegmons iliaques. Quand le péritoine participe à l'inflammation, les lésions et les symptômes sont différents, aussi l'auteur consent-il à donner à cette forme le nom de *péritonite musculaire* déjà employé par Pfenfer.

Le plus souvent la psoïte traumatique débute par les symptômes locaux, parmi lesquels il faut surtout signaler l'attitude vicieuse du membre et de tout le corps — le raccourcissement apparent et la claudication existent le plus souvent, surtout à droite, côté de prédilection de la psoïte. — La tumeur apparaît dans l'aire du triangle de Scapa, beaucoup plus rarement à la région lombaire ; elle suppure toujours (une seule exception), mais jamais l'abcès ne s'ouvre dans la cavité du rectum, comme cela se voit pour les phlegmons spontanés de la fosse iliaque.

Trois formes cliniques : myosite, cellulite, péritonite, répondent aux différents degrés des lésions. Les éléments essentiels du diagnostic, sont la notion étiologique et l'étude des mouvements du membre. Il est possible par la marche des accidents, la voie que suit le pus, le temps qu'il met à se collecter, les symptômes généraux, de diagnostiquer les trois formes de psoïtes et de localiser le point de départ de l'affection.

Cette analyse rapide ne peut que faire entrevoir l'importance d'un travail, riche en observations personnelles et en recherches bibliographiques, de nature enfin, croyons-nous, à jeter un jour nouveau sur l'histoire si compliquée des inflammations de la fosse iliaque. P. POIRIER.

VARIA

L'enquête sur la fièvre jaune aux Etats-Unis.

Richmond (Virginie), 20 novembre. — L'association américaine d'hygiène publique a tenu aujourd'hui sa séance, sous la présidence de M. Harris. Le Dr Berniss, président de la commission de la fièvre jaune, lit le rapport officiel de cette commission : on y voit que la fièvre jaune fut importée à la Nouvelle-Orléans, au mois de mai, par le steamer Emily Souder. La commission a visité divers points infectés dans la vallée du Mississipi et ses investigations ont abouti à montrer combien on tenait peu compte des lois sanitaires sur le drainage, les dépôts d'immondices et les eaux potables. Voici, du reste, les conclusions de ce remarquable rapport :

1° Nous n'avons pas rencontré un seul cas dans lequel la fièvre jaune ait pu avoir une origine autochtone ; 2° Dans les principales villes que nous avons visitées comme centres secondaires de l'épidémie, l'ensemble des témoignages attestait l'importation de la fièvre ; 3° Le transport de la fièvre jaune entre des points séparés par de grandes distances paraît ne s'être effectué que par des voyageurs, soit que leur personne ou leurs vêtements aient transporté les germes du contage, soit que des bagages les aient recélés ; 4° Tous les témoignages s'accordent à repousser l'usage des désinfectants. Les médecins déclarent que, dans les villes atteintes, les agents de désinfection n'entravent en rien la marche de l'épidémie, mais que les vapeurs émises sont préjudiciables aux malades ; 5° Les mesures prophylactiques personnelles, l'usage de drogues préventives ne servent que de peu ; cependant plusieurs médecins trouvent qu'il est prudent de prendre par mesure de précaution quelques doses de quinine ; 6° Le meilleur moyen de s'opposer à l'épidémie c'est d'établir une quarantaine sévère et de proscrire de la façon la plus formelle tout trafic et toute relation avec les villes infectées.

Importations du bétail.

La peste bovine ayant été constatée sur plusieurs points de l'empire d'Allemagne, un décret en date du 12 décembre courant a interdit l'entrée en France et le transit des animaux des espèces bovine et ovine, et des autres espèces de ruminants, ainsi que de leurs peaux fraîches et autres débris frais provenant de l'empire d'Allemagne et du grand-duché de Luxembourg. Ces interdictions s'ajoutent à celles qui avaient déjà été édictées par l'arrêté ministériel du 2 avril dernier.

Il en résulte que les prohibitions d'entrée et de transit portent actuellement sur :

Les animaux de l'espèce bovine de la race grise dite des steppes ;

Les animaux des espèces bovine et ovine, et en général toutes les espèces de ruminants de la Russie, de la Turquie, des principautés danubiennes et de l'empire d'Allemagne ;

Les animaux de l'espèce bovine de l'Autriche-Hongrie ;

Les peaux fraîches et tous les autres débris frais, parmi lesquels les viandes se trouvent comprises, des mêmes animaux et provenances sont également frappés de prohibition à l'entrée et au transit. Il n'est fait exception que pour les viandes abattues provenant de l'Autriche-Hongrie qui peuvent entrer librement en France. Aucune restriction n'est apportée à l'entrée et au transit des animaux de l'espèce porcine, quelle qu'en soit la provenance.

Épizootie.

Par le Président de la République française, sur le rapport du Ministre de l'Agriculture et du Commerce ; vu le décret du 2 août 1878 : considérant que la péripneumonie contagieuse du gros bétail a été introduite dans l'arrondissement de Saint-Girons (Ariége) par des animaux importés d'Espagne. Décrète :

Art. 1er. — Les bureaux de douane de l'Hospitalet, Auzat, Couflens, Lascour, Fos et Bagnères-de-Luchon sont fermés à l'importation des animaux de l'espèce bovine jusqu'à ce qu'il en soit autrement ordonné.

Art. 2. — Le Ministre de l'Agriculture et du Commerce et le Ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Clinique annexée à la chaire de pathologie mentale, troisième délibération du Conseil général de la Seine.

Le conseil général, considérant qu'il ne saurait être donné suite au projet consistant à placer dans le bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne, la clinique du professeur de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris et à bâtir sur l'emplacement libre qui sépare le bâtiment de l'inspection du bureau d'admission, un pavillon composé d'un amphithéâtre, d'un laboratoire, de deux cabinets et de deux logements. Mais, considérant, d'autre part, que l'enseignement clinique de la pathologie mentale est indispensable, et qu'il serait possible de concilier l'intérêt de l'enseignement et celui du département. Vu le rapport de sa 3e commission délibère :

Article premier. — Il y a lieu d'autoriser l'Etat à construire à ses frais, sur un terrain d'une contenance d'un hectare environ, appartenant au département, et situé rue d'Alésia, en face de l'Asile, un pavillon, pour une cinquantaine de lits, devant servir à la clinique du cours de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale professé à la Faculté de médecine de Paris.

Art. 2. — Ce pavillon, formant annexe de l'Asile Sainte-Anne, sera pourvu de malades par le bureau d'admission, comme les autres asiles. Les malades y seront entretenus aux frais du département, et, de plus, le professeur pourra, d'accord avec les médecins de l'établissement, faire venir à sa clinique les malades paisibles qui lui paraîtraient offrir un intérêt, au point de vue de l'instruction des élèves.

Mutations dans les hôpitaux.

M. Moutard-Martin passe de l'hôpital Beaujon à l'Hôtel-Dieu ; M. Empis, de la Charité à l'Hôtel-Dieu ; M. Chauffard, de l'hôpital Necker à la Charité ; M. Gombault, de la Pitié à Beaujon ; M. Ollivier, de Lariboisière à Necker ; M. C. Paul, de Saint-Antoine à Lariboisière ; M. Brouardel, de Saint-Antoine à la Pitié ; M. Cornil, de Lourcine à Saint-Antoine ; M. Ball, de Saint-Antoine à l'hôpital Temporaire ; M. Damaschino, de Larochefoucauld à l'hôpital Temporaire ; M. Hayem, de Ménilmontant à Saint-Antoine ; M. Ferrand, d'Ivry à l'hôpital Temporaire ; M. Rigal, de Ménilmontant à Saint-Antoine ; M. Audhoui, de Ménilmontant à Ivry. — M. Grancher est nommé à Ménilmontant ; M. Liouville, à Larochefoucauld ; M. Dieulafoy, à Ménilmontant ; M. Straus, à Ménilmontant ; M. Legroux, à l'hôpital Temporaire ; M. Rendu, à Lourcine.

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE vient de procéder au renouvellement de son bureau qui, pour l'année 1879, est composé comme il suit : Président : M. Devilliers ; vice-présidents : MM. Choppin d'Arnouville, Jules Lefort ; secrétaire-général : M. Gallard ; secrétaires des séances : MM. Leblond et Lutaud ; trésorier : M. Mayet ; archiviste : M. Ladreit de la Charrière. Membres de la commission permanente, chargée de répondre d'urgence, dans l'intervalle des séances, aux demandes d'avis motivés qui peuvent être adressées à la Société : MM. Devilliers, président ; M. Gallard, secrétaire général ; Blanche, Brouardel, Devergie, Hémar, Leblond, Liouville, Mayet, Penard et Polaillon ; Membres du conseil de famille : MM. Chaudé, Delastre, Hémar, Penard, Riant ; membres du comité de publication : MM. De la Charrière, Chaudé, Delastre, Leblond et Lutaud.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Du 16 au 21 décembre. — 474. Regnard : Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires. — 475. Spire ; Du spasme de l'urèthre symptomatique. — 476. Codemel : Des kystes synoviaux à grains riziformes du poignet. — 477. Faustin-Fau : De la mam-

© BIU Santé

mite interstitielle non-puerpérale.— 478. Claude Loup : Considérations sur quelques médicaments employés contre l'asthme. — 479. Fagard : Recherches sur quelques points physiologiques et thérapeutiques de la digitale pourprée. — 480. Descouts : De l'albuminurie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis. — 481. Schmutz : Considérations sur l'anthrax ; indication spéciale du traitement par les caustiques.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. —Pendant la semaine finissant le 12 décembre 1878, on a déclaré 905 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 14 ; rougeole, 1 ; scarlatine, » ; variole, 4 ; croup, 22; angine couenneuse, 17; bronchite, 38; pneumonie, 65; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3 ; choléra nostras » ; dyssenterie, » ; affections puerpérales, 2; érysipèle, 3 ; autres affections aiguës 228; affections chroniques, 439, dont 165 dues à la phthisie pulmonaire, affections chirurgicales, 49; causes accidentelles, 20. — Les 905 décès ci-dessus donnent une proportion de »,» par 1,000 habitants et pour l'année.

Concours. — *Internat* : Phrénique ; pleurésie diaphragmatique. — Prostate ; cathétérisme, — Trachée ; causes et traitement de l'asphyxie.— Nerf maxillaire supérieur ; névralgie du trijumeau. — Aisselle ; causes, symptômes et diagnostic des adénites axillaires.

Externat. — Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde. — Anthrax. — Phlegmon diffus.

Infirmerie centrale des prisons de la Seine. — Par arrêté du préfet de police, en date du 12 décembre 1878 : M. Chipier (Lucien); externe des hôpitaux, a été attaché en qualité d'interne à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, établie à la prison de la Santé.

Médecins conseillers généraux : M. le dr Allemand fils a été élu dimanche dernier, conseiller général pour le canton de Mezel (Hautes-Alpes).

Nomination. — Le roi d'Italie vient de conférer à M. le dr Benedetto Cairoli, président du conseil des ministres et secrétaire d'Etat pour les affaires étrangères, la médaille d'or de la valeur militaire.

Concours *pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes au 1er avril 1879 dans les hôpitaux et hospices de Paris.* — Le lundi 20 janvier 1879, à une heure précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, n° 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes dans les hôpitaux et hospices. Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de 11 heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 16 décembre 1878 et fermé le samedi 4 janvier 1879, à 3 heures.

Maison nationale de Charenton. — *Concours :* Par arrêté du 12 novembre, le ministre de l'intérieur a décidé qu'il serait procédé, par voie de concours sur titres, à la nomination de deux médecins dans la maison nationale de Charenton, l'un pour le quartier des hommes et l'autre pour le quartier des dames. Une commission spéciale a été chargée d'examiner les titres des candidats et de classer ces derniers par ordre d'aptitude et de mérite.

Les candidats devront se faire inscrire au ministère de l'intérieur, direction du secrétariat, 4e bureau, rue de Grenelle-Saint-Germain, 101, jusqu'au 11 janvier 1879, à 5 heures du soir. A l'appui de leur demande, ils déposeront contre récépissé, leur acte de naissance, leurs diplômes et leurs titres scientifiques, les certificats constatant leurs études spéciales et leurs antécédents professionnels, etc. Tous les renseignements relatifs aux deux emplois vacants seront donnés aux candidats par la direction du secrétariat du ministère. (*Journal officiel, 14 décembre*).

La Société médicale des bureaux de bienfaisance a élu son bureau de la façon suivante pour l'année 1879 : Président : M. Fontès ; vice-présidents : MM. Commenge et Dal-Piaz ; secrétaire-général : M. Passant ; secrétaires : MM. Paul Richard et Dehanne ; archiviste : M. Machelard ; trésorier : M. Le Coin. — A partir du mois de janvier prochain, la Société tiendra ses séances à l'Administration générale de l'Assistance publique (salle d'élaboration des concours.)

Hôpital Temporaire. — Hôpital Laennec. — Au banquet des médecins des hôpitaux a été signée une lettre demandant au directeur de l'Assistance publique de vouloir bien donner à l'*Hôpital Temporaire* le nom de Laennec, l'immortel inventeur de l'auscultation.

Prix des *Annales médico-psychologiques*. — Ce prix, de la valeur de six cents francs, sera donné à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet de pathologie mentale au choix des concurrents. Le but de ce concours étant essentiellement clinique, chaque mémoire devra avoir pour base au moins dix observations détaillées, précédées chacune d'un sommaire.

Le prix sera décerné par une commission de cinq membres, choisis parmi les chefs de service des cinq asiles de la Seine, auxquels s'adjoindront les rédacteurs des *Annales*. Les mémoires, écrits en français, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresse des auteurs, devront être envoyés avant le 1er janvier 1879, à la rédaction des *Annales médico-psychologiques*, rue de l'Université, 6.

La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques, réunie en Assemblée générale, le 15 décembre 1878, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1879 :

Président : M. le professeur Bouillaud, de l'Institut ; vice-présidents : MM. Colmet Daage, Paul Pont, le dr Jules Bergeron et Théophile Roussel ; secrétaire général : Dr D. Lunier ; secrétaires généraux adjoints : MM. Edmond Bertrand et dr Decaisne ; secrétaire des séances : Drs Magnan et Vidal ; bibliothécaire-archiviste : Dr A. Motet ; trésorier : M. Jules Robyns. Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'atelier, contremaîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalés comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance. Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 1er février 1879, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

Hopital civil d'Alger. — Le concours pour l'internat en médecine vient de se terminer par la nomination de MM Faizant, Mezz, Wolters, Lévy, Ruavon, Rieu, Taieb Ouled Morsly. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Salièges, Hong, Djilali ben Fiah, Aytier, Milliot. — (*Alger médical.*)

Nouveaux journaux. — La *Société italienne d'hygiène* nous apprend qu'elle va faire paraître, à partir du 1er janvier prochain, le *Giornale della Societa Italiana d'Igiène*. — Nous venons de recevoir le premier numéro du *Praticien*, journal hebdomadaire de médecine, paraissant le lundi, sous la direction du Dr E. Barrère. Nous souhaitons bonne réussite à notre jeune confrère.

Nécrologie. — Le Dr Moïse Aboulker a succombé, le 2 décembre, à une hémorrhagie cérébrale qui s'était produite la veille. Les obsèques de ce jeune et regretté confrère, le *premier indigène* israélite qui ait obtenu le diplôme de docteur en médecine, ont eu lieu le 3 décembre. Nous avons reproduit le discours prononcé sur sa tombe par son confrère et condisciple M. Caussaneb.

Mme veuve Coudray, qui, après la mort de son mari, ancien élève lauréat de l'Ecole d'Alger, avait subi son examen de grammaire et fait ses études pour le diplôme de pharmacien de 2e classe qu'elle a obtenu en 1875, afin de pouvoir élever ses enfants, a succombé, le 4 décembre, aux suites d'une affection pulmonaire chronique. Pendant le cours de ses études et à ses examens probatoires, Mme Coudray s'était fait remarquer par son assiduité, son aptitude et son intelligence. Elle était aussi munie du diplôme d'institutrice. (*Alger médical.*)

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Charrier, de Mourens (Gironde).

Nous apprenons la mort du Dr Millicen décédé le 1er décembre à Constantinople. C'est entre ses bras que lord Byron, mourut le 19 avril 1824, à Missolonghi.

L'Art médical annonce la mort des Drs Pitet et Champeaux. On doit à ce dernier une thèse sur les indications du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde ; et des traductions de Hahnemann et d'autres homœopathes allemands. — M. Roque d'Orbcastel, doyen du corps médical de Toulouse, vient de succomber, à l'âge de 90 ans à une affection du cœur. — On annonce également la mort du Dr Nadal de Grenade (*Revue médicale de Toulouse*).

La Faculté de Nancy vient d'être frappée de nouveau ; M. Grandjean, professeur-adjoint de thérapeutique, vient de mourir presque subitement. Ancien professeur de l'Ecole secondaire, il fut jugé digne de s'asseoir près de la brillante phalange des professeurs de Strasbourg, lorsque l'Ecole de Nancy fut transformée en Faculté. M. Grandjean laisse de vifs regrets dans le corps médical qu'il honora par ses précieuses qualités, et parmi ses concitoyens, dont pendant vingt ans il veilla aux intérêts comme conseiller municipal. — Nous avons appris trop tard pour l'annoncer dans le dernier numéro, la mort de M. le dr H. Hatry, médecin-major de 1re classe, chef de service à l'Hôpital militaire de Lyon, à peine âgé de 49 ans. Il avait commencé sa carrière en Crimée, avait fait la campagne du Mexique et était attaché depuis plusieurs années aux hôpitaux militaires de Lyon. Il a succombé en quelques heures à une hémorrhagie cérébrale. Tous ceux qui l'ont connu regretteront le praticien expérimenté et l'homme bienveillant et dévoué aussi bien dans l'exercice de ses fonctions que dans ses relations privées. — M. le dr Martin, de Deuil, a succombé le 13 novembre 1878.

La *Revista medico-escolar* nous apprend la mort de M. le dr Manuel Soler, de Madrid.

Agenda-Formulaire des médecins praticiens et Carnet de poche réunis pour 1879 (29e année).

En outre de son *Dictionnaire de pathologie et de matière médicale*, où sont mises en lumière les indications fondamentales dans toutes les maladies, suivies de formules appropriées, travail dû à la collaboration de Blache (enfants), Gibert (peau), Sichel (yeux), Ricord et Calvo (syphilis), Grassi (empoisonnements et asphyxies), Hatin et Verrier (accouchements), Durand

© BIU Santé

Fardel (eaux minérales), Devergie (code médical), Bossu (choix des formules), etc.

L'*agenda-formulaire* pour 1879 contient les chapitres nouveaux suivants : 1° Médication salicylique (G. Sée) ; 2° Les aliénés à domicile (Legrand du Saulle) ; 3° Premiers secours en cas d'accidents (E. Ferrand) ; 4° Méthode hypodermique. Puis viennent : Corps médical enseignant, hôpitaux, médecins de Paris, sociétés savantes, journaux, renseignements divers, etc.

Le tout précédé de 362 cases en blanc pour les notes journalières et pouvant se placer dans un portefeuille ou une trousse ordinaire, sous la forme de cahier. — Aide-mémoire indispensable.

Prix divers de l'*Agenda-Formulaire* :

N° 1	Reliure peau chagrinée, fermant au crayon	3 fr. »
N° 2	— à patte ou portefeuille	3 50
N° 3	Le même, mais avec trimestres séparés, mobiles	4 »
N° 4	Reliure forme serviette poches, en peau	5 »
N° 5	Reliure peau chagrinée, portefeuille, poche en soie, petite trousse	6 »
N° 6	Le même, mais avec trimestres mobiles	7 »
N° 7	Reliure avec deux poches en peau à l'intérieur, trimestres mobiles, petite trousse	8 »
N° 8	Le même, avec fermoir en maillechort	9 »
	Agenda broché, couverture imprimée	1 75
	— cahier plein, doré sur tranches	2 50
	— trimestres séparés, doré, recouvert en soie	3 »

Bureaux de l'*Abeille médicale*, 5, rue Saint-Benoit.

V. Ad. Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine (Envoi *franco*).

Librairie O. DOIN, S. place de l'Odéon.

Rollet (P.). Du traitement de la métrite chronique par la cautérisation au fer rouge, vol. in-8 de 55 pages, 2 fr. Paris, 1878.

Masselon. Thérapeutique oculaire, vol. in-8 de 830 pages, avec fig. dans le texte, 13 fr. Paris, 1879.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot continue ses conférences cliniques le dimanche à 9 heures 1/2.

Hôpital de la Pitié. Service de M. Peter. — Salle Saint-Benjamin : 3, hémiplégie droite, aphasie ; 4, fièvre typhoïde ; 5, cirrhose hépatique ; 7, mal de Bright ; 11, cirrhose hépatique ; 12, cancer du foie ; 15, intoxication saturnine, endocardite ; 6, cancer du rectum ; 23, mal de Bright ; 24, péricardite avec symptômes d'angine de poitrine ; 27, péritonite chronique ; pleurésie tuberculeuse. — Salle Sainte-Claire : 7, chlorose ; tuberculose pulmonaire ; 11, rétrécissement et insuffisance mitrale ; 16, affection mitrale, néphrite cardiaque, bruit de galop ; 29, délire mélancolique avec idées de persécution à la fin d'une phthisie pulmonaire ; 22, troubles vaso-moteurs consécutifs à la ménopause ; 23, corps fibreux utérins ; 25, ulcère simple de l'estomac ; 29, chlorose avec souffles vasculaires ; tuberculose pulmonaire ; 32, tuberculose des organes génitaux ; 33, aortite et névrite du plexus cardiaque ; 40, mal de Bright.

Hôpital Sainte-Eugénie. — *Médecine.* Service de M. Bergeron. — *Salle Sainte-Mathilde.* 1, abcès des parois de l'abdomen ; 5, affection cardiaque ; 8, adénite mésentérique ; 11, vulvite ; 14, broncho-pneumonie ; 23, pleurésie droite ; 29, bronchite avec emphysème. — *Salle Saint-Benjamin.* 1, paralysie diphthérique ; 2, phthisie ; 36, fièvre typhoïde ; 11, pleurésie avec dilatation des bronches ; 15, dilatation des bronches ; 17, adénite mésentérique et bronchique ; bronchite, bruits cavitaires ; 19, méningite tuberculeuse, rémission, escharres symétriques des fesses ; 21, pneumonie à répétition (tuberculeuse ?) ; 26, bronchite avec emphysème ; 29, leucocythémie, hypertrophie spléniques.

Service de M. Cadet de Gassicourt. — *Salle Saint-Joseph.* 1, méningite tuberculeuse guérie (?) par l'iodure de potassium ; 3, varicelle ; 4, tumeur cérébrale ; 7, affection cardiaque ; 8, broncho-pneumonie chronique ; 13, fièvre typhoïde ; 14, anasarque ; 16, mal de Pott cervical, carie du temporal : 17, broncho-pneumonie chronique ; 21, chorée ; 30, croup opéré guéri, 32, angine couenneuse ; 33, croup opéré.

Service de M. Triboulet. — *Salle Sainte-Marguerite.* 1, Impétigo avec anasarque ; 5, coqueluche ; 6, pneumonie ; 10, pleurésie droite tuberculeuse ; 13, bronchite capillaire ; 15, 16, 20, chorée ; 18, pneumonie herpétique ; 20, fièvre typhoïde ; 24, rhumatisme articulaire avec endocardite. — *Salle Sainte-Geneviève.* 1, 2, 3, varioloïdes. — *Salle Sainte-Rosalie.* 1, angine diphthéritique ; 2, croup opéré guéri ; 4, croup opéré.

Chirurgie. — Service de M. Lannelongue. — *Salle Napoléon.* 1, syphilis infantile ; 8, périostite diffuse ; 11, fracture du coude, paralysie du nerf radial ; 14, polype naso-pharyngien ; 15, kyste du rein droit ; 27, syphilis infantile ; 33, hématome du pavillon de l'oreille. — *Salle Sainte-Eugénie.* 1, fracture du fémur, phlébite de la veine fémorale ; 3, renversement de la lèvre inférieure par cicatrice vicieuse ; 5, ectropion déterminé par la bride cicatricielle d'un abcès ossifluent ; 6, plaie de l'avant-bras ; section complète du nerf médian, incomplète du nerf cubital ; suture des extrémités du nerf médian ; 17, fracture compliquée de l'extrémité inférieure de l'humérus ; 20, mal de Pott double ; coxalgie suppurée ; 30, sarcôme de l'extrémité supérieure de l'humérus ; 31, tumeur myéloïde du maxillaire supérieur.

Hôpital Temporaire. — Service du Dr Legroux. — Salle Sainte-Julie 14, fièvre typhoïde, convalescence ; 18, insuffisance aortique, insuffisance et rétrécissement mitral ; 24, ramollissement cérébral. — Salle Sainte-Thérèse : 2, myélite chronique diffuse ; 8, sciatique ; 9, double lésion mitrale ; 13, rhumatisme subaigu, péricardite, tuberculose laryngée ; 15, ramollissement cérébral ; 23, urticaire, atrophie papillaire double ; 25, paralysie faciale suite de ramollissement cérébral. — Salle Saint-Julien : 1, engorgement utérin, ulcération du col ; 5, ataxie locomotrice progressive ; 11, péritonite chronique ; 12, corps fibreux utérin sous-péritonéal ; 13, arthrite sèche ; 15, double lésion mitrale ; 23, pelvi-péritonite suppurée ; 28, hystérie, hémianesthésie ; 31, ramollissement cérébral ; rhumatisme subaigu des petites articulations ; 32, sclérose en plaques.

Service de M. Huchard. — Salle Saint-Jean : 4, ataxie locomotrice ; 10, zona ; 17, talonalgie rhumatismale ; 18, syphilis ; 25, tuberculose pulmonaire et cancer utérin ; 26, aphasie ; 27, paralysie faciale, tuberculose pulmonaire. — Salle Saint-Louis : 9, hémiplégie, contracture consécutive ; 16, cancer utérin ; 25, pleurésie gauche ; 28, affection mitrale. — Salle Sainte-Marthe : 6, hémiplégie syphilitique ; 16, fièvre tierce ; 21, anévrysme de la crosse de l'aorte ; 22, rétrécissement aortique ; 23, leucocythémie ; 25, maladie de Corrigan ; 26, ulcère de l'estomac.

Service de M. Strauss. — Salle Sainte-Anne : 3, granulie ; 12, ataxie locomotrice et atrophie musculaire ; 13, paralysie saturnine et atrophie musculaire ; 15, insuffisance mitrale ; 16, emphysème pulmonaire ; 18, mal de Pott, paraplégie ; 21, diabète sucré ; 23, paraplégie. — Salle Saint-François : 2, cirrhose, mal de Bright, insuffisance mitrale ; 3, insuffisance mitrale, accouchement prématuré ; 8, mal de Bright ; 10, cancer de l'utérus ; 12, mal de Bright ; 13, ataxie locomotrice progressive ; 21, chlorose ; 22,

Vin de Catillon à la Glycérine ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, contenant tous les principes du quinquina unis à la glycérine pure, succédané de l'huile de foie de morue.

Le même **vin ferrugineux** contenant de plus 0 gr. 25 de fer par cuillerée, permet en outre d'administrer le fer à haute dose sans constipation et le fait tolérer par les estomacs incapables de supporter les ferrugineux ordinaires. — *Troubles digestifs, fièvres, convalescences, débilité, consomption, anémie, chlorose, diabète*, etc.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

Elixir de pepsine à la Glycérine DE CATILLON

Notre pepsine à la glycérine, bien plus active que la pepsine ordinaire, opère une digestion en deux heures. Remède efficace contre les dyspepsies, elle peut, en outre, par son action puissante et rapide, entraver les accès de migraine venant de l'estomac.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer QUINQUINA ET GLYCÉRINE

Facile à prendre, bien toléré, remplace à la fois le quinquina, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue dans la médecine des enfants et en général dans *la scrofule, la syphilis, la phthisie*, etc.

Glycérine créosotée de Catillon

0 gr. 20 de créosote vraie du hêtre par cuillerée.

Chaque cuillerée doit être délayée dans un verre d'eau sucrée ou vineuse et lui donne une saveur d'eau de goudron un peu forte à laquelle on s'habitue facilement. Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de foie de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette délution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les **chaleurs.**

Paris, rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

VINS Titrés D'OSSIAN HENRY, Membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à l'École de pharmacie, etc., etc. — Prix Montyon de 2,000 francs pour ses travaux sur les quinquinas ; Médaille d'or de l'Académie de médecine. — **Vin de Quinquina titré d'Ossian Henry :** *Composition : 1 gr. d'alcaloïdes, 12 gr. d'extratifs, 1,000 gr. de vin d'Espagne diastasé.* — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par ses alcoloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable* tel que doit le souhaiter le médecin, car non-seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation. **Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dispepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences**, etc,, etc. — **Vin de Quinquina ferrugineux d'Ossian Henry :** *Composition : 10 centigr. de sel ferreux pour 50 gr. de vin de quinquina titré.* — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très-curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, en fait-elle tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître. — Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — **Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies**, etc., etc. — **PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.**

© BIU Santé

paralysie agitante, myosarcome ; 23, insuffisance mitrale ; 25, scarlatine ; 27, chorée.

Service de M. H. Gounaud. — Salle Sainte-Geneviève : 1, rhumatisme articulaire aigu ; 3, pleurésie gauche ; 5, hémiplégie droite, acné varioliforme ; 6, syphilis cérébro-spinale ; 19, fièvre intermittente ; 14, dysenterie ; 21, ataxie locomotrice ; 27, hémiplégie et hémianesthésie gauches. — Salle Sainte-Hélène : 1, phthisie laryngée ; 12, arthrite blennorrhagique ; 21, insuffisance mitrale ; 24, pleurésie gauche. — Salle Saint-Louis : 2, chorée ; 5, phlegmon du ligament large ; 7, paralysie consécutive à une fièvre typhoïde ; 12, insuffisance mitrale ; 21, syphilis cérébro-spinale ; 23, fièvre typhoïde et phlegmatia alba dolens ; 25, névralgie sciatique ; 28, hystérie.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Martineau. Clinique du mercredi : 25, vaginite blennorrhagique, lymphadénite péri-utérine, métrite ; 22, syphilis, accidents secondaires, chancre du col ; 26, syphilides papulo-hypertrophiques ulcéreuses. Métrite du col ; 32, lymphadénite péri-utérine. — Clinique du samedi : 7, métrite avec adéno-lymphite ; 15, métrite strumeuse généralisée, adénolymphite double, herpès vulvaire ; 81, syphilis, adénolymphite, bride cicatricielle du vagin.

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

GRANULES FERRO-SULFUREUX DE J. THOMAS

Chaque granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'hydrogène sulfuré et le fer à l'état naissant sans éructations ni troubles d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris — Pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie — Paris

Enfants arriérés ou Idiots

Maison spéciale d'Education et de Traitement, fondé en 1847. Rue Benserade, 7, à Gentilly (Seine).

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DE DUCRO

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Phthisie, Anémie, Convalescence.

Gros : Paris, 20, place des Vosges.—Détail : Toutes les Pharmacies.

PILULES HÉMATIQUES DUROY

Les Pilules dragéifiées **d'Extrait de sang de bœuf** de J.-L.-P. Duroy, *pharmacien, Lauréat de l'Institut*, contiennent le fer même du sang, et tous ses autres principes nutritifs, organiques et minéraux concentrés ; c'est donc un fortifiant aussi complet que naturel, reconnu, par MM. les médecins qui l'ont expérimenté, supérieur aux ferrugineux ordinaires, au quinquina, à la viande crue, etc. — Dose : de 4 à 6 pilules par jour. — 4 fr. le flacon. — 10, rue du Faubourg-Montmartre, Paris. — Dépôt partout.

SOLUTION-AUBIN

AU PHOSPHATE FERRIQUE ARSÉNIÉ

Médication névrosthénique et reconstituante par l'emploi simultané du Phosphore, du Fer et de l'Arsenic combinés à doses thérapeutiques équivalentes, contre : *Anémie, chloroses, neuroses, chorée, dyspepsie, scrofule, rachitisme, tuberculose, cachexies paludéennes, maladies de la peau ; cachexies des maladies chroniques, atonie* sous toutes ses formes. Vente dans les principales pharmacies de France. Dépôt à Paris, Pharmacie Centrale, rue de Jouy, 7, et chez E. Fournier et Cie, rue de Londres, 15 ; Détail : rue d'Anjou-Saint-Honoré, 56. — En gros : chez J. Aubin, Traverse du Chapitre, 13, à Marseille.

INSTITUTION DES BÈGUES DE PARIS

90, Avenue d'Eylau. — Directeur, M. CHERVIN, officier d'Académie

Un nouveau cours a commencé le 2 décembre.

(Ecrire à l'avance).

LA MÉTHODE CHERVIN A ÉTÉ L'OBJET D'ÉLOGIEUX RAPPORTS DE LA PART DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES ET D'UN GRAND NOMBRE DE COMMISSIONS OFFICIELLES MÉDICALES ET PÉDAGOGIQUES

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Elixir toni-radical au Colombo, de Blottière, pharm., 56, rue de Sèvres, Paris, contre les dyspepsies, gravides, chlorotiques, syncopales, flatulentes, cardialgiques, symptomatiques du cancer, diarrhées, dysenteries, fièvres pernicieuses, convalescences, 5 fr.

A céder à Paris, bonne clientèle dans un quartier populeux. Bonnes conditions. Pour les renseignements, s'adresser au bureau du Journal.

A céder, moyennant 2,000 fr., une bonne clientèle médicale située dans la Charente-Inférieure. — Produit annuel : 7,000 fr. — S'adresser aux bureaux du Journal.

A céder bonne clientèle médicale, jolie petite ville, à 2 h. 1/2 de Paris (gare) ; conditions avantageuses. S'adresser à M. Aristide, boulevard Magenta, 111, Paris.

AVIS A MM. LES ÉTUDIANTS

Une remise importante est toujours continuée à la Pharmacie PENNÈS et PÉLISSE, rue des Écoles, 49, Paris. (*Prière de montrer sa carte pour éviter les questions*).

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et en 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GUERBAY, à Roanne (Loire).

Grande médaille et diplôme très-élogieux à Philadelphie

MÉDAILLE D'ARGENT A BRUXELLES 1876

PAPIER RIGOLLOT

ou

MOUTARDE EN FEUILLES POUR SINAPISMES

Médaillés et récompensés aux Expositions

DIPLOME D'HONNEUR A L'EXPOSITION DE 1875

Adopté par les hôpitaux de Paris, les Ambulances et les hôpitaux militaires, par la Marine française et par la Marine royale anglaise, etc.

Le seul dont l'entrée de l'Empire soit autorisée par le Conseil de santé de Russie

POUDRE RIGOLLOT

LE MEILLEUR SINAPISME

POUR LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

APPROUVÉ PAR LES ÉCOLES VÉTÉRINAIRES DE FRANCE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE, ITALIE

Adoptée par le Ministre de la Guerre pour le service de la cavalerie française

Exiger la signature ci-contre sur les bandes qui ferment les boîtes. *Rigollot*

© BIU Santé

6e ANNÉE. — N° 52. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 28 DÉCEMBRE 1878.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Des moyens d'arrêter les attaques hystéro-épileptiques, et en particulier, du compresseur des ovaires;

Par P. POIRIER, interne des hôpitaux.

On possède actuellement plusieurs moyens d'arrêter les crises convulsives de l'hystérie : le chloroforme, l'éther, le nitrite d'amyle, la morphine, l'électricité, enfin la compression de l'ovaire.

Les inhalations de *chloroforme* ou d'*éther* réussissent fort bien dans les premiers temps de leur emploi, mais après quelque temps, les malades s'y habituent; il devient alors nécessaire de recourir à des doses plus fortes et cela sans obtenir des résultats aussi satisfaisants. Cette *accoutumance* de l'organisme est encore plus manifeste pour l'éther qui, au bout de très-peu de temps, non-seulement n'endort plus les malades, mais les met dans un état de surexcitation légère, de douce ébriété qu'elles sont loin de détester. Aux dangers que comporte l'administration souvent répétée du chloroforme, vient bientôt s'ajouter un grave inconvénient, la révolte de l'estomac, qui se traduit par des vomissements et fait que les malades repoussent énergiquement un remède devenu pire que le mal. Il faut alors abandonner ce moyen, pour quelque temps au moins et en chercher un autre.

La *morphine*, en injections sous-cutanées, réussit surtout contre ces contractures passagères et souvent très-douloureuses qui succèdent quelquefois à une série d'attaques ou remplacent des attaques avortées. Mais son histoire devient bientôt celle de tous les médicaments auxquels on est obligé d'avoir fréquemment recours : Accoutumance ou intolérance; à moins que les piqûres, inoffensives pendant quelque temps, ne viennent à être suivies de petits abcès locaux, ainsi qu'il est arrivé cette année chez une malade de la Salpêtrière.

Le *nitrite d'amyle*, expérimenté surtout par M. Bourneville, entre les mains duquel il a *toujours* donné d'excellents résultats contre toutes les formes d'accidents hystériques, n'a pas encore été assez étudié pour que l'on puisse prononcer sur son compte un jugement définitif.

L'emploi de l'*électricité* exige une instruction préalable, une surveillance de chaque instant pour interrompre et rétablir le courant au début de chaque accès; enfin, on peut déterminer parfois de petites escharres quand une des plaques vient à sécher.

La *compression de l'ovaire* est devenue un procédé scientifique, depuis les remarquables travaux de M. le professeur Charcot qui a démontré d'une façon péremptoire, que c'était à la région de l'ovaire qu'on devait rapporter la douleur iliaque fixe des hystériques; et qu'en l'absence même de cette douleur on pouvait provoquer ou arrêter les accidents hystériques par la pression sur la région de l'ovaire.

Mais cette compression, faite à l'aide de la main ou d'un coussin demande parfois un grand déploiement de forces, et ne peut être, pour cette raison, continuée pendant longtemps. C'est pourquoi nous avons eu l'idée de chercher un appareil qui pût remplacer la main et permit de reconnaître : *a*) si la compression prolongée continuerait d'être efficace ; *b*) si l'état du mal hystéro-épileptique céderait devant cette compression prolongée, ou si sa durée en serait seulement abrégée ; *c*) si enfin, les malades pourraient supporter cette compression sans inconvénient. M. le docteur Bourneville voulut bien nous encourager et nous aider dans cette voie, nous l'en remercions sincèrement.

En examinant les appareils compresseurs en usage, il nous sembla que l'appareil compresseur de l'aorte de Nélaton pourrait être modifié pour servir à la compression de tous les organes du petit bassin et en particulier de l'ovaire. C'est cet appareil modifié et que M. Collin a construit sur nos dessins, que nous présentons aujourd'hui aux lecteurs du *Progrès médical*.

Compresseur des ovaires (*Fig. 103*).—L'appareil se compose d'une gouttière matelassée, destinée à recevoir le bassin, soutenue et embrassée par une lame métallique, dont les extrémités percées d'un trou vertical reçoivent les deux bouts d'un arc de cercle cylindrique qui passe au-dessus du ventre. — Sur cet arc de cercle chemine une bague à vis supportant une tige métallique arrondie. — Sur cette tige, seconde bague supportant la grande vis de pression.

Les deux bagues pouvant être fixées par une vis sur un

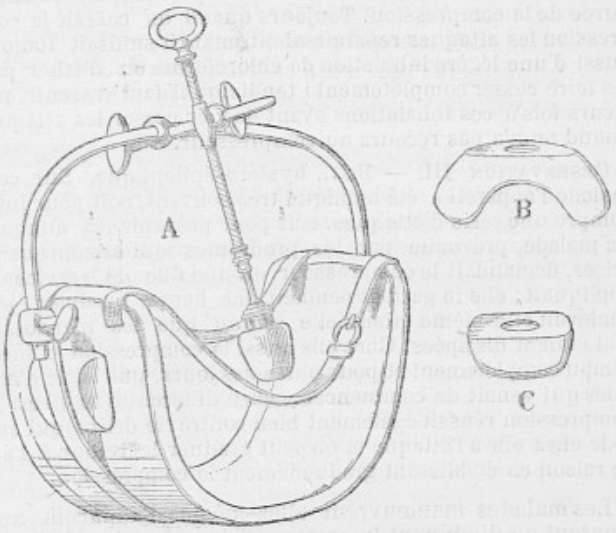


Fig. 103.

point quelconque de la tige cylindrique qui les supporte, il s'en suit, que l'on peut diriger l'axe de la grande vis de pression dans telle direction que l'on voudra, et la maintenir immuable dans cette direction.

A l'extrémité de la grande vis de pression est *vissée* une pelote compressive en liége et à pression continue au moyen d'un ressort à spirale; la pelote est cylindro-conique ou en forme de fer à cheval, suivant que l'on se propose de comprimer un seul ou les deux ovaires. (*Fig. 103, B. C.*)

Deux coins de bois pouvant entrer plus ou moins profondément entre la gouttière et la lame métallique qui la supporte, permettent de conformer les dimensions de la gouttière à celle des bassins différents; deux courroies à boucle achèvent de fixer l'appareil.

Pour appliquer le compresseur, on passe la gouttière sous la malade et on l'adapte au bassin (son bord inférieur s'appuie de chaque côté sur la saillie du grand trochanter). On engage ensuite les deux extrémités de l'arc métallique dans les trous de la lame et on les fixe plus ou moins profondément à l'aide de vis, suivant que le ventre de la malade est plus ou moins gros. Ceci fait et les vis des bagues étant plus ou moins desserrées, on cherche l'ovaire de la

© BIU Santé

main gauche tandis que la droite approche la grande vis et la place dans une direction telle que la pelote qui la termine vienne remplacer la main qui comprime. Il ne reste plus alors qu'à serrer les deux vis pour garder cette direction et à tourner la grande vis de pression jusqu'à ce que la pelote compressive soit venue remplacer la main qui lui cède peu à peu la place.

Cet appareil a été expérimenté à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot, sous l'inspiration duquel il a été créé. Voici les résultats obtenus :

Observation I. — Gl..., hystéro-épileptique, 23 *août* 1878. En attaque depuis le matin ; on établit la compression à 3 h. de l'après-midi, et on ne la lève qu'à 10 h. du soir. Pendant ce temps la malade a mangé et dormi. A 10 h. on enlève l'appareil, les attaques reprennent ; légère inhalation de chloroforme et tout est fini pour ce jour-là. La malade n'accuse aucune douleur abdominale.

Depuis, l'appareil a été appliqué un grand nombre de fois sur cette même malade, toujours avec le même succès ; quelquefois même l'application de l'appareil compresseur pendant plusieurs heures, a suffi pour produire la cessation momentanée de l'état de mal, sans qu'on ait été obligé de recourir à un agent anesthésique.

Observation II. — Witt..., hystéro-épileptique. L'appareil compresseur a été appliqué souvent sur cette malade, pendant 12, 24 et même 48 heures, pour interrompre un état de mal. Jamais les attaques ne se sont présentées pendant la durée de la compression. Toujours quand on cessait la compression les attaques reparaissaient, mais il suffisait toujours aussi d'une légère inhalation de chloroforme ou d'éther pour les faire cesser complétement ; tandis qu'il faut revenir plusieurs fois à ces inhalations avant de voir cesser les attaques, quand on n'a pas recours au compresseur.

Observation III. — Ba..., hystéro-épileptique. Sur cette malade l'appareil a été appliqué très-souvent, soit pour interrompre une série d'attaques, soit pour prévenir les attaques. La malade, prévenue par les prodrômes qui annoncent les crises, demandait le compresseur qu'une fille de service lui appliquait ; elle le gardait pendant une heure ou deux, puis l'enlevait elle-même quand elle sentait que les menaces de mal étaient dissipées. Chez elle aussi la compression a interrompu complétement et pour plusieurs jours, une série d'attaques qui venait de commencer ; cela à différentes reprises. La compression réussit également bien contre le délire qui succède chez elle à l'attaque et on peut graduer le retour à l'état de raison en établissant graduellement la compression.

Les malades manœuvrent elles-mêmes l'appareil, augmentent ou diminuent la compression, suivant qu'elles se sentent plus ou moins menacées. De plus, elles peuvent se tourner dans leur lit, se coucher sur le côté, se soulever pour qu'on les change, manger, dormir. Cette compression est, d'ailleurs, absolument indolore ; après 48 heures d'application, on constate seulement un peu de rougeur de la peau, mais pas la moindre douleur soit superficielle, soit profonde.

Il n'est pas besoin de surveiller la malade, l'appareil n'offrant aucun danger, même s'il vient à se déranger, puisque la pelote est *vissée* à l'extrémité de la grande vis de pression.

Signalons encore la disparition des *points épileptogènes*, qui cessent d'exister pendant que la malade subit la compression et qui reparaissent aussitôt l'appareil enlevé.

Toutes les malades ne sont point également sensibles à la compression de l'ovaire. M. le professeur Charcot, dans ses leçons faites à la Salpêtrière, a montré que, chez quelques malades, la compression était aisée et ne demandait que peu de force, que chez d'autres, au contraire, il fallait chercher l'ovaire très-profondément et le comprimer avec violence, et qu'enfin dans des cas plus rares, l'ovaire paraissait insensible et la compression restait sans effet.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'intoxication par l'acide phénique.

L'histoire de l'acide phénique est entrée depuis peu dans une phase nouvelle et bien inattendue. On ne parlait jusqu'ici que des propriétés antiseptiques et désinfectantes de ce précieux agent, et l'on ne pensait guère que son emploi dans le pansement des plaies pût être la cause d'accidents. L'acide phénique n'était pas seulement employé comme antiseptique chirurgical, on s'en servait aussi dans la pratique usuelle comme désinfectant, et l'on ne voyait aucun inconvénient à le laisser à la portée de tout le monde.

On avait tort d'être si rassuré sur l'innocuité de ce corps, car, en 1872, MM. P. Bert et F. Jolyet, dans un mémoire présenté à la Société de Biologie (1), avaient rendu compte d'une série d'expériences faites sur les animaux, d'où ils avaient conclu que l'acide phénique était un poison redoutable, ayant sur l'organisme une action fort analogue à celle de la strychnine. On tint peu compte alors de cette propriété dont personne n'avait eu à se plaindre jusque là. On citait bien de temps à autre un empoisonnement par l'acide phénique survenu par mégarde, mais on ne prêtait pas plus d'attention à ces faits isolés qu'aux empoisonnements produits par des poisons plus vulgaires. Des accidents analogues à ceux de l'empoisonnement aigu ayant été observés à la suite de pansements phéniqués, l'attention fut ramenée sur cette question, et depuis deux ans on trouve tant dans la presse que dans les discussions de sociétés savantes des exemples assez nombreux de cette intoxication due à l'usage externe de l'acide phénique. Chose à noter, c'est presque exclusivement d'Allemagne que nous viennent les faits connus jusqu'ici.

L'intoxication par l'acide phénique pourrait donc se produire dans deux circonstances bien distinctes, suivant que le poison est absorbé par la muqueuse des voies digestives, ou qu'il a été appliqué sur une plaie ou à la surface de la peau. Dans le premier cas nous avons un empoisonnement ordinaire, c'est sous cette forme que l'action de l'acide phénique a été étudiée par MM. P. Bert et Jolyet, et les accidents que l'on observe alors n'ont pas lieu de surprendre quand on connait les résultats expérimentaux auxquels sont arrivés ces auteurs. En pratique, c'est presque toujours par erreur que l'acide phénique a été absorbé ; il n'existe que deux cas de suicide dus à cet agent, et je ne sache pas qu'on l'ait employé dans un but criminel, ce qui n'a rien de fort étonnant du reste, l'odeur extrêmement pénétrante de cet acide ne permettant guère de l'administrer incognito. L'acide phénique étant aujourd'hui employé sur une très-vaste échelle, les chances d'erreur sont devenues plus nombreuses, si bien qu'on a été jusqu'à proposer d'en restreindre l'emploi par une loi. Nous pensons qu'il n'est nullement besoin d'aller jusque là, et que le meilleur moyen d'éviter des accidents, est de faire connaître au public les dangers que présente l'emploi de cette substance et de recommander des mesures de précaution ; on pourrait peut-être aussi prescrire de colorer en bleu l'acide phénique du commerce, comme le propose un journal anglais (2) ; mais surtout on aura soin

(1) *Gazette médicale*, 1872.
(2) *Medical Times and Gazette* du 19 octobre 1878.

© BIU Santé

de ne pas mettre sur les bouteilles qui en contiennent l'étiquette trompeuse de « *lime juice* », comme cela vient d'arriver à Malte où quarante soldats du contingent indien ont failli être victimes de cette singulière méprise (1).

Nous trouvons dans un journal allemand (2) un assez bel exemple de cette intoxication phéniquée par ingestion involontaire du poison; cette observation nous montrera comment les choses se passent en pareil cas, et quel est le meilleur moyen à employer lorsqu'on arrive à temps.

Un homme de 32 ans, entré en juillet 1876 à l'hôpital d'Augsbourg pour un traumatisme du rectum, but, par erreur, le 6 août, 180 gr. de solution phéniquée à 5 0/0, ce qui fait 9 gr. d'acide. L'infirmière s'en aperçut de suite et appela le Dr Oberst qui, par hasard, se trouvait à côté, et qui, arrivé trois minutes après l'accident, trouva le malade sans connaissance, avec le visage pâle, sueur visqueuse, extrémités froides, pupilles moyennement dilatées, tressaillements convulsifs dans les muscles de la face, trismus, les muscles de la paroi abdominale tendus; la température, appréciée par la main, semble diminuée; le pouls est petit, presque insensible. Le Dr Oberst introduisit la pompe de Wymann dans l'estomac, en retira 150 grammes de liquide phéniqué et injecta de l'eau pure. Alors les mouvements convulsifs et le trismus cessèrent, le visage rougit, le malade ouvrit les yeux et la connaissance revint. Le malade conserva pendant quelques heures un certain degré d'apathie, puis tous les symptômes toxiques disparurent; à la suite, le malade eut des urines noires. — Les jours suivants le malade alla bien, et il se trouva guéri d'un catarrhe vésical qu'il avait eu à la suite du traumatisme pour lequel il était entré à l'hôpital.

A propos de ce fait, le Dr Oberst jette un coup d'œil sur les différents faits d'empoisonnement phéniqué connus aujourd'hui, et dont 33 sont rapportés dans le volume 15 du *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Ziemssen*. Les symptômes suivent une marche très-aiguë; ils varient suivant la susceptibilité des individus, la quantité et la concentration du poison, l'âge et le sexe du malade, le lieu d'application. Ils sont caractérisés au début par une vive excitation à laquelle succède bientôt une paralysie pouvant être rapidement mortelle. Les phénomènes d'excitation, contraction des extrémités, trismus, dans deux cas spasmes de l'œsophage, peuvent manquer ou se combiner avec les phénomènes de dépression, pâleur du visage, dilatation des pupilles, coma. A l'autopsie, on trouve une rougeur inflammatoire de l'estomac et du duodénum, de la congestion de la muqueuse bronchique, et de l'œdème pulmonaire.

Il est assez difficile d'évaluer à quelle dose l'acide phénique est toxique, car non-seulement cela varie suivant les individus, comme nous l'avons déjà dit, mais dans les cas publiés, le plus souvent on n'indique pas la dose exacte qui a été prise. Toutefois, dans les 12 cas qui se sont terminés par la mort, la dose a varié de 15 à 30 grammes; toutes les fois qu'elle a été supérieure à 15 grammes, la mort est survenue.

Enfin, dans presque tous les cas on a noté la coloration noire des urines qui est un fait bien connu à présent, et sur lequel notre excellent ami E. Kirmisson, aide d'anatomie à la Faculté, a récemment publié un travail (3).

A part quelques accidents: convulsions générales, ophthalmies, etc.. qui manquent chez l'homme, le tableau est à peu près le même que dans les empoisonnements expérimentaux, et nous trouvons dans les expériences rapportées dans le mémoire de MM. Bert et Jolyet, dont nous parlions tout à l'heure, les mêmes symptômes et la même marche. Ces auteurs admettent que l'empoisonnement phéniqué peut affecter trois formes différentes : Dans l'une l'animal est pris de frissons, d'inquiétude, puis il s'affaiblit, trébuche et tombe; alors surviennent des secousses convulsives cloniques et une salivation exagérée, puis bientôt succèdent la paralysie et la mort par arrêt de la respiration et des battements du cœur. C'est là la forme qui est observée le plus souvent chez l'homme.

Dans d'autres cas beaucoup plus rares, la mort survient subitement dès le début, elle semble alors avoir pour mécanisme un arrêt des ventricules du cœur. On peut évidemment expliquer de la sorte les syncopes qui surviennent comme dans le cas de Heine que je rapporte plus loin, je ne sais si l'on a observé chez l'homme des morts subites survenant ainsi.

Enfin, il faut dire que l'on observe, le plus souvent chez les animaux une troisième forme, qu'on ne paraît pas avoir constatée chez l'homme. L'animal revient à une bonne santé apparente pour mourir quelques jours après, et dans ces cas on trouve à l'autopsie des noyaux d'hépatisation pulmonaire. MM. Bert et Jolyet expliquent cette inflammation du poumon par ce fait que l'acide phénique s'éliminerait par cet organe, et nous aurions aussi là l'explication de la congestion bronchique et de l'œdème pulmonaire que l'on a observé chez l'homme.

MM. Bert et Jolyet admettent que l'acide phénique agit comme la strychnine sur l'excitabilité de la moelle épinière. Cette excitabilité est d'abord augmentée, ce qui donne lieu à la période des convulsions; puis elle s'épuise peu à peu, et alors les convulsions diminuent, la respiration et les battements du cœur se ralentissent, la pression cardiaque tombe à zéro, et la mort survient *par un dernier soupir*.

Tel est l'empoisonnement phéniqué ordinaire, connu depuis quelque temps déjà, et qui ne doit pas nous étonner. Mais à côté, il est des cas dans lesquels ont éclaté des symptômes d'intoxication fort analogues à ceux que nous venons de décrire, alors que l'acide phénique avait été employé à l'extérieur comme antiseptique. Ces faits ont lieu de nous surprendre, car depuis que l'on se sert d'acide phénique, nous n'avons jamais entendu dire que pareils accidents soient survenus dans les hôpitaux de Paris. En Angleterre, pas plus qu'en France, on n'entend parler de ces accidents, survenant à la suite des applications externes d'acide phénique, mais il est loin d'en être de même en Allemagne, où les accidents de ce genre, ont été dans ces derniers temps assez nombreux pour faire hésiter plusieurs chirurgiens, grands partisans jusque-là de l'acide phénique, à persister dans l'emploi de cette substance.

La première fois que j'entendis parler de ces faits, ce fut en 1876 à Prague, où Heine me cita « le cas d'une dame chez laquelle il venait d'extirper un cancer du rectum; comme il était en train de faire sur la plaie une injection avec la solution phéniquée à 2 p. 100, la malade tomba brusquement en syncope, et ce ne fut qu'après trois heures de respiration artificielle qu'elle revint à elle (1). » Heine prétendait alors avoir été témoin de deux ou trois faits analogues, ce qui l'avait fait renoncer à l'acide phé-

(1) *Medical Times and Gazette* du 27 juillet 1878.
(2) *Ein Fall von acuten Carbolismus*, von Dr Max Oberst. — in *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1878, n° 12.
(3) *La France médicale* du 20 avril 1878.

(1) *Le Progrès médical* du 24 novembre 1877.

© BIU Santé

nique lorsqu'il opérait sur une grande séreuse ou sur une muqueuse absorbant facilement.

Depuis ce temps plusieurs faits analogues ont été publiés, et sur les 33 cas d'intoxication phéniquée rapportés dans l'ouvrage de Ziemssen, neuf seraient dus à des applications externes d'acide phénique; les journaux allemands ne cessent de rapporter des faits semblables, nous en citerons deux, parus récemment :

Le 1er février 1878, le Dr Rheinstadter (1) enleva chez une femme de 31 ans un fibrôme utérin rétro-cervical. Comme la suppuration qui se produisait dans les débris de la capsule élevait la température du soir à 39°, on fit chaque jour deux lavages et la nuit une injection vaginale avec la solution phéniquée à 1 p. 100 ; à chaque lavage on employait environ 15 gr. d'acide phénique. — Le 13 février, en faisant l'injection comme d'habitude, on remarqua qu'elle ne s'écoulait pas au dehors ; à ce moment la malade porte la main à sa tête, pousse un cri, perd connaissance, puis elle est prise de convulsions toniques des extrémités ; le visage pâle est couvert de sueur froide, la respiration, d'abord complétement arrêtée, revient peu à peu, le pouls est petit, incomptable ; l'abdomen est ballonné et il existe de la matité à la percussion dans la région inguinale et lombaire ; on croit que la mort va survenir d'un moment à l'autre. On fit de suite des injections hypodermiques de teinture de musc et d'éther; une demi-heure après le pouls se releva, et quatre heures après la connaissance revint. Le lendemain la matité avait diminué, et la malade fut bientôt complétement guérie, mais il persista pendant plusieurs jours un catarrhe intense de la vessie que l'auteur explique par la dose énorme (au moins 5 gr.) qui a dû être absorbée.

Le second fait est rapporté par le Dr Ultzmann, de Vienne (2).

Il s'agit d'un homme de 40 ans, affecté d'un rétrécissement de l'urèthre avec pyélo-néphrite, chez lequel on dut faire, le 24 décembre 1877, plusieurs incisions sur le périnée et le scrotum pour une vaste infiltration d'urine. Ce jour même on fit un lavage de la vessie avec une solution phéniquée à 1/2 0/0, et toutes les heures on arrosa la plaie avec la solution à 2 0/0. Deux jours après, on fit une incision sur l'infiltration qui s'étendait à l'aine droite, on plaça un drain allant de cette nouvelle plaie au scrotum, et on y fit des injections avec une solution phéniquée à 4 p. 100. Le lendemain on m'annonça que le malade avait du délire, il était pâle, les pupilles étaient dilatées et la peau froide ; la température axillaire était à 35° 5; salivation abondante, vomissements. Le malade n'a que de courts moments lucides, il parle beaucoup et avec incohérence, il est très-agité dans son lit et a des tressaillements musculaires bien visibles aux extrémités. Comme il n'y avait pas d'élévation de la température, on pensa de suite à une intoxication phéniquée, et l'urine montra en effet la coloration noire caractéristique. J'appris que pendant la nuit on avait employé en injections un litre et demi de la solution à 4 p. 100. On donna au malade de la glace, du vin, du thé chaud et l'on suspendit les injections phéniquées. Le jour suivant le malade était beaucoup mieux, mais l'urine resta noire pendant quelques jours. L'auteur ajoute que pendant que le malade avait du délire, il fit sur le flanc droit cinq incisions qui donnèrent issue à une grande quantité de sanie fétide infiltrant le tissu cellulaire gangrené : on ne fit pas d'injections phéniquées à cause des accidents toxiques qui étaient survenus, on se contenta de faire des lavages à l'eau tiède. Les jours suivants il survint des hémorrhagies par les plaies, et 17 jours après les débridements, le malade mourait avec tous les signes de la septicémie.

Les faits qui précèdent ne semblent au premier abord explicables que par une intoxication aiguë due à l'acide phénique ayant pénétré par la plaie. Nous observons à peu près les mêmes effets que dans les cas où l'acide phénique est porté directement dans l'estomac, nous avons là aussi une période convulsive suivie rapidement d'une période de coma et de paralysie ; et cependant il nous semble qu'il y a de grandes réserves à faire, et que jusqu'à nouvel ordre il serait difficile d'affirmer que l'acide phénique soit ici le seul coupable.

Je ferai tout d'abord cette objection, que nous n'observons pas ici de cas moyens ; en mettant de côté la coloration particulière des urines qui n'a aucune importance au point de vue qui nous occupe, ou bien on n'observe aucun symptôme, ou bien on a de suite des accidents formidables. Comment se fait-il que sur une quantité énorme de plaies pansées à l'acide phénique, il n'y en ait qu'un nombre si limité donnant lieu à des accidents ? Les deux termes du problème, une plaie pouvant absorber, un poison susceptible d'être absorbé, existant dans tous les cas, il semblerait tout naturel qu'il y eût le plus souvent, sinon toujours, quelques signes plus ou moins légers d'intoxication ; or, à part les cas graves dont on nous parle, jamais nous ne pouvons constater le moindre symptôme toxique chez les blessés pansés à l'acide phénique. On a prétendu que les solutions concentrées coagulaient la protéine des tissus et étaient ainsi plus difficilement absorbées que les solutions faibles, mais dans les cas où il y a eu des accidents, on se servait de solutions de 1 à 4 0/0, c'est-à-dire les solutions universellement employées ; aussi cette considération ne peut-elle entrer en ligne de compte dans la discussion.

On peut répondre que les plaies qui ont été le point de départ d'accidents offraient des conditions particulières d'absorption ; le fait est que dans deux des cas cités par nous, on peut mettre en cause la muqueuse rectale et la séreuse péritonéale, et que dans le troisième, les plaies très-vastes communiquaient largement avec le tissu cellulaire sous-cutané. Mais les plaies faites récemment avec le bistouri sont également très-favorables à l'absorption, et cependant l'application de la méthode Lister ne produit pas d'accidents. D'ailleurs, sans parler du cas de Heine, sur lequel nous avons trop peu de détails pour pouvoir discuter, les deux autres se présentent dans des conditions tellement singulières que l'on peut douter de la réalité de l'empoisonnement.

Dans le cas de Rheinstadter, on injecte plusieurs grammes d'acide phénique dans le péritoine, et brusquement, c'est-à-dire alors qu'il n'y a qu'une très-faible quantité de poison ayant pu pénétrer dans l'économie, des accidents formidables éclatent. On laisse le liquide dans la cavité péritonéale, le reste du poison va donc être rapidement absorbé, et il est tout naturel de penser que les accidents vont s'aggraver, mais, bien au contraire, le collapsus cesse et la malade revient rapidement à elle. Encore une fois, toute cette histoire est inexplicable avec la théorie pure et simple de l'empoisonnement, car je pense qu'il ne viendra à l'esprit de personne que le musc et l'éther administrés à la malade aient pu annuler les effets toxiques de l'acide phénique.

Dans le second cas, les accidents survenus à la suite d'une injection désinfectante d'un litre et demi de solution à 4 p. 100, semblent avoir un rapport plus direct avec l'absorption de l'acide phénique, mais nous ne retrouvons pas les symptômes ordinaires de cette intoxication. Ce qui domine ici, c'est le délire, fait insolite dans l'empoisonnement par l'acide phénique; nous ne trouvons en fait de mouvements convulsifs que les tressaillements des extrémités qui peuvent être observés dans bien des maladies différentes, et notamment dans le delirium tremens qui nous rendrait bien compte du délire, et dans la septicémie. La pâleur de la face, l'abaissement considérable de la température, les vomissements seraient également fort bien expliqués par cette dernière complication dont le malade mourut quelques jours après ; la pyélo-néphrite en donnant lieu à des accidents urémiques pourrait aussi

(1) *Acuter Carbolismus durch peritoneale Resorption*, von dr Rheinstadter. in *Deutsche medizinische Wochenschrift* du 13 avril 1878.
(2) *Wiener medisinische Presse* du 4 août 1878.

© BIU Santé

avoir eu sa part d'action dans les accidents observés. Il y eut, il est vrai, amélioration lorsqu'on suspendit les injections phéniquées, mais en même temps on faisait de larges débridements dans des parties gangrenées et infiltrées de sanie fétide.

Telles sont les réflexions qui nous ont été suggérées par la lecture des deux faits résumés plus haut. Nous n'avons pas pu malheureusement nous procurer l'ouvrage de Ziemssen, dans lequel il serait intéressant d'étudier avec soin les neuf cas donnés comme des cas d'intoxication par application externe pour voir s'ils résistent à la critique. Nous n'avons pas l'intention de nier que l'acide phénique employé à l'extérieur et notamment dans le pansement des plaies ne puisse être la cause d'accidents redoutables, mais nous croyons qu'il faut se garder d'accepter trop vite, et sans les discuter, les faits donnés à l'appui de cette opinion, car il serait déplorable de se baser sur des observations mal interprétées pour restreindre l'emploi d'une substance qui rend aujourd'hui les plus grands services à la chirurgie. G. MAUNOURY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances de Mai-Juin.

M. BROWN-SEQUARD expose les recherches qu'il a faites pour démontrer la non-nécessité de l'*entrecroisement des conducteurs* servant aux mouvements volontaires à la base de l'encéphale ou ailleurs. Il a vu que la section d'une moitié latérale du bulbe rachidien faite à un même niveau, amène tantôt une paralysie du même côté, tantôt du côté opposé, tantôt des deux côtés, tantôt pas de paralysie du tout.

La cautérisation de la surface cérébrale amène la paralysie ou la contracture, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre côté du corps, sans règle fixe. — Suivant M. Brown-Sequard, les résultats sont extrêmement variables chez l'homme lui-même en quelque point que soit la lésion et même dans les cas où elle occupe des régions identiques.

Il conclut qu'il faut rejeter la supposition que les ordres de la volonté aux muscles se transmettent nécessairement en totalité ou en grande partie par des conducteurs s'entrecroisant, soit à la base de l'encéphale, soit ailleurs.

M. RANVIER adresse une note sur la *terminaison des nerfs dans les muscles lisses*. — Il a traité ces éléments par l'action successive de l'acide citrique, du chlorure d'or et de l'acide acétique. Il a vu alors que sur chaque fibre lisse venait s'épanouir un réseau nerveux d'une grande complication et d'une grande finesse. Il y a donc là quelque chose de très-analogue à ce qu'on voit sur les fibres striées.

M. PICARD attire l'attention de l'Académie sur quelques phénomènes peu connus, provoqués par *la morphine*. C'est d'abord une grande dilatation vasculaire et une diminution notable de la pression. C'est ensuite la contraction de la pupille qui semble relever de la même cause. Cette contraction ne dépend pas d'un réflexe venant par l'intermédiaire du nerf optique. En effet, la section de ce nerf est sans action sur la contraction pupillaire ; au contraire, la section de l'hémisphère cérébral, à la partie antérieure du pédoncule, amène une dilatation subite. Le sympathique avait donc conservé toute son action.

MM. BAILLY et ONIMUS présentent une observation de *lésions du plexus brachial* produites par des manœuvres de dégagement du tronc après expulsion de la tête. Le dégagement du bras fut fait au moyen du doigt porté dans l'aisselle. Il y eut compression du plexus brachial et paralysie du bras. Les muscles ne répondaient pas aux courants induits, mais ils se contractaient par les courants continus. M. Onimus en conclut que les courants induits agissent toujours sur le muscle par l'intermédiaire des nerfs, tandis que les courants continus agissent directement.

M. VULPIAN présente une note sur *l'action du système nerveux sur les glandes sudoripares*. Les expériences faites par M. Vulpian prouvent que toutes les fibres excito-sudorales contenues dans les nerfs sciatiques ne viennent pas de la moelle épinière par l'intermédiaire des cordons sympathiques abdominaux et elles autorisent à présumer qu'un grand nombre de ces fibres, après avoir pris origine dans la moelle épinière, sont conduites aux nerfs sciatiques par les racines de ces nerfs.

Elles ont encore pour conséquence d'établir qu'il y a dans les cordons abdominaux du grand sympathique des fibres modératrices agissant dans une certaine mesure comme des sortes de frein sur le fonctionnement des glandes sudoripares.

Celles-ci sont, comme les glandes salivaires, soumises à deux influences, résultant de l'action antagoniste de certains points des centres nerveux, les uns, excitateurs, sont dans les centres bulbo-médullaires, les autres, modérateurs, venant des mêmes centres, mais par l'intermédiaire du grand sympathique.

M. CHARPENTIER a, dans une communication précédente, démontré que la sensation *lumière* est très-différente de la sensation *couleur*. Celle-ci, en particulier, peut être perçue avec beaucoup moins de lumière quand l'œil s'est reposé quelque temps dans l'obscurité. L'activité influe sur la perception de la sensation lumineuse, elle est presque sans action quand elle se produit sur la coulenr qu'il s'agit ensuite de distinguer. La fatigue n'entre pour rien dans ce phénomène, car l'œil doit être en exercice toute la journée. il n'y a pas là de fatigue proprement dite.

Il faut plutôt supposer qu'il y a, sous l'influence de la lumière blanche, destruction plus complète de la matière rouge rétinienne de Boll.

M. DEJERINE étudie le tremblement connu sous le nom *d'épilepsie spinale*. On n'avait jamais rencontré ce tremblement que dans le membre paralysé, chez les hémiplégiques. Dans un tiers des cas environ, M. Dejerine l'a rencontré du côté sain, il y aurait alors propagation de la sclérose latérale descendante au cordon médullaire du côté opposé à la lésion, comme cela se voit quelquefois dans le mal de Pott.

M. COYNE a recherché la *terminaison des nerfs* dans la face plantaire de la patte du chat. — Les glandes sudoripares sont là très-considérables. Les nerfs viennent former un plexus important à la face inférieure de ces glandes; puis leur cylindre axe vient se perdre dans la gaine conjonctive. On le voit arriver tout près de l'épithélium. Il semblerait que, d'autre part, il existe des cellules analogues à des cellules nerveuses qui arriveraient jusqu'au niveau du cul-de-sac de la glande.

M. VULPIAN communique les recherches qu'ils a faites sur l'action qu'exercent les *anesthésiques sur le centre respiratoire* et sur les ganglions cardiaques. On sait que la galvanisation du bout périphérique des nerfs pneumo-gastriques a pour effet d'arrêter le cœur ; on sait encore que la galvanisation du bout central a pour effet l'arrêt de la respiration. La curarisation à pour effet de rendre plus difficile cette expérience et ses effets sont moins marqués que sur un animal non intoxiqué.

Les anesthésiques ont aussi une action très-manifeste sur les phénomènes que nous venons de signaler. Examinons, par exemple, l'effet du chloral. Si on injecte sa solution trop vivement, on arrête la respiration mais le cœur continue à battre et on peut sauver l'animal en pratiquant la respiration artificielle. Cette syncope respiratoire peut survenir spontanément longtemps après l'injection du chloral. Dans d'autres cas c'est le cœur qui s'arrête net et alors la respiration artificielle n'a plus du tout d'action.

Le centre respiratoire subit donc de grandes modifications. Ainsi chez les chiens chloralisés l'excitation du bout central des nerfs vagues amène l'arrêt de la respiration, mais souvent elle ne reprend pas d'elle-même et les animaux succombent. Si on faradise les bouts périphériques, il peut arriver que le cœur, s'étant arrêté, ne se mette plus à battre de nouveau. Ces faits ont une grande importance au point de vue de la pratique de l'anesthésie.

M. VULPIAN fait une nouvelle communication sur *l'influence*

© BIU Santé

du système nerveux sur la secrétion sudorale. Nous donnons ici ses conclusions complètes.

1° Les fibres excito-sudorales contenues chez le chat dans le cordon abdominal du grand sympathique, proviennent de la moëlle épinière surtout par le premier et le second nerfs lombaires.

2° Si des fibres excito-sudorales sont fournies au nerf sciatique du chat par le cordon abdominal du grand sympathique, il en est d'autres, en bien plus grand nombre, si l'on en juge par la différence des effets, qui proviennent directement de la moëlle épinière par le septième nerf lombaire et le premier nerf sacré, c'est-à-dire par les racines mêmes du nerf sciatique.

3° Il y a sous le rapport de l'innervation un rapprochement intéressant à établir entre l'appareil nerveux des glandes sudorales et celui des glandes salivaires, car on sait que les glandes sous-maxillaires reçoivent des fibres excito-salivaires par la corde du tympan et d'autres fibres, excito-salivaires aussi, par le cordon cervical du grand sympathique.

M. CHARPENTIÉR complète sa communication sur *l'influence de la lumière sur la substance rouge rétinienne.* Partout où il y a moins de substance rouge, il y a moindre sensibilité. La sensibilité rétinienne est donc en rapport avec le degré de l'action photo-chimique exercée sur le rouge de la rétine par tous les rayons lumineux.

MM. BOCHEFONTAINE et TIRYAKIAN présentent une note sur *l'action toxique* de la *conine.* Cette substance est plus active quand elle est introduite dans l'estomac que sous la peau. Le chlorhydrate et le bromhydrate sont plus actifs que l'alcaloïde pur. La conine porte son action sur les centres encéphalo-médullaires. Elle agit particulièrement sur le centre respiratoire.

M. PIERRET présente un mémoire tendant à prouver que les *cellules nerveuses* sont d'autant plus grosses que les nerfs qui en émanent sont plus longs.

M. COURTY adresse une note sur une *inversion utérine de quatre mois.*

Dans une troisième note M. VULPIAN recherche l'origine des nerfs *des glandes sudoripares* du membre antérieur chez le chat. Ses expériences lui prouvent que toutes les fibres excito-sudorales du membre antérieur ne sortent pas de la moëlle épinière avec les racines spirales du ganglion thoracique supérieur. C'est là seulement la voie principale par laquelle les glandes sudoripares de ce membre reçoivent leurs fibres nerveuses excitatrices. D'autres fibres nerveuses sudorales proviennent directement de la moëlle épinière par les racines des nerfs qui constituent le plexus brachial.

Le même auteur communique une expérience démontrant que les fibres nerveuses dont l'excitation provoque la *dilatation de la pupille* ne proviennent pas toutes du cordon cervical du grand sympathique. Quelques-unes viennent directement de l'encéphale mêlées aux fibres des nerfs crâniens qui se rendent au ganglion ophtalmique. P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

En prenant possession du fauteuil de la présidence, M. Paul BERT lit le remarquable discours qui suit que nous reproduisons *in extenso* :

Messieurs et chers Collègues,

Mon premier devoir, — devoir véritablement doux à remplir, — en prenant possession du fauteuil présidentiel, est de vous adresser l'expression de ma vive et profonde gratitude. Pour un homme qui a consacré sa vie au culte de la science, il n'est pas d'honneur, si haut placé qu'il soit dans la hiérarchie sociale ou dans l'opinion publique, qui puisse valoir une pareille marque d'estime, et aussi d'affection, donnée par les témoins de sa vie, les confidents de ses travaux, juges véritables à qui ne manquent ni la compétence, ni l'autorité.

Ce sentiment, mélange de reconnaissance et d'une légitime fierté, augmente encore lorsque je considère les noms de collègues éminents sur lesquels aurait pu si justement se porter votre choix, et surtout lorsque je pense aux maîtres illustres auxquels vous m'avez imposé l'honneur de succéder, à notre fondateur Rayer, à notre second et dernier président Claude Bernard.

Il y aurait témérité, presque inconvenance à tenter, dans une allocution nécessairement brève, l'éloge de savants d'une aussi haute valeur. Mais il est du devoir de leur successeur, il est de notre devoir à tous, de saluer respectueusement la mémoire de ces hommes, dont les travaux et la direction ont tant contribué à donner à notre Société le renom dont elle jouit dans le monde savant.

Inscrit depuis plus de quinze ans sur la liste des membres titulaires, je suis de ceux qui se rappellent avec précision notre premier président, que plusieurs d'entre vous n'ont pas connu. Je suis de ceux qui peuvent ici rendre témoignage de la vivacité et de la souplesse d'une intelligence toujours en éveil, de la variété de connaissances d'un esprit que ses productions écrites ne peuvent faire suffisamment apprécier, et de la bienveillance à laquelle on ne pouvait reprocher que le plus aimable des défauts, je veux dire l'excès, d'un président toujours prêt à encourager les jeunes travailleurs par la parole, par les conseils, et, s'il était nécessaire, par des sacrifices personnels.

De son illustre successeur, que puis-je vous dire, que vous ne sachiez tous ? Tous vous l'avez connu, et le connaître, c'était à la fois l'admirer et l'aimer. Je ne sais pas d'homme, en effet, dont la supériorité fût aussi aisée à admettre, à supporter, à proclamer, même par les plus susceptibles, et que les plus indépendants eussent autant de facilité et de plaisir à appeler maître.

C'est qu'il semblait être le seul à ignorer sa véritable grandeur. C'est que ce génie, si spontané, semblait n'avoir nulle conscience des efforts accomplis ; par suite, nulle vanité de la victoire remportée. Il en résultait un contraste plein de grâce auquel la bonté, qui était le fond du caractère de l'homme, ajoutait une force de séduction qui fut pour tous irrésistible.

Ni Rayer, ni Claude Bernard n'ont été pour notre Société de simples présidents. Rayer, qui était l'un de ses fondateurs, qui en comprenait admirablement le rôle et la puissance fécondante, la considérait comme sa chose, comme son enfant, et lui donnait tous les soins et toutes les marques d'une affection paternelle. Claude Bernard, dont le nom se trouve aussi sur la liste de ses fondateurs, faisait alors, en 1819, ses premiers pas dans une carrière, que moins que personne, il aurait osé rêver si glorieuse. Mais, dès la première séance, deux communications préludent à la part active qu'il prendra désormais aux travaux de la Société de Biologie. Et, depuis ce jour, son génie créateur, sans cesse en action, a toujours pris notre Société pour première confidente de ses recherches. Aussi, ne saurais-je trop recommander la lecture des Comptes rendus de nos séances à ceux qui veulent se faire une idée de la prodigieuse activité de ce maître dans l'art de la chasse aux découvertes : de la bonne foi singulière qui lui faisait, dans le domaine doctrinal, édifier et détruire tour à tour, considérant ses propres théories comme un moyen d'action et non comme un prétexte au repos ; enfin, de la ténacité avec laquelle, pendant près de trente ans, il sut creuser et ensemencer des sillons ouverts presque dès ses débuts scientifiques, et y recueillir chaque année de nouvelles moissons. C'est bien là cette patience qui, suivant une parole célèbre, caractérise le génie, sous la condition d'être, comme chez Claude Bernard, unie à la puissance créatrice.

L'histoire de Claude Bernard se lie donc doublement à celle de notre Société. Et ce n'est pas seulement la phase purement expérimentale de sa vie que nous pouvons réclamer tout entière. Lorsque la maladie eut éloigné momentanément du laboratoire le vaillant lutteur qui, à lui seul, en avait rapporté plus de vérités jusqu'alors inconnues que tous ses contemporains ensemble, il sembla se faire en lui une métamorphose : le chercheur naïf, auquel une sorte d'instinct montrait les découvertes, apparut comme le législateur de la méthode expérimentale, dont il traça en maître les règles dans le domaine de la Biologie.

Or, la Société de Biologie a le droit de prétendre à une part de cette gloire nouvelle. Il est permis de penser que la mul-

© BIU Santé

tiplicité des sujets qui sont traités dans son sein, la variété des points de vue, l'intérêt général des problèmes, le défilé des aspects variés que présente l'étude des êtres vivants, ont puissamment agi sur l'esprit du maître, et entraîné ses méditations au-delà de l'atmosphère relativement restreinte d'un laboratoire de vivisection.

L'œuvre de Claude Bernard nous apparaît donc comme l'expression la plus complète et la plus élevée des sentiments qui ont inspiré nos fondateurs, et celle de Rayer y trouve à la fois sa réalisation et sa glorification.

Persévérons donc dans leur voie. Continuons à exciter au travail, à appeler dans notre sein tous ceux qui abordent, sous quelque face que ce soit, le problème de la vie. Qu'ils envisagent les phénomènes vitaux se manifestant dans le fonctionnement régulier de l'état de santé ou parmi les conditions troublées qui constituent les maladies; qu'ils en étudient la marche et les causes chez les animaux ou chez les végétaux; qu'ils se servent, pour les étudier, du scalpel, du microscope ou de la cornue : qu'ils interrogent le cadavre ou l'être vivant; qu'ils établissent leur centre d'action dans les salles des musées, au lit des malades, dans les amphithéâtres anatomiques, dans les laboratoires de chimie ou de vivisection; qu'ils appellent à leur aide l'observation médicale remontant de l'effet à la cause, ou l'expérimentation physiologique descendant de la cause à l'effet; — nous les convions tous ici; tous ont leur place marquée à notre foyer scientifique. Qu'ils ne craignent pas les disputes stériles sur la définition de l'observation et de l'expérimentation, sur la prééminence de la clinique ou de la physiologie; nous ne leur demandons que de faire œuvre scientifique, c'est-à-dire de déterminer le lien qui unit des faits toujours antécédents à des faits toujours consé; quents. Et leurs travaux, à tous, prennent ici une place qui dépend, non d'une classification arbitraire des sciences, mais de leur véritable valeur, c'est-à-dire de la part d'inconnu dont ils ont enrichi la certitude scientifique dans l'immense domaine de la Biologie, domaine que nous pouvons définir en nous appliquant une parole légèrement modifiée du poëte latin : « Nous sommes vivants, et rien de ce qui intéresse la vie ne nous est étranger. »

Ce sont là, vous le savez aussi bien que moi, mes chers collègues, et vous me dispenserez d'entrer dans plus de développements, ce sont là les idées qui ont présidé à la fondation de la Société de Biologie, et qui depuis plus de trente ans lui ont servi de guide. Mes deux illustres prédécesseurs s'en étaient profondément pénétrés, et les faisaient vivre et rayonner autour d'eux.

Le sentiment de leur vérité toujours jeune et féconde, la bonne volonté dans l'application, à défaut de ce qu'ont emporté les maîtres, ne me manquera pas dans l'exécution de la tâche si difficile et si honorable que vous m'avez imposée. Je n'en dirai pas plus, car la modestie qui insisterait devant l'évidence courrait risque de se voir taxée de vanité. Eternellement nous regretterons le maître illustre, le président paternel, qui savait si bien sourire aux nouveaux venus. La Société de Biologie portera toujours son deuil; et quand les jeunes viendront à leur tour, nous leur dirons ce que fut l'homme, eux qui sauront seulement ce que fut le génie. Nous avons été frappés tous à la fois, et tous isolément; laissez-moi penser tout haut et vous dire, en vous remerciant du fond du cœur, que l'une des raisons d'un choix qui m'honore à un si haut degré, c'est que vous avez senti que parmi vous tous, j'avais été, par la perte du maître, le plus directement, le plus cruellement atteint.

M. Paul Bert donne ensuite quelques explications relatives à la manière dont il entend exercer la présidence perpétuelle qui lui a été accordée. « Je m'étais, dit-il, élevé il y a quelques mois contre la conservation du titre du président perpétuel. Les statuts ne permettaient pas d'abolir la présidence perpétuelle ; si la société avait pu changer ses statuts, elle aurait certainement adopté une durée moyenne de cinq ans pour la présidence. Permettez-moi, Messieurs, d'être conséquent avec mes principes et de vous dire que j'accepte les hautes fonctions dont vous m'avez investi, mais pour cinq ans seulement. »

Elections. L'ordre du jour appelle la nomination de deux vice-présidents et de quatre secrétaires. MM. Magnan et Malassez sont élus par 23 et 21 voix. Les quatre secrétaires élus sont : MM. Bochefontaine (21 voix) ; Robin (20 voix) ; Franck (22 voix) et Budin (21 voix). M. Dumontpallier est maintenu secrétaire général par acclamation.

Hémorrhagie du péricarde chez un cobaye. — M. Brown-Séquard présente le cœur et le péricarde d'un cochon d'Inde qui avait une hémorrhagie à la base de l'encéphale au niveau du corps strié du côté droit. Il s'est produit également une hémorrhagie dans la cavité péricardique. M. Brown-Séquard fait observer que la chose est très-rare et qu'il n'a observé qu'un autre cas analogue. Les cochons d'Inde, qui ont des lésions de l'hémisphère droit du cerveau, présentent très-souvent aussi les lésions de la pneumonie, de la congestion pulmonaire, de l'emphysème, etc. Les lésions de l'hémisphère gauche paraissent avoir beaucoup moins d'influence sur le développement de lésions de nutrition dans les viscères.

Anatomie d'un embryon de didelphe. — M. Pouchet présente une note de M. Tourneux, relative à l'anatomie d'un embryon de didelphe de 25 centimètres de long, provenant du Muséum d'histoire naturelle. On sait que le didelphe est dépourvu de placenta dans la cavité utérine; après son expulsion, l'embryon est porté par la mère dans la poche mammaire et là il se fixe au mamelon qu'il suce sans relâche. M. Tourneux a pu étudier sur son didelphe le développement du poumon; l'animal, alors qu'il n'a que 25 centimètres de long, possède déjà une trachée deux fois plus volumineuse que l'œsophage, et munie de noyaux cartilagineux; les os sont encore à l'état cartilagineux, et ne reçoivent pas de vaisseaux. Cependant, en pratiquant une coupe à l'extrémité d'une côte, M. Tourneux est tombé sur un bouquet de vaisseaux naissants. Toutes les hématies du sang avaient des noyaux. Le sang du didelphe présente donc une grande analogie avec le sang des oiseaux.

Hygiène de la vue. — Problème de l'impression. — M. Javal étudie aujourd'hui la constitution de la page d'un livre imprimé au point de vue de son influence sur l'œil. Au moyen-âge, les moines devaient faire économie de papier, à cause de la cherté du parchemin. Aussi leurs lettres étaient-elles presque toutes égales. Les papes seuls avaient le droit de faire de longues queues aux lettres. De nos jours, les conditions sont changées : le papier est commun et les écrivains se sont donné du large. Seuls les imprimeurs se sont restreints ; tous ont pour objectif de faire entrer sur une surface de papier donné, le maximum de mots sans que le public se plaigne.

M. Javal soutient que l'interligne dans une page imprimée est agréable à l'œil, mais n'augmente pas la visibilité. C'est l'intervalle des lettres, et non leur hauteur, qu'il faut considérer. Voilà pourquoi les caractères poétiques, qui sont très-rapprochés dans le sens transversal, sont détestables pour l'hygiène de la vue. On pourrait supprimer la queue des lettres imprimées, sans diminuer la visibilité; on arriverait ainsi à diminuer la hauteur de l'interligne et à faire entrer, sans danger pour la vue, un plus grand nombre de lettres dans une page. Avec ce système, M. Javal prétend que les caractères en 6 sont aussi visibles que les caractères ordinaires en 8. M. Javal voudrait encore qu'on arrondit les formes des lettres majuscules pour remédier aux effets de l'irradiation qui, selon lui, mange les angles.

Analyse des viscères d'un saturnin.—M. Leloir donne en son nom et au nom de M. Gabriel Pouchet les résultats de l'analyse chimique des viscères d'un saturnin, mort d'urémie dans le service de M. Vulpian. Cet homme, agé de 57 ans, travaillait depuis 14 ans dans des fabriques de céruse. Il avait eu, à plusieurs reprises, des accidents d'intoxication. On a trouvé du plomb dans le cerveau et les reins: sur 150 grammes de matière, il y avait une quantité de plomb très-appréciable. Le foie en contient des traces; il n'y avait rien, ni dans la rate, ni dans les muscles.

Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 décembre. — Présidence de M. Baillarger

Election d'un vice-président, d'un secrétaire annuel et de deux

© BIU Santé

membres du conseil d'administration. — Le renouvellement du bureau, qui figure à l'ordre du jour, a attiré à la séance un très-grand nombre d'académiciens. M. Baillarger, président sortant, invite l'Académie à procéder à l'élection d'un vice-président pour l'année 1879. Sur 75 votants, M. Henri Roger, secrétaire annuel, obtient 68 voix, c'est-à-dire la presque unanimité. Les autres voix se sont disséminées sur différents noms : M. Piorry a eu sa voix traditionnelle. Après la proclamation du scrutin, M. Roger remercie d'une voix émue ses collègues de la nouvelle marque de confiance qu'ils viennent de lui témoigner.

Le scrutin pour la nomination d'un secrétaire annuel, en remplacement de M. Henri Roger, donne les résultats suivants :

Votants, 71. — Majorité absolue, 36.

MM. Bergeron,	obtient	60 suffrages.
Perrin,	2	—
Chéreau,	2	—
Chauffard,	1	—
Moutard-Martin,	1	—
Laboulbène,	1	—

En conséquence, M. Jules Bergeron est proclamé secrétaire annuel pour 1879. Le bureau de l'Académie pour l'année 1879 sera donc ainsi composé :

Président : M. Richet;
Vice-président : M. Henri Roger ;
Secrétaire perpétuel : M. Béclard ;
Secrétaire annuel : M. Bergeron.

L'Académie procède ensuite à la nomination de deux membres du conseil d'administration en remplacement de MM. Blot et Noël Guéneau de Mussy. Dans un premier scrutin, M. Magne est nommé par 34 voix sur 63 votants ; dans un second, M. Fauvel est élu par 48 suffrages. M. Jules Guérin, qui était le candidat opposé à M. Magne, a réuni 21 suffrages.

Parmi les pièces de la correspondance M. le Secrétaire perpétuel signale une lettre de M. le Ministre de l'Intérieur annonçant qu'un concours est ouvert pour nommer deux médecins à la maison nationale de Charenton, l'un pour le quartier des hommes, l'autre pour le quartier des femmes. Le traitement alloué sera de 8,000 fr. pour chaque médecin. Les candidats seront admis à se faire inscrire jusqu'au 11 janvier. — M. de Saint-Germain envoie une lettre de candidature pour la place vacante dans la section de médecine opératoire. — M. Mathias Duval pose également sa candidature pour la place vacante dans la section d'anatomie et physiologie.

Discussion sur la septicémie. M. Colin donne lecture d'un long mémoire sur la septicémie chirurgicale. L'auteur pose dès le début de son travail trois propositions principales, et cite à l'appui plusieurs faits tirés de la médecine et de la physiologie vétérinaires :

Voici les propositions de M. Colin : 1° Le contact direct de l'air n'est pas la condition obligée des actes de putridité qui peuvent se produire dans l'organisme; — 2° La putridité, soit comme état spécial distinct, soit sous la forme de complication, peut se manifester sans qu'il y ait un traumatisme offrant une voie à l'absorption du pus ou d'autres produits altérés par les matières infectieuses d'origine atmosphérique; — 3° La grande condition de la septicité consiste dans la mort des éléments anatomiques ou au moins dans des modifications profondes qui ne permettent plus à ces éléments et à divers liquides de participer régulièrement aux actions vitales de l'organisme.

C. A.

REVUE MÉDICALE

Le professeur Carpenter et la question des aimants et des solénoïdes ; par le Dr R. Vigouroux.

Décidément quand nos voisins tiennent un argument, ils n'y renoncent pas volontiers. Après MM. H. Bennett et Donkin, voici M. Carpenter qui croit nécessaire de remettre en avant, contre la réalité des effets des barreaux aimantés et des solénoïdes, la fameuse objection de l'*expectant attention* ou comme il l'appelle, *expectancy*. (*The effects of attention on the bodily organs*. By W. B. Carpenter CB. MD. LLD. F. R. S., Registrar of the university of London. In *British medical Journal* n° 937). Il l'expose en deux mots :

« L'attention fixée avec force et persistance sur une partie, affecte soit sa circulation, soit son innervation, soit les deux à la fois. Naturellement les effets de l'attention sont beaucoup plus marqués lorsqu'il s'y ajoute la prévision expresse de quelque résultat déterminé. Le système vaso-moteur est la voie probable de cette influence. »

C'est bien simple et cela explique tout, comme on va le voir. M. Carpenter est d'avis que :

« Dans les récentes observations cliniques de M. Charcot et dans le compte-rendu qu'en a donné M. Gamgee, cette puissante cause d'erreur est presque entièrement ignorée. Il ne comprend pas qu'on ait si facilement cru à l'action des aimants et des solénoïdes sur la catégorie particulièrement impressionnable de malades sur laquelle on expérimentait, sans prendre les précautions que l'expérience a prouvé être nécessaires pour éliminer l'influence de l'*expectation*, etc., etc.,

De la leçon, nous devons prendre notre part, car nous avons apporté notre modeste coopération aux expériences incriminées. Quelles étaient donc ces précautions qui seules pouvaient nous sauver de l'erreur ? M. Carpenter veut bien nous les indiquer.

« Quand un système d'expérimentation est une fois établi, même s'il n'y a pas de tromperie intentionnelle (chose extrêmement commune chez les hystériques), le sens de l'expectation devient si subtil, que des indications fournies par le ton et la contenance, aussi bien que des inférences tirées des paroles et des actes, acquièrent une signification extraordinaire qui rend extrêmement difficile l'exclusion d'une telle influence ; la seule manière de procéder correctement est d'avoir un certain nombre de barreaux métalliques, tous semblables en apparence, mais dont les uns seraient aimantés et les autres non, sans que ni l'expérimentateur ni le patient pussent distinguer les vrais aimants des faux ; et on devrait prendre les barreaux au hasard parmi un grand nombre.... Une autre série d'expériences devrait être faite avec des électro-aimants dont le circuit serait ouvert ou fermé par un opérateur éloigné et cela à l'insu de l'expérimentateur et du patient qui ignoreraient de la sorte si l'instrument est en activité ou non. »

S'appuyant sur ces hautes considérations, M. Carpenter ajoute : « J'ose prédire avec assurance qu'une série d'expériences de ce genre, bien conduite, ruinera complétement les déductions tirées par M. Charcot et acceptées par M. Gamgee, etc... » et il corrobore sa manière de voir par divers exemples : c'est une dame qui, après avoir soigné une parente affectée de tumeur du sein croit éprouver ou éprouve quelque chose dans cette partie et consulte un chirurgien ; ce sont des *sujets* bénévoles qui s'endorment lorsqu'ils *croient* qu'on leur fait des passes magnétiques, mais ne s'endorment pas lorsqu'on en fait réellement ; enfin, c'est le cas de Braid, produisant chez une femme, *en état mesmérique*, différentes sensations qu'il *avait soin de lui annoncer*, et cela avec un simple anneau de clef présenté comme doué de vertus, etc., etc.

Quel rapport tout cela a-t-il avec la question en litige ? Toutes ces historiettes, nous les connaissions, celles-là, ou d'autres pareilles; elles ont défrayé depuis longtemps tous les compilateurs de livres de médecine à l'usage des gens du monde, aussi bien en France qu'à l'étranger. Nous connaissions aussi quelques ouvrages sérieux où sont étudiées les relations de l'esprit et du corps, entre autres (pour ne citer que le plus récent et probablement le plus complet) celui de H. Tuke : *Influence of the mind on the body*. Enfin, nous n'étions pas sans quelque expérience personnelle de cette influence de l'imagination sur l'organisme. C'est donc tout naturellement que, dès le principe, nous la considérâmes comme la première cause d'erreur à éliminer, et, ce faisant, nous pensions nous conformer à l'A B C de la méthode et tenir compte d'une notion des plus vulgaires. Vaine illusion ! l'influence de l'imagination ou de l'attention sur les organes n'est pas la chose banale que l'on croirait. Ce n'est rien moins qu'une doctrine abstruse, et connue seulement d'un groupe d'initiés

© BIU Santé

dont les chefs sont actuellement, paraît-il, M. Carpenter et le Dr Noble. Ces messieurs auraient, il y a une trentaine d'années, révélé le mystère à Braid, qui s'en servit pour dissiper, le fantôme du magnétisme animal. Nous n'exagérons rien voici les paroles textuelles de M. Carpenter :

« Je recommande particulièrement à M. le professeur Gamgee, dans le cas où il poursuivrait ses expériences à Manchester de prendre conseil du Dr Noble qui plus que personne dans ce pays a l'expérience personnelle des déceptions de l'*expectant attention* des remarquables résultats que M. Braid, grâce à ce principe (dont il devait la connaissance à M. Noble et à moi-même) fut en état d'obtenir. »

Il n'y a qu'à s'incliner et à profiter de l'enseignement qui nous est donné par M. Carpenter. Pour commencer nous oserons faire, *avec assurance*, à l'instar du savant physiologiste la petite prédiction que voici : toutes les fois qu'un observateur se mettra en devoir de critiquer des expériences non-seulement sans les avoir reproduites, mais sans en connaître la relation originale et sans avoir daigné recueillir la moindre information, en ayant pour critérium unique la persuasion d'être le seul possesseur d'une notion des plus vulgaires, cet écrivain, eut-il le mérite de M. Carpenter, écrira des articles à côté de la question, tel précisément que celui dont nous avons l'honneur de nous occuper.

Car il est temps de le demander : où M. Carpenter a-t-il vu que les précautions élémentaires qu'il veut bien nous indiquer, aient fait défaut dans nos observations. Il pourrait ne pas ignorer que nous avons scrupuleusement pratiqué, comme procédé général, la comparaison des effets de l'expérience elle-même avec ceux du *simulacre* de l'expérience. Pour les aimants, nous avons employé comparativement l'action à distance des *pôles* et celle de la *ligne neutre*; l'application était faite sur le dos des malades, de sorte que, même si elles étaient versées dans la physique, elles ne pouvaient savoir si la partie du barreau recourbé, qui était le plus près d'elles était magnétique ou *neutre*, et dans ce dernier cas, nous n'avons jamais obtenu d'effet. Pour les électro-aimants et les solénoïdes, on a eu soin d'opérer, tantôt avec le circuit fermé, tantôt avec le circuit ouvert, et dans ce dernier cas encore, nous n'avons jamais vu d'effet. Il est même arrivé plusieurs fois que le hasard s'est chargé de jouer le rôle de l'opérateur éloigné que réclame M. Carpenter ; dans les expériences de recherche ou de démonstration publiques plusieurs fois les résultats habituels se faisant attendre outre mesure, on a eu à constater que le commutateur, placé d'ailleurs hors de la vue de la malade, ou les connexions des fils avaient été dérangés accidentellement.

En un mot, et cela a été dit suffisamment (Voir les Comptes rendus de la Société de biologie), rien n'a été négligé pour vérifier si le point de départ du phénomène était une certaine condition expérimentale et pour isoler et mettre en évidence cette condition.

On s'imposait, d'ailleurs, de ne pas faire aux malades des questions suggestives et de ne pas annoncer les résultats probables des opérations, cela par la raison que très-souvent on ne la connaissait pas. Si nous n'avons pas exposé avec les détails les plus minutieux les diverses précautions prises dans ce sens, c'est, d'une part, que les recherches étaient faites en quelque sorte sous le contrôle d'expérimentateurs très-exercés et très-compétents, et que, d'autre part, elles nous semblaient devoir porter avec elles la présomption que les règles les plus élémentaires de la méthode avaient été observées.

Pour finir, nous pourrions demander entre autres choses à M. Carpenter de nous dire pourquoi l'attention fixée sur un point limité d'un membre détermine des effets simultanés sur des parties éloignées et toujours les mêmes chez toutes les malades ? (Voir le second rapport de M. Dumontpallier à la Société de biologie.) Affaire de vaso-moteurs, sans doute ! Mais, pour rester dans la généralité, proposons à l'épreuve de sa clef universelle les difficultés suivantes :

Les phénomènes en question se distinguent par deux caractères : la complexité et la constance de leur évolution. La complexité suffirait à exclure (à défaut des précautions prises) toute supposition d'imitation ou d'influence morale quelconque (les conditions psychiques de l'hystérie ne sont pas aussi ignorées parmi nous que veut bien le croire M. Carpenter).

Quant à la constance, elle est absolue : la série de manifestations une fois constatée chez une malade, se reproduit invariablement, tant chez cette malade que chez les autres, lorsqu'on la place dans les mêmes conditions et cela avec les seules différences individuelles d'intensité.

Cette même série de phénomènes, observée d'abord chez les hystériques de la Salpêtrière, se retrouve identique chez les malades de la ville, et plusieurs fois, il nous est arrivé même de les rencontrer chez des malades hystériques venues d'Angleterre, où l'existence de l'hémianesthésie était restée inaperçue.

Enfin ce ne sont plus seulement les hystériques, mais d'autres malades des deux sexes, chez lesquels il est plus difficile encore d'étendre le rôle de l'*expectant attention*. Des cas ont déjà été publiés et d'autres le seront prochainement, de restauration plus ou moins rapide et plus ou moins persistante de la sensibilité et du mouvement dans des affections organiques du cerveau (hémorrhagies, syphilis.) dans l'alcoolisme, l'intoxication saturnine).

N'y a-t-il pas déjà, dans cette concordance et cette uniformité, des effets des aimants en solénoïdes, la marque évidente qu'il s'agit d'un fait physique? Nous ferons prochainement l'exposé détaillé et complet des résultats obtenus dans cette direction et nous essaierons de les interpréter. Pour le moment, il nous semble que nous nous sommes arrêtés suffisamment à ce prétendu argument de l'influence psychique. Un étonnement nous reste, c'est que des esprits distingués comme nos honorables contradicteurs ne remarquent pas qu'il n'est pas absolument philosophique, lorsque l'on doute de la réalité d'un fait d'expérience, de s'attacher à émettre des hypothèses sur sa possibilité ou non possibilité, au lieu de procéder à sa vérification expérimentale (1).

VARIA

Distribution des prix aux internes et externes des hôpitaux de Paris.

Anciens internes. — La médaille de bronze est accordée aux élèves internes en médecine et en chirurgie dont les noms suivent, savoir :

§ I. — Internes de quatrième année.

MM. P.-A. Audouard. J.-C. Avezou. A.-M.-J. Bulteau. C.-L. Champetier de Ribes. H.-P. Clauzel de Boyer. C.-L. de Beurmann. G.-J.-M. Decaisne. J.-J. Déjerine. M.-F. Dreyfous. G. Golay. L. Jarjavay. F.-M.-A. Jean. M. Letulle. F.-L. Loviot. G.-T.-J. Marchant. J.-P. Redard, P.-M.-L. Regnard. P.-P.-Richer.

Nouveaux internes. — Les récompenses attribuées par le règlement aux quatre candidats classés les premiers à la suite du concours pour les prix à décerner aux élèves externes et la nomination des internes, sont accordées aux élèves dont les noms suivent :

Prix : M. A.-J.-L. Brocq. — Accessit : M. J.-P. Méricamp. — 1re Mention honorable : M. L.-C. de Fontaine. — 2e Mention honorable : M. F.-A.-A. Siredey.

Art. 2.

Les 40 candidants dont les noms suivent sont nommés internes des hôpitaux et hospices, pour entrer en fonctions le 1er janvier 1879, savoir :

1. MM. A.-J.-L. Brocq; 2. J.-P. Méricamp; 3. L.-C. de Fontaine; 4. F.-A.-A. Siredey; 5. M.-E.-Ramonat; 6. A.-A.-S. Petit; 7. E. Suchard; 8. H.-L. Sainton; 9. P.-M. Michaux; 10. U.-P.-C. Germont.

11. P.-D.-M. Jousset; 12. V.-J. Latil; 13. A.-H. Karth; 14. F.-E. Bruneau; 15. L.-M.-F.-A. Boiteux; 16. J.-J.-F. Girou; 17. P. Marie; 18. F.-L.-J. Lalesque; 19. V.-A. Ménard; 20. F.-E. Haranger;

21. L.-A.-A. Liandier; 22. L.-E.-G. Luizy; 23. A.-L. Trousseau; 24. C. Diéterlen; 25. J.-M.-J. Berthaut; 26. A.-V. Olivier; 27. P.-L.

(1) Nous ne pouvons nous empêcher de placer ici une anecdote. Pas plus que celles de M. Carpenter, elle n'est inédite, mais elle est en situation. En Angleterre, sous Charles II, la *Société Royale* s'émut fortement de l'assertion d'un de ses membres, à savoir qu'un poisson mort tenait plus de place dans l'eau qu'un poisson vivant de même taille. Plusieurs séances furent consacrées à l'examen de cette question ; on s'échauffait pour et contre, la politique et la théologie commençaient à s'en mêler, lorsqu'un membre, dont nous regrettons de ne pas savoir le nom, mais qui, évidemment, n'a pas fait école, fit apporter dans la salle deux poissons et un bassin, et la paix fut rétablie.

© BIU Santé

Derignac; 28. C.-A. Mathieu; 29. R. Le Clerc; 30. A.-H.-R. Jamin; 31. P.-L. Boury; 32. A. Masson; 33. P.-F. Guiard; 34. F.-C. Jouin; 35. A.-L.-J. Delpeuch; 36. G. Assaky; 37. J.-P. Barette; 38. P.-E. Coudray; 39. D.-L. Labbé; 40. L.-J. Capitan.

Art. 3.

Les 25 élèves dont les noms suivent sont désignés pour remplir, lorsqu'il y aura lieu, les fonctions d'interne provisoire dans les hôpitaux et hospices pendant l'année 1879 :

MM. 1. C.-M. Broussin; 2. H.-M.-F. Verchère; 3. E.-H. Ozenne; 4. H.-R. Lacaze; 5. G.-A.-L. Berne; 6. J.-J. Ferrand; 7. C.-A.-G. Walther; 8. J. Pioger; 9. H.-E. de Gastel; 10. L.-E. Greffier;

11. F.-J. De Lapersonne; 12. P.-J. Millet; 13. J.-G. Mercier; 14. V.-L.-J. Chambellan; 15. P.-A. Geffrier; 16. A.-F. Boissard; 17. A. Laurent; 18. A.-E. Mabécot; 19. P.-F. Catuffe; 20. E.-L. Barbulie;

21. A.-F.-F. Damalix; 22. J.-F. Barbinski; 23. L.-J. Bolliet; 24. J.-A. Martinet; 25. G.-B. Verneuil.

Externes. — Les deux cent trente et un élèves dont les noms suivent sont nommés externes des hôpitaux et hospices, pour entrer en fonctions le 1er janvier 1879.

MM. 1. M.-E.-J. Lermoyez. 2. T.-A. Dauge. 3. E.-A.-M. Blé. 4. E.-J. Ferrand. 5. H.-M.-F.-G. Verchère. 6. J. Pioger. 7. M.-E.-C.-B. Valude. 8. F. Gauté. 9. L.-G. Bellangé.

10. S. Clado. 11. M.-I. Mossé. 12. G.-P.-M. Ollive. 13. A.-F.-F. Damalix. 14. W.-E. Rowlatt. 15. J.-B. Boé. 16. P.-L.-F. Magnin. 17. P.-L. de Gennes. 18. P. Lagrange. 19. N.-A. Gilbert.

20. P.-E. Launois. 21. G.-E.-J. Foubert. 22. M.-J.-G. Lecoq. 23. F.-J. Darier. 24. H.-P.-J. Salicis. 25. L.-J.-P. Gergaud. 26. L.-G. Tissier. 27. J.-F. Manissolle. 28. P.-L.-M. Hamonic. 29. J.-A. Isnard.

30. F.-B. Leprévost. 31. P.-A. Duflocq. 32. V.-J. Bodinier. 33. L.C. Lhoste. 34. R.-A. Colin. 35. H.-M.-A. Bidault. 36. P.-L. Legendre. 37. G.-C. Schlemmer. 38. F.-P.-J. Collet. 39. E. Iscovescu.

40. E. Guimaraës. 41. L.-C.-G. Forgeron. 42. J.-J. Ferrand. 43. J.A. Debelut. 44. L.-H.-F. Séné. 45. I.-L. Delotte. 46. J.-M.-L. Perrin. 47. P.-A. Boursier. 48. M.-W. Oettinger. 49. G.-M.-E. Durieux.

50. J.-R. Largeau. 51. A.-J.-A.-E. Lavergne. 52. V.-L.-J. Chambellan. 53. E.-M.-N.-T. Galtier-Boissière. 54. L.-G. Breynaert. 55. M.-C.-A. Lehmann. 56. H.-J.-S. Hoel. 57. H.-F.-A. Maydieu. 58. J.-M.-J. Olivier. 59. M.-T. Tuffier.

60. L.-C.-E. Lebrun. 61. E. Hausmann. 62. C.-P.-L. Levassor. 63. M.-F.-J.-A. Pégout. 64. E.-V. Hue. 65. A.-J.-L. Cochez. 66. L.-P. Beaufinet. 67. S.-J.-M.-C. Fourguette. 68. A.-F. Goix. 69. L.-E. Greffier. 70. J.-H. Lormand. 71. N.-A. Petit. 72. E.-L.-D. Boinet. 73. L.-C.-M. Jumon. 74. G.-J. François. 75. P.-J. Portalier. 76. G.-F. Poupinel. 77. L.-A. Chopart. 78. E.-A. Courtin. 79. M.-L.-A.-E. Detis-

80. C.-S. Bouicli. 81. C.-A. Barrère. 82. L.-M.-L. Bernard. 82 bis. M.-L.-G. Crespin. 83. L.-A.-A. Mauxion. 84. G.-J.-A. Salat. 85. L.-M.-E. Dargent. 86. R.-G. Varaillon. 87. A.-B. Wins. 88. G.-C.-D.-M. Carron. 89. T. Bartachi.

91. A.-A. Khron. 92. M. Schachmann. 93. E.-J.-C. Sapelier. 94. L. G. M. Chassagnette. 95. J. Coindreau. 96. A.-D. Lestocquoy. 97. L. Lacoste. 98. J.-N.-H. Villard. 99. A. Courtade. 100. L.-E.-A. Dericq. 101. L.-G.-E. Pannier.

102. C.-T. Nourrie. 103. T.-P. Jardet. 104. P.-A.-F. Labesque. 105. C.-P.-E. Harel. 106. P. Gibier. 107. G. Surbled. 108. L.-P.-A. Bouquet. 109. E.-A. Grenier. 110. F. E. Grosclaude.

111. J.-N. Bertrand. 112. M.-E. Brouard. 113. H.-G.-C. Henryet de Launay. 114. A.-J.-B. Jacquet. 115. L.-F.-D. Monnier. 116. V.-A. Monnier. 117. P. E. Legendre. 118. A.-P.-J. Letort. 119. M.-F.-L.-M. Massaloux-Lamonnerie. 120. T.-J. Weill.

121. J.-B.-H.-A. Guerrier. 122. H.-C.-V.-M. Dupont. 123. E.-P.-A. Desfossés. 124. C.-M.-E. Couilaut. 125. C.-A. Caboche. 126. H.-B.-J.-B. Dauchez. 127. E. Laurent. 128. C.-C.-G. Gagnon. 129. F.-A. Luquet.

130. P.-H.-S. Sombret. 131. L.-M.-T. Mauny. 132. R.-A. Lacronique. 133. L.-A.-M.-J. Duchastelet. 134. A.-E.-A. Outin. 135. A.-G.-J. Couenon. 136. J.-L. Larat. 137. M.-A.-M.-L. Deschamps. 138. L.-L. Dezac-Derecq. 139. D.-F.-C.-O Ausset.

140. L.-E. Cotreuil. 141. A.-R. Brunon. 142. J. Codet. 143. A.-J. Coste. 144. A.-G. Gillard. 145. L.-P.-M. Jarry. 146. J. Menier. 147. J.-P.-H.-A. Tripet. 148. H.-L.-E. Pousset. 149. J.-E.J.-P. Rey-Barreau. 150. M.H. Rozemont. 151. E.H.L. Demmler. 152. M.L.-F. Grégoire. 153. G. Charles. 154. A.-D. Nicolas. 155. O. Guillier. 156. N.-E. Millée. 157. L.-J. Bolliet. 158. L.-J.-T. Bonfils. 159. P.-E.-L. Ferrand.

160. L.-E. Blanc. 161. F.-E. Boguier. 162. L.-H. Dupret. 163. A.-G.-L. M. Damée. 164. J.-A. Demars. 165. P. L. Couette. 166. G.-C.-H. Dubar. 167. B.-H.-L. Guéneau de Mussy. 168. V. E. Maritoux. 169. H.-L.-F. Ruelle.

170. M.-J.-R. Jouliard. 171. J.-E.-M. Lecompte. 172. L.-M.-J.-A. Thomas. 173. R.-B. Raimbert. 174. L.-M. Boucher. 175. C. Gaudry. 176. P.-J Pluyaud. 177. P.-E.-A. Alibert. 178. L.-A. Tétard. 179 F.-M.-A. Rousseau.

180. P.-J.-F. Barland. 181. R.-C.-M.-J. Binaut. 182. M.-L.-G. Larrivé. 183. P.-J. Omont. 184. A.-B.-Bouchereau. 185. J.-M.-N. Furiani. 186. G.-L. Roux. 187 L.-E. Schoofs. 188. H.-A. Lévêque. 189. A.-J.-B. Légoy.

190. E.-H.-M. Doit. 191. V.-E. Doyen. 192. C.-A. Dubois. 193. L.-H. P. Riondé. 194. P.-A. Ménard. 195. G.-E.-A.-B. de Latourette. 196. E. A. Ballue. 197. J.-M.-C.-P.-D. Dupain. 198. D. Roblès. 199. L.-J. Curé. 200. T.-T. Courtois. 201. A.-F.-X. Betailloux. 202. A.-M.-P. Rouil-

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd*).

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre.
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ Clin & Cie, 14, RUE RACINE, PARIS.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.

« Les **Capsules Mathey-Caylus**, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le » plus parfait pour administrer certains médica- » ments à odeur et à saveur désagréables.

» **L'Essence de Santal**, associée au Copahu » et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès » dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite » du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections » des organes génito-urinaires.

» Les **Capsules Mathey-Caylus** sont digérées très-rapidement, même par les estomacs les » plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

NOTA. — En prescrivant les **Capsules Mathey-Caylus**, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.

GROS : chez **Clin et Cie**, 14, rue Racine, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, et dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

Leçons de Clinique chirurgicale Professées à l'hôpital de la Charité, par le prof. U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr E. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Leçons sur les localisations dans les Maladies du cerveau, par J.-M. Charcot, recueillies et publiées par Bourneville. In-8 de 168 pages avec 45 figures dans le texte. Prix : 5 fr. Pour les abonnés, 4 fr. (*franco*).

Élixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou. Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très-succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca**, envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de **Coca**. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles** de **Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent, et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très-agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. **L'Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*. — **Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

© BIU Santé

lard. 203. P.-J. Bonnamy. 204. H.-L.-A. Dubief. 205. L.-F. Schrœder. 206. L.-G.-P. Godin. 207. E.-L.-F. Pasquet. 208. V.-F. Quinqueton. 209. E.-O. Leudet. 210. S.-E.-M. Péraire. 211. C. Mouzon. 212. E.-D.-H. Cohen. 213. M.-F.-L.-I. Humbert. 214. M.-R. Jocqs. 215. E.-L.-J. Delprat. 216. G.-A. Levassort. 217. A.-A. Uminski. 218. A.-A.-J. Cadeillan. 219. L.-L. Petitot. 220. C.-L.-Chabrun.

221. G. Baudoin. 222. L.-C.-E. Doré. 223. H.-J.-P.-M. Michon. 224. P.-J. Colombe. 225. C.-L.-V. Malgouverné. 226. C.-L.-A. Bonneau. 227. J.-J.-H. Lallement. 228. L. Galliot. 229. J.-S. Signoret. 230. L.-J. Roger. 231. J. Nunez y Gonzalez.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 19 décembre 1878, on a déclaré 1007 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 23 ; rougeole, 11 ; scarlatine, » ; variole, 4 ; croup, 13 ; angine couenneuse, 19 ; bronchite, 43 ; pneumonie, 87 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 4 ; choléra nostras, » ; dyssentérie, » ; affections puerpérales, 2 ; érysipèle, 4 ; autres affections aiguës, 254 ; affections chroniques, 478 dont 176 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 32 ; causes accidentelles, 13.

INSTITUT NATIONAL AGRONOMIQUE. — Par arrêté en date du 4 novembre 1878, il est créé à l'Institut national agronomique une chaire d'anatomie et de physiologie générale. — Par arrêté du même jour, M. le dr P. REGNARD est nommé titulaire de cette chaire.

C'est avec le plus grand plaisir que nous apprenons à nos lecteurs la nomination de notre ami et collaborateur P. REGNARD. C'est la récompense bien méritée de ses nombreux et remarquables travaux sur la physiologie.

TARIFS D'HONORAIRES. — Nous avons souvent fait observer au sujet des tarifs d'honoraires, combien une telle mesure, quelque légitime qu'elle puisse paraître au fond, devait rencontrer de difficultés dans l'application. Ce qui suit nous semble de nature à justifier nos réserves. Voici le tarif préparé par les médecins de Chambéry :

§ 1er. Visites. — Visite de jour en ville : 1re visite d'une maladie ; 1re classe, 10 fr.; 2e classe, 6 fr.; 3e classe, 4 fr. Visite d'une maladie, les suivantes : 1re classe, 5 fr.; 2e classe, 3 fr.; 3e classe, 2 fr. Visite de nuit : 1re classe, 20 fr'; 2e classe, 15 fr.; 3e classe, 10 fr, Visite urgente ou assignée : 1re classe, 10 fr.; 2e classe, 6 fr.; 3e classe, 4 fr. Visite faite au domestique (la moitié du prix des visites faites à leurs maîtres). Visite prolongée : chaque demi-heure compte pour une visite. Visite à plusieurs membres d'une famille logée dans la même maison (une visite pour le premier et le demi-tarif pour chaque autre malade). Visite consultative : 1re classe, 10 fr.; 2e classe, 7 fr.; 3e classe, 5 fr. Nuit entière passée près d'un malade : 1re classe, 100 fr.; 2e classe, 80 fr.; 3e classe, 50 fr.

Un docteur décoré désiré être attaché à un établissement thermal ou médical. S'adresser au bureau du journal.

Médaille d'argent — Exposition internationale



Médaille d'honneur — A Leamington



Diplôme d'honneur — Exposition régionale



BAIN DE PENNÈS

SUPPLÉANT LES BAINS DE MER

RECONSTITUANT, STIMULANT ET RÉSOLUTIF

Préconisé depuis 1854, par un très-grand nombre de Médecins

CONTRE

Aménorrhée, Anémie, Asthénie, Cachexies variées, Chlorose
Cholérine, Dermatoses variées et sans inflammation
Douleurs arthritiques ou rhumatismales
Engorgements lymphatiques, scrofuleux et viscéraux
Œdème ou enflures des extrémités

ÉTHÉROLÉ DE PENNÈS

ANTISEPTIQUE, DÉSINFECTANT, DÉTERSIF, CICATRISANT

Ce nouveau produit vient d'être expérimenté avec succès dans *trente-trois* hôpitaux, pour assainir l'air vicié des salles de malades; pour détergér, désinfecter des *ulcères de mauvaise nature*.

Utilisé en lotions ou injections, il a donné la facilité de guérir ou modifier la *Leucorrhée*, l'*Ozène*, le *Prurit*, les *Vaginites*, les *Varices ulcérées*, etc.

Employé pour les soins hygiéniques du corps, il remplace avec de grands avantages tous les liquides aromatiques et goudronnés, car il raffermit les muqueuses.

Mêlé à 100 parties d'eau ou de sable fin et répandu sur le sol, il rafraîchit et parfume l'air respiré en détruisant les émanations malsaines ou des exhalaisons putrides.

NOTA. — Eviter les contrefaçons et imitations frauduleuses de ces deux produits, en exigeant qu'ils soient revêtus du *Timbre de l'Etat français*. (Lire les Notices). — Dépôt dans les Pharmacies.

Détail : rue des Ecoles, 49

Vente en gros : rue de Latran, 2, Paris

TONIQUE **BITTER-HOLLANDAIS** APÉRITIF

Breveté s. g. d. g. — de la marque

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et **MOURGET** (de Limoges)

SEULS FABRICANTS

Se méfier des contrefaçons

Dépôt chez M. PÉRAT, 79, rue de Lafayette, à Paris.

Marque **P. E. K.** de Fabrique

BIÈRE DE GOUDRON

Brevetée S. G. D. G.

DÉPÔT CENTRAL à l'Etablissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, PARIS.

COTON IODÉ

Préparé par *J. THOMAS*, pharmacien de 1re classe

Lauréat et ex-préparateur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris

48, AVENUE D'ITALIE, 48, PARIS

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut garantir les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc..., ont été guéris sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Le prix du flacon 3 francs 50. Se trouve dans toutes les pharmacies.

Nice médical organe officiel de la Société de médecine et de climatologie de Nice, paraissant le 1er de chaque mois. — Prix d'abonnement : Nice et les Alpes-Maritimes, 12 fr. — France et union postale, 15 fr. — Les abonnements sont reçus à Paris : aux bureaux du *Progrès médical*, de mid à 5 heures.

LAITS MÉDICAMENTEUX

du Docteur BOUYER

IODE, ARSENIC, MERCURE, ETC., ANIMALISÉS

Récompenses nationales

Approbation des Sociétés savantes.

Lait iodique. — Quinze années d'expériences ont démontré que cette préparation était la plus sûre pour administrer l'iode sans danger et avec succès contre maladies chroniques de la poitrine, Phthisie, Scrofule, Lymphatisme, Goître, Dyspepsies, Engorgements et Catarrhes des organes génito-urinaires, Albuminurie, Epuisement, Diathèses diverses et tous les états morbides où il faut relever ou modifier la nutrition abaissée ou pervertie.

Lait arséniaté contre : Fièvres, Névroses, Vésanies, Dartres, Rhumatisme, etc.

Dans les maladies du cœur, nul traitement n'est plus efficace, quand il est continué plusieurs mois, que le suivant : une cuillerée à café de lait administré le matin, et une granule de digitaline le soir.

Ces Laits s'administrent sous forme de Sirops, de Poudres et de Chocolats.

DÉPÔT : Pharmacie CHEVRIER, 21, rue du Faubourg-Montmartre, Paris.

© BIU Santé



VIN TANNIQUE
DE BAGNOLS-SAINT-JEAN
NATUREL

Médaillé à l'Exposition de Philadelphie 1876

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la chlorose, la phthisie avec atonie, le rhumatisme chronique, la goutte atonique ou viscérale, et toutes les dyspepsies; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Vente en détail : dans toutes les pharmacies.

Livraison pour Paris à partir de 3 bouteilles. — Pour la province, par caisse de 12 ou 24 bouteilles, il est expédié *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

Prix : **3 francs** la bouteille de 83 centilitres.

Entrepôt général, E. DITELY, propre, 18, rue des Écoles, Paris.



SOLUTION
De Salicylate de Soude
Du Docteur Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris (PRIX MONTYON)

La Solution du Dr Clin, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Cette solution très-exactement dosée contient :

2 grammes de *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche
0,50 centigr. — — par cuillerée à café.

VENTE EN GROS . CHEZ **CLIN & Cie**, RUE RACINE, PARIS.

Détail dans toutes les Pharmacies.

D'après l'opinion des Professeurs

BOUCHARDAT — *Tr. Pharm.* page 300.
GUBLER — *Comment. du Codex*, page 813.
TROUSSEAU — *Thérapeutiq.*, page 214.

LE VALÉRIANATE de PIERLOT

est un névrosthenique et un puissant sédatif

DES NÉVROSES, DES NÉVRALGIES, DU NERVOSISME

Une cuillerée à café, matin et soir, dans un demi-verre d'eau sucrée.

THÉ SAINT-GERMAIN (Codex, pe 538) **DE PIERLOT** : Purgatif sûr et agréable.

SOLUTION-AUBIN
AU PHOSPHATE FERRIQUE ARSÉNIÉ

Médication névrosthénique et reconstituante par l'emploi simultané du Phosphore, du Fer et de l'Arsenic combinés à doses thérapeutiques équivalentes, contre : *Anémie, chloroses, névroses, chorée, dyspepsie, scrofule, rachitisme, tuberculose, cachexies paludéennes, maladies de la peau; cachexies des maladies chroniques, atonie* sous toutes ses formes. Vente dans les principales pharmacies de France. Dépôt à Paris, Pharmacie Centrale, rue de Jouy, 7, et chez E. Fournier et Cie, rue de Londres, 15; Détail : rue d'Anjou-Saint-Honoré, 56. — En gros : chez J. Aubin, Traverse du Chapitre, 13, à Marseille.

Ancienne Maison **BAUMÉ**

Maladies de l'Estomac,

GOUTTES DE GIGON
ou VÉRITABLES *Gouttes Amères de Baumé.*

Dyspepsies flatulentes, Gastralgies, Pyrosis, stimulant énergique de l'estomac.

4 à 6 gouttes, suivant prescription médicale, *avant* les deux principaux repas.

Prix : Le flacon, accompagné d'un compte-gouttes, 3 fr.

ELIXIR DE COLOMBO COMPOSÉ DE GIGON.

Au *Colombo, Quinquina, Écorces d'oranges amères* et acide *chlorhydrique* Q. S. pour rendre solubles les principes de ces substances.

Perte de l'appétit, Dyspepsies, Gastralgies, Dysenteries, etc. Un petit verre à liqueur *après* chaque repas. — Prix : le flacon, 5 fr.

Dépôt : Pharmacie ADRIAN, GIGON, successeur, 25, rue Coquillière. Paris.

Sirop gastrosthénique anti-nerveux, d'écorces d'oranges amères au vin de Madère, de Biottière, pharm., rue de Sèvres, 86. Employé avec succès contre les *gastrites, gastralgies, coliques d'estomac et d'intestin, constipations, affection du cœur, hypochondrie, hystérie, scrofules, lymphatisme*, 5 fr.

Un docteur décoré désire être attaché à un établissement thermal ou médical. S'adresser aux bureaux du Journal.

De la Tête du Fœtus au point de vue de l'Obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Par P. BUDIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut et de la Faculté, etc. Gr. in-8° de 112 p., avec de nombreux tableaux, dix figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. Prix : 10 fr.

Pour les abonnés du *Progrès* : 5 fr. *franco*.

MALTINE GERBAY
Véritable spécifique des dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France ; Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et en 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire

Grande médaille et diplôme très-élogieux à Philadelphie
MÉDAILLE D'ARGENT A BRUXELLES 1876

PAPIER RIGOLLOT
ou
MOUTARDE EN FEUILLES POUR SINAPISMES

Médaillés et récompensés aux Expositions

DIPLOME D'HONNEUR A L'EXPOSITION DE 1875

Adopté par les hôpitaux de Paris, les Ambulances et les hôpitaux militaires, par la Marine française et par la Marine royale anglaise, etc.

Le seul dont l'entrée de l'Empire soit autorisée par le Conseil de santé de Russie

POUDRE RIGOLLOT
LE MEILLEUR SINAPISME
POUR LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE
APPROUVÉ PAR LES ÉCOLES VÉTÉRINAIRES DE FRANCE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE, ITALIE

Adoptée par le Ministre de la Guerre pour le service de la cavalerie française

Exiger la signature ci-contre sur les bandes qui ferment les boîtes. *Rigollot*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET Cie (E. CERF), RUE DUPLESSIS.

COQUELUCHE
guérie sûrement et promptement par le
SIROP BENZOIQUE
AU BROMURE D'AMMONIUM de Ch. Serres
préparé selon la formule du Dr VIALLE
Gros : Phie SERRES, 19, rue Brochant, Paris.
Détail : *Dans toutes les bonnes pharmacies.*

© BIU Santé

5805

TABLE DES MATIÈRES

1878



© BIU Santé

N. B. — *Rechercher par ordre alphabétique, non-seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :* **Académie de Médecine; — Association française; — Congrès; — Chirurgie; — Société anatomique; — Société de Biologie; — Société de Chirurgie.**

© BIU Santé

TABLE DES MATIÈRES

A

Abadie (Ch.), 535.

Abeille (L') *médicale* et les écoles d'infirmerie, par A. Talandier, 358.

Académie (Une parfaite), par E. Teinturier, 762.

Académie de médecine : Compte rendu, par A. Josias. — *Aliénés* (Des homicides commis par les), par Blanche, 385. — *Anesthésie* par le chloroforme, par Maurice Perrin, 942 ; — Discussion par Guyon, 942. — *Anus* (Des indications de la création d'un) artificiel, dans les cas de cancer du rectum, par Léon Labbé, 919. — *Arthrites* (Sur les) par propagation lymphatique, par Verneuil, 786 — *Asthme* (Traitement de l') par l'iodure de potassium et l'iodure d'éthyle, par G. Sée, 87, 160 ; — Discuss. par Jaccoud, 142 ; — Pidoux, 160. — *Autophagisme* (De l') par Mourgue, 763.

Bismuth (Recherches sur le sous-nitrate de), par Riche, 539. — *Bronchite* (Cas de) capillaire par Brame (de Tours), 694. — *Bureau* (Installation du), 41, — pour 1879, 1000.

Calculs et égagrophiles du gros intestin des chevaux, par Colin, 800. — *Carotide* (Ligature de l'artère) primitive, par Denucé (de Bordeaux), 458. — *Cerveau* (*V. Idiots*). — *Chaleur* (Action de la) et du froid sur l'organisme, par P. Delmas (de Bordeaux), 439. — *Charbon* (Note sur le) des poules, par Pasteur, Joubert et Chamberland, 539. — *Charbonneuses* (Développement successif des foyers virulents pendant la période d'incubation des maladies), par Colin (d'Alfort), 180, 201 ; — Discuss. par Pasteur, 180, 201 ; — Bouley, 180 ; — Nomination d'une commission, 181 ; — Nouvelles expériences de Pasteur, 221 ; — Rapport de Bouley, 581 ; — Discuss. par Colin, 581 ; — Pasteur, 581. — Sur la cause de la mort dans les affections —, par Colin, 964. — Traitement préventif des affections — et autres affections infectieuses, par Belhomme, 710. — *Chiens* (Sur l'incubation et la contagion par contact de la maladie dite des) ; et sur la vaccination comme moyen préservatif de cette affection, par Trasbot, 964. — *Chimie* physiologique, par Pasteur, 919. — *Cliséomètre* mixte, de Dumas (de Montpellier), 239. — *Cœur* (Historique des mouvements du), par Bouillaud, 601 ; — Discussion, par Marey, 601. — *Colonne vertébrale* (Courbures de la), par J. Guérin, 941. — *Coqueluche* (Ulcération diphtéroïde de la), par Delthil, 737 ; — Rapport de Roger, 737, 762. — *Corps* (Influence du) en attitude vicieuse dans la production des déformations, par Dally, 709. — *Crochet* mobile articulé, de Colin, 877.

Désarticulation de la hanche, procédés opératoires ; (Mémoire) de Verneuil. 65, 519 ; — Discuss. par Richet, 65 ; — Trélat, 87 ; — Legouest, 102 ; — Gosselin, 102 ; — Léon Le Fort, 142, 222 ; — Pasteur, 142, 222 ; — J. Guérin, 239, 301. — *Drainage* (Du) des os dans la nécrose et l'ostéo-myélite en particulier, par Desprès, 399.

Embryon (De quelques points de physiologie chez l') et en particulier sur la physiologie du cœur au moment de sa formation, par Laborde, 878. — *Enfants naturels* (Remarques sur la mortalité et la natalité des) ainsi que sur la matrimonialité à propos de la loi sur la recherche de la paternité, par Lagneau, 644. — *Entérostomie* (Note sur l'), par Surmay, 644. — *Epidémies* (Rapport officiel sur les) de 1876, par Briquet, 11. — *Estomac* (Dilatation de l'), par Leven, 694.

Germes (La théorie des) et ses applications à la médecine et à la chirurgie, par Pasteur, Joubert et Chamberland, 360. — *Goître* suffocant : Laryngotomie intercrico-thyroïdienne ; sondage et dilatation de la trachée rétrécie, par Khrishaber, 775. — *Goutte* (Contribution à l'étude de la) spinale, par A. Ollivier, 384. — *Greffe* (Application de la) aux affections dentaires, par David, 899.

Hanche (*V. Désarticulation*). — *Hommage* à Claude Bernard, 122. — *Homicide* (*V. Aliénés*) — *Idiots* (Structure du cerveau de certains). Arrêt de développement de la cellule cérébrale, par A. Voisin, 694. — *Invagination* (De l') intestinale chez l'adulte avec occlusion complète de l'intestin, sans aucun signe d'étranglement, par Mordret (du Mans), 644. — *Kystes ovariens* (De la coexistence des) et de la hernie ombilicale au point de vue de l'ovariotomie, par Cazin (de Boulogne), 458. — *Laryngoscope*, de Cadré, 160. — *Laryngotomie* (*V. Goître*). — *Legs* Monbinne, 210.

Maïs (Propriétés et usages du), par Foa (de Padoue), 281 ; — Rapport de Gubler, 281 ; — Discuss. par Depaul, 282 ; — Chauffard, 282 ; — Hardy, 301. — *Matières septiques* (Diversité des effets produits par les) suivant leur degré d'altération, par Colin d'Alfort), 878. — *Méthode graphique* (De la), par Marey, 560 ; — par Gavarret, 560. — *Moelle* (Préparations macroscopiques de), par A. Paulier, 800. — *Monoplégie* brachiale avec lésions corticales, par Bourdon, 201.

Nominations : Comme membres correspondants, de : Hergott, 260 ; — Laussedat, 259 ; — Notta, 944 ; — Comme membres titulaires, de : Blanche, 560 ; — Bouis, 281 ; — Guéneau de Mussy, 41 ; Guyon, 439 ; — Parrot, 601 ; — Peter, 65 ; — M. Sée, 581 ; — Comme membre du conseil supérieur de l'instruction publique, de Béclard, 479 ; — Comme vice-président, de H. Roger ; 1000 — Comme secrétaire annuel, de G. Bergeron ; 1000 — Comme membre du conseil d'administration de Fauvel et Magne, 1000.

Orchites (Du mécanisme des) à répétition et des orchites en général par A. Desprès, 786. — *Ovariotomie* (Des indications et des contre-indications de l') dans le traitement des kystes de l'ovaire, par S. Duplay, 860 ; — Observation d' — pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine et suivie de guérison, par Le Dentu, 860. — *Ostéo-myélite* (De l') pendant la croissance, par Lannelongue, 439. — Rapport par Panas, 979 ; — Discussion par Colin, 979 ; — Bouley, Chauveau, Trélat, 980.

Pachyméningite (Note sur quelques faits de) gommeuse avec lésions des circonvolutions cérébrales sans accidents convulsifs, par Lancereaux, 709 ; — Discuss. par Bouillaud, 709, 710 ; — Briquet, 710 ; — Gubler, 710. — *Pessaires*, de Mathieu fils, 877. — *Phthisie pulmonaire* (Distribution géographique de la), par Lancereaux, 501 ; — (*V. Température*). — *Pied* (Phagédénisme tertiaire du). Phthisie syphilitique simulant la phthisie commune ; traitement spécifique, Guérison, par Fournier, 899. — *Plaies* (Pansement des), par A. Guérin, 321, 360, 519 ; — Discuss. par Chassaignac, 399 ; — Depaul, 501, 519 ; — Le Fort, 501 ; — Verneuil, 519. — *Plaques muqueuses* (Anatomie pathologique des) de l'amygdale, par Cornil, 629. — *Potassium* (Etude clinique sur le Ferrocyanure de), par J. Regnault et Hayem, 222. — *Prix* (Commission des) pour 1878, 629 ; — de l'Académie pour la vaccination, 429 ; — Barbier, 629 ; — Civrieux, 629 ; — de 1876, 439 ; — de 1877, 439 ; — Desportes, 629 ; — Falret, 629 ; — Godard, 629 ; — Orfila, 629 ; — proposés pour 1879, 439, 650. — *Prolapsus* (Du) graisseux de l'abdomen chez la femme, par Guéniot, 737.

Quinoïdine (De l'action fébrifuge de la) dans le traitement des fièvres telluriques, par Burdel (de Vierzon), 399. — *Rapports* sur les candidats à la section d'hygiène, par Hillairet, 26 ; — de pathologie interne, par Jaccoud, 44.

Salycilique (Courbe de solubilité de l'acide) dans l'eau, par Personne, 694. — *Séance* publique annuelle, 408. — *Septicémie* (Réflexions sur la), par Pasteur, 66. — *Signes extérieurs* (Sur l'importance au point de vue médical des) des fonctions de la vie, par Marey, 458 ; — Discuss. par Colin, 459, 539. — *Sphygmographe* (Modification au) de Marey, par Brondel (de Brest), 860. — *Surmenage* (Du) musculaire comme cause de putréfaction rapide, par Bouley, 750, 762 ; — Discuss. par Bergeron, 751 ; — Blot, 750 ; — Delpech, 763. — *Sympexions* volumineux d'une vésicule séminale chez un sujet sain, par Reliquet et Cadiat, 738. — *Système nerveux* (Aperçu sur le fonctionnement du), par Ramez (d'Aurillac), 800.

Température (La haute) de certains animaux est-elle un obstacle au développement des affections charbonneuses ? par Colin (d'Alfort), 385 ; — Les — morbides locales, par Peter, 340 ; — Les — morbides locales dans la phthisie pulmonaire, par Peter, 726 ; — Discuss. par Gubler, 726. — *Tête* (De l'influence du travail intellectuel sur le volume et la forme de la), par Cliquet et Lacassagne, 635 ; — par J. Guérin, 694. — *Trachée* (Calibre relatif de la) et des bronches, par Marc Sée, 921. — *Trachéotomie* (De la) sous-cricoïdienne sur le cheval, par Khrishaber, 869. — *Tuberculose* (Traitement de

© BIU Santé

la) pulmonaire par la cautérisation ponctuée, par J. Guérin, 737.
Vaccin (Recherches expérimentales sur l'infection et l'immunité dues au), par Maurice Raynaud, 664. — *Varicocèle* (Etiologie du) dans l'armée, par Gaujot, 385. — *Vésicule* séminale (*V. Sympexions*). — *Virus* (Neutralisation des) dans l'organisme, par Colin (d'Alfort), 860; — Discuss. par Bouley, 860. — *Voix* (Vibrations sonores de la) et de la toux, traversant d'une manière différente, les divers liquides épanchés dans la plèvre, par Guido Baccelli (de Rome); 725.
Xanthélasma planum et tuberosum, par Hillairet, 899.
A ROYALE de médecine de Belgique : prix pour 1879-1880, 407.
A. DES SCIENCES : Compte rendu, par P. Regnard. — *Air* (Action de l') comprimé, par P. Bert, 384. — *Anesthésiques* (Action des) sur le centre respiratoire, par Vulpian, 997 — *Bactéries* (Développement des) dans les liquides soumis à l'agitation, par Horvarth, 762. — *Carbone* (Action de l'oxyde de), par Gréhant, 762. — *Charbon* (Etude sur la mort par le), par Troussaint, 85. — *Choléra* (Etiologie du), par Decaisne, 762. — *Conine* (Action toxique de la), par Bochefontaine et Tiryakian, 998. — *Corpuscules* du tact, par Ranvier, 85. — *Couleurs* (Effets de l'assortiment des), par Rosenstiehl, 383. — *Crâne* (De la forme du), par Le Bon, 762. — *Décompression* (Expériences sur la) de l'air, par Feltz, 384. — *Election* de Marey, 969. — *Epilepsie* spinale, par Dejerine, 997. — *Ferments* (Etude sur les), par Feltz, 86. — *Génération* (Mode de) des globules rouges du sang des vertébrés ovipares, par Hayem, 85. — *Glandes sudoripares* (Action du système nerveux sur les), par Vulpian, 997. — Origine des — dans le membre antérieur du chat, par Vulpian, 998. — *Glaucôme* (Du), par Jayat, 384. — *Hématoblastes* chez les vivipares, par Hayem, 86. — *Lait* (Analyse du) de femme, par la numération des globules, par Bouchut, 85. — *Lumière* (Influence de la) sur la substance rouge rétinienne, par Charpentier, 998. — *Méningite* expérimentale, par Bochefontaine et Viel, 85. — *Morphine* (Emploi simultané de la) et du chloroforme dans les opérations chirurgicales, par Guibert, 85. — De la —, par Picard, 997. — *Mort* (*V. Charbon*). — *Muscles* des disques dits de charpente, par J. Renaut, 85. — De la terminaison des nerfs dans les — lisses, par Ranvier, 997. — *Nerfs* (De la terminaison des) dans la face plantaire de la patte du chat, par Coyne, 997. — *Oreille* (Canaux semi-circulaires de l'), par Cyon, 85. — *Ovaire* (Traitement des kystes de l') par établissement d'une fistule permanente, sans gastrotomie, par A. Tripier, 359. — *Paralysie* (Lésions de la) diphthéritique, par J. Dejerine, 85. — *Péricarde* (*V. Sensibilité*). — *Plexus-brachial* (Lésions du), par Bailly et Onimus, 997. — *Prix* (Commission des) pour 1878, 330; — décernés pour 1877, 148. — *Plomb* (Du) contenu dans le sous-nitrate de bismuth, par Carnot, 762. — *Pouls* (Etude sur le), par Mosso, 384. — *Pupille* (Dilatation de la), par Vulpian, 998. — *Résection* (Observation de) tibio-calcanéenne, par Sédillot, 384. — *Sang* (Du) charbonneux, par Toussaint, 762. — *Sensibilité* du péricarde, par Bochefontaine et Bourceret, 85. — *Stasimètre*, par Bitot, 85. — *Suc gastrique* (Du) chez les poissons, par Richet, 762. — *Système nerveux* (Influence du) sur la sécrétion sudorale, par Vulpian, 998. — *Tact* (*V. Corpuscules*). — *Téléphone* (Etude sur le), par d'Arsonval, 762. — *Tympan* (Origine de la corde du), par Vulpian, 762. — *Urée* (Action de l'), par Feltz et Ritter, 762. — *Vibrions* (Mémoire sur les) par Pasteur, Joubert et Chamberland, 762. — *Vision* (De la) des couleurs dans les différentes parties de la rétine, par Landolt et Charpentier, 384.
ACCOUCHEMENTS (De l'enseignement des) en Italie, par J. Lapponi, 806. — Le service des — à la prison de Saint-Lazare, 699. — Opinion de la presse médicale sur l'organisation, dans les hôpitaux, de services spéciaux consacrés aux —, par Bourneville, 228. — Rapport sur un projet de vœu relatif à une nouvelle organisation du service d'— dans les hôpitaux, par Bourneville, 366. — Spécialisation (De la) des services d' — dans les hôpitaux, 359.
ACIDE PHÉNIQUE (De l'intoxication par l'), par G. Maunoury, 994.
AFFECTION (L') et la maladie, leçon de Parrot, 813.
AGRÉGATION (La thèse d'), 170. — Rapport au ministre de l'instruction publique sur le concours d' —, section de chirurgie et d'accouchements, par L. Gosselin, 648. — Rapport au ministre de l'instruction publique sur le concours d'—, section des sciences anatomiques, physiologiques et physiques, par J. Gavarret, 719. — Rapport sur le concours d'—, section de chirurgie et d'accouchements, 640. (V. FACULTÉS DE MÉDECINE).
AGUILHON, 593.
AIMANT (Sur l'action physiologique de l'— et des solénoïdes, par Charcot et Regnard, 617.
ALIMENTATION publique, 18, 449.
ALIÉNATION mentale (Enseignement de l'), à Marseille, 430.
ALIÉNÉS (Questions médico-administratives sur les), 41. — (V. ASILES.)
ALLAITEMENT (Etablissement particulier pour l') des nouveau-nés, à Saint-Pétersbourg, 788.
AMBULANCES (Les) roumaines, par Boudet de Pâris et E. Monod, 135, 155, 236, 278, 317. — Rapport sur l'— du Croissant rouge, à Orchanié, par G. Maunoury, 4.
AMPUTÉS. (V. CERVEAU.)
ANATOMIE (De l'étude et de l'enseignement de l'), par Bourneville, 876. — Du rôle de l'— pathologique, par E. Teinturier, 558. — Le même, par J. Conheim, 568, 585.
ANATOMIE GÉNÉRALE, leç. de Ranvier, rec. par J. Renaut, 193, 215, 233, 254, 275, 295, 933.
APOLINARIO, 216.
APPAREIL AUDITIF (V. ENCÉPHALE).
A QUI LE FŒTUS, par Claude Frollo (E.-T.), 809.
ARCHAMBAULT, 553, 574, 595.
ARMÉE (V. AMBULANCES).
ARSENIC (De l') contenu dans l'air des appartements, par H. Fleck. Trad. de Ch. Baye, 747.
ASILES d'aliénés, 110. — Maison nationale de Charenton : concours, 990. — Nominations, 110; — de Langlois, 409; — de Verrier, 929. — Sainte-Anne, à Paris, 825.
ASPIRATEUR continu pour ponctions, par J. Leard, 148.
ASSISTANCE PUBLIQUE (Le budget de l'), par E. Teinturier, 736. — Le budget des recettes de l'—, par Bourneville, 773.
ASSISTANCE PUBLIQUE : *Budget* pour 1878. Vœux du Conseil municipal, 149. — *Circulaire* de Michel Moring, 170. — *Conseil* de surveillance; nominations de : Goupil, 290; — Lafond, 290; — Lauth, 290; — Marbeau, 290; Moutard-Martin, 290; — Péan de Saint-Gilles, 290; — Vulpian, 290. — *Dons* de : Chambre des avoués, 35; — Dreux, 35; — Roger (H.), 35; — Thonet, 35. — *Infirmiers* et infirmières, 148. — *Installation* de Michel Möring, 150. — *Legs* : Becq, 724; — Caron, 724; — Chicotot, 724; — Colliard, 531; — — Veuve Darcy, 35; — Lafaurie, 531; — Marcellis (J.), 790; — Dlle Maurisset, 35; — *Nomination* de Michel Möring comme membre de la commission mixte permanente des cours cliniques des hôpitaux, 409. — (V. HOPITAUX).
ASSOCIATION *française pour l'avancement des sciences*. — Session de Paris : *Bureau* pour 1878, 389. —; Nomination —, section de médecine et de botanique, 662. — *Communications*, 662. — *Congrès* (Le) de Paris, par H. de Boyer, 682. — *Lieu* des séances, 650. — *Présidents* de section des sciences naturelles, 489. — *Programme* du Congrès de Paris, 530; — du 23 août, 662. — *Séance d'inauguration*; Discours de Thulié; par H. de Boyer, 659, 661. — *Subvention* du conseil municipal de Paris, 610.
Compte-rendu des séances des 23, 24, 26, 28 et 29 août, par de Musgrave-Clay. — *Actions nerveuses* (Théorie des) modératrices, par de Cyon, 688; — Discuss. par Onimus, 689. — *Albuminurie* (Note sur deux cas d'), par Dagrève (de Valence), 686. — *Anatomiques* (Présentation de pièces), par Talrich, 690. — *Anesthésiques* (Note sur les), par Rabuteau, 693. — *Anévrysmes* (Traitement des) par l'électropuncture, par Dujardin-Baumetz et Proust, 685; — Discuss. par Teissier fils, 685; — Onimus, 685. — *Apomorphine* (V. *Œsophage*). — *Arachnoïde* (Communication de l') avec la capsule de Ténon, par Vieusse, 691. — *Arthritiques* (Nodosités cutanées éphémères chez les), par Féréol, 693.
Bandages (Présentation de) et de suspensoirs, par Dupré, 691. — *Bourses séreuses* (Sur les) professionnelles, par Dunoyer, 693; — Discuss. par Lecadre, 693; — Ollive, 693.
Canal artériel (Diagnostic de la persistance du), par Franck, 685. — *Cancéreux* (Lésions traumatiques chez les), par Verneuil, 684. — Discuss. par Fleury, 685; Bergeron, 685; Houzé de L'Aulnoit, 685; Dor, 685; Potain, 685. — Note sur les opérations palliatives chez les —, par Petit, 690; Discuss. par Daremberg, 690; Dujardin-Baumetz, 690. — *Castration* (De la) préventive dans l'ectopie testiculaire, par Aubert (de Lyon), 686. — *Cœur* (Nouveau procédé de mensuration du), par Constantin Paul, 689; Discuss. par Gubler, 689; Potain, 689. — Sur un point de la pathogénie des affections du —, par Potain, 692. — *Compression* (Nouvel appareil de) méthodique, par Chassagny (de Lyon), 690. — *Conscience* (Phénomènes de la double), par Azam, 686; Discuss. par Gubler, 686; Lecadre, 686. — *Cornée* (De la dégénérescence calcaire de la), par Galezowsky, 693; Discuss. par Lecadre, 693; Daremberg, 693. — *Corps étrangers*, (V. *Œsophage*.)
Digitale (Effets thérapeutiques de la), par Teissier (de Lyon); 688; Discuss. par Gubler, 688.
Ectopie testiculaire. (V. *Castration*.) — *Elections* pour 1879, 689. — *Electrisation* (Note sur l') céphalique, par Letourneau, 683; Discuss. par Gubler, 684; Burcq, 684. — *Electropuncture*. (V. *Anévrysme*.) — *Entéro-colite* chronique, par Brame (de Tours), 683. — Epididymite blennorrhagique, par Ledouble (de Tours), 683. — *Epithélium* (Physiologie de l') vésical, par Livon et Cazeneuve, 691; Discuss. par Gubler, 691; Aubert (de Lyon), 691. — *Erysipèle* (Traitement abortif de l') ambulant, par Mourgue, 603. — *Extraction* des fragments de projectile des plaies au moyen de l'électro-aimant, par Milliot, 689.
Forceps (Présentation d'un), par Nivet, 689. — *Forme* (Sur la) et la fonction après certaines opérations de la face, par Létiévant, 685. — *Foyers purulents* (Traitement des) par les injections d'eau salée, par Houzé de l'Aulnoit, 687; Discuss. par Potain, 687; Rochard, 687; Cabello y Bruller, 687; Gubler, 687. — *Froid* (Applications thérapeutiques du) et de la chaleur, par Delmas (de Bordeaux), 691; Discuss. par Chapman, 691.
Gangrène (De la), par Mardyz, 684. — Amputations dans la —, foudroyante, par Le Dentu, 691; Discuss. par Ollivier, 692; Verneuil, 692. — *Glande* séminale (Squirrhe de la), par Nepveu, 691. — *Glaucôme* (Contribution à l'étude de l'histoire du), par Chibret, 684. — *Glotte* (De l'œdème de la) dans la phthisie la-

© BIU Santé

ryngée, par Gouguenheim, 687 ; Discuss. par Gubler, 688; Lailler, 688. — Rectification, 755. — *Goître* (Etiologie du) chronique, par Nivet, 690; Discuss. par Bergeron, 690; Dupré, 690.
Nominations de Gubler, 689, — de Bergeron, 689.
Œsophage (Expulsion d'un corps étranger de l') à l'aide des vomissements provoqués par l'apomorphine, par Verger, 687.
Phthisie (La) est une maladie des pays chauds, par G. Delaunay, 693; Discuss. par Rabuteau, 693; Daremberg, 693; Houzé de l'Aulnoit, 693; Cartaz, 694. — *Pleurites* (Des) en général, et de celle *a frigore* en particulier, par Lancereaux, 689.
Rage (De la), par Lecadre, 689. — *Réfrigération* (Appareil de), par Clément (de Lyon), 684; Discuss. par Leudet, 684; Teissier, 684.
Spina-bifida (Traitement du), par Lafite, 686; Discuss. par Dupré, 686; Parise (de Lille), 686.
Ténopathie (De la) saturnine, par Gubler, 688; Discuss. par Verneuil, 688; Lépine, 688; Féréol, 688. — *Transfusion* (De la) capillaire, par Henrot, 692 : Discuss. par Onimus, 692; Verneuil, 692; Pacchiotti (de Turin), 692. — *Tuberculose* (Sur la), par Grancher, 692; Discuss. par Leudet, 692; Daremberg, 692.
Unification (De l') des méthodes dans le langage et l'enseignement de la médecine, par Secco-Baldor (de Madrid), 683. — *Utérus* (Guérison d'un cas d'inversion de l'), par Courty, 683. — Procédé opératoire pour l'ablation de l' —, par Coudereau, 684. — Traitement de certaines déviations de l', — par Marcé, 690.
Vératrine (Analogie d'action de la) et de l'aconitine, par Arnault de Fabri, 691. — *Vue* (Hygiène de la) dans les écoles de Lyon, par Dor, 689 ; Discuss. par Lecadre, 689; Meyer 689; Gubler. 689.
Zona (Du) dans la tuberculose pulmonaire, par Leudet, 686; Discuss. par Verneuil. 687; Gubler, 687.
A. *française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques*. Situation financière, 171. — Prix, 171.
A. *générale des médecins de France*, 370. — Ordre du jour du 19 mai, 370. — La reconnaissance d'utilité publique de l'—, par E. Teinturier, 378.
A. *des médecins du département de la Seine*. Exercice de 1877, 75. — Caisse des pensions viagères, 75. — Don de M. Barth, 75.
Athétose (Note sur un cas d'); observation, autopsie, par L. Landouzy, 79, 96.
Atrophie (Note sur un cas d') musculaire protopathique, par Debove, 855.
Attique (Notice hygiénique et médicale sur l'), par F. Villard, 268, 287, 307, 328, 349.
Autopsie et baptême, 397. — Lettre de A. Thévenot, 428. — Lettre de Delasiauve, 429. — A propos d'—, 510. — Les — médico-légales, par Bourneville, 683.
Avezou (Ch.), 48, 69, 89, 106, 127, 145, 167, 185, 203, 223, 243, 264, 285, 305, 327, 365, 385, 387, 404, 447, 485, 526, 544, 565, 605, 629, 667, 696, 714, 727, 799, 860, 877, 899, 919, 941, 963, 979, 999.

B

Baccalauréat, 780.
Battey (Opération de), (V. Ovaire).
Baye (Ch.), 747.
Béclard (J.), 467, 487, 506.
Béringier, 757, 770, 793, 858.
Bernard (Cl.) (Monument de) à Villefranche, 369. — Le fauteuil de — à l'académie des sciences. Opinion de la presse médicale, 969. — Statue de — à Lyon, 389. — Souscription pour élever un monument à —, 170, 187, 210, 230, 249, 270, 320, 369, 390, 510, 531, 549. — (V. Nécrologie, Succession).
Besson (I.), 17, 328, 608, 806.
Bibliographie (*Revue de*).— *Amat.* (*Ch.*) : De la fièvre typhoïde, à forme rénale, 186. — *Aulas* (*Cl.*) : Des éruptions septicémiques (An. Ch. H. Petit), 545.— *Béni-Barde* : Manuel d'Hydrothérapie (An. A. Josias), 407.— *Berguien* (Léo) : De l'atrophie du membre abdominal dans la coxalgie (An. I. Besson), 17. — *Bitot* (*de Bordeaux*) : Essai de topographie cérébrale par la cérébrotomie méthodique (An. Ch. Féré), 766. — *Bouilly* (*G.*) : Comparaison des arthropaties rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques (An. Ch. H. Petit), 741. — *Bourru* (*H.*) : De l'affection catarrhale à propos de l'endémie qui règne dans la vallée de la Touvre (Charente) (An. G. Peltier), 809. — *Braive.* (*E.*) : De la convalescence confirmée (An. I. Besson), 17. — *Budin* (*P.*) : Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels (An. A. Ribemont), 716. — *Carry* (*A.*). Du rôle et des indications des bains dans les maladies de la peau (An. L. Landouzy), 903. — *Chalot* (*V.*): Comparer entre eux les divers moyens de diérèse (An. Ch. Féré, 669). — *Chauffard* (*C.*): La vie. Etudes et problèmes de biologie générale (An. L. Landouzy), 903. — *Dambre* (*A.*) : Traité de médecine légale et de jurisprudence de la médecine (An. G. Peltier), 947. — *Darolles* (*C.*) : Du cancer pleuro-pulmonaire au point de vue clinique (An. G. Bouteillier), 449. — *Esmarch* (*F.*) : Handburch der kriegschirurgischen Technich (An. G. Maunoury), 266. — *George's* (*St*) *Hospital Reports*, 1874-76 (An. Ch. Féré), 204. — *Godard* (*J.*) : Du bégaiement et de son traitement physiologique, 307. — *Haueur* (*A.*) : De la maladie charbonneuse (An. Ch. H. Petit), 584. — *Heydenreich* (*A.*): Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse (An. Ch. H. Petit), 646. — *Humbert* (*G.*) : Des néoplasmes des ganglions lymphatiques (An. Ch. Féré), 669. — *Joffroy* (*A.*) : De l'influence des excitations cutanées sur la circulation et la calorification (An Th. Keller), 731. — *Labadie-Lagrave* (*F.*) : Du froid en thérapeutique (An. I. Besson), 607. — *Lafforgue* : Etude sur les rapports existant entre les lésions de la couche optique et l'hémianesthésie de cause cérébrale (An. Raymond), 286. — *Lailler* : Leçons cliniques sur les teignes faites à St-Louis, recueillies par L. Landouzy, 228. — *Laure* (*P.*): De la médication diurétique (An. A. Josias), 527. — *Lées* (*miss. F.*) : Manuel pour les infirmières (An. A. Talandier), 387, 486, 527. — *Levinstein* (*E.*) : La morphiomanie (An. I. Besson), 328. — *Lorain* (*P.*) : Etudes de médecine clinique. De la température du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies (An. A. Laveran), 466. — *Lutaud* (*A.*) : Manuel de médecine légale et de jurisprudence médicale, 348. — *Manouvriez* : Epidémie de choléra saisonnier à Valenciennes (An. G. Bouteillier), 429. — *Marcano* (*G.*) : De la psoïte traumatique (An. P. Poirier), 988. — *Masse* : Typhus et fièvre typhoïde, 885. — *Nivelet* père (de Commercy) : La goutte articulaire (An. I. Besson), 17. — *Novaro* (Bartolome) : Tratado de Patalogia quirurgica general (An. H. de Boyer), 245. — *Pitres* (*A.*) : Des hypertrophies et des dilatations cardiaques indépendantes des lésions valvulaires (An. E. Brissaud), 406. — *Ponchet* (*G.*) et *Tourneux* (*E.*) : Précis d'histologie humaine et d'histogénie (An. Debove), 129. — *Ranvier* (*L.*) : Leçons sur l'histologie du système nerveux (An. Debove), 766. — *Reclus* (*P.*) : Des ophthalmies sympathiques (An. Poncet) (de Cluny), 608. — *Richelot* (*G.*) : Des tumeurs kystiques de la mamelle (An. Ch. Féré), 646. — *Rosenthal* : Traité clinique des maladies du système nerveux (An. Raymond), 285. — *Samondès* (*L.*) : Du temps d'arrêt dans la marche des polypes naso-pharyngiens (An. Ch. H. Petit), 545. — *Sée* (*G.*) : Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur et en particulier de leurs formes anormales (An. A. Sevestre), 924. — *Souviron* (*A.*): Manuel des Conseillers municipaux (An. Bourneville), 287. — *Teissier* (*J.*) : De la valeur thérapeutique des courants continus (An. T. Keller), 742. — *Terrillon* : Des ruptures de l'urèthre (An. A. Malherbe), 717.
Bibliothèques médicales des hôpitaux de Paris, 42. — Des hôpitaux d'Alger, 109, 247. — Des — médicales des hôpitaux de Paris, par Bourneville, 810. — La — Astor à New-York, 290. — La — des internes en médecine de l'Hôtel-Dieu. Legs Chomel, 149. —Les — aux Etats-Unis, 129, 248. — Les — en Angleterre, 90. — Les — de malades dans les hôpitaux, 791. — Les — des malades, par Bourneville, 810.
Bitot (P.), 186, 947.
Blondeau (A.), 71, 86, 244, 328, 583, 607, 626, 640, 643, 664, 923.
Boudet de Paris, 135, 155, 236, 253, 278, 317, 735.
Bourneville, 37, 52, 74, 93, 109, 116, 148, 177, 220, 229, 239, 259, 281, 287, 320, 338, 339, 358, 367, 437, 647, 668, 683, 725, 750, 774, 799, 811, 818, 940.
Boutellier (G.), 449, 567.
Boyer (H. Cl. de), 17, 65, 73, 85, 108, 109, 122, 187, 245, 568, 621, 659, 661, 663, 682, 743, 766, 809, 848.
Brissaud (E.), 16, 32, 407, 459, 480, 581.
Broca (Ouverture du cours de), 876.
Brouardel (Les cours de médecine légale de) à la Morgue, 25, 859.
Brown Sequard (Ouverture du cours de), 940.
Brun (F.), 893.
Budin (P.), 58, 139, 200, 227, 545, 580, 610, 697, 754, 983.

C

Cadet de Gassicourt, 313.
Cartaz (A.), 213, 373, 434, 721.
Catalepsie et somnambulisme hystériques provoqués, par Charcot et P. Richer, 973.
Cerveaux (Note sur les) d'amputés, par Ch. Féré, 40.
Chambard (S.), 173, 195, 222, 353, 433, 454, 496, 562, 701, 769, 913, 936, 955, 975.
Chancre (Etude sur les variétés et les formes anormales du) simple, par L. Jullien, 635, 657, 733, 759, 782, 797.
Charcot (J. M.), 37, 65, 81, 86, 93, 113, 177, 335, 573, 580, 617, 656, 679, 703, 745, 875, 973. — Ouverture du cours de — à la Faculté 258; — à la Salpêtrière, 875.
Chimie médicale (*Revue de*), par Yvon. — *Mehu* : Traité pratique et élémentaire de chimie médicale appliquée aux recherches cliniques, 715. — *Rabuteau* : Traité élémentaire de chimie médicale, 714.
Chirurgie (V. Ambulance, V. Société de Ch.).
Chirurgie (*Revue de*), par Ch. Féré et G. Maunoury. — *Baseri* (*Settimio*) : Traitement du prolapsus du rectum, 986. — *Bauer* (*L.*) : On the dressing of stumps, 168. — *Castaneda y Campos* (*J.*) : Du phlegmon de la cavité péritonéale de Retzius ou phlegmon péri-vésical, 168. — *Chabbert* (*L.*): De l'anthrax des lèvres, ses complications, son traitement, 169. — *Chassagny* (*de Lyon*) : Compression et immobilisation méthodiques par l'air et par l'eau, 168. — *Chiari* (*H.*) : Ostéome de la muqueuse trachéale, 987. — *Etat* sanitaire de l'armée russe en Europe pendant la dernière guerre, 987. — *Gibney* (*V. B.*) : The paralysis of Pott's disease; being a clinical study of fifty-eight cases, 765. — *Girin* (*J*) : Etude rationnelle et expérimentale sur le rôle de la pression atmosphérique dans la mécanisme de l'articulation coxo-fémorale, 167. — *Holmes* (*T.*) : A clinical lecture on disloca-

© BIU Santé

tion of the hip into the obturator foramen, 486. — *Leroy Milton Yale* : Phimosis : A report from the surgical section to the New-York Academy of medicine, 765. — *Maffre* : Quelques considérations sur la suppuration de la caisse du tympan. Son traitement, 245. — *Pétaval* : Du traitement des varices et des ulcères variqueux par la liqueur iodo-tannique, 245. — *Poinsot (G.) (de Bordeaux)* : Etudes cliniques sur l'ostéosarcome des membres, 244. — *Raguet-Lépine* : Des principales indications à remplir dans le traitement des plaies, 245. — *Rippoll (de Toulouse)* : Contribution à l'étude des hernies étranglées, 485. — *Rizzoli* : Clinique chirurgicale, 168. — *Sands (H.-B.)* : On the treatment of intussusception by abdominal section, with the report of a case wich the operation proved successful, 486. — *Shreve (O.-B.)* : Etherisation and its dangers, 485. — *Stern (E.)* : Ueber das quecksilberchlorid, chlornatrium und seine subcutane Anwendung, 987.

Choléra, 929. — Le — à Jedda, 34. — Le — à Malte, 330. — (V. Epidémie).

Chorée (De la) rhythmique hystérique ; leç. de Charcot, rec. par Bourneville, 93, 113. — De la — vulgaire chez les vieillards, leç. de Charcot, rec. par Bourneville, 177.

Cirrhoses (Des) viscérales épithéliales en général, leç. de Charcot, 81.

Climatologie (*Revue de*). — Sur le climat d'Alger. — Réponse à quelques critiques, par G. Daremberg, 447.

Cliniques (Les) de la Faculté au nouvel Hôtel-Dieu, par Bourneville, 109.

Collège de France. — *Chaire* de médecine, présentation de Brown-Sequard, 450, 610. — *Cours* de Balbiani, 350, 821 ; — Berthelot, 350 ; — Brown-Sequard, 820, 929 ; — Marey, 350, 820 ; Mascart, 350 ; — Ranvier, 350, 820 ; — Schutzenberger, 350, 821. — *Laboratoires* : d'histologie, 820 ; — de physiologie, 821. — *Nomination* de Brown-Sequard, 651. — *Vacance* de la chaire de médecine, 310.

Comment l'enfant faillit mourir et la sœur manquer ses vêpres, 529.

Commissions (Les) administratives des hospices et des hôpitaux, par E. Teisturier, 98.

Commotion (V. Moelle épinière).

Compression cérébrale Les dernières expériences sur la), envisagées au point de vue de l'obstétrique, par P. Budin, 198.

Conférences internationales de statistique, 589. — Programme, 589.

Congrès internationaux de 1878 à Paris. — C. Int. pour l'étude de l'alcoolisme, 589. — *Compte-rendu* des séances, par H. de Boyer, 662. — *Programme* 589.

C. Int. des Aliénistes. 349.

C. Int. de Démographie, 449. — *Programme*, 509. — *Vote* du Conseil municipal de Paris, 530, 611.

C. Int. de Géologie, 149.

C. Int. Homœopathique, 530.

C. Int. d'Hygiène, 208, 600. 640. — *Arrêté* ministériel, 389. — *But* et institution du —, 267. — *Composition* du — 208. — *Lieu* des séances 389, 529. — *Ordre* des travaux, 589. — *Questions* faisant l'objet des rapports, 268, 389. — *Subvention* du conseil municipal de Paris. — *Travaux* du —, 267.

Compte-rendu des travaux du C., par A. Blondeau. — *Banquet* du —, 625 ; Discours de Gubler, Chadwich, Meyden, Félix, Patroubani, Thulié, Richardson, Bambas, Lubelsky, etc., 625, 626. — *Bureaux*, 606. — *Excursion* dans la plaine de Gennevilliers, 641. — *Guide* sommaire de l'hygiéniste à l'Exposition universelle 607. — *Ordre* des travaux et communications, 606. — Rapport de Liouville, 623. — *Séance d'ouverture*, 606 ; Discours de Teisserenc de Bort, 606 ; de Gubler, 621. — *Visite* à l'Ecole Monge, 621 ; — à l'hôpital Ménilmontant, 625 ; — à l'usine de Noisiel-sur-Marne, 663 ; — aux égouts, 642.

C. Int. de Médecine Légale, 470, 629. — *Indication* des travaux, 640. — *Programme* des questions, 610. — *Règlement* pour la session, 570. — *Séance d'ouverture* ; compte-rendu, par de Musgrave-Clay, 640.

C. Int. de Médecine mentale, 548, 629. — *Programme*, 548, 610.

C. Int. des Sciences anthropologiques, 489. — *Guide* sommaire de l'anthropologie à l'Exposition universelle, 669. — *Homotypie* (De l') des membres thoraciques et abdominaux, par A. Julien, 737. — *Programme* du —, 489. — *Séance d'ouverture* ; Compte-rendu, par H. de Boyer, 659.

C. Int. des Sciences ethnographiques, 509. — *Programme*, 509.

C. Int. des Sciences médicales, 247, 370.

C. Int. sur le Service médical des Armées, 588. *Programme*. 589.

C. des *naturalistes* et *médecins* allemands. 699.

Conheim (J.), 568, 585.

Conseil *général d'hygiène et de salubrité* du dép. de la Seine. — Nomination de Reynal, 55.

C. *municipal de Paris* (V. Accouchements; Congrès, Infirmiers laïques).

C. *supérieur de l'instruction publique*. — Nomination de Zevort, 450.

Contracture (V. Hystérique.)

Convulsions (Des), leçon d'Archambault, rec. par Petel, 553, 574, 595.

Cornée (Affection grave de la) ; — Deux iridectomies ; — Ponction et évacuation du corps vitré, par H. Coursserant, 772.

Cornil (Ouverture du cours de), à Lourcine, 397.

Cornillon (J.), 72, 95, 117, 186, 196, 393, 416, 790.

Corps étrangers (V. Œsophage).

Corps fibreux interstitiel du col utérin ; leç. de Desprès, rec. par Boudet de Paris, 253.

Correspondance. — Conservation et transport des viandes, 72. — (V. Accouchements, Lettres des Facultés).

Cottin (E.), 453, 633, 953.

Coursserant (H.), 772.

Crémation, 743.

Créosote (V. Phthisie).

Cruet (L.), 262, 406, 424.

D

Danval (L'affaire) au point de vue toxicologique, 380 — L'— et l'expertise au point de vue moral, 418.

Daremberg (Ch.), 447, 741.

Debove, 106, 116, 129, 760, 856.

Décès, à Londres, 33 — (V. Mortalité).

Dejerine (J.), 808.

Delasiauve, 429, 925.

Demmler (A.), 722.

Dentaire (*Revue*), par L. Cruet, 404.

Dents (De l'érosion des) au point de vue de la séméiologie, conf. de E. Magitot, rec. par Aguilhon, 393.

Déontologie médicale. Déclaration d'un enfant mort peu de temps après sa naissance, 718.

Désarticulation (La) coxo-fémorale à l'Académie de médecine, par Ch. Féré, 100, 139.

Desprès, 735.

Diabète (Relation du) avec l'arthritisme, par J. Cornillon, 95, 117, 196.

Diphthérie prolongée ; — Trachéotomie ; — Rougeole ; — Broncho-pneumonie ; — Mort. Leç. de Cadet de Gassicourt, rec. par E. Golay, 313.

Dolbeau (Le docteur) et Mlle Stolz, 17.

Dreyfus-Brissac (L.), 11, 26, 43, 65, 101, 122, 141, 163, 180, 201, 221, 239, 259, 281, 301, 340, 360, 384, 399, 421, 439, 458, 463, 478, 501, 519, 539, 560, 581, 590, 601, 629, 644.

Duplay (S.). 2. 23, 60, 133, 273, 453, 633, 860, 953.

Duret (H.), 279, 298, 389, 538, 729, 779, 799, 801, 866, 945, 958.

Duval (M.) (Ouverture du cours de), 876.

Dyspepsies (Rapport des) avec les maladies constitutionnelles, par J. Cornillon, 393, 416.

E

Eaux (Tableau du volume des) débitées à Paris, 928. — Tableau du volume des — employées pour l'alimentation de Paris, 754. — (V. Egout).

Ecoles (V. Infirmiers, Infirmerie).

E. (Cercles des) à Nancy, 549. — à Paris, 449.

E. *laïques* (Le sou des), 546.

E. pratique (Pose de la première pierre de l'), 947. — (*V.* Faculté. Enseignement Libre.)

E. *préparatoires de médecine*. *Alger* : Prorogation de Bourlier, 970 ; — de Stephan, 970. — *Amiens* : Concours pour un emploi de suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, 54 ; — d'accouchements, 54 ; — de clinique chirurgicale, 54 ; — de pathologie externe, 54. — de chef des travaux anatomiques, 54. — *Arras* : Concours pour différentes chaires, 731. — Hommage à Cl. Bernard, 189. — Nominations de : Brégeaut, 811 ; Lobert (E.), 54. — *Clermont-Ferrand* : Prix décernés en 1878, 969. — *Limoges* : Nominations de Pillault, 590 ; de Raymond, 310. — *Marseille* : Cours d'été, année 1878-79, 842 ; — d'hiver, année 1878-79, 842. — Lettre sur la Faculté, par J. Fioupe, 843. — Nomination de Favre, 249. — Travaux pratiques, 842. — *Nantes* : Bibliothèque, 841. — Cours d'été, année 1878, 79, 841. — d'hiver, année 1878-79, 841. — obligatoires, 841. — Lettre sur la Faculté, 841. — Nominations : d'Aumaître, 651 ; de Dortel, 970 ; de Jarry, 651 ; de Jossa, 970. — Stage des étudiants, 841. — Travaux pratiques, 841. — *Navale* : Concours annuel pour les grades d'aide-médecin et d'aide pharmacien de la marine, 548. — *Reims* : Concours pour les chaires de : chimie et toxicologie, 189 ; — de pathologie externe, 189 ; — de pharmacie et de pharmacologie, 189. — Nomination de Lajoux, 651. — *Rennes* : Concours pour la suppléance des chaires, d'anatomie et de physiologie, 951 ; — de chimie et de pharmacie, 91 ; — de clinique médicale ; 490, 570 ; — de pathologie interne, 490, 570 ; — de chef des travaux anatomiques, 970. — *Rouen* : Nomination de Cauchois, 570. — *Toulouse* : Concours pour la suppléance des chaires de chimie, de pharmacie, de matière médicale et d'H. naturelle, 843 ; — de pathologie externe, de clinique chirurgicale et d'accouchements ; 843, — de pathologie interne et de clinique médicale 843 ; — pour un emploi de chef de clinique médicale, 843. — Lettre sur la Faculté, 844. — Nominations de Bousquet, 590 ; Calène, 791 ; Caubet, 651 ; Dagout-Bailly, 590 ; Fallot, 590 ; Frébault, 249 ; Garsin, 590 ; Vidal, 590.

E. *supérieure de pharmacie de Paris* : Concours d'agrégation, 742 ; — Sujets des thèses, 742. — Conditions à remplir pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe, 588. — Cours d'été pour 1877-78, 247 ; — pour 1878-79, 1er semestre, 829 ; 2me sem. 829. — Décret relatif aux examens à subir par les élèves en pharmacie, 719. — Examen des pharmaciens de première classe, 631. — Herborisations publiques de Chatin, 370, 430, 450, 490, 570. — Inscriptions et Consignations, 829. — Séance solennelle de distribution des prix ; Discours de Chatin, 908. — Travaux pratiques, 829.

E. *du Val de Grâce*. — Cliniques, 821. — Concours pour un emploi de professeur agrégé de clinique médicale, 670. — Conférences et exercices pratiques, 821. — Cours pour 1878-79, 821. — Nominations de Bussard, 26 ; Charvot, 26 ; Du Cazal, 26, Zuber, 26. — Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élèves du service de santé militaire, 367, 821.

E. *vétérinaires*. — d'*agriculture*, 350. — d'*Al-*

© BIU Santé

fort : Nomination de Nocart, 890. — de *Toulouse*, 391. — *Concours* d'admission aux écoles pour 1878, 548.

Egouts (Emplois des eaux d'), 74.

Electrothérapie (*Revue d'*), par A. Joffroy. — *Dubois* (*S.*) : Du traitement des névralgies par l'électricité et l'hydrothérapie, 966. — *Percepied* (*R.*) : application de l'électricité au traitement du varicocèle, 966.

Embolie (De l') graisseuse dans les fractures, par J. Dejerine, 897. — Des — pulmonaires dans les tumeurs de l'utérus ou de l'ovaire, par A. Sevestre, 707.

Embryotome (Nouvel), par P. Thomas, 705.

Encéphale (Leçons sur l') et sur l'appareil auditif, par Folet (de Lille), 493, 513, 615, 637, 853, 894, 915. — Note sur le mode de préparer et de conserver l'—, 90.

Enfants assistés (Questions médico-administratives sur les), 41. — Le Budget des —, par E. Teinturier, 218, 960.

Enf. (Ecole des) de la Salpêtrière ; Discours de Delasiauve, 925.

Enf. (*Revue des maladies des*), par L. Landouzy. — *Archambault* : Ostéo-périostite rhumatismale de la tubérosité antérieure du tibia, chez les jeunes sujets, 584. — *Dejerine* : Recherches sur les lésions du système nerveux dans les paralysies diphthéritiques, 581. — *Fonson* (*J.*) : Du traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant, par la thoracentèse aspiratrice, 583. — *Kuborn* : Des causes de la mortalité comparée de la première enfance, dans les principaux climats de l'Europe, 584. — *Ligier* (*A.*) : Considérations sur les tours et les conséquences de leur suppression au point de vue de l'hygiène publique, 581. — *Moreau* (*H.*) : Recherches sur la trachéotomie, 584.

Enseignement médical libre. — Abadie (Ch.) 791, 828. — Archambault, 390. — Avis aux professeurs libres, 470. — Badal, 246. — Baudot, 827. — Berrut, 827. — Bouchut, 390, 408. — Bouland (P.), 449. — Bourceret, 827. — Brochard, 827, 828. — Bucquoy, 189. — Budin, 18, 34, 170, 209, 248, 290, 350, 369, 390, 408, 449, 470, 549, 570, 589, 755, 827. — Cadet de Gassicourt, 34. — Carré, 34. — Chantreuil, 248, 729. — Charcot, 827, 869, 890. — Chéron, 246, 270, 827. — Cornil, 369, 490. — Cours autorisés à l'Ecole pratique pour 1878-79, 827. — Courserant, 828. — Danlos, 827. — Dareste, 230, 246, 248, 828. — Délefosse, 210, 246, 248, 827, 869. — Desmarres, 828. — Dubuc, 827. — Du Castel, 827. — Dujardin-Baumetz 329, 828. — Duplay (S.), 828. — Durand-Fardel, 75, 827. — Duret (H.), 827, 828, 869. — Fano, 828. — Fauvel, 249, 828. — Fort, 34, 246, 755, 827, 890. — Fournier (A.), 390. — Galezowski, 827, 829. — Gellé, 246, 827, 890. — Gorecky, 827. — Guérin (A.), 828. — Henriet, 827, 828, 869. — Huchard (H.), 18, 827. — Joffroy, 827. — Labadie-Lagrave, 390. — Lacombe, 246, 270, 827, 929, 950. — Landolt, 869. — Lailler, 590, 890. — Langlebert (Ed.), 369. — Latteux, 54, 230, 249, 408, 449, 593, 743, 827, 890, 929. — Lelorain, 828. — Le Noir, 827. — Lorey, 827. — Luys, 369, 390. — Magitot, 329. — Magnan, 54, 75, 330, 408. — Mallez, 246, 827, 890. — Martel, 827. — Martin-Damourette, 390, 720, 828. — Martineau, 828. — Ménière, 246, 249, 827, 828. — Meyer, 828. — Migon, 246, 827. — Miot, 828. — Moutard-Martin, 827. — Nepveu, 827. — Parrot, 329, 350, 390. — Péan, 791. — Peynières, 827. — Peyrot, 827, 828, 869. — Picard, 230, 246, 249, 510, 743, 827, 890. — Pinard, 18, 34, 170, 248, 290, 350, 369, 390, 408, 449, 470, 549, 570, 589, 755, 827. — Quinquaud, 827, 869. — Raymond, 827, 828, 969. — Reclus (P.), 827, 828, 869. — Reliquet, 230, 246, 248, 827, 828, 890, 910, 929. — Robin (Albert), 827. — Schwartz, 827, 828, 869. — Sevestre (A.), 18, 246, 248, 827, 828, 869, 890. — Simon (J.), 811, 827. — Sinety (de), 827, 828, 869. — Stappfer, 827. — Thévenot (A.), 170, 950. — Tripier, 828. — Troisier, 827. — Verrier, 827. — Vidal, 350. — Voisin (A.), 890. — Wecker (de), 929. — Wilin, 249.

Entre Ours, 699.

Epidémies : de choléra, 790. — de fièvre jaune, 699, 731, 742, 780. — de variole, 189.

Epizootie, 489, 989.

Erythème (Etude sur une variété d'), rencontré dans le cours de la fièvre typhoïde, par Raymond et Nélaton, 781, 795.

Etablissements thermaux, 509.

Ether (Sur l') iodhydrique, 139.

Etudiants (Aux jeunes), par H. de Boyer, 846. — Sursis aux élèves en médecine et en pharmacie, engagés conditionnels, 130. (V. Facultés de médecine).

Etudiantes (Les) en médecine, 790.

Exemple (Un bon) à suivre, 450.

Exposition universelle. — L' — et la société d'apiculture et d'insectologie, 90. — Jury des récompenses (Section médicale), 530.

Le *Progrès médical* à l' — : Les eaux minérales françaises, par J. Cornillon, 788. — Les eaux minérales du Vénézuéla, par G. Marcano, 697. — Les hôpitaux et les ambulances, par H. de Boyer, 630. — Les instruments de chirurgie, par H. Duret, 727, 777, 863, 945. — Le matériel des ambulances et des hôpitaux, par de Musgrave-Clay, 668. — Obstétrique, par P. Budin, 753. — Pavillon de l'anthropologie, par H. de Boyer, 567, 765, 808. — Une visite médicale à l' —, par H. Duret, 587.

F

Facultés de médecine. — *De Bordeaux* : Agrégés, 838. — Concours, 839, 840. — Cours : cliniques complémentaires, 838 ; — d'été, 838 ; d'hiver, 838. — Création d'une chaire de médecine expérimentale, 720. — Décret nommant les professeurs de la Faculté, 508. — Etudiants en pharmacie, 839. — Lettres sur la Faculté, par P. Bitot, 186, 840. — Nominations de Bitot, 791, 970 ; — Grégory, 910 ; — Jolyet, 970 ; — Merget, 970 ; — Moussous, 590 ; — Roy de Clotte, 910 ; — Testu, 910 ; — Vaillard, 910. — Vote du conseil municipal de Bordeaux, 309.

F. *de Lille* : Candidats pour l'agrégation en médecine, 148. — Concours, 570. — Cours : complémentaire, 834 ; — d'été, 834 ; — d'hiver, 834. — Extrait des décrets, règlements et instructions ministérielles, 834. — Laboratoires 834. — Lettre sur la Faculté, 835. — Nominations de : Cuignet, 970 ; — Emmanuel, 54 ; Folet, 970 ; — Hallez, 970 ; Morelle, 970 ; — Puel, 570. — Remplacement de Huidiez, par Cuignet, 570. — Travaux pratiques, 834. — Vacance de la chaire d'anatomie pathologique et d'histologie, 951.

F. *de Lyon* : Candidats pour l'agrégation en médecine, 148. — Cliniques, 835, 836. — Concours, 490, 570, 837. — Conférences, 836. — Cours : d'été, 836 ; — d'hiver, 836. — Externat : concours, nominations, questions, 857. — Lettre sur la Faculté, 837. — Nominations de : Audibert, 130 ; — Bard, 130 ; — Blaise, 54 ; — Bouveret, 969 ; — Carbonnel Sallé, 130 ; — Cazeneuve (J.-B.), 130 ; — Cusset, 969 ; Delore, 54 ; — Ducamp (C. V.), 54 ; Gaudolphe (M.), 130 ; — Guérin, 490 ; — Jacquin, 130 ; — Laure, 367 ; — Linossier, 130 ; — Magnin, 490 ; — Morangas, 130 ; — Peter, 570 ; — Pierret, 670 ; — Poncet, 570, 651 ; — Roux, 130 ; — Sabatier, 130 ; — Tédenot, 590 ; Teissier, 367, 969 ; — Vincent, 570 ; — Travaux pratiques, 836. — Vacances, 818.

F. *de Montpellier* : Bibliothèque, 831. — Candidats pour l'agrégation en médecine, 148. — Cliniques annexes, 831. — Concours, 570, 831. Conférences, 831. — Cours : complémentaires, 831 : — d'été, 831 ; — d'hiver, 831. — Enseignement clinique, 831. — Jardin botanique, 832. — Laboratoires, 831. — Lettre sur la Faculté, 832. — Nominations de : Canquil, 791 ; — Carrieu, 367 ; — Chalot (V.), 570 ; — Gayrand, 590 ; — Grimaldi, 791 ; — Guillaud, 570 ; — Lemoigne (E.), 54 ; — Meiret, 367 ; — Masse, 570 ; — Ville (J.), 54 ; — Prix, 831. — Sociétés savantes, 831. — Travaux pratiques, 831.

F. *de Nancy* : Candidats pour l'agrégation en médecine, 148. — Cliniques, 832. — Concours, 367, 570. — Cours, 832. — Dispositions réglementaires, 833. — Exercices pratiques, 832. — Lettre sur la Faculté, 833. — Nominations de : Bagnerie, 570. — Baraban, 249 ; — Bernheim, 570 ; — Demange, 367. — Fieta, 54 ; — Hergott, 570 ; — Heydenreich, 570 ; — Lambling, 54 ; — Spillmann, 367 ; — Vermeil, 570 ; — Véran, 570 ; — Vacances de chaires, 570.

F. *de Paris* : Admission des élèves sages-femmes à la clinique de la F. pour 1877-78, 33. — Agrégés stagiaires appelés à l'activité à partir du 1er novembre 1877, 18. — Avis aux étudiants, 848. — Bibliothèques, 819. — Chaire de pathologie mentale, 950. — Concours : Agrégation de chirurgie et d'accouchements, 128, 188, 309, 322, 350, 369, 390, 407, 570 ; — Ag. de médecine, 75, 128, 148, 170, 209, 229, 247, 329, 367 ; — Ag. de physique et de chimie, 450, 510, 670 ; — Ag. sciences physiques et naturelles ; facultés mixtes, 742 ; — Chef des travaux anatomiques, 610 ; — Prosectorat et adjuvat, 91, 247, 610 ; — pour l'obtention de bourses dans les Facultés de médecine, 548. — Conférences, 818, 908. — Cours, 34, 54, 229, 246, 350, 848, 869, 929 ; — C. auxiliaires, 908. — C. cliniques complémentaires de la Faculté 349 ; — C. d'été, 1877-78, 209 ; — 1878-79, 819 ; — C. d'hiver, 1878-79, 767, 818. — Décret relatif aux conditions à remplir pour l'obtention du diplôme de Dr en médecine, 547 ; — Division des études, semestre d'hiver, 818. — Ecole pratique, 370, 818, 819 ; — Conférences, 818 ; — Cours, 779 ; — Cours libres à l' —, 246 ; — Demande d'autorisation pour les cours libres à l' —, 34 ; — Exercices de médecine opératoire, 229 ; — Ouverture des pavillons de dissection à l' —, 779. — Examens de fin d'année, 449. — Heures de réception du doyen, 819 ; — du secrétaire, 819. — Inscriptions et consignations, 34, 210, 449, 549, 767, 819. — Jardin botanique, 819 ; — Laboratoires : de la Faculté, 820 ; — des hôpitaux, 820 ; — d'histoire naturelle, 819 ; — Personnel attaché aux — des cliniques, 650, 720. — Réglement concernant les — des cliniques médicales et chirurgicales de la F. de médecine de Paris, 469. — Musées, 819. — Nominations de : Brissaud, 249 ; — Descout, 791 ; — Gueniot, 249 ; — Letulle, 651 ; — Magnier de la Source, 720 ; — Pitres, 450. — Pièces anatomiques emportées de l'Ecole pratique, 247. — Prix de la Faculté, 819 ; — décernés pour 1876-77, 289 ; — pour l'année 1877-78, 289. — Règlement pour le doctorat, 949 ; — R. relatif aux services intérieurs, 820. — Robin, suppléant Daremberg, 54. — Stage pour les inscriptions, 310. — Sursis d'appel, 849. — Volontariat d'un an, 231.

Faculté des sciences. — *De Besançon* : Nomination de Moquin-Tandon, 54. — *De Dijon* : Nomination de Viallet, 171. — Suppléance de Viault, 249. — *De Lille* : Création d'une chaire de botanique, 270. — *De Lyon* : Nomination de Sicard, 54. — *De Nancy* : Nomination de Lemonnier, 249. — *De Paris* : Cours de la Faculté : année 1878-79 ; 1er semestre, 828 : — 2e semestre, 829 ; — de Joannès Chatin, 310, 950 ; — jours et heures des —, 829. — Excursions géologiques, par Ch. Velin, 408, 450, 490. — Laboratoire de physiologie, 829. — Licence et doctorat ès-scien-

© BIU Santé

ces, 470. — Nomination de Vialanes (H.), 54. — *De Rennes* : Création d'une chaire de botanique, 270.
Féré (Ch.), 26, 46, 101, 124, 140, 169, 207, 222, 245, 280, 293, 303, 323, 459, 486, 539, 646, 670, 765, 767, 785, 880.
Fièvre jaune (La), 917, 978. — Enquête sur la — aux Etats-Unis, 989. — (V. Epidémies).
Fioupe (J.), 843.
Fistule branchiale complète ; injections iodées, guérison ; par Oltramare, 875. — F. de l'espace ischio-rectal, leç. de S. Duplay, rec. par E. Golay, 23, 60.
Fleck (H.), 747.
Folet (*de Lille*), 493, 513, 615, 637, 853, 894, 915.
Fontaine (La), d'Ahusquy, par P. Reclus, 866, 888, 905.
Forceps (Le) de M. Tarnier, 517.
Formules. — *Acide* bromhydrique dans les bourdonnements d'oreilles, 638. — *Caféine* employée comme diurétique, 470. — *Camphre* (Effets hypnotiques du), 791. — *Cayaponine* (De la) ; son action purgative, 869. — *Constipation* habituelle, 408. — *Créosote* (De la) dans le traitement de la phthisie, 718. — *Cyanure* de potassium (Empoisonnement par le), 791. — *Diablotins*, 54. — *Diarrhée* infantile, 408. — *Dyspepsies* fonctionnelles, 408. — *Electuaire* hydragogue, 246. — *Elixir* asthmatique, 387 ; — E. fortifiant contre l'anémie, 18. — *Encre* à copier, 408. — *Injection* du capitaine contre la blennorrhagie chronique, 189. — *I.* hypodermique de pilocarpine, 938. — *Lotion* contre les crevasses du mamelon, 246. — *Onguent* d'acide borique, 791. — *Pastilles* du Sérail, 54. — *Potion* aromatique, 246 ; — de bromure de potassium, 34 ; — de Cubèbe, 34. — *Poudre* contre le coryza, 189 ; — contre l'ozène, 209 ; — *Préparations* aphrodisiaques, 54 ; — de valérianate de zinc, 18. — *Tablettes* de Ginseng, 54 ; — Mongoles, 54. — *Thé* Tunka, 387. — *Traitement* de l'asthme, 170 ; — des ulcères scrofuleux par le sulfure de carbone, 549. — *Vin* d'écorce de chênes, 230 ; — tonique apéritif, 230. — *Zinc* (Oxyde de) dans le traitement de la diarrhée, 718.
Fracture (V. Radius).

G

Garde-malades (Les) laïques à Troyes, 389. — Séance de réouverture des cours de l'école de — et d'ambulancières, par de Musgrave-Clay, 810. (V. Infirmiers.)
Gavarret (J.), 720.
Glycérine (V. Phthisie).
Golay (E.), 2, 23, 60, 133, 273, 313.
Gombault, 656.
Gommes syphilitiques (V. Testicule).
Gosselin (L.), 650. — Ouverture du cours de clinique de —, 859.
Grasset (J.), 216.
Gubler, 621.
Gymnastique (La) en France, 470.

H

Hardy (Ouverture du cours de) ,876.
Hillairet, 757, 770, 793, 858.
Hôpital (L'). Conférence de U. Trélat, à l'Association française (Congrès de 1878), 673. — Un — pour les vieux chevaux, 791.
Hôpitaux *de Paris : Amphithéâtre* d'anatomie ; Cours d'été, 270 ; — d'hiver, 760, 820. — *Bibliothèques*, 822, 823, 824, 825. — *Bureau Central :* Concours pour les places de médecins, 90, 210, 239, 357, 370, 430, 531, 590 ; — pour les places de chirurgiens, 188, 430, 469, 549, 590 ; — pour les places de pharmaciens, 35, 170, 791 ; — de chef de clinique médicale, 570, 590 ; — de chef de clinique obstétricale, 570, 610. — *Chirurgiens* des *H.* 822, 823, 824, 825. — *Externat :* Concours, 670, 760, 791, 811, 848, 870, 890, 929, 969, 990 ; Prix de l'*E* : 699 ; — Règlement, 826 ; — Traitement, 827 ; — Nouveaux externes, pour 1879, 1002. — *Internat :* Concours, 743, 791, 969 ; — Nouveaux internes, pour 1879, 1001 ; — Concours pour 2 places à l'hôpital de Berck-sur-Mer, 55 ; — Prix de l'*I.*, 670, 870, 969, 990 ; — Règlement 826 ; — Traitement, 827 ; — *I.* en pharmacie : Concours, 247, 990 ; Prix, 75, 247. — *Laboratoires*, 822, 823, 824, 825. — Médecins des *H.*, 822, 823, 824, 825. — *Mutations*, 969, 989. — *Nominations* : de Balzer, 929 ; — Barrié, 590 ; — Blum, 590 ; — Bouilly, 590 ; — Budin, 610 ; — Dreyfus-Brissac, 590 ; — Huchard, 430 ; — Humbert, 430 ; — Huttinel, 430 ; — Landrieux, 590 ; — Peyrot, 430 ; — Quinquaud, 430 ; — Raymond, 590 ; — Ribemont, 610 ; — Sevestre, 430 ; — Tennesson, 590 ; — Villejean, 170. — *Prix* Civiale, 257, 549 (Distribution des) — aux internes et externes des H. de Paris, 1001. — *H. Beaujon*, 824. — *Charité*, 823. — *des Cliniques*, 822. — *Cochin*, 824. — *Enfants malades*, 824. — *Hôtel-Dieu*, 822 ; — Ouverture de deux nouvelles salles à l' —, 220, 290. — La statistique chirurgicale du nouvel —, par Bourneville, 750. — *Laribosière*, 823. — *Lourcine*, 825 ; — Conférences cliniques de M. Martineau à —, 319 ; — Nécessité d'un service de bains externes à —, par Bourneville, 319. — *Maison d'accouchements*, 825. — *Ménilmontant*, 823 ; — L'Hôpital de —, 499 ; — Inauguration de l'H. de —, 908 ; — La distribution d'eau à l'H. de —, 559 ; — Opinion de *the Lancet* sur l'H. de —, 967. — *Midi*, 825. — *Necker*, 823 ; — Isolement de l'H. de —, par Bourneville, 339 ; — Le musée Civiale à l'H. de —, par A., Jean, 338. — *Pitié*, 823. — *Saint-Antoine*, 823. — *Sainte-Eugénie*, 824. — *Saint-Louis*, 824. — *Santé*, 825. — *Temporaire*, 824.
Hop. civils. — *d'Alger :* 247. — Nominations pour l'internat et l'externat, 990. — *de Bordeaux* : Nomination de Pitres comme médecin-adjoint, 610. — *de Lyon :* Concours pour l'externat, 490 ; — pour l'internat, 499 ; — Hôpital Saint-Pothin et service des épileptiques, 407. — *de Marseille* : Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux, 842 ; — Traitement des internes, 842. — *de Montpellier :* Concours pour l'internat, 270 ; — Nomination de Apolinario, Caizergues, Fernandez et Jouillé, 270. — *d'Orléans :* Concours pour une place d'interne, 270. — *de Saint-Etienne :* Concours pour une place de médecin, 34. — *de Versailles :* Concours pour l'internat, 110, 929.
Hospices et Hôpitaux (Budget et personnel des) de Paris, par E. Teinturier, 158.
Hospices *de Paris.* — Bibliothèques, 824. — Bicêtre, 824. — Chirurgiens, 824. — Enfants assistés, 824. — Médecins, 824. — La Salpêtrière, 824.
Hydrogène (De la liquéfaction de l'), 54.
Hydrologie (*Revue d'*), par J. Cornillon. — *Girard de Cailleux :* Etude sur les eaux minérales de Bourbon-Lancy, 72. — *Grimaud* : Médication sulfureuse. Barèges et ses eaux minérales, 185. — *Privat :* Etude statistique et médicale sur La Malou-les-Bains (Hérault), 185. — *De Ranse :* Clinique thermo-minérale de Néris, 71. — *Reichembach :* Théorie physiologique des cures d'eau thermale à Loèche-les-Bains, 72. — *Vals :* Des eaux bicarbonatées sodiques, 988.
Hygiène (*Revue d'*), par I. Besson. — (*Fabre*) *P. :* De l'anémie et spécialement de l'anémie chez les mineurs, 806. — De l'élévation de la température dans les houillères et des phénomènes qui s'y rattachent au point de vue hygiénique, 806 ; — De l'influence du travail souterrain sur la santé des mineurs, 806.
Hystérie (Contracture de l'iris et du muscle accommodateur avec myopie consécutive dans l'), par X. Galezowski, 39 ; — Des moyens d'arrêter les attaques dans l' —, et en particulier, du compresseur de l'ovaire, par P. Poirier, 993 ; — De la nutrition dans l' —, à propos de la théorie de M. Empereur ; — Des troubles de la vision dans l' —, leç. de Charcot, rec. par Bourneville, 37. (V. Société de Biologie. Traumatisme. Revue médicale.)
Hystérique (Contracture) du poignet gauche ; Traitement par la production artificielle répétée d'une contracture du poignet droit ; Disparition de la contracture primitive ; Applications variées de l'électricité, par Charcot et R. Vigouroux, 679, 703, 745.

I

Idiotie et trépanation, 929.
Imprudence d'un pharmacien, 247.
Incendie d'un asile, 150.
Indigents (Les) de Paris, par E. Teinturier, 299.
Infirmerie (Des écoles d') : M. le Dr Brochard et miss Florence Lées, par A. Talandier, 320 ; — I. centrale des prisons de la Seine, 990.
Infirmiers (Ecole d') et d'infirmières laïques, par Bourneville, 148. — Ecoles d'— près l'hôpital civil de Padoue, 309. — Ecoles d'— laïques à la Salpêtrière et à Bicêtre, 610. — Rapport sur les écoles d'—, présenté au Conseil municipal de Paris, par Bourneville, 647. — Distribution des prix aux écoles d'— de Bicêtre, 731. — Introduction des — laïques à l'hôpital de Ménilmontant. Discussion du Conseil municipal de Paris, 207. — (V. Ecoles. Garde-malades.)
Insolation (De l'), par A. Sevestre, 619.
Inspecteur (Un) des enfants trouvés à cheval, 150.
Instruction (Le budget de l') publique en 1878, par E. Teinturier, 7, 25 ; — En 1879, par le même, 915. — L' — en Italie, 248. — L' — populaire à New-York, 791.
Instruments de chirurgie : Torsion des fils dans les sutures métalliques, par Glassin, 988.
Institut *national agronomique* ; — Nomination de P. Regnard, 1003.
Insufflation (Recherches sur l') des nouveau-nés et description d'un nouveau tube laryngien, par Alban Ribemont, 293, 316, 355, 376, 395.
Internat (Annuaire de l'), 611. — Banquet de l'—, 171, 350.
Internes (V. Assistance publique, Hopitaux).
Iris (V. Hystérie).
Irrigateur gradué à pression d'air et à jet continu, par J. Leard, 147.

J

Jean (A.), 339, 364, 400.
Joffroy (A.), 967.
Josias (A.), 11, 26, 44, 66, 87, 102, 122, 142, 160, 181, 201, 222, 239, 260, 282, 301, 322, 340, 361, 363, 385, 399, 407, 440, 459, 479, 502, 519, 527, 539, 560, 581, 601, 629, 644, 665, 694, 710, 726, 738, 751, 763, 775, 786, 800, 860, 861, 878, 899, 920, 942, 964, 980.
Journaux : *La Réforme économique*, 35, 270. — *Revue internationale des sciences*, 55. — *Archiv für Augen und Ohrenheilkudde*, 970.
J. nouveaux : *The Brain . A Journal of Neurology*, 470. — *La Chanson*, 428. — *Le — des conseillers municipaux*, 450. — *L'Echo médical*, 55. — *L'Ecole nouvelle*, 270. — *Estudos medicos*, 270. — *Giornale della Societa italiana d'igiene*, 990. — *L'Hygiène de l'Enfance*, 550. — *La Nouvelle médecine balnéaire*, 190. — *Periodico de ophthalmogia pratica*, 249. — *Le Praticien*, 990. — *Journal des Sciences médicales de Lille*, 856. — *La Science politique*, 450, 928.
Jullien (L.), 635, 657, 733, 759, 782, 797.
Jurisprudence pharmaceutique. — Concurrence déloyale ; Dragées de fer du Dr Rabuteau, 389.

© BIU Santé

K

Keller (Th.), 731, 742.
Koumys (V. Phthisie).
Kyste du cordon spermatique ; — Pathogénie ; — Diagnostic : leç. de U. Trélat, rec. par F. Brun, 893. (V. Maxillaire.)

L

Laboratoires (Le nouveau règlement des) de clinique, 456.
Laïques (V. Infirmiers).
Landouzy (L.), 79, 96, 122, 228, 479, 584, 869, 903, 905.
Lapponi (J.), 807.
Laryngoscope du Dr Codier, 187.
Lasègue (Ouverture du cours de), 876.
Latéro-pulsion oculaire (Note sur un cas de) dans la paralysie agitante, par Debove, 116.
Laveran (A.), 467.
Lefort (Ouverture du cours de), 876.
Lejeune, 309.
Létiévant, 874.
Liouville (H.), 623.
Localisations cérébrales, par Bourneville, 667.
Lupus (Du), leç. de Hillairet, rec. par Beringier, 757, 770.

M

Magitot, 593.
Maladies nerveuses (*Revue des*), par H. de Boyer. — *Bigot* : Des périodes raisonnantes de l'aliénation mentale, 107. — *Dufour* : Notes sur quelques altérations viscérales chez les aliénés, 107. — *Feuillet* : Quelques cas d'hémianesthésie de cause mésocéphalique, 108. — *Manouvriez* : Recherches sur les troubles de la sensibilité dans la contracture idiopathique des extrémités, 107. — *Seguin* (*E.-Gr.*) : Myelitis of the anterior horns (paralysie spinale chez l'adulte et l'enfant), 108.
Maladies du premier age (V. Syphilis).
Maladies régnantes (Le rapport de E. Besnier sur les), par A. Sevestre, 178, 477 ; — par R. Moutard-Martin, 798.
Malherbe (A.), 128, 152, 717, 753.
Marcano (G.), 697, 885.
Marche (Des accidents produits par la), pendant les fortes chaleurs et de leur pathogénie, par A. Demmler, 722.
Mariages à Londres, 33.
Marot (E.), 473.
Marques variolIques (Moyen préventif des), par Bernard, 129.
Maunoury (G.), 4, 267, 787, 988, 994.
Maxillaire inférieur (Kyste du), leç. de S. Duplay, rec. par E. Golay, 273.
Médecins (Traitement des) de l'état civil et du personnel de l'inspection et de la vérification des décès pour la ville de Paris, par Bourneville, 708. — Pensions de retraite des M. aliénistes, par E. Teinturier, 579. — Les — étrangers en France, 420. (V. Pensions.)
M. conseillers d'arrondissement, 130 ; — conseillers généraux, 130, 990 ; — conseillers généraux de la Seine, 35, 127 ; — conseillers municipaux de Paris, 35.
M. *députés*, 130, 290, 391, 760.
M. *femmes* : Hôpital à Berlin, 129. — Correspondance, 169.
M. *de lycée* : Nomination de : Contesse, 731 ; — Langlois, 731 ; — Samalens, 731.
M. *militaires* : Armée territoriale ; nomination d'aide-majors de 2e classe, 754. — Démission de Courtet, 91. — Liste des candidats admis à l'emploi d'élèves du service de santé militaire, 791. — Mouvements dans les hôpitaux ; division d'Alger, 754 ; — de Constantine, 754 ; — d'Oran, 754. — Mutations pour les médecins principaux, 754 ; — majors, 754 ; — aide-majors, 754. — Nominations de : Allanic, 171 ; — Aron, 968 ; — Bablon, 309 ; — Beltz, 189 ; — Blanche, 968 ; — Breton, 968 ; — Briou, 171 ; — Bucquoy, 968 ; — Chassagne, 699 ; — Chauvin, 309 ; — Claudot, 968 ; — Courtin, 610 ; — Cuignet, 309 ; — Daguenet, 968 ; — Deslandes, 610 ; — Deslongchamps, 968 ; — Driout, 189 ; — Ducelliez, 189 ; — Dufour, 610 ; — Fachan, 610 ; — Féron, 699 ; — Gros, 189 ; — Hattute, 699 ; — Lagarde, 610 ; — Lereboullet, 309 ; — Maroche, 610 ; — Marvaux, 968 ; — Morisson, 610 ; — Muller, 968 ; — Mutin, 699 ; — Papillon, 309 ; — Perrin, 189 ; — Reeb, 610 ; — Renard, 699 ; — Semann 699 ; — Sotinel, 610 ; — Suret, 610 ; — Talon, 610 ; — Vallin, 699. — Personnel des hôpitaux militaires de : Barèges, 470 ; — Bourbon-l'Archambault, 470 ; — Bourbonne, 470 ; — Guagno, 470 ; — Vichy, 470. — Réserve de l'armée active : nominations d'aide-majors de 2e classe, 754. — Retraite de Férat, 91 ; — Monnier, 91 ; — Spire, 91 ; — Solde des médecins militaires, 869.
M. *de la marine* : Nominations de : Bourel-Roncière, 818 ; — Coste, 818 ; — Foiret, 699 ; — Forné, 909 ; — Griffon du Bellay, 149 ; — Jardon, 968 ; — Lucas, 149 ; — Mahé, 91 ; — Martialis, 909 ; — Nicomède, 968 ; — Normand, 699 ; — Poitou-Duplessis, 149 ; — Vaillant, 909 ; — Vauvray, 699. — Nominations à la suite des concours, 909.
M. *de l'octroi* : Nomination de Worms, 409.
M. *des théâtres* : — Châtelet et Théâtre-Historique : Nom. de Mme Brès, 430 ; — Gaîté, 731 ; — Opéra : Nom. de Chéron, de Leroy de Méricourt, 310 ; — Opéra-Comique, 150.
Médecine légale (Inauguration des conférences de), à la Morgue, 25, 859.
Médecine légale (*Revue de*), par G. Peltier. — *Dresch* : Réfutation des rapports affirmatifs du Dr Bergeron, 266. — *Gallard* (*T.*) : De l'avortement au point de vue médico-légal, 265. — *Hypospadias* (Simulation d'un) ; outrage à la pudeur, 266. — *Lacassagne* : Précis de médecine judiciaire, 265. — *Société* de médecine légale de France. Bulletin de 1877, 266.
Médicale (*Revue*) : *Bennet* (*A. Hugues*) : Metalloscosy and metallotherapy (An. R. Vigouroux), 944. — *Donkin* (*Horatio*) : Remarks on metallic and magnetic Therapeutics (An. A. Vigouroux), 944. — *Gangee* : Physiologie et médecine, 883. — Le professeur Carpenter et la question des aimants et des solénoïdes, par R. Vigouroux, 1000.
Ménilmontant (V. Hopitaux).
Métallothérapie (Sur un nouveau procédé de) externe (service de Charcot), par R. Vigouroux, 573.
Météorologie (Bureau central de). — Nomination de Mascart, directeur, 450.
Miot (C.), 153, 174, 235, 256, 307.
Moelle (Commotion de la). — Phénomène de localisation, leç. de S. Duplay, rec. par E. Cottiu, 453. — De la commotion de la — épinière, leçon de U. Trélat, rec. par A. Cartaz, 373.
Monod (E.), 135, 155, 236, 278, 317.
Morer (S.), 366.
Mortalité à Paris, 34, 54, 91, 130, 150, 170, 189, 210, 230, 249, 270, 290, 310, 330, 350, 369, 390, 408, 430, 490, 510, 530, 549, 570, 590, 610, 646, 655, 681, 720, 731, 755, 760, 779, 791, 811, 869, 870, 890, 910, 929, 950, 990, 1003.
Morte vivante (La), grand miracle par le révérend père Heinen, de Mauch Chunck (Pensylvanie), par A. Talandier, 187.
Moutard-Martin (R.), 645, 667, 798, 805.
Muséum d'Histoire naturelle. — Commission de réforme, 910. — Cours de : E. Becquerel, 471 ; — E. Bureau, 350 ; — P. Gervais, 24 ; — G. Ville, 150. — Excursions géologiques de Stanislas Meunier, 370, 391, 408, 430, 450, 471, 490, 531. — Herborisations publiques de Bureau, 370, 390, 408, 471, 531. — Nominations de : E. Becquerel, 408 ; — de Gervais (H.), 54.
Musgrave-Clay (De), 397, 640, 669, 694, 785, 810, 846.

N

Naissances à Londres, 33.
Nécrologie. — Aboulker (M.), 990. — Amussat, 590. — Arnoult, 330. — Baudet-Dulary, 550. — Becquerel (Notice sur), par H. de Boyer, 108. — Bellom, 609. — Benoist, 774. — Bermond (E.), 171. — Bernard (Cl.) (Notice sur), par H. de Boyer, 119. — Bourcelot, 210. — Cany, 391. — Cellard (A.), 406. — Chadebec, 590. — Chalerely, 89. — Champeaux, 990. — Charrier, 990. — Chevance, 651. — Ciniselli, 805. — Clément, 856. — Ve Coudray, 990. — — Cossy (J.), 550. — Delacroix, 18. — Deleau, 720. — Delmas, 856. — Depaillier (Ch.), 774. — Despaux-Ader, 391. — Donné (A.), 210. — Dupost, 651. — Durand, 571. — Ecorchard, 951. — Echman (C.), 510, 570. — Eyriaud des Vergues, 699. — Fardet (Notice sur), par H. de Boyer, 631. — Fordos, 571. — Fortin (E.), 409. — François (Elisée), 671. — Galezowski (S.), 310. — Gast, 890. — Gaultier de Claubry, 550, 590. — Gintrac (H.) (Notice sur), par P. Bitot, 947. — Godard, 910. — Goux, 776. — Grandjean, 990. — Gromier, 731. — Notice sur — par H. de Boyer, 743. — Guilbert, 815. — Guitard, 391. — Herndorn, 792. — Hatry, 990. — Hirtz, 91. — Notice sur —, par H. de Boyer, 108. — Labbé (A.), 330. — Lamarque, 774. — Lamoure, 590. — Lasluyaux-d'Ormay, 590. — Laussedat, 611. — Lebas, 391. — Lebert, 650. — Leblond, 755. — Lechat (J.), 743. — Loustalot, 171. — Magnaud, 171. — Malagutti, 335. — Mallet, 970. — Marot (E.) (Notice sur), par H. Duret, 389. — Martin, 990. — Masson (O), 699. — Mauduit, 611. — Maunoir (Léon) (Notice sur), par L. Landouzy, 869. — Menard, 590. — Mendeville, 150. — Meuvret, 150. — Michaud (J.-A.), 171. — Michel, 210. — Millicen, 990. — Nadal, 990. — Nicati (J.), 550. — Pascal (J.), 330. — Patoureau, 590, 672. — Périer (Mlle E.), 406. — Pihan-Dufeuillay, 951. — Pinel (J.), 409. — Pitet, 990. — Popis, 335. — Rameau, 391. — Raspail (Notice sur), par H. de Boyer, 109. — Regnault (Notice sur), par H. de Boyer, 108. — Rencontre, 370. — Reynaud (A.), 436. — Rochas (de), 171. — Rokitansky, 611. — Roque d'Orbcastel, 990. — Schneider, 990. — Soler (Manuel), 990. — Souchard (C.), 230. — Stokes (W.) (Notice sur), par H. de Boyer, 73. — Surbled, 890. — Thiébault, 89. Thiéfry (Ch.), 409. — Tremblet, 370. — Ullersperger, 929. — Véret, 910. — Vivien, 760. — Voillemier (Notice sur), par H. de Boyer, 186.
Nélaton, 781, 795.
Nélaton (Eloge de), par J. Béclard, 467, 487, 506.
Nouveau-nés (V. Insufflation).

O

Obsèques de Cl. Bernard, 129.
Obstétrique (L'enseignement de l'), par E. Teinturier, 598. — De l' —, par P. Budin, 902. — Lettre sur l' —, par Sakelarides, 902. (V. Œuf).
Obstétrique (*Revue d'*), par P. Budin. — *Campbell* (*F.*) (d'Augusta) : Pneumatic self-replacement of the gravid and non gravid uterus, 227. — *Chenet* (*R.*) : De l'involution utérine et de l'engorgement utérin, 226. — *Fournier* (*A.*) : Nourrices et nourrissons syphilitiques, 226. — *Goodell* (*William*) : The mecanism of natural and artificiel Labour in narrow

© BIU Santé

pelves, 225. — *Helot* (*P.*) : Étude de physiologie expérimentale sur la ligature du cordon, 227. — *Herrgott* (*A.*) : Des maladies fœtales qui peuvent mettre obstacle à l'accouchement, 696. — *Lesage* : De la scarlatine chez les femmes en couche, 226. — *Martel* (*J.*) : De l'accommodation en obstétrique, 696. — *Pinard* (*A.*) : De l'action comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium et de la morphine chez les femmes en travail, 697. — *Raulx* (*A.*) : Troubles des fonctions génitales dans la phthisie pulmonaire de la femme, 226. — *Ribemont* (*A.*) : Recherches sur l'anatomie topographique du fœtus. Applications à l'obstétrique, 344. — *Rizzoli* (de Bologne) : Des causes anatomiques qui, après la naissance, font cesser spontanément la circulation sanguine du cordon ombilical, 226. — *Schucking* (*A.*) : Untersuchungen über den Placentarkreislauf nach der Geburt des kindes, 227. — *Zweifel* : Wann sollen die Neugeborenen abgenabelt werden ?, 227.

Œsophage (Corps étranger dans l') d'un enfant de huit jours, 18.

Œuf (Extensibilité des membranes de l'). Formation de la bosse sanguine avant la rupture de la poche des eaux, par P. Budin, 38.

Oltramare, 874.

Ophthalmologie (*Revue d'*), par Poncet, (de Cluny). — *Achard* : Des ruptures isolées de la choroïde, 506. — *Arlt* (trad. Haltenhoff) : Des blessures de l'œil au point de vue pratique et médico-légal; 146. — *Armaignac* (*H.*) : Traité élémentaire d'ophthalmoscopie et d'optométrie, 923. — *Auguier* (*E.*) : Du décollement hyaloïdien, 923. — *Baron* (*L.*) : Etude clinique sur les troubles de la vue chez les hystériques, 924. — *Coursserant* (*H.*) : Etude sur la choroïdite antérieure, 147. — *Cuisnier* : De l'extraction de la cataracte sénile par la méthode à lambeau périphérique de de Wecker, 146. — *Delbœuf* et *Spring* : Le Daltonisme Recherches expérimentales et théoriques, 505. — *Fortris* : De l'enclavement de la capsule du cristallin après l'opération de la cataracte par les nouveaux procédés, et des moyens propres à y remédier, 147. — *Giraud-Teulon* : Fonctions de la vue et ses anomalies, 347. — *Holmgren* (*F.*) : De la cécité des couleurs dans ses rapports avec les chemins de fer et la marine, 505. — *Kühne* (*W.*) : Sur le pourpre visuel, 348. — *Panas* (*F.*) : Leçons sur les maladies inflammatoires des membranes profondes de l'œil, rédigées par Kirmisson, 347. — *Pasquet* (*S.*) : Contribution à l'étude des complications consécutives à l'obstruction des voies lacrymales, 147. — *Passerat* : Contribution à l'étude de la cautérisation ignée de la cornée, 596. — *Peltier* (H.) : Des accidents consécutifs à l'emploi de l'atropine dans le traitement des affections oculaires, 506. — *Terrin* : Contribution à l'étude de l'amblyopie congénitale sans lésions appréciables à l'ophthalmoscopie, 506. — *Raoult* (*J.*) : Des atrophies papillaires, 506. — (V. Ophthalmozoaire.)

Ophthalmozoaire (D'un) occupant l'humeur vitrée ; opération et guérison, par Vignes, 157.

Oreilles (Maladies des). (V. Ténotomie.)

Ostéite (Sur une forme d') suppurative : leç. de S. Duplay, rec. par Ét. Golay, 2.

Ostéo-arthrite de l'épaule : leç. de S. Duplay, rec. par E. Cottin, 633.

Otologie (*Revue d'*), par C. Miot. — *Beugnot* (*H.*) : Etude sur l'otorrhée et sur ses complications, 306. — *Dalby* (*W.-B.*) : Syphilic affections of the ear (Affections syphilitiques de l'oreille), 306. — *Gellé* : De l'exploration de la sensibilité acoustique, 305 ; — De la métallothérapie, 305. — *Hématome* (De l') du pavillon de l'oreille, 306. — *Le Bail* : Valeur séméiologique de l'otorrhagie traumatique, 307.

Ovaires (Extirpation des), opération de Battey, par P. Budin, 137.

P

Palais-Royal (Le) à l'Académie, ou la poule de discorde, 229.

Paralysie agitante (Note sur l'état de la température périphérique dans un cas de), et sur l'influence des contractions musculaires sur la température périphérique normale, par J. Grasset et Apolinario, 216. — (V. Latéro-Pulsion.)

Parrot, 1, 57, 333, 375, 413, 475, 516, 613, 653, 813, 873.

Partez muscade, 545.

Pathologie mentale (La chaire de), service de clinique, 898. — Clinique annexée à — et des maladies de l'encéphale, par Bourneville, 939. — Discussion sur — à la Chambre des députés, 927. — Au Conseil général de la Seine, 989.

Peltier (G.), 266, 809, 947.

Pensions aux médecins, par E. Teinturier, 963.

Peste dans la Perse, 54.

Petel, 553, 574, 595.

Petit (Ch.-H.), 545, 585, 646, 742.

Pharmaciens. — Militaires : Nomination de Jaillard, 189 ; — Lefranc, 189 ; — Schaeuffelé, 189. — De la marine : Nomination de — de 2e classe, 909 ; — d'aides —, 909.

Pharmacologie (*Revue de*). — Elixir tonique-radical de Blottière au Colombo, par Groussin (de Tours), 246. — Zinc (Du bromure de) dans les névroses, 717.

Phthisie pulmonaire (Des médicaments récemment préconisés contre la), par H. de Boyer, 61.

Phylloxera (Le), 120.

Physiologie (*Revue de*), par G. Daremberg. — *Henninger* (*A.*) : De la nature et du rôle physiologique des peptones, 741. — *Richet* (*Ch.*) : Du suc gastrique chez l'homme et les animaux, 740.

Pitres, 9, 10, 42.

Poinsot (G.), 364, 533, 555, 576.

Poirier (P.), 989, 993.

Polype naso-pharyngien, leçon de U. Trélat, rec. par A. Cartaz, 434.

Poncet (F.), (de Cluny), 147, 347, 506, 598, 609, 924.

Population : de Paris, 248. — en Saxe, 248.

Postes de médecins (V. Vacances médicales).

Préparations (V. Formules).

Prix : Des annales médico-psychologiques, 150, 990. — Le Prize Wernon pour 1880, 217.

R

Radius (De la fracture de l'extrémité inférieure du), leçon de S. Duplay, rec. par E. Cottin, 953.

Ranvier, 193, 215, 233, 254, 275, 295, 346, 933.

Raymond, 287, 590, 781, 795.

Reclus (P.), 480, 608, 777, 788, 806, 862, 863, 866, 883, 888, 902, 905, 922, 944, 966, 986.

Rectification, 75.

Rectum (Le rétrécissement syphilitique du) ; Rectotomie par un procédé nouveau, leçon de U. Trélat, rec. par E. Marot, 473.

Regnard (P.), 86, 384, 560, 617, 762.

Religieuses (Les) dans les hôpitaux, 297. — R. et laïques, par Bourneville, 220, 228, 258. *Errata*, 239, 259. — R. et laïques; Quelques réflexions à propos du rapport de Me Péan de St-Gilles au conseil de surveillance de l'Assistance publique, par Bourneville, 437. — R. et supérieur ; Prévention d'homicide par imprudence, 890. — Traitement des — attachées au dépôt de mendicité de Villers-Cotterets (Aisne), par Bourneville, 799. — Comment l'enfant faillit mourir et la sœur manquer ses vêpres, 529.

Renaut (J.), 85, 193, 215, 233, 254, 275, 295, 346, 933.

Rétino-choroïdite palustre, 598.

Rétrécissement, (V. rectum).

Révocation, 969.

Ribemont (Alban), 293, 316, 355, 376, 395, 610, 717.

Richer. (P.), 973.

Rousseau (J.-J.), (Le centenaire de) à Ermenonville, 546.

Rotule (Fracture itérative de la) ; cal fibreux ; guérison définitive ; leçon de Desprès, rec. par Boudet de Pâris, 735. — Nouvelle observation de — après douze mois, 785.

S

Sages-femmes (V. Faculté de Médecine).

Sackelarides, 902.

Saint-Lazare (Quelques mots sur la prison de), par Bourneville, 281.

Sanctuaires (La dépopulation des) et des congrégations hospitalières, par Bourneville, 725.

Sarcocèle gommeux (V. Testicule).

Scarlatine (De la) consécutive aux opérations, leç. de U. Trélat, rec. par A. Cartaz, 721.

Sclérodermie (De la), leç. de Hillairet, rec. par Béringier, 793, 858.

Service médical de nuit pour la ville de Paris, 369, 549, 790. — A Alger, 390.

Sevestre (A.), 32, 50, 90, 107, 127, 146, 179, 204, 244, 265, 427, 466, 478, 484, 544, 621, 709, 805, 925.

Simon (J.), 173, 195, 353, 433, 454, 496, 701, 769, 913, 936, 955, 975.

Simple Problème, par Cl. Frollo (E. T.), 868.

Sociétés Savantes, 829, 830 (V. Académie, Association, Congrès).

Société anatomique ; Secrétaires, Barié et Letulle. — *Abcès* du ligament large gauche, par J. Pioger, 920 ; — ossifluent péritrachéal, 282; — ossifluent postérieur, 48 ; — par congestion comprimant l'uretère gauche, 462 ; — situé sous la dure-mère, remontant jusqu'à la cinquième vertèbre cervicale, 48. — *Abdomen* (Contusion de l'), par A. Chevallereau et E. Gaucher, 984. — *Accidents* épileptiformes, 123. — *Adénopathie* trachéo-bronchique, 695. — *Albuminurie*, 441. — *Alcoolisme* chronique, 878. — *Amputations* congénitales, 144. — *Anévrysme* de la crosse de l'aorte, par Bulteau, 104 ; — diffus primitif, 802 ; — Petit — de l'artère sous-clavière gauche ayant coïncidé avec la disparition subite du pouls, par E. Rondot, 163 ; — valvulaire cicatrisé de la mitrale, par G. Marchant, 443. — *Angiocholite* suppurée, par S. Dreyfous, 27. — *Angiome* sous-cutané circonscrit du pouce, par Schwartz, 399. — *Angine* de poitrine ; mort subite, par C. Leroux, 523. — *Ankylose* coxo-fémorale, par fusion osseuse, par Peton, 443 ; — généralisée et déformations articulaires, 763. — *Anomalie* de développement d'un pariétal, déformation oblique ovalaire et déformation latérale particulière du crâne, par Ch. Féré, 124. — *Anthracose* pulmonaire chez un fondeur en cuivre, par Ch. Maygrier, 27. — *Anurie* par compression des uretères, 87. — *Anus* contre nature, 775. — *Aorte* (Anévrysme des valvules sigmoïdes de l'), par H. Leroux, 325 ; — Athérome et oblitération partielle de l' —, par Latil, 283 ; — Anévrysme de l' — abdominale, par Rueff, 480. — *Arrachement* (V. *Pouce*). — *Arrêt* de développement, par P. Boncour, 144 ; — de développement des membres supérieurs, par F. Dreyfous, 483. — *Arthrite* de l'articulation sternale supérieure avec fusées purulentes et emphysème spontané, survenue au déclin d'une fièvre typhoïde, par Ménard, 26 — purulente. Mort, 241 ; — sèche de l'articulation fémoro-rotulienne, par Henriet, 443. *Ascite*, 775. — *Asymétrie* de la moelle, 14 *Asystolie* (Mort par), 283. — *Athérome* artéri 523. — *Atrophie* cérébrale et cérébelleuse cro sée, par H. de Boyer, 142 ; — du pied de l frontale et de la pariétale ascendantes ; chez un sujet atteint depuis son enfance d'atrophie des membres et de contracture à forme hémi-

© BIU Santé

plégique, 142. — *Avant-bras* (Phlegmon de l'), 441.
Bassin (Fracture double verticale du) avec perforation de la vessie, sans lésions de l'urèthre, par I. Savard, 521; — Fracture simple verticale ou — avec disjonction des symphyses et fracture en V sous-trochantérienne du fémur, par J.-B. Gauché, 520. — *Broncho-pneumonie* chronique, 27; — Des hémorrhagies pulmonaires dans la —, par F. Balzer, 603. — *Brûlures étendues*, par Le Clerc, 560.
Cancer de l'utérus, par P. Berdinel, 87. — *Cancroïde* développé sur une plaque de psoriasis du doigt, par Cartaz, 16. — *Carcinose* miliaire aiguë généralisée du péritoine, par Oudin, 53. — *Cardiaque* (Affection), par P. Richer, 33. — *Centre ovale* (Hémorrhagie du), faisceau fronto-pariétaux supérieurs, par Quénu, 40. — *Céphalœmatome* (Note sur la pathogénie du), par Ch. Féré, 459. — *Cerveau* (Abcès du), 301; — Atrophie partielle du —, 878; — Lésions du — chez un épileptique, absence du lobule pariétal inférieur droit sans troubles oculaires, par C. Gallopain, 28; — Note sur un — d'amputé. Amputation de la jambe au lieu d'élection remontant à 30 ans, par A. Mossé, 344. — *Circonvolution* (Affaissement de la) frontale ascendante droite, 463. — Hémorrhagie de la partie antérieure des trois — frontales gauches, sans aphasie, par Piéchaud, Lebec et Gauché, 260; — Lésion de la première — frontale gauche et du lobule orbitaire de la même région, 161; — Ramollissement du pied de la — frontale ascendante gauche, 13. — *Cirrhose* annulaire multilobulaire chez un jeune homme de 21 ans, par Cossy et Dejerine, 340; — par Julaguier, 775. — *Cloison interventriculaire* (Perforation de la) avec rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, par Cossy, 262. — *Cloisonnement* de la cavité pelvienne, par Ch. Féré, 880. — *Cœur* (Hypertrophie concentrique du) sans lésions valvulaires chez un jeune homme de 18 ans, par Dejerine, 601; — Hypertrophie du —, 480. — *Coliques hépatiques*, 27. — *Colonne vertébrale* (Cancer primitif de la), par Vermeil, 481; — Cas de mort par fracture de la — dorso-lombaire, des côtes et de l'avant-bras, résultant d'une chute, par J. Gauché, 361. — *Compression* (Mort par) des nerfs respiratoires, 282. — *Contracture*, 48. — *Cordon* (Procidence du), 345. — *Corps* étrangers (V. *Œil*); — fibreux de l'utérus, par Gallopain, 104; — par A. Josias, 363; — Ramollissement des deux noyaux du — strié gauche, par Mayor, 324. — Tumeur cancéreuse du — thyroïde; propogation au larynx, par G. Ballet, 421. — *Côtes* (Fracture des 3e, 4e et 5e) gauches, par E. Gauchér, 426. — *Coxalgie* droite suppurée avec luxation spontanée, par J.-B. Gauché, 502; — scrofuleuse suppurée, par J.-B. Gauché, 882. — *Crâne* (Fissures du) par contre-coup, par P. Bruchet, 442; — Fracture du —, par Benoît, 440; — par P. Bruchet, 442; — Fracture ancienne de la voûte du —, 426; — Fracture de la voûte du — et du rocher gauche, par J.-B. Gauché et Lebec, 502; — Fracture de la voûte du — avec enfoncement; irradiations à la base, par A. Mossé, 161; — Fracture du — avec enfoncement. Mort, par Bide, 301. (V. *Anomalie.*) — *Cuisse* (Amputation de la), 802; — Ecrasement de la — droite, par Kirmisson, 802. — *Cyanose* congénitale, par Cossy, 262. — *Cystite* purulente, 12.
Diaphragme (Hernie du) consécutive à un traumatisme, par R. Boussi, 47. — *Duodénum* (Ulcère perforant du), par L. Capitan, 462. — *Dure-mère* (Sarcôme de la), par Poulin, 303; — Tubercules de la —, 738. — *Dysenterie*, par Mossé, 201.
Eclampsie (V. *Hémorrhagie rénale*). — *Ectrodactylie*, 483. — *Elections*, 239. — *Embolie* dans la radiale droite, 161; — du bras gauche, 303; — multiples, 325; — pulmonaire, 481. — *Empyème*, 201. — *Endocardite*, par Mayor, 239; — ulcéreuse, 825; — végétante, par Carrié, 13, 164. — *Epanchement* sous-arachnoïdien après rupture de l'artère méningée moyenne, par Benoît, 440. — *Epaule* (Anatomie pathologique d'une luxation intra-coracoïdienne de l'), trouvée sur un homme adulte disséqué à l'Ecole pratique, par E. Kirmisson, 183; — Présentation de l' —, 345. — *Epilepsie :* mort en état de mal; vaste plaque jaune occupant toute la face inférieure du lobe sphéno-occipital gauche; pas de paralysie ni d'atrophie, par H. de Boyer, 143. — *Epithélioma* de la nuque et du dos, par L. Capitan, 165. — *Erysipèle* du pharynx, de la face, du cou, du larynx, par Gauché, 102. — *Estomac* (Cancer latent de l'), par E. Brissaud, 581 : — discuss., par Houel, 582; — Barié, 582; — Verneuil, 582; — Berger, 582; — Ulcérations hémorrhagiques de l' —. 260. — *Etranglement* interne par un épithélioma cylindrique du gros intestin, par J. Dejerine, 712.
Fémorale (Rupture de la veine et de l'artère), 802. — *Fémur* (Encoches de l'extrémité inférieure du), par Terrillon, 323, 423; — Fracture du — gauche, 426; — Fracture du col du —, pénétration des fragments; par Butruille, 44; — fracture spontanée du — 444. — *Fièvre* intermittente hépatique, 27. — *Fistule* vésico-intestinale, par Bruchet, 14; — de la paroi utérine, 46. — *Fœtus* (Adhérences du) au placenta, 402. — *Foie* cardiaque, 786; — Abcès du —, par Béringier et Moindrot, 11; — Abcès du — pris pour une pleurésie purulente, par Mossé, 201; — Cancer du — et de l'épiploon, par Mossé, 399; — Cancer primitif du —, par Letulle, 878; — par Routier, 461; — Carcinome primitif du —, par A. Mossé, 980, — Déchirure légère du —, 984; — Gomme du —, par E. Chambard, 764; — Noyaux secondaires du —, 712; — Productions secondaires dans le — et l'épicrâne, 260; — Tuberculisation du —, 13; — (V. *Kyste hydatique*). — *Fracture*, (V. *Avant-bras. Bassin. Colonne vertébrale. Côte. Crâne. Fémur. Métatarsien. Rachis. Rotule*).
Gaînes synoviales (Inflammation des) de la main' par A. Bulteau, 441. — *Galop* (Bruit de), 283. — *Gastrite* chronique, par G. Ballet, 182. — *Gastrotomie*, par Le Dentu, 261. — *Granulie*, par M. Letulle, 695. — *Grossesse* extra-utérine, par A. Mossé, 402.
Hématome du péritoine dans un cas de cirrhose commune, par J. Dejerine, 522. — *Hémiparésie* persistante, 878. — *Hémiplégie*, 123; — droite infantile, 878; — faciale inférieure droite survenue lentement sans phénomènes cérébraux appréciables, 122; — flasque des membres du côté droit, 13; — gauche, par Stackler, 463; — gauche graduelle, par Berdinel et Delotte, 503; — temporaire, 324. — *Hémorrhagie* méningée, 502; — rénale chez un enfant atteint d'éclampsie, par E. Cottin, 182. — *Hémorrhagique* (Double foyer) occupant les parties centrales des deux hémisphères cérébraux, et n'ayant occasionné de la dégénérescence secondaire que d'un seul côté, par P. Richer, 346. — *Hernie* ombilicale, étranglée, 775; — multiples chez un enfant à la mamelle, par Ch. Féré, 539; — Disposition anormale de l'S iliaque dans une — inguino-scrotale gauche irréductible, par Boussi, 323; — (V. *Diaphragme*). — *Hydrocèle* (Double) chronique chez un vieillard affecté de deux hernies inguinales anciennes, par E. Brissaud, 459. — *Hydronéphrose*, 462.
Ictère chronique, par H. Martin, 160; — par Mossé, 399. — *Infection* purulente, 444. — *Infiltration* sanguine des parois de l'intestin grêle correspondant à l'oblitération de la grande veine mésaraïque, 422. — *Infundibulum* cutané de la région sacro-coccygienne, 880. — *Insuffisance* aortique, par Cossy, 899; — mitrale par myocardite, 541. — Phénomènes typhiques chez un malade atteint — et d'abcès ganglionnaires du cou, par Cossy, 984. — *Invagination* intestinale produite par un polype muqueux de l'intestin, par Chevallier et S. Chambard, 562.
Jambe (Amputation de la), 67.
Kyste (V. *Ovaire, prostate, reins, thyroïde*). — hydatique du foie, par J. Jasiewicz, 162; — hydatique du foie comprimant les voies biliaires, par H. Martin, 160.
Laryngite glottique et sous-glottique, 102. — *Larynx* (Cancer du), par Latil, 400. — *Lésion* de l'écorce cérébrale avec extension au centre ovale, par Ch. Maygrier, 123. — *Leucémie* ganglionnaire, par J. Dejerine, 541. — *Leucocythémie*, par Abbadie Tournié, 14. — *Luxation* spontanée, 882. — *Lymphangite*, 481.
Main bote, 402. — *Maxillaire* (V. *Nécrose*). — *Méninges* (Altération des) localisée à la région des centres moteurs, 483. — *Méningite*, 301; — ascendante aiguë, 738. — Tuberculeuse, 982. — *Métatarse* (Luxation du) sur le tarse en dehors (complète) et en haut (incomplète), par Abbadie Tournié, 341. — *Métatarsien* (Fracture de l'extrémité supérieure du deuxième), par Abbadie-Tournié, 341. — *Métrite* suppurée enkystée, 982. — *Moelle* (Section de la), 12; — Tumeur sarcomateuse de la —, par A. Bulteau, 181. — *Mollet* (V. *Tumeur*). — *Monoplégie* brachiale, 301. — *Myome* calcifié des parois de l'utérus, par Boussi, 46. — *Myxosarcôme*, par Marchand, 14.
Nécrose phosphorée des deux maxillaires supérieurs, par Chuquet, 45. — *Néphrite* caséo-tuberculeuse du rein droit : deux granulations tuberculeuses dans le rein gauche, 122; — parenchymateuse, par L. Capitan, 861. — *Névrôme* amyélinique sous-cutané, par Desprès, 15. — *Nœvi* (Persistance du canal de), par Ch. Féré, 323.
Occlusion intestinale produite par un cancer de la partie supérieure du rectum, par Guinand, 519. — *Œil* (Corps étranger de l'), par Remy, 165; — Phlegmon orbitaire et fonte de l' —, 444. — *Œsophage* (Rétrécissement de l'), par Le Dentu, 261; — Tumeur de la portion thoracique de l' —, par Schwartz. 481. — *Ongles* (Allongement hypertrophique des), 763. — *Os* (Affection des) généralisée à plusieurs parties du squelette, par A. Mossé, 444. — *Ostéome* (Note sur un cas d') intra-médullaire du tibia à gauche; évidement, guérison, par Ch. Sarrazin et A. Petit fils, 66. — *Ovaire* (Kyste de l') chez un enfant d'un mois, par Leduc, 644. — Tubercules des — 982.
Pachyméningite externe, 738; — hyperthrophique d'origine spontanée de la région dorso-lombaire, par Lordereau et Troisier, 13. — *Paralysie* du moteur oculaire externe, 881; — Note sur deux cas de — infantile, par J. Dejerine, 423. — *Paraplégie*, 48; — douloureuse, 481; — sans déformation de la colonne vertébrale, 738. *Parésie* du membre supérieur droit, par L. Landouzy, 122. — *Pariétal* (V. *Anomalie*). — *Pelvi-péritonite* tuberculeuse, chez une petite fille de 6 ans, par Ch. Talamon, 982. — *Pénétration* (Note sur la) des poussières dans le poumon après la trachéotomie, par F. Balzer, 326. — *Périostite* phlegmoneuse diffuse, par Mayor, 239. — *Péritoine* (Granulie du), 711. — *Péritonite* aiguë, 46, 47; — aiguë généralisée, par A. Josias, 363; — chronique, simple, 801, 981; — tuberculeuse guérie, 362. — *Phlébite* infectieuse, 603. — *Phthisie* urinaire, par Champetier de Ribes, 30. — *Pied* (Epithélioma pavimenteux du). Amputation, par L. Cruet, 262. — *Pleurésie*, 462; — Anatomie pathologique de la — hémorrhagique, par R. Montard-Martin, 343; — purulente, 581. — *Pneumogastrique* (Compression du) droit, 523. — *Pneumonie*, 344; — interstitielle du lobe inférieur droit, 982; — traumatique, 426. — *Poplitée*

© BIU Santé

(Anomalie de l'artère), par Ch. Féré, 303. — *Pott* (Mal de), par Quénu, 738, 800, 942; — dorsal, par Chuquet, 48; — par Cossy, 282; — dorsal avec abcès par congestion et paraplégie, par Pasteau, 540; — lombaire, par E. Gaucher, 462; — lombaire (arthrite vertébrale), 601; — vertébral, 13. — *Pouce* (Arrachement du) gauche avec tout le tendon du long fléchisseur propre, par O. Guelliot, 461. — *Poumon* (Tuberculisation du), par F. Dreyfous, 13. — Abcès de presque tout le lobe moyen du — droit, par Gouguenheim, 982. — *Prix* Godard, 68; — Concours pour le —, 189. — *Prostate* (Calculs de la), 364; — Disparition complète de la —, 900; — Hypertrophie énorme de la —, par A. Jean, 364; — Hypertrophie de la —; fausses routes vésicales, par L. Cruet, 424; — Kyste multiloculaire de la —, par H. Butruille, 602. — *Protubérance* (Petit point de ramollissement de la), 463. — *Psoriasis* arthritique, par Piogey, 763.

Rachis (Fracture du) à la région dorsale, par Boursier, 12. — *Rapport* sur la candidature de Brissaud, par Reclus, 480; — de Dejerine, par Landouzy, 479; — de Kirmisson, par H. Duret, 801; — de H. Martin, par Balzer, 464; — de A. Mayor, par Dejerine, 665, — de Tapret, par Dreyfus-Brissac, 463. — *Rate* (Infarctus de la), 164, 984. — *Rectum* (Epithélioma du), par Merklen, 260. — *Rein* (Kyste hydatique du), par Guinand, 504; — kystiques, par Lataste, 44; — par Letulle, 13; — Infarctus des —, 164, 984. — Petit — gras, par P. Merklen, 711; — Petit — jaune, 861; — Rupture d'un kyste hydatiquedes —, 984; — Transformation kystique du — gauche, d'origine congénitale probable, par Ch. Talamon, 45; — Tuberculisation des —, 13. — *Rétrécissement*, 364. — *Rotule* (Fracture transversale multiple de la), par Legendre, 241.

Sacro-coxalgie, par Vermeil et E. Gaucher, 601. — *Salpingite* double, 920. — *Sarcome* angioplastique, 710; — cutané de la face dorsale du pied, par Ovion, 481; — fibro-plastique de la jambe récidivé. Ablation, par J.-B. Gauché, 603 (V. *Tumeur*). — *Sclérose* pulmonaire, 324. — *Scrofule* des vieillards, 800, 942. — *Sein* (Tumeur cancéreuse du), généralisation du néoplasme, par Le Clerc, 561. — *Sternum* (Fracture du) et de la colonne vertébrale chez un sujet affecté d'une insuffisance mitrale, par Desnos, 282. — *Symphyse* cardiaque, 462; — par Girou, 344; — par Quénu, 786. — *Syndactilie*, 402.

Testicule (Récidive des tumeurs du), par Desprès, 483; — par Malassez, 483. — *Thrombose* d'une des branches de la grande veine mésaraïque, coïncidant avec une cirrhose atrophique chez un alcoolique, par Chuquet, 422; — par végétations cancéreuses de la veine porte, 930; — veineuse du membre inférieur gauche, 502; — veineuse des membres inférieurs, 560. — *Thyroïde* (Kyste de la glande), par Audouard, 28. — *Trachée* (Ulcérations tuberculeuses de la), par A. Bulteau, 521. — *Trachéotomie*, 104, 400. — *Traumatismes* (Sur les lésions artérielles dans les), 801. — *Trochanter* (Eclatement du grand), 44. — *Tubercules* du cerveau, de la protubérance et du bulbe, par Quénu, 881; — *Tub.* et petits noyaux caséeux dans les deux poumons, 122. — *Tuberculisation* des reins, des testicules, de la prostate et des poumons, par A. Routier, 362. — *Tuberculose* de la vessie et des reins, par A. Jean, 400; — des testicules et de la prostate, par L. Carrié, 900; — du poumon, des reins, de la vessie, de l'urèthre, disparition presque complète de la prostate, par L. Carrié, 900; — génitale, par Féré; examen microscopique, par Chambard, 222; — méningée en plaques occupant la partie inférieure de la scissure de Rolando, 122; — miliaire du foie, des reins, de la rate et des poumons, 695; — péritonéale et pleurale; traumatisme. Difficulté du diagnostic, par G. Marchand, 342; — pulmonaire, par M. Letulle, 801, 981. — *Tumeur* cérébrale, 503; — par Vermeil, 482; — cérébrales multiples, par A. Mossé, 444; — à myéloplaxe généralisée, par E. Chambard, 710; — du mollet (Sarcome), par Chuquet, 67.

Ulcère (V. *Duodénum*). — *Urémie* dyspnéïque, 30. — *Utérus* et vagin doubles, 880; — Lésions tuberculeuses de l'— et des trompes, 801, 981; — Rupture spontanée de l'—, par Champetier de Ribes, 345; (V. *Cancer*. — *Corps fibreux*.

Vagin double, 878, 880. — *Végétations* sur les valvules aortiques et sur l'endocarde, 163.

Vessie (Cancer de la), par Ch. Avezou, 385; (V. *Fistule*). — *Voies aériennes* (Lésions des) consécutives à l'insufflation chez un nouveau-né, par Champetier de Ribes, 322.

S. *d'anthropologie*, 830, 870. — Cours publics, 870. — Programme des cours du semestre 1878, 79, 870.

Société de Biologie : Compte-rendu par Ch. Avezou et Dreyfus-Brissac. — *Absorption* (De l') des matières colorantes, par les tissus végétaux vivants, par Mer et Cornu, 478. — *Achromatopsie* (V. *Hystérie*). — *Acide* sulfurique (Action de l') sur les matières colorantes des urines, par Benech, 140. — *Acné* varioliforme (Lésions de l'), par Vidal, 65. — *Aconitine* (Action de l'), par Laborde, 580; — Action de l' — sur le cœur, par Laborde, 539. — *Aimants* (Effets des) sur les hystériques hémianesthésiques, par Charcot et Vigouroux, 160. — *Aine* (Ganglion de l'), chez un individu atteint de coxalgie suppurée, par Cornil, 179. — *Alcalinité* (Dosage de l') du sang, par Rabuteau, 200; — Variations de l' — du sang en pathologie, par Lépine, 200. — *Alcools* (Impureté des), par Rabuteau, 963. — Les — de pomme de terre, par Rabuteau, 979. — *Amputés* (Etat de la moelle et des nerfs du moignon chez les), par Dejerine et Mayor, 600; (V. *Cerveau*). — *Amyle* (Action des composés d'), par Rabuteau, 200. — *Anesthésie* (Expériences sur l') par le protoxide d'azote, par P. Bert, 101. — *Anévrysme* du tronc brachio-céphalique, par Franck et Bellouard, 10. — *Anghuima* (Globules sanguins chez l'), par Hayem, 259. — *Asymétrie* (De l') en biologie, par Delaunay, 230. — *Ataxiques* (Troubles de la motilité chez les), par Onimus, 600; — Discuss. : par Dumontpallier, 600; — Duret, 600; — Laborde, 600. — *Atrophie* (Vision dans l') papillaire progressive, par Galezowski, 65; — Anatomie pathologique des — musculaires, par Hayem, 43. — *Atropine* (Dangers des instillations d'), par Galezowski, 898; — Discussion par Dumontpallier, 898; — Laborde, 898. — *Azote* (Action du protoxide d'), par P. Bert, 384.

Benzine (Action physiologique de la), par Benech, 741. — *Bureau* pour 1878, 11.

Café (La maladie du) au Brésil, par Jobert, 963. — *Canaux* (Recherches sur les fonctions des) semi-circulaires, par Brown-Sequard, 281. — *Carbone* (Action de l'oxyde de), par P. Bert, 580; — Procédé de dosage de l'oxyde de — contenu dans le sang, par Gréhant, 421; — Recherches expérimentales sur l'oxyde de —, par Gréhant, 259. — *Cellules* (Evolution des) cellules épidermiques, par Leloir, 384. — *Centres* (Développement des) psycho-moteurs, chez divers animaux, par Tarchanoff, 519. — *Céphalo-Rachidien* (Du liquide), par Bochefontaine, 877; — Pression du liquide —, par Bochefontaine, 478, 500. — *Cerveau* chez les amputés, par Ch. Féré, 26, 40; — Analyse expérimentale des mouvements provoqués par l'excitation de la substance grise du —, par F. Franck et Pitres, 9; — Effets de l'excitation limitée des faisceaux du centre ovale et de la capsule interne, par Pitres et F. Franck, 42, 86; — Lésions du — chez les amputés, par Luys, 43; — Photographie du — d'une femme amputée, par Charcot, 65. — *Chambre* claire, par Malassez, 86. — *Cicutine* (Bromhydrate de), par Mourier, 122. — *Ciliaires* (Distinction des nerfs en constricteurs et dilatateurs de l'iris, par F. Franck, 628. — *Circonvolution* (Tumeur de la) pariétale ascendante du côté gauche chez une femme atteinte de paralysie générale. Convulsions du même côté pendant la vie, par Magnan, 941; — Discuss. : par Halloppeau, 941; — Duret, 941. — *Circulations* (Des) locales dans leur rapport avec la circulation générale, par Franck, 877. — *Colique* néphrétique, chez un enfant de 18 mois, par Robin, 200. — *Concrétion* de cholestérine trouvée dans les plexus choroïdes d'un vieux cheval, par Barrier, 239. — *Contractilité* électro-musculaire dans la paralysie atrophique de l'enfance, 877. — *Convulsions* (Conditions de production et de généralisation des) d'origine corticale, par Pitres et F. Franck, 10; (V. *Cerveau*). — *Cœur* (Système ganglionnaire du) chez les poissons osseux; par Vignade, 478. — *Couleur* (Changement de) survenant chez certains poissons à la suite de l'extirpation d'un œil, 918. — *Courants* dérivés, par Bochefontaine, 877; — Action des — électriques, par Bochefontaine, 785; — Action des — induits sur les muscles et les cils vibratiles des bryozaires, par Cadiat, 398; — Effets des — continus, par Onimus, 384. — *Crampes* (Des) chez les employés du télégraphe, par Onimus, 200. — *Cristallin* (Luxation double du), par Badal, 478. — *Cuivre* (Des préparations du), par Laborde, 300; — Toxicité des sels de —, par Phélippeaux, 941. — *Curare* (Fabrication du), par Jobert, 979.

Daltonisme (Du), par Javal, 340. — *Décompression* (Mort par), par P. Bert, 581. — *Dents* (De la carie des), par Maurel, 877; — Greffe des —, par David, 877. — *Différenciation* selon les sexes, par G. Delaunay, 899. — *Discours* de P. Bert, 998. — *Dissociation* (Sur la) des filets irido-dilatateurs et des nerfs vasculaires au-dessus du ganglion cervical supérieur, par F. Franck, 580.

Embryon (Formation chez l') du péricarde, des plèvres et du diaphragme, par Cadiat, 500; — Anatomie d'un — de didelphe, par Bouchet, 999; — Gouttière primitive chez l'—, par M. Duval, 539. — *Endartère* (Structure de l'), par J. Renaut, 340. — *Endosmose* (De l') à travers les poumons détachés, par Gréhant, 221. — *Epithélium* (Note sur l') des glandes sudoripares chez le cheval, au repos et après le mouvement, par J. Renaut, 439. — *Ergot de Seigle* (Action physiologique de l'), par Laborde et Peton, 179, 200. — *Ergotine* (Action de l'), Tanret, par Budin et Galippe, 200. — *Ethers* (Action de certains) composés sur les animaux à sang froid et à sang chaud, par Rabuteau, 421.

Face (Epithélium pavimenteux lobulé de la) chez un vieux cheval, par Barrier, 179. — *Ferrocyanures* (Action des), par Rabuteau, 281. — *Foie* des invertébrés, par Cadiat, 399.

Ganglions lymphatiques (Anatomie pathologique des), par Cornil, 26, 43; — Différence entre les lésions tuberculeuses et scrofuleuses des —, par Cornil, 65. — *Globules rouges* (Formation des), par Pouchet, 101, 281. — *Greffes* dermo-épidermiques, par Maurel, 500.

Hématies (Développement des), par Pouchet, 581. — *Hématoblastes* (Formation des), par Hayem, 458; — Origine des —, par Pouchet, 179; — Recherches sur les —, par Hayem, 122. — *Hématurie* (De l') des vaches, par Robin, 941. — *Hoang-Nan* (Effets physiologiques de l'), par Rabuteau, 500. — *Hystéro-Epilepsie* (Phases de l'), par Charcot, 580; — Recherches sur l'attaque de l'—, par la méthode graphique, par Regnard et Richer, 560; — *Hystérie*, chez un jeune homme, par F. Dreyfous, 9; — Des agents thermiques dans l'—, par Thermes, 785; — Discussion par Dumontpal-

© BIU Santé

de l'achromatopsie dans l'—, par Regnard, 86 ; — Troubles visuels dans l'—, par Charcot, 65, 86; — par Galezowski, 65.

Injections (Des) intra-vasculaires, par Brown-Sequard, 785; — par Laborde, 799. — *Innervation* (Recherches sur l') vaso-dilatatrice, par Dastre et Morat, 919. — *Insensibilisation* chez les individus non hystériques, par Dumontpallier, 941; — Discuss. par Laborde, 941. — *Intestin* (Recherches sur les fonctions de l'), par Leven, 458. — *Iodure d'Ethyle* (Propriétés de l'), par Rabuteau, 122. — *Iridectomie* pratiquée pour une cataracte centrale, par Javal, 478.

Kératite parenchymateuse diffuse, par Badal, 43.

Lumière (Influence de la) sur la vie végétale, par P. Bert, 877.

Mammelle (Tumeur osseuse de la), par Leloir, 941. — *Médiastinite* (De la), par Hanot, 918. — *Mercure* (Action du), par Hallopeau, 384.— *Métalloscopie* (Théorie physique de la), par Vigouroux, 627. — *Métallothérapie*, par Burcq, 384. — *Métrite* (Anatomie pathologique de la) chronique, par de Synéty, 398. — *Molluscum contagiosum* (Inoculabilité du), par Vidal, 478. — *Morphine* (Effets physiologiques des injections sous-cutanées de), par Malassez, 179.

Nerfs (Disposition des) chez les invertébrés, par Cadiat, 478 ; — Mode de terminaison des — sensitifs dans les corpuscules du tact, par J. Renaut, 877 ; — Recherches sur les — dans les végétations, par Leloir, 560. — *Nomination* : Comme membres titulaires de : Budin, 580 ;— P. Regnard, 644 ; — Comme président perpétuel, de P. Bert, 979 ; — Comme vice-présidents de : Magnan et Malassez, 999 ; — Comme secrétaires : de Bochefontaine, Budin, Franck, Robin, 999.

Œil artificiel, par Badal, 10. — *Optiques* (Existence des deux centres), par Javal, 359. — *Oreille* (Anatomie comparée de l'), par Gellé, 281 ; — Du liquide contenu dans l'— moyenne au moment de la naissance, par Gellé, 239 ; — Vaso-constriction et vaso-dilatation des vaisseaux de l'—, par Laborde, 9. — *Oxygène* (Action de l') comprimé, sur les animaux inférieurs, par P. Bert, 200.

Papules syphilitiques (Anatomie pathologique des) cutanées, par Cornil, 501 ;— Discuss. par Hillairet, 501. — *Paralysie* du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée, par G. Graux, 918; — Discuss. par Duval, 941. — *Pelade* (De la), par Vidal, 384, 421. — *Pellagre* (De la), par Cazeneuve de la Roche, 398. — *Péricarde* (Hémorrhagie du), chez un cobaye. par Brown-Sequard, 999. — *Péricardite* tuberculeuse, par Merklen, 200. *Plantes* (Mouvements des) pendant la nuit et le jour, par P. Bert, 501. — *Pneumo-gastrique* (Action motrice du) sur l'œsophage et l'estomac, chez le chien, par Jolyet, 629; — par M. Duval, 629. — *Pompe stomacale* (Indications de la) dans la dilatation de l'estomac, par Leven, 300. — *Pouls* (Du) carotidien dans l'insuffisance aortique, par F. Franck, 221. — *Pression vasculaire* (Modifications de la) consécutive à la section et à l'excitation du grand sympathique, par Morat et Dastre, 180. — *Prix* Godard, 610; — Commission du —, 877. — *Pupille* (Défaut de subordination des mouvements de la) aux modifications vasculaires, par F. Franck, 628.

Rate (Cellules de la), par Hayem, 43; — Extirpation de la — chez les animaux, conséquences, par Malassez et Picard, 160. — *Rétine* (Excitabilité de la), par Ch. Richet, 169. — *Respiration* (Influence des mouvements de la) sur le pouls dans les cas d'anévrysme intra-thoracique; par Franck, 918. — *Rétrécissement pupillaire* (Mécanisme du) produit sous l'influence de la morphine, par Picard, 160. — *Rhythme* cardiaque, par Dastre et Morat, 11; — par Ranvier, 43.

Saignées (Effets des) répétées sur les chiens, par Pouchet, 458. — *Salycilate* de soude (Action du), par Bochefontaine, 785. — *Sang* (Caractères microscopiques du) chez les chats nouveau-nés, par Hayem, 300 ; — Du — chez les animaux dont la rate a été enlevée, par Pouchet, 458; — Recherches sur le — des animaux aquatiques, par Regnard et Jolyet, 398. — *Saturnin* (Analyse des viscères d'un), par Loluir, 999. — *Sciatique* (Section du nerf) chez les cobayes, par Brown-Sequard, 339; — Discuss. par Laborde, 339.— *Sensibilité* des régions situées au voisinage de la ligne médiane, par Brown-Sequard, 359. — *Septicémie* expérimentale, par Laborde, 300. — *Spasme* (Cas de) fonctionnel des muscles de la face et du cou, par Krishaber, 221. — *Spermatogénèse* (De la) chez l'escargot, par M. Duval, 799 — *Spiroptère* (Recherches sur le) ensanglanté, par Bochefontaine, 259. — *Substance grise* (De l'excitabilité de la), par F. Franck et Pitres, 799 ; — Discuss. par M. Duval, 799 ; — Duret, 799. — *Suc* (Du) gastrique, par Richet, 221 ; Discuss. par Laborde et Rabuteau, 239. — *Sucres* (Dédoublement des) en alcool, par d'Arsonval, 643. — *Sulfate* (Action du) de magnésie sur les battements du cœur, par Jolyet, 281. — *Sympathique* (Effets de l'excitation du bout supérieur du) cervical, sur la circulation carotidienne, par F. Franck, 643; — Grand —, (*V. Pression vasculaire*).

Téléphone (Sensibilité du), par d'Arsonval, 179.— *Tissu conjonctif* (Réseaux vasculaires du), par J. Renaut, 478. — *Torpille* (Appareil électrique chez la), par Marey, 86. — *Tremblement* réflexe dans le membre inférieur du côté sain chez certains hémiplégiques, par Dejerine, 438 ; — Discuss. par Gubler et Marey; 439. — *Trophiques* (Troubles) réflexes, par Hallopeau, 860. — *Tubercule* (Origine des cellules géantes dans le), par Cornil, 221 ; — Discuss. par Malassez, 221. — *Tumeurs* (Diagnostic différentiel des) pulsatiles du creux épigastrique, par Franck, 898. — *Tympan* (Altération de la caisse du) chez les pendus, par Gellé, 11; — Mouvements de la membrane du —, par Gellé, 581, 799; — Origine réelle de la corde du —, par M. Duval, 259.

Upas-Antiar (Action de l'), par Bochefontaine et Regnault, 300. — *Urée* (De la sécrétion de l'), et de l'urine, par P. Bert, 581. — *Urémie* (Causes des phénomènes nerveux de l'), par Picard, 200. — *Urines* chez un rabique, par Robin, 519 ; — Caractères connus des — de la néphrite interstitielle, 439.

Vaso-moteurs (Recherches sur les) périphériques, par Morat et Dastre, 122, 141. — *Végétations* (Altération spéciale des cellules épidermiques dans les) syphilitiques, par Leloir, 259. — *Verres* (Vision avec les) colorés rouges, par Bert, 65 ; — par Javal, 65. — *Vertébral* (Recherches sur le nerf), par F. Franck, 339. — *Vision*. — (*V. Atrophie papillaire. Hystérie*). — *Vue* (Hygiène de la), par Javal 979, 999.

Soc. de chirurgie. Compte rendu, par Ch. Avezou et P. Reclus. — *Anévrysme* artérioso-veineux du pli du coude, par Chalot, 88 ; — A. artérioso-veineux datant de trois semaines, par Berger, 727 ; — *A.* de l'artère carotide interne, par Cazin (de Boulogne), 68 ; — *A.* diffus de l'artère axillaire, ligature de l'artère sous-clavière, par Desprès, 126; — Discuss. par Farabeuf, Gillette, Perrin, 126 ; — Th. Anger, Terrier, Tillaux, 127 ; — *A.* traumatique de l'artère occipitale, par Poinsot (de Bordeaux), 695. — *Apophyses* (Inflammation des) des os pendant la croissance, par Lannelongue, 166.— *Appareils* plâtrés, par Sigmundi (de Vienne), 776 ; — Rapport de Tillaux, 776 ; — Discuss. par Desprès, Terrier, 776. — *Arthrite* tuberculeuse, par Lannelongue, 305. — *Arthrotomie* antiseptique, par Lucas-Championnière, 862. — *Aspirateur* de Hamon, 106. — *Asthme* (Accès d') à la suite de fracture de l'avant-bras, par Vedrennes, 88. — *Axillaire* (Blessure de l'artère), cicatrisation sans anévrysme et sans hémorrhagie, par M. Sée, 404 ; — Discussion par Terrier, Verneuil, 404.

Balles (De la possibilité de la sortie des) par le trou d'entrée quand il n'existe pas de trou de sortie, par Desprès, 862 ; — Discuss. par Le Dentu, Tillaux, 862. — *Bande* élastique pour la compression, par Houzé de l'Aulnoit, 713.

Calcul de cystine chez un homme de 24 ans, par Gaujot, 184 ; — Salivaires, par Desprès, 88.— *Carotide* primitive (Ligature de la), par Hermann (de Mulhouse), 776 ; — Discuss. par Tillaux, 777 ; — *C.* interne. (*V. Anévrysme*). — *Castration* dans un cas d'hématocèle, par Poinsot (de Bordeaux), 364. — *Cataracte* (De l'opération de la), par Vibert (du Puy), 605 ; — Rapport de Giraud-Teulon, 714. — *Cécité* unilatérale par contusion rétro-oculaire, par Cras (de Brest), 714. — *Cerveau* d'un homme atteint d'atrophie du bras droit par suite de paralysie infantile, par M. Sée, 365. — *Choroïde* (Tuberculose de la), par Th. Anger, 921 ; — Discuss. par Lucas - Championnière, Panas, Terrier, Verneuil, 921 ; — Trélat, 922. — *Cordon* (Inconvénients de la ligature en masse du); — Discuss. par Desprès, Le Dentu, M. Sée, Tillaux, Verneuil, Terrier, 365 ; — Desormaux, Prestat, 386. — *Cornée*. (*V. Tatouage*). — *Corps étranger* de la vessie, par Fleury (de Clermont), 404 ; — Discuss. par Desprès, Tillaux, Verneuil, 404 ; — *C. E.* du conduit auditif externe, par Bourgeois, 125. (*V. Rectum*). — *Corps flottants* des articulations, leur extraction par la taille articulaire, application du pansement ouaté articulaire, par Verneuil, 862, 883 ; — Discuss. par Lucas-Championnière, 862, 883; — Gilette, Trélat, 863 ; — Desprès, 863, 882 ; — Paquet, Tillaux, 882 ; — Guyon, 883. — *Cubital* (Nerf). (*V. Paralysie*).

Demarquay (Eloge de), par de Saint-Germain, 48, 69. — *Désarticulation* coxo-fémorale, par Tillaux, 105 ; — Discuss. par Desprès, Marc Sée, 105 ; — Desormaux, Gilette, Guyon, Terrier, 106 ; — Perrin, 106, 125; — Farabeuf, 106, 184, 203 ; — Verneuil, 125, 184 ; — Gaujot, 184. — *Discours* d'ouverture, par Guyon, 69; — Sur la mort de Voillemier, par Guyon, 144. — *Drainage* abdomino-vaginal dans un cas de phlegmon du ligament large, par Gilette, 167. — *Dystocie* (Cas de) par allongement œdémateux des lèvres du col, avec prolapsus utérin, par Mandillon, 166.

Embolie pulmonaire subite, par suite d'ouverture d'un abcès de l'aisselle, par Azam, 105. — *Embryotome* de P. Thomas, 696 ; — Discuss. par Guéniot, Tarnier, 696. — *Epanchement* (De l') articulaire dans le genou, par P. Berger, 106 ; — Rapport de Lannelongue, 386 ; — Discuss. par Desprès, Tillaux, Verneuil, 386.

Fémur (Fracture du) avec épanchement dans l'articulation du genou, par Lannelongue, 31 ; — Fracture du — intra-utérine, par Th. Anger, 243 ; — Discuss. par Lannelongue, Le Dentu, Polaillon, 243 ; — Périostite albumineuse du —, par Terrier, 284 ; — par Lannelongue, 285. — *Fistule* (De la mortalité après les opérations de) vésico-vaginale, par Verneuil, 284 ; — Sur une — osseuse consécutive à la pénétration d'une balle dans le rocher, par Terrillon, 788 ; — Rapport de Le Dentu, 862. — *Fronto-Pariétale* (Plaie de la région) avec enfoncement des os du crâne, par Chalot 605 ; — Rapport de Le Dentu, 605. — *Fractures* (Mécanisme des) du crâne, par M. Perrin, 144 ; — Discuss. par Duplay, Houel, Tillaux, 145 ; — Pronostic des — compliquées, traitées par les pansements antiseptiques, par Vétu, 144 ; — Discuss. par Boinet, Desprès, 144, 166 ; — Verneuil, 166. (*V. Fémur*).

© BIU Santé

Ganglions (Présence de) lymphatiques entre la vessie et le rectum, engorgement tuberculeux de ces ganglions, par Lannelongue, 726 ; — Discuss. par Desprès, Duplay, Lucas-Championnière, 727. — *Gastrotomie* (*V. Hernie*). — *Genou* (*V. Epanchement*). — *Gingivite* (De la) saturnine, par Cras (de Brest), 145. — *Granulations* (Excision des culs-de-sacs de la muqueuse dans les) conjonctivales, par Galezowski; — Rapport de Terrier, 942 ; — Discuss. par Desprès, Giraud-Teulon, Panas, 943. — *Gurjum balsam* (Emploi du) dans le traitement de la blennorrhagie, par Vidal, 68.

Hernie (Observation sur l'existence simultanée d'une) inguinale étranglée et d'une hernie crurale enflammée, par Mabour, 68 ; — *H.* du poumon irréductible ; — Guérison, par Cauvy (de Béziers), 126 ; — *H.* musculaire, par Gaujot, 943 ; — Discuss. par Desprès, Trélat, Verneuil, 943 ; — Farabeuf, Guyon, 944 ; — *H. centrale* étranglée ; gastrotomie ; pansement de Lister ; guérison, par Terrier, 446. — *Hydarthrose* double intermittente à forme chronique, par Panas, 242, 263, 525 ; — Discuss. par Le Dentu, Verneuil, 243 ; — Trélat, 263. *Hydrocèle* (de l') chez les jeunes enfants, par Gaillard (de Parthenay), 714 ; — Discuss. par Desprès, Marjolin, Tarnier, 714. — *Hymen* (Imperforation de l'), par Hubert Boëns (de Charleroi), 667 ; — Rapport de Guéniot, 667 ; — Discuss. par Lannelongue, Lucas-Championnière, Tillaux, Verneuil, 667.

Inclusion scrotale, par Bœckel (de Nancy). — Rapport de Verneuil, 327. — *Jambe* (Fracture de la) non consolidée, par Viard de Montbard : Rapport de Polaillon, 629. — *Kératocône* (*V. Staphylôme*). — *Kyste* multiloculaire congénital de la région axillaire, par Pilatte, 965 ; — Discuss. par Panas, 986 ; — synovial de l'articulation carpo-métacarpienne, par Schwartz, 902. — *Localisations* cérébrales au point de vue chirurgical, par Le Dentu, 16 ; — (*V. Trépanation*). — *Luxation* ancienne, par Tillaux, 883 ; — Sous-acromiale de l'humérus avec réduction instable, par Périer, 126, 144.

Mâchoire (Luxation sous-méniscoïde de la) par Périer, 225 ; — Pathogénie des kystes folliculaires de la —, par Magitot, 543. — *Maxillaire* (Exostose diffuse du) inférieur, par Baudon, 185 ; — Tumeur néoplasique du — supérieur, par Verneuil, 543, 565. — *Médian* (Note sur un cas de blessure incomplète du nerf), par Richelot, 203 ; — (*V. Paralysie*). — *Métrorrhagie* (Traitement de la) par la compression de l'aorte, par Mourgue, 805. — *Moignons* (*V. Névralgie*). — *Monstre* ectromélien, par José Ribeiro (de Rio-de-Janeiro), 484 ; — Discuss. par Trélat, 485. — *Muscles* (Sur les adhérences des) droits avec la capsule de Ténon, par Boucheron, 565.

Névralgie des moignons, par Chalot, 88, 204. — *Nominations* comme membres correspondants étrangers de : Arlt, Callender, Reverdin, 32 ; — Comme membre corresp. nationaux de : Vedrennes, Poinsot, Roux (de Brignoles), Paquet, 32 ; — Comme membre titulaire de : Berger, 484 ; — Des commissions, 944. — *Obstétrique* (Notes sur l'), par Lemay (de Saint-Sever) : Rapport de Polaillon, 629. — *Ostéite* apophysaire pendant la croissance, par Lannelongue, 166. — *Ovaire* (Kyste colloïde de l') avec ascite, ovariotomie, mort, par Duplouy, 225 ; — Discuss. par Boinet, Panas, Polaillon, Terrier, 225. — *Ovariotomie* double, par Dobrawraboff, 961. — Opération d' — par Pozzi et Terrier, 986. — Discuss. par Lucas-Championnière, Panas, 987.

Pannus guéri par l'inoculation blennorrhagique, par Panas, 543. — Traitement du — par l'excision du cul de sac conjonctival, par Galezowski, 605. — *Pansement* (Le) antiseptique, par Lister, 526. — *Paralysie* traumatique du médian et du cubital traitée par la distension et l'élongation de ces nerfs par Blum ; Rapport de Duplay, 943. — *Parotide* (Tumeur de la) chez un syphilitique, par M. Sée, 167 ; — Observations de Desprès, 184. — *Paume* (Chute sur la) de la main ; luxation incomplète du coude ; Fracture de la trochlée, par Chauvel, 695 ; — Discuss. par Berger, 696 ; — Tumeur sarcomateuse de la — de la main, par Tillaux, 304 ; — Discuss. par Desprès, Verneuil, 305.—*Phimosis* (Opération du) par la ligature élastique, par Hue (de Rouen), 365 ; — Nouveau procédé pour l'opération du —, par Jude Hue, 787 — Rapport de Horteloup, 787 ; — Discuss. par Marjolin, Verneuil, 787. — *Poitrine* (Plaie pénétrante de) ; hémothorax produit par une déchirure d'une branche de la veine diaphragmatique inférieure, par Polaillon, 445 ; — Discuss. par Desprès, Duplay, M. Sée, Tillaux, Verneuil, 445. — *Polype* naso-pharyngien ; guérison, par Denucé (de Bordeaux), 485. — *Pott* (Mal de) à Berck, par Marjolin, 68. — *Pouce* (Réduction d'une luxation du) en arrière, par Faucon (de Lille), 901 ; — Discuss. par Farabeuf, 901. — *Prix* : Duval ; Rapport par Delens, 16 ; — Lauréat, 48 ; — Commission, 863 ; — *P.* Demarquay, sujet du concours, 48 ; — *P.* Gerdy ; sujet du concours, 48 ; — P. Laborie, Rapport par Polaillon, 32 ; — Lauréat, 48 ; — Commission, 863. — *Prostate* (Extraction d'un calcul de la), par Desprès, 787 ; — Discuss. par Guyon, Houel, 787. — *Pubis* (Luxation de la symphise du), par Surmay et Le Dentu, 31.

Rectotomie linéaire, par Turgis, 964. — *Rectum* (Corps étranger dans le), par Studgart, 776 ; — Rapport de Tillaux, 776 ; — Discuss. par Desprès, M. Sée, Verneuil, 776 ; — Pathogénie des rétrécissements du —, par Lannelongue, 963 ; — Discuss. par Farabeuf, Trélat, 965 ; — Desprès, 965, 985.—*Résection* partielle du tibia et du péroné de la jambe gauche; par Turgis, 964. — *R.* Totale du poignet, conservation des mouvements des doigts et de la main, par Reverdin (de Genève), 543 ; — Discuss. par Desprès, Farabeuf, Tillaux, 544 ; — Manuel opératoire de certaines —, par Verneuil, 805, 861 ; — Discuss. par Desprès, Le Dentu, 805 ; — Farabeuf, Guyon, 806 ; — Th. Anger, 861. — *Rhumatisme* (Attaque de) articulaire aigu, par suite de l'introduction d'une sonde cannelée dans une fistule à l'anus, par Vedrennes ; Rapport de Verneuil, 88. — *Rotule* (Fracture transversale de la), récidive, consolidation, par Lecard, 242.

Sarcôme congénital opéré par le thermo-cautère par Mandillon (de Bordeaux), 166 ; — développé aux dépens de l'aponévrose palmaire, par Paquet (de Lille), 262. — *Séance* annuelle, 48. — *Souscription* pour le monument à Cl. Bernard, 203. — *Staphylôme* de la cornée ou kératocône, pathogénie et traitement, par Panas, 447. — *Strabotomie* (Nouveau procédé de), par Boucheron, 565. — *Synovite* granuleuse miliaire, par Lannelongue, 305. — *Syphilis* (Lésions osseuses de la), chez un enfant de 4 ans, par Lannelongue, 263.

Taille vésico-vaginale, par Pilatte (d'Orléans), 862 ; — Rapport de Delens, 985. — Discuss. par Guyon, 985. — *Tatouage* de la cornée, par Panas, 88.—*Testicules* (Cancer hématode des), par Ch. Monod et Malassez, 901 ; — Enchondrôme du —, par Th. Anger, 242 ; — Discuss. par Desprès, Terrier, 242 ; — Etude clinique des tumeurs du —, par G. Poinsot, 125, 203 ; — Gravité des tumeurs du —, par Verneuil, 224 ; — Discuss. par Desprès, Forget, Panas, 225. — *Tétanos* utérin (Version pratiquée avec succès dans un cas de), par Zued ; Rapport de Guéniot, 386. — *Thrombose* veineuse chirurgicale, par Azam (de Bordeaux), 543 ; — Discussion par Tillaux, Verneuil, 543. — *Trachéotomie* (Emploi du thermo-cautère dans la) : Discuss. par Th. Anger, de Sai... 775 ; — Desprès, Farabeuf, Nicaise, 901. — *Traumatismes* (Influence de l'état général sur l'issue des) chirurgicaux, par G. Maunoury, 787. — *Trépanation* (Etude historique sur la) et les localisations cérébrales, par Lucas-Championnière, 862 ; — Rapports de la — avec les localisations cérébrales, par Lucas-Championnière, 16, 69 ; — Discuss. par Desprès, 32, 69; — Le Dentu, Lefort, Perrin, Trélat, 69. — *Troubles* nerveux par suite de ligature des tumeurs hémorrhoïdaires par Vedrennes : Rapport de Verneuil, 88. — *Tumeur* de la grande lèvre et du pubis, par Th. Anger. 565.

Urèthre (Plaies de l') avec fistules urinaires, par Cras (de Brest), 145. — *Utérus* (Inversion totale de l'); par Hue (de Rouen), 922. — *Veines* (Etude sur l'oblitération des), par Dabas, 726. — *Verge* (Amputation de la), par Cabadé. Rapport de Berger, 629. — *Version* (*V. Tétanos*). — *Vessie* (Calculs de la), par Le Dentu, 605 ; — (*V. Corps étrangers*).

S. *contre l'abus du tabac*. — Prix pour 1878, 230.

S. *française d'hygiène*. — Questions au concours pour 1878, 249.

S. *française de tempérance*, 990. — Bureau (Formation du) pour 1878, 18. — Prix décernés, 254. — Rapport sur les prix, 249. — Séance solennelle, 249.

Société *de médecine publique et d'hygiène professionnelle* : Compte-rendu par A. Bloudeau. — *Brosses* (La fabrication des) à la maison centrale de Gaillon, par Hurel, 167; — Discuss. par Bertillon, Hillairet, Lunier, 167. — *Bureau* (Installation du), 70. — *Cuivre* (De l'emploi des vases en) pour les usages culinaires, par Galippe, 583; — Discuss. par Gubler, Leroy de Méricourt, Vallin, 583. — *Désinfection* des tissus par la chaleur, par Valin, 71 ; — Discuss. par Gubler, Hudelot, Leroy de Méricourt, Tarnier, Trélat, 71 ; — Nomination d'une commission pour la —, par Laborde, 71 ; — Composition de la commission, 71 ; — Rapport de la commission, 167. — *Eaux* potables (Société des), par Jäger (d'Amsterdam), 922. — *Ecoles* (*V. Natation*). — *Egouts* (De l'irrigation par les eaux d') dans la plaine de Genneviliers, par G. Bergeron, 167. — *Enfance* (Hygiène de l'), par Coudereau, 527. — Discussion par Danyau, 526 ; — Gubler, 527. — *Enseignement* (Rapport sur l') de l'hygiène dans les campagnes, par Napias, 923.— *Estomac* (Hygiène de l'), par Leven, 922 ; — Discuss. par Lunier, 922. — *Fœtus* (Moyen de remédier aux présentations vicieuses du), par Pinard, 327; — Discuss. par Budin, Thévenot, 327; — Tarnier, 328. — *Gymnastique* (Ecole militaire de) de Joinville-le-Pont, par Dally, 582 ; — Discuss. par Gubler, Lacassagne, 583. — *Irrigation* (*V. Egouts*). — *Lait* (Du) des vaches phthisiques. Peut-il transmettre la tuberculose, par Valin, 244 ; — Discuss. par Decaisne, Gubler, Laborde, Trasbot, 244. — *Latrines* scolaires (Rapport sur les), par Riant, 923. — *Mines* (Température dans les galeries de), par Fabre (de Commentry), 328. — *Natation* (Ecoles de), par Napias, 328 ; — Discuss. par Du Mesnil, Gubler, Paillard, 328. — *Oreille* (Hygiène de l'), par Gellé, 527. — *Parasites* transmissibles à l'homme par les viandes de boucherie, par Mégnin, 71. — *Rapports* : de Decaisne, sur l'astigmatisme, 583 ; — sur la fabrication des sondes, 583. — *Tænia* (*V. Parasites*). — *Travail* (De l'influence du) intellectuel sur la forme et le développement de la tête, par Cliquet et Lacassagne, 244. — *Verres* (De l'emploi des) colorés, par Fieuzal ; Discuss. par Javal, Napias, 71. — *Viandes* (Note sur la vente à la criée des) de boucherie, par Bouchardat, 70 ; — (*V. Parasites*).

Société *Médicale des hôpitaux* : Compte-rendu par R. Moutard-Martin et A. Sevestre. —

© BIU Santé

Anesthésie (De l') obstétricale, par Dumontpallier, 243, 465, 544, 644, 645; — Discuss. par Bucquoy, Dujardin-Baumetz, Féréol, Legroux, 243; Hervieux, 264, 645; — Mémoire sur l'— obstétricale, par Lucas-Championnière, 264. — *Anévrysme* de l'aorte, par Féréol, 805; — Enorme — de l'aorte ascendante, par Dujardin-Baumetz, 32; — *Aorte* (*V. Anévrysme*). — *Artère* (Rétrécissement de l') pulmonaire, par Strauss, 32; — par Bucquoy, 32. — *Artérite* dans la fièvre typhoïde, par Potain, 145; — syphilitique; paralysie du bras gauche, par Proust, 265. — *Arthropathies* consécutives aux maladies de la moelle, par Vallin, 203; — *A.* simulant le rhumatisme dans les maladies de la moelle, par Rendu, 146; — Discuss. par Besnier, Laveran, Olivier, Raynaud, Vallin, 146. — *Bureau* pour 1878, 50. — *Cancer* cutané de la région mammaire, par Cornil, 666. — *Cerveau* d'un homme amputé, par Proust, 265. — Caractères différentiels du — de l'homme et de celui de la femme, par Luys, 204, 243.— *Chloroforme* (Injections sous-cutanées de), par Dujardin-Baumetz, 645, 666; — Discuss. par Besnier, 645, 666; — Duguet, Féréol, 666. — *Cœur* (Infarctus du) consécutifs à l'oblitération d'une artère coronaire, par Laveran, 32. — *Commissions* pour 1878, 50. — *Cysticerques* (Cas de) de l'encéphale, par Laboulbène, 204. — *Diarrhée* catarrhale rebelle guérie par le sulfate de quinine, par Guyot, 127. — *Diabète* (Diagnostic différentiel du) et de la glycosurie, par Duhomme, 465. — *Elections* pour 1878, 50. — *Eléphantiasis* syphilitique de la jambe, par Libermann, 264. — *Embolie* cérébrale dans le cours d'un rhumatisme polyarticulaire; mort, par Duguet, 645; — *E.* pulmonaire, par Duguet, 32. — *Encombrement* systématique dans les hôpitaux, par Gallard, 204. — *Endocardite* ulcéreuse, par Féréol, 666. — *Fièvre typhoïde* (Gangrène des membres dans la), par Lereboullet, 49. (*V. Artérite*). — *Foie* (Kyste hydatique du), par Gallard, 803; — Discuss. par Dumontpallier, Hérard, Moutard-Martin, Potain, 804. —*Gangrène*. (*V. Fièvre typhoïde.*) *Glotte* (Œdème de la), par Gouguenheim, 484. — *Hémiplégie* droite avec aphasie, par Blachez, 484. — *Infarctus*. (*V. Cœur*). — *Kyste*. (*V. Foie, Ovaire*). — *Langue* (Tuberculose de la), par Millard, 204; — Son traitement, par Constantin Paul et Laillier, 204. — *Latéro-pulsion* oculaire dans la paralysie agitante, par Debove, 106. — *Léontiasis* syphilitique, par Raynaud, 243; — Discuss. par Besnier, Dumontpallier, Legroux, 243.— *Maladies* régnantes, par E. Besnier, 106. — *Nominations* de : Huchard, 805; — Quinquaud, 805; — Sevestre, 805. — *Œsophage* (Rétrécissement cancéreux de l') avec compression des deux récurrents, par Gouguenheim, 484. — *Oreillons* (Pronostic et prophylaxie des) chez l'adulte et en particulier de l'orchite ourlienne, par Laveran, 484. — *Ovaire* (Kyste de l'), mort subite par embolie pulmonaire, par Duguet, 544. — *Pancréas* (Cancer probablement primitif du), par Gouguenheim, 544. — *Paralysie générale* (Conditions pathologiques du développement de la) en particulier et des diverses dégénérescences scléreuses du système nerveux en général, par Luys, 427; — Discuss. par Delasiauve, 427. — *Puerpérale* (Etiologie de l'intoxication), par Hervieux, 427. — *Rapport* annuel, par E. Besnier, 49. —*Rétrécissement*. (*V. Artère, Œsophage*). — *Rêve* (Valeur diagnostique du) dans l'alcoolisme chronique, par Vedel, 645. — *Rhumatisme* spinal, par Vallin, 106; — Discuss. par Rendu, 106; — Ollivier, 107. — *Rupture* du cœur, par Gouguenheim, 146. — *Souffle* anémo-spasmodique, par Constantin Paul, 89, 127. — *Suicide* (Sur le) en France, par Morère, 645; — Discuss. par Besnier, Delasiauve, Lacassagne, 645. — *Syphilide* ulcéreuse chez un enfant; mort, par Dujardin-Baumetz, 645. — *Syphilis* maligne, par Horteloup, 32. — *Tétanos* rhumatismal guéri par les bains tièdes prolongés, par Dionis (d'Auxerre), 89. — *Tuberculose* (Lésions anatomiques de la) aiguë, par Laveran, 803.

S. *de médecine : d'Anvers*, Concours de 1878, 330; — *de Lyon*, Prix pour 1879, 671; — *de Marseille*, 330; — Prix pour 1879, 330, 409; — *de Paris*, 150; — Reconnaissance d'utilité publique, 310.

S. *de médecine et de chirurgie de Bordeaux*. — Prix Fauré à décerner en 1879, 968. — Programme, 968.

S. *de médecine légale*. — Ordre du jour des séances du : 14 janvier, 35; — 11 février, 110; — 8 avril, 867; — 13 mai, 370; — 3 juin, 418; — 8 juillet, 531; — 11 novembre, 870; — 9 décembre, 950. — Vacances de places, 409.

S. *médicale d'Amiens*. — Questions pour le concours de 1878 et 1879, 249.

S. *médicale des bureaux de bienfaisance*. — Banquet annuel, 210. — Ordre du jour des séances du : 18 février, 91; — 13 mars, 189; —10 avril, 270; — 8 mai, 350; — 12 juin, 418; — 10 juillet, 531; — 14 août, 611; — 9 octobre, 755; — 13 novembre, 870; — 11 décembre, 950. — Bureau pour 1879, 990.

S. *médico-psychologique*. — Prix Aubanel, 290.

S. *de météorologie*.— Legs de Sainte-Claire Deville, 409.

S. *nationale et centrale de médecine vétérinaire*, 310. — Reconnaissance d'utilité publique, 310.

S. *protectrices de l'enfance de*.— *Lyon* : Prix de 1877, 369; — *de Marseille* : Concours et prix, 390; — *de Paris*, prix pour 1878, 150.

S. *de statistique de Paris*. — Bureau (composition du) pour 1878, 34.

Sœur (Une) occupée, 724.

Spina-bifida (Du) sacro-lombaire, leç. de S. Duplay, rec. par E. Golay, 133.

Staphylorrhaphie et uranoplastie, leç. de U. Trélat, rec. par A. Cartaz, 213.

Statistique : Des élèves de la Faculté de Médecine, 868. (V. Décès, Mariages, Naissances).

Succession (La) de Cl. Bernard, 349, 369.

Syphilis (Étude clinique de la) héréditaire, leçons de Parrot, 1. — La syphilide bulleuse, 57; — Maculeuse, 333, 375; — En plaques, 333, 375. — Alopécie, 413. — Coryza, 414. — Lésions des lèvres et de la bouche. Adénopathie, 475. — Troubles digestifs, 475. — Pseudo-paralysies, 476. — Affections du squelette, 516. — Complications, 516. — Anatomie pathologique des syphilides bulleuse, maculeuse et en plaques, 613. — Lésions des organes respiratoires et du thymus, 653. — Lésions du cœur, de l'estomac, de l'intestin, 873.

Syphilis (Transmission de la) par le tatouage, 470.

T

Talandier (A.), 188, 321, 359, 389, 487, 528.

Teinturier (E.), 9, 26, 100, 220, 300, 380, 559, 580, 600, 737, 762, 809, 868, 915, 960, 963.

Ténotomie (De la) du muscle tenseur du tympan, par C. Miot, 153, 174, 235, 256.—

Terrillon, 77.

Testicule (Contribution à l'étude des gommes syphilitiques du), ou sarcocèle gommeux, par Terrillon, 77. — Contribution à l'histoire clinique des tumeurs du —, par G. Poinsot (de Bordeaux), 533, 535, 576.

Thaon (L.) (de Nice), 21.

Thérapeutique infantile, leç. de J. Simon, rec. par S. Chambard, — De la méthode évacuante, vomitifs, 174, 195; — Purgatifs, 196. — De l'opium, 353. — De la belladone, 433, 454. — De l'aconit, 496. — De la ciguë, 701. — De la jusquiame, 769. — De la phellandrie, 769. — Du drosera, 770 — Quinquina. Sulfate de quinine, 913, 936, 955, 975.

Thérapeutique (*Revue de*). — *Allewich* (*G.*) : Sur la métallothérapie, notes cliniques (An. G. Marcano), 884. — *Balmanno* : Traitement de l'eczéma chronique par le glycérolé de sous-acétate de plomb, 33. — *Baud* (*V.*) : Traitement de l'anémie et des cachexies par des médicaments assimilables diastasés, 528. — *Blottière* : Note sur le sirop gastrosthénique d'écorce d'orange amère au vin de madère, 427. *Cegan* (*A.*) : La métallothérapie en Orient (An. G. Marcano), 884. — *Couturier* (*E.*) : Un nouveau révulsif, 52. — *Farquharson* (*R.*) : De quelques points de l'art de prescrire pour les enfants (An. H. de Boyer), 16. — *Foussagrives* (*J.-B.*) : Traité de thérapeutique appliquée basée sur les indications, etc. (An. S. Morer), 365. — *Leblanc* : De l'alcool et de la viande crue dans le traitement des nosohémies et des maladies consomptives, 698.—*Pautier* (*T.*): De l'influence du phosphate de chaux dans la phthisie pulmonaire, 609.—*Sylphium* (Phthisie au 2e dégré, traitée par le), guérison : par Laburthe, 387. — *Trousseau et Pidoux* : Traité de thérapeutique et de matière médicale, 32.

Thérapeutique chirurgicale (*Revue de*), par G. Bouteillier. — *Kœberlé* (*E.*): De l'hémostase définitive par compression excessive, 367. — *Lebrun* (*P.*): Essai sur le traitement des hémorrhagies artérielles de la main et du poignet, 566. — *Ledouble* (de Tours) : Essai sur le traitement des hémorrhagies de la paume de la main, 566. — *Wannebroucq* : Des hémorrhoïdes et particulièrement du mécanisme de leur production et de leur traitement par la distention anale, 566.

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine de Paris, 33, 74, 110, 129, 149, 188, 209, 230, 247, 270, 289, 309, 350, 368, 389, 407, 430, 449, 470, 476, 510, 530, 548, 558, 610, 909, 928, 938, 969, 989.

Thomas (P.), 705.

Tours (Rétablissement des), 436.

Traitement : De la diphthérie par les préparations bromées, 34; — par les balsamiques, 34. (V. Formules).

Traumatisme et paralysie agitante, leç. de Charcot, rec. par Bourneville, 337. — Etudes expérimentales sur les — cérébraux. Le Dr H. Duret, par Ch. Féré, 279, 298. — Sur les lésions artérielles dans les —, par H. Duret, 958.

Traumatiques (De l'influence des lésions) sur le développement des phénomènes d'hystérie locale, leç. de Charcot, rec. par Bourneville, 335.

Trélat (U.), 213, 373, 434, 473, 673, 721, 893, (Ouverture du cours de), 258.

Tube laryngien (V. Insufflation).

Tubercule (Sur la structure et le mode de développement des cellules géantes dans le), par Charcot et Gombault, 655.

Tuberculose (La) dans ses rapports avec la scrofule, par L. Thaon (de Nice), 21.

Typhoïde (Fièvre). (V. Erythème).

Typhus à St-Pétersbourg, 436. (V. Epidémies).

U

Unification (De l') des poids et mesures dans les sciences médicales, par de Musgrave-Clay, 784.

Universités (Les) étrangères, par de Musgrave-Clay, 847. —U. autrichiennes, 743.— Les étudiants de l'U. de Berne, 17.— U. catholiques, 767.—Les étudiants de l'U. d'Helsingfors, 870.

Uranoplastie. (V. staphylorraphie).

V

Vacances médicales, 35, 91, 130, 290, 310, 370, 409, 430, 471, 550, 848, 890, 929.

Variole (La) et les étudiants en médecine, 390.

Vaseline (Sur les applications pharmaceutiques de la), par Lejeune, 309.

Viande. (V. correspondance).

Vignes, 157.

Vigouroux (R.), 573, 679, 703, 745, 945, 1000.

Villard (F.), 270, 287, 307, 328, 349.

Voies urinaires (Revue des maladies des), par

© BIU Santé

A. Malherbe. — *Behetose* : Quelques remarques sur les calculs vésicaux et sur la manière de les opérer à la clinique chirurgicale de Kasan, 52. — *Bos* (*A.*) : De la dilatation rapide des rétrécissements de l'urèthre, 127. — *Delefosse* : Pratique de la chirurgie des voies urinaires, 752. — *Hecquet* : De l'emploi du sesqui-bromure de fer dans la spermatorrhée, 51. — *Jardin* : De l'emploi des balsamiques en général et du buchu en particulier dans le traitement des maladies des voies urinaires, 128. — *Le Garrec* : De l'emploi des bougies Bénique dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, de la blennorrhagie chronique et de la contraction douloureuse du col vésical, 128. — *Mauriac* (*Ch.*) : Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux, 128. — *Mercier* (*Aug.*) : Traitement des inflammations et d'autres maladies chroniques des organes génito-urinaires ; sur la taille périnéale par la dilatation, et sur la litothritie périnéale, 128. — *Picard* (*H.*) : Traité des maladies de la prostate, 50 ; — Traité des maladies de l'urèthre, 51. — *Pirondi* (*Sirus*) : Précis théorique et pratique des maladies des voies urinaires, 751. — *Pouillet* : De la spermatorrhée, 51. — *Reliquet* : Leçons sur les maladies des voies urinaires, 751. — *Sorel* (*F.*) : De l'orchite dite métastatique et de la fièvre testiculaire dans les oreillons, 127. — *Torres* (*Melchior*) : Des calculs du rein et de la néphrotomie, 751.

Vue (De quelques troubles nerveux de la) de nature hystérique, et de leur traitement par la métallothérapie, par Ch. Abadie, 735.

Y

Yvon, 716.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS.